



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, dn. 21 maja 2025 r.

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

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.

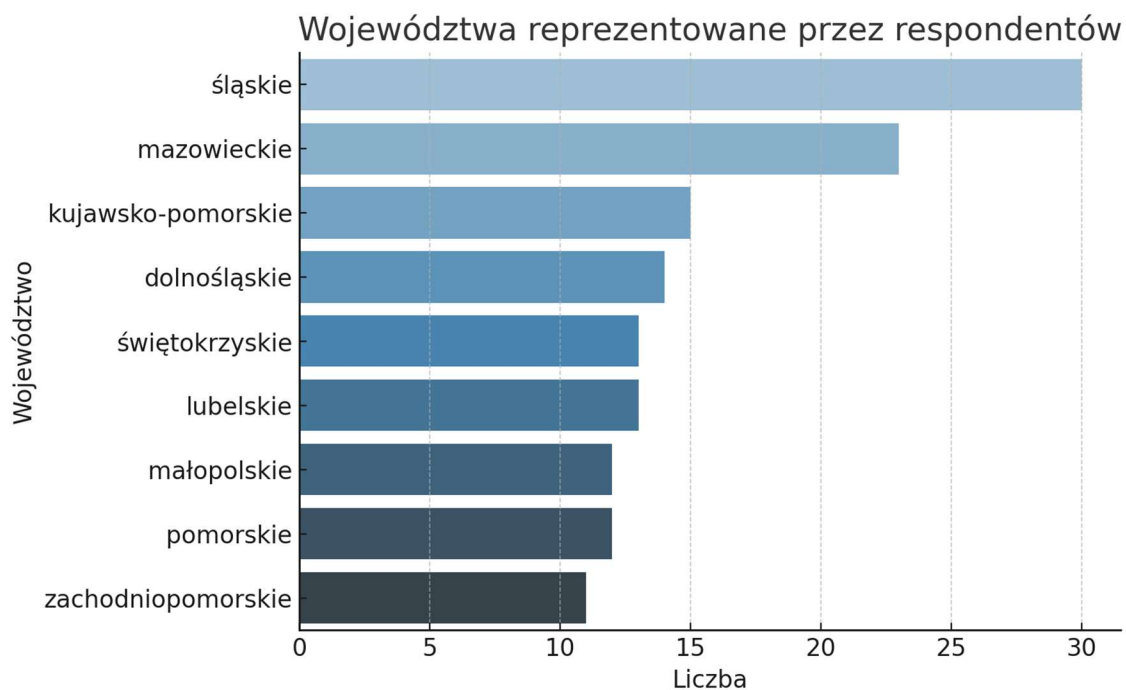
Grupa respondentów, przedstawiciele:	Liczba
podmiotu leczniczego, realizującego PL	195
innej instytucji / podmiotu, zaangażowanego w proces realizacji świadczeń w PL	5
podmiotu odpowiedzialnego (posiadającego w swoim portfolio leki finansowane w PL w Polsce)	2
Suma końcowa	202

Najliczniejszą grupę respondentów spośród przedstawicieli podmiotów leczniczych realizujących programy lekowego (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 w punktach a-d	14

