

© Borgis

# Świadczenia gwarantowane

**Agnieszka Chycak-Kryczka, \*Iwona Wrześniewska-Wal**

Agnieszka Chycak-Kryczka (lek. med.; główny specjalista w Departamencie Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia)  
Iwona Wrześniewska-Wal (lek. med.; dr nauk prawnych, adiunkt w Szkole Zdrowia Publicznego w CMKP, Zakład Ekonomiki,  
Prawa i Zarządzania, Kierownik Zakładu: dr Janusz Opolski)

Wykaz świadczeń gwarantowanych powinien spełniać rolę informacyjną i regulacyjną zarówno dla pacjentów, jak i świadczeniodawców. Dla pacjenta ma to być źródło wiedzy o tym, jakie świadczenia opieki zdrowotnej będą finansowane w ramach środków publicznych, a za które będzie musiał zapłacić. Dla świadczeniodawców wykaz stanowi informację o tym, jakie świadczenia są gwarantowane w ramach kontraktu ze środków publicznych i na jakich zasadach. Pacjentowi daje to poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego i odpowiedni dostęp do informacji o usługach, płatnikowi bezpieczeństwo finansowe.

## WSTĘP

Procesy transformacji demokratycznej rozpoczęte w 1989 r. w Polsce dotyczyły całej sfery życia społecznego, politycznego i ekonomicznego. Skutkowały też zmianami w szeroko rozumianym sektorze ochrony zdrowia. Po 1989 r. nastąpiły radykalne zmiany, które dotyczyły m.in. rozwoju sektora prywatnego w służbie zdrowia czy rozpadu struktur zespołów opieki zdrowotnej.

Kamieniem milowym były reformy rządu Jerzego Buzka z 1999 r., wprowadzające rewolucyjne zmiany w sektorze ochrony zdrowia. Nowe zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (obowiązkowa składka ubezpieczeniowa) i utworzenie nowych struktur pełniących funkcje płatnika (kasy chorych, potem oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia) były absolutnym novum. Umożliwiono swobodę wyboru lekarza oraz szpitala, a część zadań w tym sektorze przekazano do władz samorządowych (decentralizacja). Reformy były gruntowne, niemniej jednak pojawiły się liczne problemy w funkcjonowaniu nowego systemu. Pokłosiem tych problemów było wprowadzenie nowej ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (ustawa o NFZ) scentralizowanej instytucji płatnika – Narodowego Funduszu Zdrowia. Równocześnie zniesiono Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych; minister zdrowia stał się organem nadzoru nad realizacją ubezpieczenia zdrowotnego. Ustawa o NFZ weszła w życie 1 kwietnia 2003 r., szybko jednak została zaskarżona do Trybunału Konstytucyjnego.

W wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r. sygn. akt K14/03<sup>1</sup> została stwierdzona niezgodność ustawy o NFZ z Konstytucją. Trybunał zwrócił uwagę na konieczność określenia zakresu świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących w ramach środków publicznych (1). Pacjent powinien wiedzieć, jakie usługi medyczne należą mu się w ramach płaconej składki. Zdaniem sędziów TK zaskarżona ustawa o NFZ nie określała koszyka świadczeń gwarantowanych ani świadczeń ponadstandardowych, finansowanych ze środków własnych pacjenta, ani nawet nie podawała jednoznacznych kryteriów formalnych, według których powinno nastąpić konkretne ustalenie zakresu należnych pacjentowi świadczeń w ramach odpowiedniej, ustalonej w ustawie, procedury (2).

W swoim wyroku Trybunał wyznaczył również termin obowiązywania zaskarżonej regulacji – do dnia 31 grudnia 2004 roku. Do tego czasu ustawodawca musiał przygotować ustawę, która realizowałaby postanowienia Trybunału Konstytucyjnego.

W wyniku prac powołanego przez Ministra Zdrowia specjalnego zespołu ds. rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia, została z dniem 27 sierpnia 2004 r. uchwalona ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>2</sup> (zwana „ustawą o świadczeniach”), która jest jednym z najważniejszych aktów prawnych w systemie opieki zdrowotnej.

