

Medexpress, 2021-05-25 12:05

Artur Fałek:

# Programy lekowe w SM. To się może szpitalowi opłacać!

Fot. MedExpress TV

- Zysk może sięgać nawet 2200 zł na pacjenta w skali roku, a im więcej pacjentów tym oczywiście większy zysk. Trzeba jednak pamiętać, że - podobnie jak w przypadku każdego programu lekowego - placówki są często zmuszane do kredytowania NFZ. Dochodzi do kuriozalnej sytuacji, w której instytucja, która powinna finansować świadczenia przerzuca ciężar obsługi ich kosztów na świadczeniodawców - pisze Artur Fałek - lekarz, ekspert Kancelarii Doradczej Rafał Piotr Janiszewski.

## Czy udzielanie świadczeń w programach lekowych jest opłacalne z punktu widzenia świadczeniodawcy?

ARTUR FAŁEK: To zagadnienie od dłuższego czasu nas, w Kancelarii, nurtuje. Żaden racjonalny świadczeniodawca nie będzie przecież realizował świadczeń, które mu nie przynoszą korzyści. Zrezygnuje z nich lub będzie ich udzielał minimalną ilość. A zatem kwestia opłacalności programów lekowych to pytanie fundamentalne również z punktu widzenia pacjenta i tego, czy on ma realny dostęp do leczenia. W Polsce są dwie kwestie, o których na wstępie tych rozważań trzeba powiedzieć. Po pierwsze jest to wadliwa konstrukcja planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia. Jako Kancelaria od dawna alarmujemy, iż umowy są zawierane na niższe kwoty, niż kosztowały realizacje z roku poprzedniego.

### W ciągu roku umowy są jednak aneksowane.

To jest wyrównywane, niemniej sam fakt zawierania rok rocznie zaniżonych umów jest absurdem i kładzie się cieniem na kwestię dostępności do wszystkich programów lekowych, ponieważ oczywistym jest, że dyrektorzy szpitali przed ich realizacją się bronią. Drugi aspekt, na jaki zwracamy uwagę jest taki, że jeśli umowy z NFZ nie nadążają za faktyczną realizacją świadczeń, to mamy de facto do czynienia z kredytowaniem Narodowego Funduszu Zdrowia przez szpitale. Dochodzi do kuriozalnej sytuacji, w której instytucja, która powinna finansować świadczenia przerzuca ciężar obsługi ich kosztów na świadczeniodawców! Oczywiście ci, wtórnie, starają się ten ciężar przesunąć na dostawców leków - mówią: „Zapłacimy wam później” i robi nam się łańcuszek św. Antoniego - ale to przecież nie o to w systemie chodzi! Sprawa powinna być jasna i klarowna. Prosta: Fundusz płaci za udzielanie świadczeń, koniec kropka. Niezbędna jest korekta Centralnego Budżetu na Refundację oraz planowania budżetu Funduszu tak, by umowy zawierane z placówkami ochrony zdrowia były realnej wysokości. Pamiętajmy, że programy w SM uległy w 2020 roku istotnej korekcie, a to oznacza, że potrzebne nam będzie n wyższe ich finansowanie.

### Zniesiono ograniczenia czasowe udziału pacjentów w programach. Jeszcze nie tak dawno mogli się oni leczyć maksymalnie dwa lata, a teraz tak długo, jak będą z terapii osiągać korzyść.

To diametralna zmiana. Należy się spodziewać, że pacjenci będą upływali z programów wolniej, natomiast nowi będą kwalifikowani co najmniej w takiej ilości, jak do tej pory. Generalnie więc będzie ich więcej, a zatem będą potrzebne większe środki na sfinansowanie programów w SM. Problem z refundacją jest identyczny we wszystkich programach lekowych. W tym przypadku refundacja leków nie spełnia dwóch, podstawowych - powiedziałbym wręcz, że świętych - warunków: bezwarunkowości i

natychmiastowości. Refundacja to refundacja! Finansowanie leków w programach powinno działać tak samo, jak to ma miejsce w ogólnodostępnych aptekach. Proszę sobie spróbować wyobrazić taką sytuację, że oto NFZ przestaje aptekom płacić za leki refundowane. W ciągu tygodnia - dwóch doszłoby do zerwania łańcucha dostaw i system nie byłby w stanie dostarczać pacjentom leków. Tymczasem z jakiegoś - tylko sobie znanego - powodu NFZ uważa, że może zmuszać szpitale do akceptowania dłuższych terminów płatności za udzielone świadczenia gwarantowane.