Rozkład respondentów wg województw

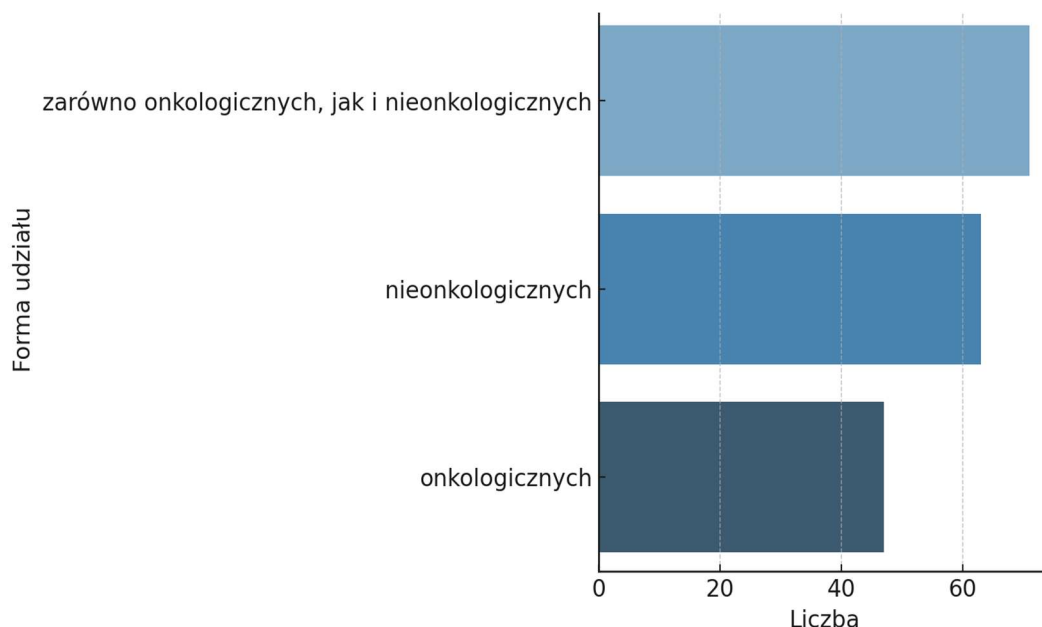
Najaktywniej reprezentowanym województwem było województwo śląskie, w następnej kolejności mazowieckie i kujawsko-pomorskie.



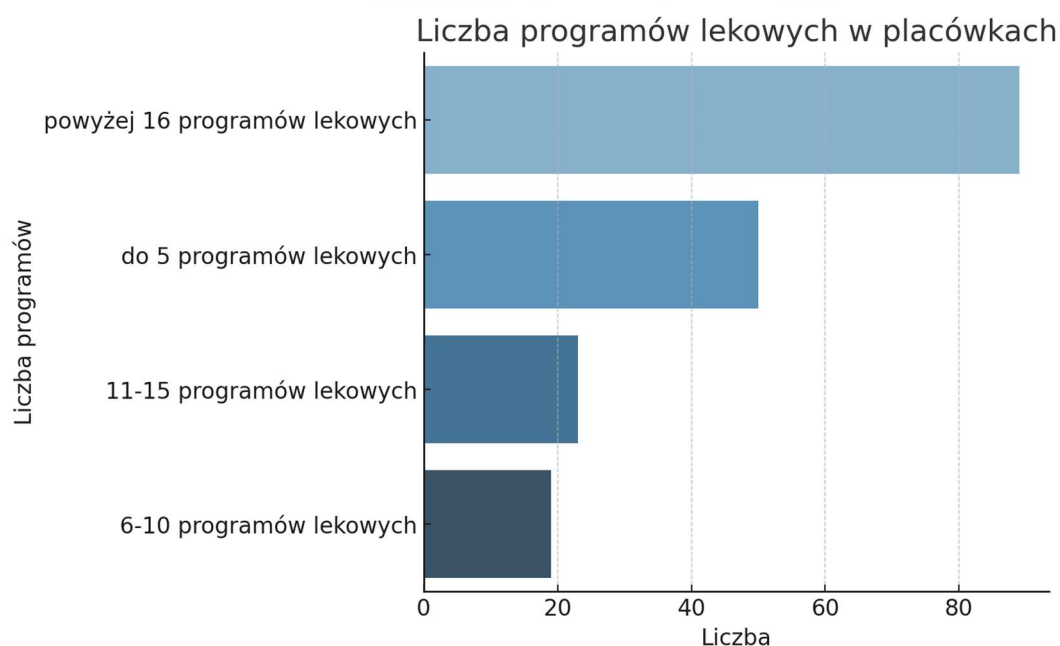
Województwo	Liczba respondentów	Odsetek
dolnośląskie	14	8%
kujawsko-pomorskie	15	8%
lubelskie	13	7%
lubuskie	1	1%
łódzkie	6	3%
małopolskie	12	7%
mazowieckie	23	13%
opolskie	2	1%
podkarpackie	8	4%
podlaskie	2	1%
pomorskie	12	7%
śląskie	30	17%
świętokrzyskie	13	7%
warmińsko-mazurskie	9	5%
wielkopolskie	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.