## USTAWA KOSZYKOWA

Powyższa ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych była wielokrotnie zmieniana. Jedną z nowelizacji z dnia 25 czerwca 2009 r., o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej

<sup>1</sup>Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. (Dz. U. Nr 5, poz. 37)

<sup>2</sup>Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.).

finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach<sup>3</sup> (zwana „ustawą koszykową”), wprowadziła przepisy regulujące koszyk świadczeń gwarantowanych, nakładając na ministra zdrowia zadanie tworzenia katalogu świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach. Powyższa nowelizacja wprowadziła nowe rozdziały: „Rozdział 1a – Kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych” oraz „Rozdział 1b – Agencja Oceny Technologii Medycznych”. Warto dodać, że wprowadzony nowelizacją koszyk świadczeń gwarantowanych ma charakter koszyka pozytywnego, tj. enumeratywnie wymienia świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych.

Koszyk negatywny istniał do czasu wejścia ustawy koszykowej, jako pokłosie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 2004 r., i zawierał wyłącznie te świadczenia, które nie były finansowane ze środków publicznych. Istnienie koszyka negatywnego miało związek ze zbyt krótkim czasem na jego przygotowanie. Funkcjonujący wówczas koszyk świadczeń i określone w sposób negatywny świadczenia można było ustalić na podstawie treści art. 16 i 17 ustawy o świadczeniach. W związku z tym wszystkie inne świadczenia, które nie znalazły się w koszyku negatywnym, przysługiwały pacjentom w ramach obowiązujących przepisów. W praktyce istniały zatem trudności związane z możliwością uzyskania tych świadczeń. Negatywny koszyk świadczeń stanowił też istotny problem dla systemu w związku z pojawiającymi się nowymi technologiami i metodami leczniczymi, niejednokrotnie o jeszcze niesprawdzonej skuteczności klinicznej, a które w tak skonstruowanym systemie znalazły się w grupie świadczeń przysługujących świadczeniobiorcom (3).

Natomiast inaczej było w zakresie świadczeń stomatologicznych. Zakres świadczeń stomatologicznych jako jedyny wyjątek od ogólnej zasady był definiowany z zastosowaniem metody tzw. pozytywnego koszyka świadczeń (4). Wynikało to z ówczesnego brzmienia ustawy o świadczeniach oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego świadczeń stomatologicznych, a także wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi.

W związku z tymi problemami zasadniczą intencją ustawy koszykowej było to, aby precyzyjnie wskazane świadczenia opieki zdrowotnej były finansowane lub współfinansowane ze środków publicznych w sposób obligatoryjny oraz aby pacjent (tj. osoba objęta ubezpieczeniem zdrowotnym i opłacająca składkę) mógł się w sposób prawnie skuteczny domagać realizacji na swoją rzecz tychże świadczeń. Tym niemniej istnienie świadczeń gwarantowanych nie wyklucza możliwości istnienia innych rozwiązań polegających na wprowadzeniu świadczeń opieki zdrowotnej, które także mogą być finansowane lub współfinansowane ze środków publicznych, ale na zasadach fakultatywnych, co będzie zależało od możliwości finansowych systemu opieki zdrowotnej oraz stosownie do aktualnych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Dzięki określeniu koszyka świadczeń gwarantowanych każdy obywatel będzie mógł otrzymać informacje, jakie świadczenia należą mu się ze środków publicznych, jakie wymagają dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, a za jakie będzie musiał zapłacić z własnej kieszeni. Stworzenie takiej listy jest podstawowym prawem ubezpieczonych zagwarantowanym w Konstytucji (5).

### Koszyk w formie rozporządzenia

W trakcie prac nad ustawą z dnia 25 czerwca 2009 r. kontrowersje wzbudzała forma wykazu świadczeń gwarantowanych. W ustawie zapisano bowiem, iż o tym czy świadczenie zdrowotne jest finansowane lub współfinansowane ze środków publicznych decyduje minister zdrowia w rozporządzeniu. Pakiet 13 rozporządzeń (dla poszczególnych zakresów świadczeń) wydanych na jej podstawie wszedł w życie 31 sierpnia 2009 roku.