### **Nie słysząc o takich sytuacjach, żeby Fundusz za realizację programów lekowych nie płacił.**

Bo on de facto za nie płaci, tylko że niekiedy rozliczenia są odroczone o kilka miesięcy, a czasem mają miejsce dopiero w kolejnym roku i w tym czasie szpital tak naprawdę kredytuje NFZ. To jest wspólne dla wszystkich programów lekowych tło rozliczeń z Funduszem, które powoduje, że opłacalność wewnętrzna - widziana od strony jednostki prowadzącej program - jest szczególnie istotna.

### **Przejdźmy zatem do konkretów. Programy w SM: szpital może na nich zarobić, czy nie?**

Może. Akurat w tym przypadku wydaje nam się, że realizacja może być korzystna dla świadczeniodawcy dlatego, że zarówno świadczenia związane z realizacją programu jak i ryczałt diagnostyczny są skalkulowane na przyzwoitym poziomie. Zwykle do dokonywanych przez NFZ wycen były uwagi, jednak jeśli chodzi dziś o programy w SM, to - biorąc pod uwagę, jakie badania są w nich chorym wykonywane oraz jakie są ceny tych badań na rynku - mogą być one źródłem stabilnego przychodu dla świadczeniodawców. Szpitale są w stanie osiągać zyski. Tak wynika z kalkulacji przychodów związanych z realizacją świadczeń w ramach tych programów lekowych. Mamy tutaj zarówno hospitalizację, hospitalizację jednodniową, przyjęcia pacjentów w trybie ambulatoryjnym oraz świadczenie specyficzne dla pacjentów z SM: przyjęcie pacjenta, który jest w stanie stabilnym, raz na trzy miesiące w trybie ambulatoryjnym.

### **To konsultanci apelowali, by pacjenci nie musieli pojawiać się w szpitalu co miesiąc.**

To prawda i bardzo dobrze, że takie świadczenie wprowadzono. W ostatnich dwóch latach liczba wizyt ambulatoryjnych co miesiąc zmalała i została skompensowana właśnie przez te wizyty raz na trzy miesiące. Ale wracając do pieniędzy: to świadczenie jest wycenione na 324 punkty, a ponieważ każdy punkt w programie to złotówka, oznacza to 324 zł w przypadku przyjęcia pacjenta raz na trzy miesiące. Pacjent stabilny pojawia się w szpitalu, w ciągu roku czterokrotnie po to, by zrealizować „jazdę obowiązkową” w przypadku każdego programu lekowego, czyli monitorowanie i ocenę stanu neurologicznego oraz wydanie leku na kolejne miesiące. Mnożąc 324 zł razy cztery wizyty otrzymujemy niemal 1300 zł rocznie za obsługę pacjenta. A proszę pamiętać, że do tego dochodzi ryczałt diagnostyczny. 1671 zł rocznie. Ten ryczałt jest taki sam dla obu programów: pierwszej linii czyli B29 i B46 - po niepowodzeniu terapii lekami I rzutu oraz kiedy mamy do czynienia z ciężką, szybko się rozwijającą lub pierwotnie postępującą postacią stwardnienia rozsianego.

### **Ile z tych pieniędzy zostanie w kasie szpitala?**

Patrząc na elementy kosztowe od strony wykonywanych pacjentowi badań, związanych z jego kwalifikacją do programu oraz późniejszym monitorowaniem, to ten zysk na pacjenta - zastrzegam, że nie liczymy kosztów pracy oraz pozostałych kosztów własnych! Każdy świadczeniodawca po swojej stronie musiałby zrobić rachunek kosztów, również w aspekcie kosztów badań laboratoryjnych: po ile je kupuje na rynku, jeśli nie ma swojego laboratorium? - może być niemały. Może sięgać 1500 zł w skali roku w przypadku pacjenta, który jest kwalifikowany, bo w przypadku tego, który jest już tylko monitorowany - zysk będzie większy i wyniesie nawet 2200 zł w programie B29.

