

DANIEL KAŻMIERCZAK

System ochrony zdrowia w Polsce a koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych

Streszczenie

System ochrony zdrowia w Polsce od wielu lat boryka się z tymi samymi problemami, takimi jak: niedofinansowanie personelu, zadłużanie się szpitali, limitowanie dostępu do świadczeń medycznych, długie kolejki oczekujących na leczenie, korupcja a także dekapitalizacja infrastruktury technicznej. Główną przyczyną takiego stanu rzeczy jest dysonans pomiędzy wielkością nakładów finansowych przeznaczonych na opłacenie usług medycznych a ich ilością, jaka za te ograniczone zasoby powinna być zrealizowana. W związku z tym najlepszym rozwiązaniem takiej sytuacji (bazując na doświadczeniach innych państw europejskich) jest wdrożenie koszyka świadczeń gwarantowanych.

Rządy kolejnych kadencji nieustannie pracowały/pracują nad stworzeniem koszyka świadczeń zdrowotnych. Z przykrością należy jednak stwierdzić, iż stopień uzależnienia tych zmian od politycznych uwarunkowań jest na tyle znaczący, że nie pozwala na finalizowanie wielu zainicjowanych, mających niejednokrotnie merytoryczne oraz praktyczne uzasadnienie działań.

Dobrym znakiem wydaje się być wdrożenie nowego narzędzia rozliczania lecznictwa szpitalnego – systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), który umożliwia rejestrowanie i opis procesu leczniczego zarówno w wymiarze klinicznym jak i w kategoriach kosztowych ułatwiając określenie rzeczywistych kosztów procedur medycznych.

Zamierzeniem pracy jest ukazanie stanu zaawansowania działań mających na celu implementację do systemu opieki zdrowotnej w Polsce koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych oraz podsumowanie kroków w tym zakresie już podjętych.

Słowa kluczowe: system ochrony zdrowia, koszyk świadczeń zdrowotnych, Narodowy Fundusz Zdrowia, system Jednorodnych Grup Pacjentów.

The healthcare system in Poland and the basket of guaranteed healthcare services

Summary

For many years the health care system in Poland has been struggling with same problems: poor funding of personnel, hospitals running into debts, limited access to medical services, long waiting lists, corruption and a decline in the value of the technical infrastructure. The main reason for this is the dissonance between the level of funds allocated to pay for medical services and the required volume of such services. The best solution to this situation (based on the experiences of other European countries) is to implement a package of guaranteed health care services.

Successive governments have been working continuously on the creation of a package of health care services. Unfortunately, it should be noted, that this work depends to a large degree on political conditions, and the completion of many initiatives, founded on both theoretical and practical bases, is often impossible.

The implementation of a new method of accounting for hospital use – Diagnosis Related Groups (JGP), which makes the registration and description of treatment processes possible both in the clinical sense and also in terms of cost categories, seems to be a good sign. It allows to determine the actual costs of medical procedures.

The aim of this work is to show the progress of activities towards the implementation of a basket of guaranteed health care services in the Polish health care system, as well as to summarise the steps that have been taken as a part of this initiative.

Key words: healthcare system, basket of healthcare services, National Health Fund, Diagnosis Related Groups.

Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest zdeteminowane przez dwie niemające racji bytu zasady:

- nie ma jasno zdefiniowanego zakresu świadczeń zdrowotnych gwarantowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego;
- koszt usługi medycznej może wynosić tylko tyle, ile jest w stanie partycypować w nim pacjent.

Konsekwencją takiego stanu rzeczy jest kumulacja problemów natury prawnej, ekonomicznej a także informacyjnej co znalazło odzwierciedlenie w wyżej przytoczonym wyroku Trybunału Konstytucyjnego [1].

System ochrony zdrowia w Polsce od wielu lat boryka się z wieloma problemami, takimi jak: niedofinansowanie personelu medycznego, zadłużanie się szpitali, limitowanie dostępu do świadczeń medycznych, długie kolejki oczekujących na leczenie, korupcja a także dekapitalizacja aparatury medycznej oraz budynków szpitali. Główną przyczyną takiego stanu rzeczy jest dysonans pomiędzy wielkością nakładów finansowych przeznaczonych na opłacenie usług medycznych a ich ilością, jaka za te ograniczone zasoby powinna być finansowana. W związku z tym najlepszym rozwiązaniem takiej sytuacji (bazując na doświadczeniach innych państw) jest wdrożenie koszyka świadczeń gwarantowanych [2].