Z tego względu ustawa koszykowa budziła poważne zastrzeżenia natury konstytucyjnej.

W ocenie Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych (6) uchwalona ustawa koszykowa nie wypełnienia postanowień orzeczenia wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 2004 r. w części dotyczącej zasad tworzenia koszyka świadczeń zdrowotnych. Zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych powinien być określony w ustawie. Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji to ustawa powinna określić wykaz świadczeń gwarantowanych (tj. od strony pozytywnej) bądź (od strony negatywnej) świadczenia ponadstandardowe, które są finansowane ze środków własnych pacjenta. Jeżeli założyć, że jest to niemożliwe (ani od strony pozytywnej, ani od strony negatywnej) ustawa powinna wprowadzać co najmniej dostatecznie jasne i jednoznaczne kryteria formalne, według których będzie następować *in casu* ustalenie zakresu należnych pacjentowi świadczeń w ramach odpowiedniej, ustalonej w ustawie procedury (3).

Zakres takiego wykazu nie powinien pozostawiać żadnych wątpliwości co do przysługujących obywatelowi świadczeń w ramach środków publicznych przeznaczonych na ten cel. Natomiast, zdaniem ekspertów ustawa koszykowa wprowadza możliwość współpłacenia, ale w sposób blankietowy, tzn. władza wykonawcza sama będzie określać poziom i sposób płacenia za niektóre świadczenia opieki zdrowotnej.

Z drugiej jednak strony, aby wykaz świadczeń gwarantowanych był narzędziem rzeczywistym, musi spełniać określone warunki, przede wszystkim dotyczące jego efektywności. Ocena wszystkich obecnie stosowanych technologii

<sup>3</sup>Ustawa z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz. U. Nr 118, poz. 989).

medycznych jest zadaniem bardzo ambitnym, możliwym do przeprowadzenia w długim czasie. Bardzo trudne jest stworzenie kompletnej listy świadczeń. Istnieją dziesiątki tysięcy procedur medycznych z ogromną liczbą wskazań, a co roku pojawiają się nowe. Przyjęcie w 2009 r. w ustawie koszykowej koncepcji *status quo*, tzn. świadczenia gwarantowane obejmują większość technologii medycznych, które były do tej pory finansowane ze środków publicznych, powoduje konieczność szybkiej weryfikacji. W pierwszym rządzie należy zająć się świadczeniami, które są nieefektywne i szkodliwe. Następnym krokiem powinno być wykluczenie technologii charakteryzujących się niską siłą interwencji w porównaniu z placebo oraz relatywnie nieefektywnych kosztowo (5).

Wymóg ten będzie spełniony, gdy możliwe będzie ingerowanie w zawartość świadczeń gwarantowanych przy użyciu krótko trwającego procesu legislacyjnego. Z tego względu należy zgodzić się z argumentem przemawiającym za przyjętym w ustawie koszykowej rozwiązaniem, że pewna elastyczność i szybkie reagowanie na zachodzące zmiany w dziedzinie rozwoju nauki i medycyny są możliwe przez wydanie rozporządzenia, a nie przez nowelizację ustawy.

W związku z tym w ustawie koszykowej wprowadzono wspomniany już „Rozdział 1a – Kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych”, gdzie podane zostały dostatecznie jasne i jednoznaczne kryteria, które należy uwzględnić przy kwalifikowaniu świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych. Określono również tryb podejmowania decyzji w sprawie kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej do wykazu świadczeń gwarantowanych oraz tryb usuwania świadczeń z wykazu i zmiany poziomu, a także sposobu ich finansowania lub warunków ich realizacji. W tym właśnie rozdziale przyjęto, iż wykaz świadczeń gwarantowanych zostanie wprowadzony w formie rozporządzeń ministra właściwego do spraw zdrowia, odrębnie dla każdego rodzaju świadczeń.