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. 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.

9. Zbyt duża biurokracja przy realizacji PL, w tym obowiązek raportowania danych dodatkowo 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 ryczału za kwalifikację z ryczałem 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 renegotjacji 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
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 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	168	5.16	1.45

Lp.	Problem	Liczba ocen	Średnia w pkt	Odchylenie std
	sumowania badań genetycznych ze świadczeniami do PL)			
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
13	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)	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 onkologichematologii, brak finansowania biopsji płynnej w ambulatorium, brak możliwości sumowania badań genetycznych ze świadczeniami do PL)	0.005991603040456979
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)	0.007559262957091994
Zbyt duża liczba badań kontrolnych i sztywne terminy ich wykonania (zgodnie z opisem PL, ale nie zawsze zgodnie z EBM)	0.008958086046778915
Brak możliwości wskazania do rozliczenia do NFZ części niewykorzystanego leku (odmowa finansowania przez NFZ części niewykorzystanego leku, który podlega utylizacji)	0.01789630531212554
Limitowy charakter świadczenia (brak obowiązku zapłaty przez NFZ za wszystkie podane leki pacjentom objętym leczeniem w PL, po upływie każdego kwartału)	0.01856965337019439
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)	0.02009682697044609
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)	0.027554303574045945
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.])	0.045621479731691957

Najważniejsze problemy w realizacji PL wg wskazań respondentów:

- 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) – średnia ocena: **5.47**, liczba ocen: **191**.
- 2) 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**.
- 3) Zbyt niska wycena świadczeń związanych z realizacją PL w trybie hospitalizacji całodobowej – średnia ocena: **5.38**, liczba ocen: **195**.
- 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) – średnia ocena: **5.35**, liczba ocen: **188**.
- 5) 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: Porównanie ocen według grup zawodowych