Chęć wdrożenia koncepcji koszyka świadczeń zdrowotnych do systemu opieki zdrowotnej w Polsce na przestrzeni lat jego funkcjonowania pojawiała się wielokrotnie. Już w raporcie Janusza Indulskiego, przygotowanym w latach 1988-1989 stwierdzono, iż zakres świadczeń przysługujących pacjentom nie odpowiada ich rzeczywistym oczekiwaniom zdrowotnym i w związku z tym zaproponowano wprowadzenie podstawowego koszyka świadczeń zdrowotnych, który uprawniałby obywateli PRL-u do bezpłatnego uzyskiwania świadczeń zdrowotnych w jego zakresie. U źródeł stworzenia tej koncepcji stał pogląd, iż dla zdecydowanej większości jednostek chorobowych można ustalić taki sposób postępowania medycznego, aby doprowadzić do efektywnej, akceptowalnej klinicznie poprawy stanu zdrowia przy jak najniższych nakładach finansowych. Takie działania medyczne miałyby wchodzić w zakres koszyka podstawowego. Natomiast pozostałe świadczenia ponadstandardowe byłyby udzielane pod warunkiem ich współpłacenia. W tym przypadku główne źródło finansowania usług dodatkowych stanowiłyby dodatkowe ubezpieczenia zarówno indywidualne, jak i grupowe. W przypadku braku posiadania dodatkowego ubezpieczenia, kosztem udzielenia usługi medycznej niewchodzącej w zakres koszyka podstawowego obciążony byłby konkretny pacjent [3].

Następnie koncepcja koszyka usług zdrowotnych została reaktywowana na początku lat 90. stanowiąc całość w połączeniu z planami wdrożenia ubezpieczeń zdrowotnych. Pierwszym krokiem ku prawnemu zatwierdzeniu wyżej wymienionych działań było przedstawienie Komisji Zdrowia przez ówczesnego Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej dwóch ustaw: o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zakresie świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych, które finalnie nie zostały uchwalone. Powodem było przekonanie wśród posłów oraz przedstawicieli różnych profesji związanych z szeroko pojętą służbą zdrowia, iż wprowadzenie świadczeń gwarantowanych przez państwo nieuchronnie prowadzi do zmuszenia pacjenta w opłacaniu świadczeń zdrowotnych „pozakoszykowych”.

Aby zastąpić zapisy zawarte w ustawie podejmującej temat koszyka świadczeń gwarantowanych wzbogacono ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w kilka zapisów odnoszących się do racjonalizacji usług medycznych, która jak wiadomo jest podstawą w procesie definiowania zakresu świadczeń „koszykowych”. Pierwiastki racjonalizacji przejawiały się we wskazaniu świadczeń nierefundowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia, wdrożeniu delegacji dla ministra w celu określenia zakresu świadczeń stomatologicznych a także wprowadzeniu partycypacji pacjenta w kosztach opieki szpitalnej. Poza tym zainicjowana została koncepcja procedur wysokospecjalistycznych finansowanych przez państwo, co umożliwiło wydzielenie z zakresu świadczeń opłacanych z ubezpieczenia powszechnego kosztownych procedur medycznych. Efektem końcowym tego działania było powstanie (niezamierzone) zdefiniowanego koszyka świadczeń określających zakres usług medycznych w zakresie procedur wysokospecjalistycznych [4]. W procesie definiowania koszyka świadczeń zdrowotnych niezbędne jest wypracowanie standardów procedur medycznych w formie list oraz ich klasyfikacji. Działania te miały oraz mają nadal miejsce w polskim systemie opieki zdrowotnej. Dla przykładu, w lutym 1999 roku Ministerstwo Zdrowia przy współpracy z Pełnomocnikiem Rządu RP ds. wprowadzania Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego pod naciskiem środowisk medycznych zapoczątkowało prace nad standardami świadczenia usług zdrowotnych w celu zapewnienia jakości usług medycznych oraz ich finansowania przez niezależne kasy chorych. Trwały one do 2002 roku a efektem finalnym tych prac było zdefiniowanie i doprecyzowanie „produktu” nabywanego przez poszczególne kasy chorych u świadczeniodawców. Poza tym podjęto temat stworzenia wytycznych postępowania medycznego, które byłyby określone w następujących jednostkach chorobowych:

- choroba niedokrwienna serca;
- choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy;
- przewlekła obturacyjna choroba płuc;
- depresja;
- nadciśnienie tętnicze;
- cukrzyca.

Przy opracowywaniu wytycznych Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej posługiwało się opisaną w podrozdziale 4.2 metodą Evidence Based Medicinie (EBM). Warto podkreślić, iż działania te zostały zakończone z wynikiem pozytywnym, jednak nie doszło do ich wdrożenia a jedynie do opublikowania [5].