### Definicje podstawowych pojęć ustawowych

W celu wyjaśnienia czym jest aktualnie koszyk świadczeń gwarantowanych i co zawiera, niezbędne jest wcześniejsze zdefiniowanie w świetle obowiązującej ustawy podstawowych pojęć. Istotna jest definicja „świadczenia gwarantowanego”, ponieważ to właśnie ta definicja uległa zmianie w związku z omawianą nowelizacją ustawy z dnia 25 czerwca 2009 roku. Dotychczas brzmienie tego przepisu wskazywało, że jest to świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości ze środków publicznych, na zasadach i w trybie określonych w ustawie o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych. Obecnie „świadczenie gwarantowane” oznacza świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie (art. 5 pkt 35 ustawy koszykowej). Jest zatem istotna różnica pomiędzy poprzednią a obecną definicją. W praktyce różnica sprowadza się do wskazania w nowej definicji, iż świadczenia gwarantowane niekoniecznie będą musiały być w całości finansowane ze środków publicznych, lecz będą mogły być ze środków publicznych również współfinansowane. Powyższa zmiana wiąże się ze zmianą systemu, bo zakłada się możliwość współfinansowania świadczeń przez ubezpieczonych.

Zgodnie z regulacjami ustawy koszykowej ubezpieczony ma prawo do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej, które obejmują w świetle art. 5 omawianej ustawy: świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące. Pod pojęciem „świadczenie opieki zdrowotnej” rozumiemy określone w ustawie świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące (art. 5 pkt. 34 ww. ustawy). Powyższe terminy są definiowane w sposób następujący:

– „świadczenie zdrowotne” to działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania;

– „świadczenie zdrowotne rzeczowe” to związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze;

– „świadczenie towarzyszące” to zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodziennej oraz usługi transportu sanitarnego.

Ustawa definiuje również świadczenia specjalistyczne i wysokospecjalistyczne. Pierwsze z nich, świadczenia specjalistyczne, są świadczeniami opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny, z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Natomiast świadczenia wysokospecjalistyczne są świadczeniami opieki zdrowotnej lub procedurami medycznymi spełniającymi równocześnie dwa kryteria:

a) udzielanie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanych umiejętności osób udzielających świadczenia;

b) koszt jednostkowy świadczenia jest wysoki.

### Zakres koszyka gwarantowanego

Koszyk świadczeń gwarantowanych obejmuje świadczenia gwarantowane z następujących zakresów:

1. podstawowej opieki zdrowotnej,
2. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,

3. leczenia szpitalnego,
4. opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
5. rehabilitacji leczniczej,
6. świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej,
7. leczenia stomatologicznego,
8. lecznictwa uzdrowiskowego,
9. zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze,
10. ratownictwa medycznego,
11. opieki paliatywnej i hospicyjnej,
12. świadczeń wysokospecjalistycznych,
13. programów zdrowotnych.

W związku z tym na podstawie wspomnianego już upoważnienia ustawowego zostały wydane do poszczególnych zakresów świadczeń rozporządzenia Ministra Zdrowia (rozporządzenia koszykowe). Każde z rozporządzeń koszykowych zawiera wykaz świadczeń gwarantowanych i warunki ich wykonywania.

### Zasady kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej

Zgodnie z art. 31a ust. 1 ustawy koszykowej, podstawą zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego jest jego ocena uwzględniająca następujące kryteria:

1. wpływ na poprawę zdrowia obywateli,
2. skutki następstw choroby lub stanu zdrowia,
3. znaczenie dla zdrowia obywateli,
4. skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo,
5. stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego,
6. stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych,
7. skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Powyższe kryteria stanowią wykładnię dla bardziej szczegółowej analizy wpływu określonych świadczeń na społeczeństwo. I tak, biorąc pod uwagę wpływ proponowanego świadczenia opieki zdrowotnej na poprawę zdrowia obywateli, ustawodawca nakazuje uwzględnić: priorytety zdrowotne oraz wskaźniki zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określonych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej. Priorytety zdrowotne określi w rozporządzeniu minister zdrowia, biorąc pod uwagę stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości.