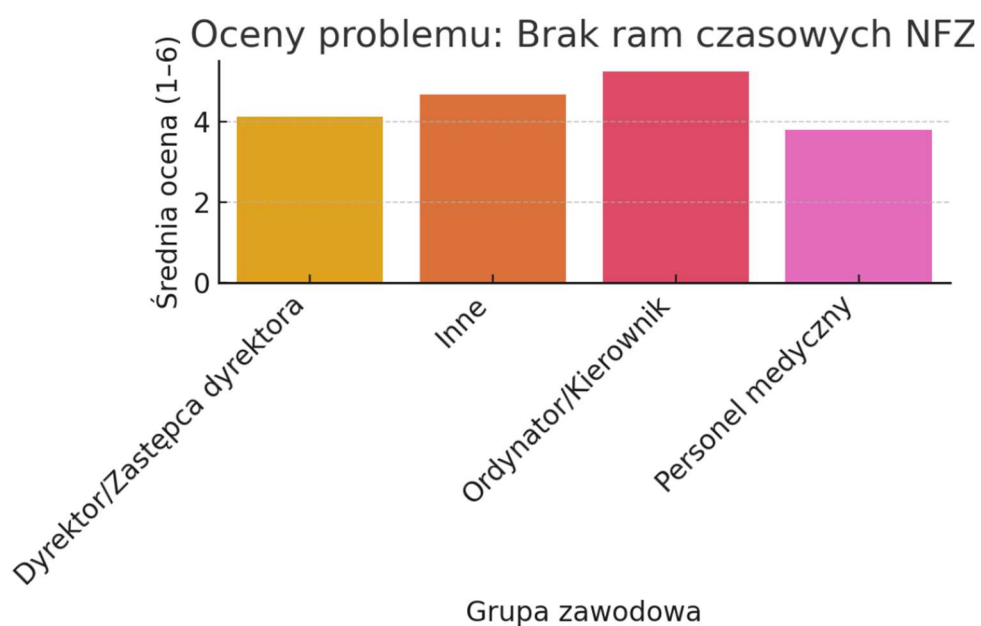
Problem	Dyrektor/ Zastępca dyrektora	Ordynator/ Kierownik	Personel medyczny	Średnia ogólna	p-wartość	Istotna różnica (p<0,05)
Brak określonych ram czasowych dla dostosowania przez NFZ przepisów regulujących funkcjonowanie, stosowanie w praktyce i finansowanie przez NFZ, po wprowadzeniu nowych leków (lub 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	0.012321477 48541425	TAK
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	0.546985941 7811422	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 renegocjacji i przesuwania środków pomiędzy programami - możliwa tylko za zgodą OW NFZ)	5.65	5.4	5.38	5.47	0.790079841 6777118	NIE
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	0.338290628 95006456	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	0.467370914 65691527	NIE
Limitowy charakter świadczenia (brak obowiązku zapłaty przez NFZ za wszystkie podane leki pacjentom objętym leczeniem w PL, po upływie każdego kwartału)	5.3	5.23	4.78	5.45	0.046638547 931178	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	0.453971810 271666	NIE
Zbyt duża biurokracja przy realizacji PL, w tym obowiązek raportowania danych dodatkowo SMPT / SMPL	5.2	5.35	5.64	5.30	0.873733339 7831487	NIE
Trudne do spełnienia kryteria kwalifikacji do terapii opisane w PL, zawężające	4.41	4.72	5.07	4.76	0.326691351 25945764	NIE

Problem	Dyrektor/ Zastępca dyrektora	Ordynator/ Kierownik	Personel medyczny	Średnia ogólna	p-wartość	Istotna różnica ($p < 0,05$)
możliwość skutecznego leczenia większej liczby pacjentów						
Połączenie ryczałtu za kwalifikację z ryczałtem za monitorowanie pacjenta w PL (brak wyłączenia kosztu badań do kwalifikacji z ryczałtu)	4.89	4.69	4.71	4.85	0.815570387 5586794	NIE
Brak możliwości zlecenia, wykonania i odrębnego sfinansowania przez NFZ badań genetycznych w każdej sytuacji (w onkologematologii, brak finansowania biopsji płynnej w ambulatorium, brak możliwości sumowania badań genetycznych ze świadczeniami do PL)	5.18	4.71	4.8	5.16	0.581337052 4970534	NIE
Zbyt niska wycena świadczeń związanych z realizacją PL w trybie hospitalizacji całodobowej	5.42	5.0	5.83	5.38	0.478239605 57465006	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	0.051293714 655467185	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	0.400227243 1424482	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	0.256028996 3551949	NIE

Dla większości analizowanych problemów nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w ocenach pomiędzy grupami zawodowymi. Jedynie w przypadku 2 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) ($p = 0,047$).

