



MINISTER ZDROWIA

MZ-PZ-OP-070-4713-3/AST/07

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wplynelo dn. 11.07.08.
nr. 4307 podpis. [signature]

2008 -07- 10

Warszawa,

K. Namysł [signature]
SECRETARIAT
Biura Prac Senackich

Pan wplynelo dn. 14.07.08. za [signature]
5318
Bogdan Borusewicz podpis [signature]
Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej

[signature]

Odpowiadając na oświadczenia Pana senatora Stanisława Karczewskiego przekazane przy piśmie z dnia 12 czerwca 2008 r. znak: BPS-DSK-043-540/08 dotyczące koszyka świadczeń gwarantowanych uprzejmie informuję, że trwają przygotowania do wdrożenia systemu stałej wyceny i monitorowania kosztów realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. Wymaga to szeregu zmian legislacyjnych, jak również zorganizowania i sfinansowania bazy badawczej opartej o zakłady opieki zdrowotnej stosujące te same standardy rachunku kosztów.

Należy przy tym zaznaczyć, że termin dojścia do oczekiwanych, nie tylko przez środowisko medyczne, efektów jest jednak odległy, co uwarunkowane jest ogromem prac jak i zidentyfikowanymi już trudnościami. Między innymi fundamentem, na którym powinna być oparta praca nad wszystkimi wykazami świadczeń jest przejrzysta, jednoznaczna oraz powszechna klasyfikacja procedur medycznych umożliwiającą raportowanie wykonywalności świadczeń na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Obecnie, jak wynika to z programu pilotażowego przeprowadzonego przez AOTM oraz z doświadczeń NFZ, funkcjonuje kilka wersji jednej klasyfikacji (ICD-9CM) o niekompatybilnych rozszerzeniach kodowych, co uniemożliwia pełną identyfikację badanych świadczeń. W warunkach polskich wiele działań realizowanych w ramach prac nad „koszykiem” ma charakter pionierski, głównie z uwagi na wcześniejsze zaniechania i błędy, co także ma wpływ na wydłużenie czasu realizacji zadania. Podjęte zostały już kroki zmierzające do usunięcia rozpoznanych przeszkód, a efektem końcowym ma być dojście do oczekiwanej transparentności dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla obywateli i wiedzy o kosztach funkcjonowania systemu i kosztach realizacji świadczeń. Trzeba również w tym miejscu zaznaczyć, że w zagranicznych systemach opieki zdrowotnej, tam gdzie funkcjonują rozwiązania definiowane, jako koszyk świadczeń gwarantowanych, prace nad jego ukształtowaniem trwały wiele lat i wymagały znacznych nakładów finansowych. W każdym kraju wykorzystuje się równocześnie różne metody finansowania świadczeniodawców w różnych częściach koszyka. I tak dla przykładu, jeśli chodzi o listę leków refundowanych jest to współfinansowanie, podobnie rzecz dotyczy stomatologii czy lecznictwa uzdrowiskowego. W świadczeniach podstawowej opieki zdrowotnej dobrze przyjęte jest i dobrze funkcjonuje rozwiązanie w postaci płatności „per capita”. Rzetelnej wyceny wymaga natomiast cały katalog świadczeń lecznictwa zamkniętego.

2
[signature]
z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
[signature]
Marek Nowicki