Jako skutki następstw choroby lub stanu zdrowia brane są pod uwagę:

- a) przedwczesny zgon,
- b) niezdolność do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (REF),
- c) niezdolność do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (REF),
- d) przewlekłe cierpienie lub przewlekła choroba oraz
- e) obniżenia jakości życia.

Kryterium „znaczenia dla zdrowia obywateli” zostało bardziej szczegółowo opisane w ustawie pod kątem oceny proponowanego świadczenia opieki zdrowotnej dla: ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia, ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia, zapobiegania przedwczesnemu zgonowi oraz poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość.

Wspomniana powyżej kwalifikacja świadczeń opieki zdrowotnej dotyczy wyłącznie świadczeń gwarantowanych z zakresu koszyka, o którym mowa powyżej.

### Podmiot odpowiedzialny za kwalifikację świadczenia opieki zdrowotnej

Zgodnie z art. 31b wspomnianej ustawy, kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego w zakresie, o którym mowa powyżej, dokonuje minister zdrowia po uzyskaniu rekomendacji prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM), biorąc pod uwagę kryteria wymienione powyżej.

Ustawa koszykowa tworzy również instytucjonalne (ustawowe) ramy funkcjonowania AOTM (7). Agencja Oceny Technologii Medycznych<sup>4</sup> uzyskała status państwowej jednostki organizacyjnej posiadającej osobowość prawną (art. 31m ustawy koszykowej). Oznacza to, że Agencja może występować w obrocie gospodarczym we własnym

<sup>4</sup>Wstąpiła w prawa i obowiązki poprzedniej Agencji Oceny Technologii Medycznych, która miała status jednostki budżetowej i była utworzona na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2006 r. w sprawie Agencji Oceny Technologii Medycznych (Dz. Urz. Ministra Zdrowia Nr 10, poz. 53 z późn. zm.).

imieniu i na własny rachunek oraz posiadać odrębny majątek. Zatem ustawa koszykowa nie tylko określa m.in. zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych, ale również zasady funkcjonowania, organizację i zadania Agencji Oceny Technologii Medycznych. Nadzór nad ATOM sprawuje minister zdrowia. Agencja działa na podstawie ustawy oraz statutu, nadawanego w drodze rozporządzenia przez ministra zdrowia. Jedynym organem Agencji Oceny Technologii Medycznych będzie prezes powoływany na 5-letnią kadencję. Z uwagi na fakt, iż Agencja Oceny Technologii Medycznych jest strukturą organów państwowych, ustawa koszykowa stawia wysokie wymagania co do kwalifikacji prezesa ATOM<sup>5</sup>, przejrzyste zasady prowadzenia gospodarki finansowej Agencji oraz zasadę *incompatibilitas*, czyli rozłączności stanowisk. Wiąże się to z odpowiedzialnością osób podejmujących decyzje w opiece zdrowotnej oraz potrzebą posiadania narzędzi, które zapewnią nie tylko powtarzalność podejmowanych decyzji, ale ich przejrzystość, jako jeden z elementów mechanizmów antykorupcyjnych (8).

Zgodnie z procedurą minister zdrowia zleca prezesowi Agencji Oceny Technologii Medycznych przygotowanie rekomendacji w sprawie zakwalifikowania albo niezasadności zakwalifikowania świadczenia jako gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania. Zlecenie przekazywane do AOTM powinno zawierać opis świadczenia opieki zdrowotnej oraz opis choroby i stanu zdrowia, w których jest udzielane oraz jego wpływ na poprawę zdrowia obywateli.