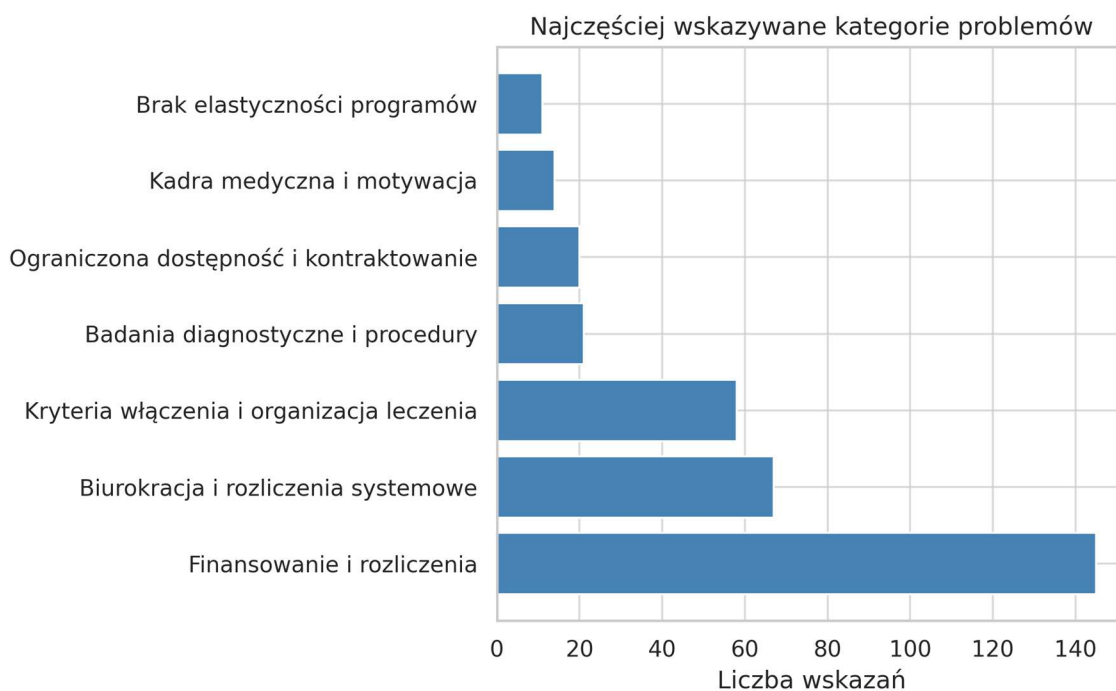
Wykres: Średnie oceny dla problemu o najistotniejszej różnicy



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:

- 1) Poprawa dostępności do nowoczesnych terapii dla pacjentów – średnia ocena: **5.19**, liczba ocen: **16**.
- 2) Prestiż ośrodka / kliniki / oddziału – średnia ocena: **4.69**, liczba ocen: **16**.
- 3) 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

- 1) Zniesienie limitowości w PL (gwarancja zapłaty przez NFZ za każdego pacjenta leczonego w PL) – średnia ocena: **5.6**, liczba ocen: **198**;
- 2) Uproszczenie zasad realizacji i zmniejszenie biurokracji (m.in. zakresu danych sprawozdawczych) – średnia ocena: **5.45**, liczba ocen: **200**;
- 3) Likwidacja SMPT i zastąpienie innym zautomatyzowanym systemem, pobierającym dane z danych statystycznych placówki – średnia ocena: **5.26**, liczba ocen: **194**;
- 4) 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.

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 aptece 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. Oczekujemy propozycji zmian ze strony MZ (zapowiadana tzw. czwarta, pośrednia kategoria dostępności), polegającej na likwidacji (w całości lub części) PL i utworzeniu zbiorczej kategorii refundacji leków nieonkologicznych, na wzór katalogu CHEMIOTERAPII. W naszej opinii winno 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 dożylną 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 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. „utylicacji” leku gdzieś tam 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 ilości programów poprzez zespół kwalifikacyjny przede wszystkim wydłuża moment rozpoczęcia przez pacjenta terapii, co jednocześnie jest pewnym rodzajem w ograniczeniu 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).