W B46 będzie podobnie, przy czym tam w związku z realizacją programu będą potrzebne hospitalizacje a więc przychód z tytułu realizacji świadczeń będzie większy. Podsumowując: w Polsce

można osiągnąć zyski realizując programy lekowe.

### **Czyli to może bilansować się a nawet opłacać!**

To prawda. Warunkiem jest, oczywiście, posiadanie racjonalnych cen jeśli chodzi o koszty badań diagnostycznych, niemniej w tym przypadku zarówno wykonując badania, jak i świadczenia towarzyszące realizacji programów lekowych w SM pacjent może dostarczać konkretnej, wymiernej korzyści dla ośrodka realizującego jeden czy drugi program. Narodowy Fundusz Zdrowia dość korzystnie skalkulował badania diagnostyczne, a dodatkowo przy tej kalkulacji nie zróżnicował ryczałtu dla pacjentów dopiero kwalifikowanych do programu, oraz już się w nich leczących. A przecież wiadomo, że ci pierwsi wymagają wykonania jednorazowo sporej ilości badań, których potem nie ma już potrzeby ciągle powtarzać, a zatem kosztują szpital drożej. Pamiętajmy też, że badania diagnostyczne nie muszą być wykonywane pacjentowi specjalnie na potrzeby kwalifikacji! Część z nich mogła już być zrobiona wcześniej, przy okazji innych świadczeń. Widać tutaj, jak ważna w ochronie zdrowia jest kompleksowość oraz rzetelnie prowadzona dokumentacja medyczna w formie elektronicznej, dzięki czemu placówka otrzymuje wyniki badań, które wykonano na wcześniejszym etapie leczenia pacjenta. Jeśli zaś chodzi o pacjentów, którzy są w programie na etapie monitorowania jego efektów, to pewne jest, że placówce odpadają koszty związane z kwalifikacją i w tej sytuacji połowa ryczałtu za pacjenta spokojnie stanowi dla szpitala zysk. Realizacja świadczeń zgodnie z opisem programu, połączona ze starannie prowadzoną dokumentacją medyczną pacjentów, prowadzi do tego, że realizacja świadczeń w tych programach może być opłacalna. Opłacają się pacjenci kwalifikowani, ci monitorowani opłacają się jeszcze bardziej i oczywiście im więcej pacjentów, tym ogółem większy zysk.

### **A co z kredytowaniem NFZ-tu, od którego zaczęła się nasza rozmowa?**

Ono będzie miało miejsce. Kredytowanie ma miejsce zawsze, w każdej sytuacji, kiedy świadczeniodawca ma zaniżoną wartość umowy i realizuje świadczenia ponad jej wartość. Oczywiście w przypadku niektórych świadczeń - jak porody czy choćby operacje zaćmy - w zarządzeniach Prezesa NFZ jest przewidziany mechanizm dostosowywania wartości umowy do realizacji i ja uważam to za oczywisty błąd ze strony Funduszu, że w przypadku programów lekowych nie jest tak samo. To niedopuszczalne, żeby środki jakie świadczeniodawca musi wydać na realizację programów lekowych miały pochodzić z jego własnych zasobów.

### **Pytanie czy wobec takiej sytuacji szpitale zobaczą zysk w przyjmowaniu dużej liczby pacjentów do programów w SM i w rezultacie ich dostępność wzrośnie?**

Docelowo NFZ zapłaci. Nie znamy sytuacji, żeby nie zapłacił za leczenie pacjentów w programach lekowych! W przypadku programów lekowych w SM sprawna organizacja udzielania świadczeń - i udzielanie ich w trybie ambulatoryjnym - zapewnia pewny zysk, który jest nie do podważenia w trakcie kontroli. Jednocześnie apeluję też o otwartość na pacjentów! Zgromadzenie dużej grupy chorych w programach pozwoli lepiej wykorzystać zasoby organizacyjne placówki i mnożyć zysk jednostkowy. Nie powinno być zatem kłopotów z dostępnością do świadczeń dla pacjentów.