### **Procedowanie Agencji Oceny Technologii Medycznych**

Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych wydaje rekomendację na podstawie opinii konsultantów krajowych, prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i stanowiska Rady Konsultacyjnej. Procedowanie rozpoczyna się od uzyskania opinii konsultantów krajowych z dziedziny medycyny odpowiedniej dla danego świadczenia opieki zdrowotnej oraz prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Ten ostatni wskazuje na skutki finansowe zakwalifikowania proponowanego świadczenia opieki zdrowotnej do grupy świadczeń gwarantowanych. Uzyskane opinie są następnie przedstawiane Radzie Konsultacyjnej AOTM (art. 31 h ust. 1 ustawy koszykowej). Rada Konsultacyjna przedstawia stanowisko w sprawie zasadności zakwalifikowania lub niezakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej do świadczeń gwarantowanych. Prezes AOTM, biorąc pod uwagę stanowisko Rady Konsultacyjnej oraz kryteria, o których mowa powyżej, wydaje odpowiednią rekomendację, przekazując ją następnie ministrowi zdrowia. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, iż na Prezesie AOTM ciąży obowiązek ustawowy do niezwłocznego zamieszczenia zlecenia i rekomendacji na stronie internetowej AOTM<sup>6</sup>.

Po uzyskaniu rekomendacji prezesa AOTM, to minister zdrowia podejmuje decyzję co do kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego. Minister Zdrowia nie jest jednak związany wydawanymi rekomendacjami i podejmuje ostateczną decyzję co do umieszczenia wnioskowanego świadczenia opieki zdrowotnej w wykazie świadczeń gwarantowanych. W uzasadnieniu do ustawy koszykowej, czyli rządowego projektu nowelizacji z dnia 25 czerwca 2009 r. stwierdzono, że wprowadzone przepisy pozwolą na ustanowienie koszyka świadczeń gwarantowanych bez konieczności opracowywania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych raportów dotyczących świadczeń powszechnie znanych i stosowanych. Procedura ta będzie stosowana każdorazowo w przypadku dodawania do koszyka nowych świadczeń gwarantowanych. Zastosowanie takiej procedury ma zatem także na celu umożliwienie elastycznej i szybkiej reakcji ministra zdrowia w przypadku pojawienia się nowych świadczeń, które z uwagi na potrzeby zdrowotne społeczeństwa powinny być szybko wprowadzone do koszyka świadczeń gwarantowanych (7).

### **Usunięcie świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych**

Natomiast postępowanie w sprawie usunięcia świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych lub zmiana poziomu lub sposobu finansowania są złożone i poprzedzone przygotowaniem raportu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych. Przyjęcie takiego trybu procesowania w tym przypadku wynika z konieczności

<sup>5</sup>Art. 31p ustawy koszykowej.

„Prezesem Agencji albo zastępcą Prezesa Agencji może być osoba, która:

- 1) posiada tytuł zawodowy magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych, farmaceutycznych, ekonomicznych, prawnych lub technicznych;
- 2) posiada wiedzę z zakresu ochrony zdrowia oraz oceny świadczeń opieki zdrowotnej, farmakoekonomiki, systemów finansowania świadczeń zdrowotnych oraz ekonomiki zdrowia;
- 3) posiada co najmniej 3-letni okres zatrudnienia na stanowiskach kierowniczych w:
  - a) jednostkach naukowych w rozumieniu ustawy z dnia 8 października 2004 r. o zasadach finansowania nauki (Dz. U. z 2008 r. Nr 169, poz. 1049) lub
  - b) jednostkach podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 4) nie została skazana prawomocnym wyrokiem za umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;
- 5) korzysta z pełni praw publicznych.

<sup>6</sup>art. 31h ust. 5 ustawy koszykowej

Raporty w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej oraz stanowiska i rekomendacje na stronie internetowej Agencji oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji na zasadach określonych w przepisach o dostępie do informacji publicznej.

zabezpieczenia osób uprawnionych przed pochopnym usunięciem danego świadczenia z koszyka świadczeń gwarantowanych albo pochopną lub niekorzystną zmianą zasad finansowania świadczenia opieki zdrowotnej (7).

Zgodnie z ustawą koszykową minister zdrowia może usunąć dane świadczenie opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonać zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego, działając z urzędu lub na wniosek, uwzględniając opisane kryteria.