**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 *

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

Dalej →



← Powrót

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** kodera 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

Dalej →





← Powrót

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

Dalej →



← Powrót

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

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

Dalej →



← Powrót

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

Dalej →



← Powrót

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 *

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)

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

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)

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

← Powrót

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)

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



← Powrót

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 renegocjacji i przesuwania środków pomiędzy programami - możliwa tylko za zgodą OW NFZ)

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

Dalej →



← Powrót

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)

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

Dalej →

← Powrót

F) Brak możliwości wskazania do rozliczenia do NFZ części niewykorzystanego leku (odmowa finansowania przez NFZ części niewykorzystanego leku, który podlega utylizacji)

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

Dalej →



← Powrót

G) Limitowy charakter świadczenia (brak obowiązku zapłaty przez NFZ za wszystkie podane leki pacjentom objętym leczeniem w PL, po upływie każdego kwartału)

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

Dalej →

H) Zbyt duża liczba badań kontrolnych i sztywne terminy ich wykonania (zgodnie z opisem PL, ale nie zawsze zgodnie z EBM)

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

Dalej →

← Powrót

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

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

Dalej →



← Powrót

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

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

Dalej →

← Powrót

K) Połączenie ryczałtu za kwalifikację z ryczałtem za monitorowanie pacjenta w PL (brak wyłączenia kosztu badań do kwalifikacji z ryczałtu)

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

Dalej →

← Powrót

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)

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

Dalej →



← Powrót

M) Zbyt niska wycena świadczeń związanych z realizacją PL (w trybie hospitalizacji całodobowej, jednego dnia i warunkach ambulatoryjnych)

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

Dalej →

← Powrót

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.])

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

Dalej →

← Powrót

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)

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

Dalej →



← Powrót

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)

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

Dalej →



← Powrót

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

Dalej →



← Powrót

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 renegotjacji 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 ryczałtu za kwalifikację z ryczałtem za monitorowanie pacjenta w PL (brak wyłączenia kosztu badań do kwalifikacji z ryczałtu)

L) Brak możliwości zlecenia, wykonania i odrębnego sfinansowania przez NFZ badań genetycznych w każdej sytuacji (w onkologematologii, 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 wniosek 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)

Dalej →



← Powrót

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

Dalej →



← Powrót

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

A) Poprawa dostępności do nowoczesnych terapii dla pacjentów

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

Dalej →



← Powrót

B) Komfort pracy personelu lekarskiego (zagwarantowanie komfortu wyboru leczenia, zgodnie z wytycznymi klinicznymi)

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

Dalej →

← Powrót

C) Prestiż ośrodka / kliniki / oddziału

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

Dalej →

← Powrót

D) Możliwość rozwoju naukowego ośrodka

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

Dalej →

← Powrót

E) Strach przed roszczeniami pacjentów

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

Dalej →



← Powrót

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: *

A) Likwidacja PL i przeniesienie leków do innych kategorii dostępności refundacji (np. do apteki otwartej lub chemioterapii)

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

Dalej →

← Powrót

B) Uproszczenie zasad realizacji i zmniejszenie biurokracji (m. in. zakresu danych sprawozdawczych)

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

Dalej →

← Powrót

C) Zniesienie limitowości w PL (gwarancja zapłaty przez NFZ za każdego pacjenta leczonego w PL)

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

Dalej →



← Powrót

D) Możliwość rozwoju naukowego ośrodka

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

Dalej →



← Powrót

E) Strach przed roszczeniami pacjentów

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

Dalej →





[← Powrót](#)

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:

A) Likwidacja PL i przeniesienie leków do innych kategorii dostępności refundacji (np. do apteki otwartej lub chemioterapii)

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

Dalej →

[← Powrót](#)

B) Uproszczenie zasad realizacji i zmniejszenie biurokracji (m. in. zakresu danych sprawozdawczych)

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

Dalej →

[← Powrót](#)

C) Zniesienie limitowości w PL (gwarancja zapłaty przez NFZ za każdego pacjenta leczonego w PL)

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

Dalej →

[← Powrót](#)

D) Likwidacja SMPT i zastąpienie innym zautomatyzowanym systemem, pobierającym dane z danych statystycznych placówki

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

Dalej →



← Powrót

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:

Dalej →



← Powrót

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>

Wyślij →

Dziękujemy wszystkim respondentom za udział w badaniu!
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.