Wnioski, o których mowa powyżej, mogą składać do Ministra Zdrowia następujące strony:

- konsultanci krajowi z dziedziny medycyny odpowiedniej dla danego świadczenia opieki zdrowotnej,
- stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym – za pośrednictwem konsultantów krajowych,
- Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia,
- stowarzyszenia i fundacje, których celem statutowym jest ochrona praw pacjenta – za pośrednictwem konsultantów krajowych.

W przypadku usunięcia świadczenia z wykazu świadczeń gwarantowanych lub zmiany poziomu lub sposobu finansowania AOTM będzie musiała przygotować raport, w którym znajdzie się szczegółowy opis uzasadniający podjęcie decyzji o usunięciu świadczenia z wykazu. Ostateczna rekomendacja prezesa AOTM będzie poprzedzona opinią Rady Konsultacyjnej. Na podstawie stanowiska Rady Konsultacyjnej prezes AOTM wydaje rekomendację. Powyższe rekomendacja prezesa Agencji stanowią dla ministra zdrowia podstawę do usunięcia z wykazu świadczeń gwarantowanych świadczenia objętego rekomendacją lub zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego bądź też niewprowadzania tych zmian. Jednak minister zdrowia nie jest związany wydawanymi rekomendacjami i podejmuje ostateczną decyzję co do wykreślenia wnioskowanego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych lub zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, tak jak to jest w przypadku kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych.

W sytuacji ograniczonej ilości zasobów finansowych a systematycznie wzrastających potrzebach zdrowotnych społeczeństwa, wynikającego z rozwoju nauk medycznych oraz rosnącej świadomości i oczekiwań pacjentów, decyzje kliniczne podejmowane przez lekarzy, jak i decyzje finansowe podejmowane przez menedżerów i decydentów opieki zdrowotnej wymagają zapewnienia powtarzalności i standaryzacji (8). Przy założeniu, że pacjent pozostaje w centrum uwagi podejmującego decyzje. Jest to pierwszy krok w ramach uregulowań prawnych ku optymalizacji kosztów leczenia.

#### Piśmiennictwo

1. Wędrychowska JE, Wrześniewska-Wal I: System ochrony zdrowia po orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego – uwarunkowania kolejnej reformy służby zdrowia (sprawozdanie z seminarium Prawa i Medycyny, Warszawa, 02.04.2004). *Prawo i Medycyna* 2004; 15. 2. Wrześniewska-Wal I: Ustawa dla 50 zoz-ów. *Ogólnopolski Przegląd Medyczny* 2004; 5. 3. Baka K, Machulak G, Pietraszewska-Macheta A, Sikorko A: Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. *Komentarz. ABC* 2010. 4. Pęcherz T: Wyposażenie gabinetu lekarza dentysty w aparat RTG w świetle wymagań rozporządzenia koszykowego. *Galiczyjska Gazeta Lekarska – Lekarza Dentysty* 2009; 5. 5. Ładna K, Jarczewska D: Koszyk świadczeń – silva rerum. *Służba Zdrowia* 2004; 26-30. 6. Oświadczenie Biura Prasowego OPZZ na temat informacji o spotkaniu związkowców w Kancelarii Prezydenta w dniu 10 lipca 2009 r. w sprawie tzw. „ustawy koszykowej”, <http://opzz.org.pl/aktualnosci/glowna.html/id/646> 7. Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z 13 stycznia 2009 r. (druk sejmowy nr 1590), <http://www.senat.gov.pl/k7/dok/sejm/034/1590.pdf> 8. Matczak JT: Agencja Oceny Technologii Medycznych. *Aptekarz Polski* 2010; 45/23. [http://www.aptekarzpolski.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=645&Itemid=108](http://www.aptekarzpolski.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=645&Itemid=108)

*Adres korespondencyjny:  
\*Iwona Wrześniewska-Wal  
Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP  
ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa  
tel.: (22) 560-11-30  
e-mail: idrwal@yahoo.com*