Analizując działania „prokoszykowe” w systemie ochrony zdrowia w Polsce z pewnością należy wskazać na zamówienie przez Ministerstwo Zdrowia projektu mającego na celu „opracowanie wiarygodnej i rygorystycznej metodologii określania, które świadczenia powinny znaleźć się na liście świadczeń podstawowych w Polsce”. Jego sfinansowanie było możliwe dzięki pożyczce Banku Światowego. Pozytywnym elementem był fakt, iż realizację tego projektu zlecono Holenderskiej Organizacji Naukowych Badań Stosowanych (TNO), która funkcjonuje w państwie będącym jednym z inicjatorów wdrożenia idei koszyka świadczeń zdrowotnych w Europie. Jednakże mimo to nie udało się opracować zakresu świadczeń podstawowych a jedynie metodologię, umożliwiającą określenie, które usługi medyczne powinny się znaleźć w koszyku świadczeń gwarantowanych. Metodologia ta bazowała przede wszystkim na ocenie sku-

teczności stosowanych technologii i procedur medycznych, czyli HTA. Ze względu na wysoki poziom merytoryczny zaproponowanych działań oraz potwierdzoną skuteczność ich wdrożenia na przykładzie Holandii, prace TNO powinny być bezsprzecznie uwzględnione podczas kolejnych prób zdefiniowania zakresu koszyka świadczeń zdrowotnych w Polsce [6].

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego, który zapadł w styczniu 2004 roku był bodźcem do ponownego wznowienia prac nad zdefiniowaniem oraz jasnym określeniem uprawnień ubezpieczonego obywatela. Powołano wówczas do życia Zespół składający się z profesjonalistów w dziedzinie zdrowia publicznego pod kierunkiem Cezarego Włodarczyka, którego celem miało być wskazanie kierunku, w jakim powinny ewoluować zapisy w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Zespół ten zidentyfikował oraz przygotował plan działań ku utworzeniu koszyka świadczeń gwarantowanych:

- prowadzenie regularnych badań nad skutecznością stosowanych technologii medycznych;
- utworzenie niezależnej agencji do spraw tworzenia koszyka świadczeń podstawowych.

Efekty prac zostały zawarte w znowelizowanej ustawie, jednakże bez informacji o powstaniu wyżej wymienionej instytucji oraz sposobów definiowania koszyka świadczeń medycznych [5].

Rozważając polskie doświadczenia w tworzeniu koszyka świadczeń zdrowotnych, nie sposób nie odnieść się do działań Ministra Zdrowia Zbigniewa Religi, które zmierzały ku opracowaniu listy procedur medycznych finansowanych przez państwo. W zapowiedziach Ministerstwa Zdrowia pojawiały się wówczas informacje o priorytetach w ustalaniu listy świadczeń gwarantowanych. Miały być to efektywność leczenia oraz istotność określonych jednostek chorobowych wśród społeczeństwa (chodziło głównie o choroby onkologiczne, kardiologiczne oraz medycynę ratunkową a także o kompleksową opiekę medyczną nad kobietami w ciąży oraz dziećmi) [7]. W związku z powyższym 29 czerwca 2007 roku profesor Zbigniew Religa przedstawił oraz poddał ocenie opinii publicznej projekt koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. W preambule wskazał, iż „zaproponowany system poprawi dostępność do technologii lekowych i nielekowych najistotniejszych z punktu widzenia zdrowia publicznego, a po wdrożeniu kolejnych etapów reformy – w tym w szczególności ubezpieczeń dodatkowych lub innych form finansowania albo współfinansowania opieki zdrowotnej – pozwoli w stosunkowo krótkim czasie na wyeliminowanie takich ograniczeń obecnego systemu jak kolejki, brak właściwego wykorzystania infrastruktury zdrowotnej (...)”. W pracach nad jego zdefiniowaniem uczestniczyła oraz koordynowała prace Agencja Oceny Technologii Medycznych. Dokonała ona pogrupowania wszystkich procedur medycznych na: gwarantowane przez państwo, niegwarantowane przez państwo oraz procedury do dalszej oceny, które stanowiły ok. 10% całości. Procedury wątpliwe miały być po ocenie włączone do tych finansowanych ze środków publicznych, bądź też pozostać poza nimi [8].

Projekt koszyka Ministra Zbigniewa Religi charakteryzował się wspomnianą wyżej chęcią leczenia możliwie najnowocześniejszymi metodami chorób stanowiących zagrożenie dla obywateli. W tej grupie świadczeń nie zakładano limitowania. Poza tym w koszyku gwarantowanych świadczeń

zdrowotnych pozostały także usługi sanatoryjne, stomatologiczne (w części refundowane) oraz leczenie psychiatryczne, procedury chirurgiczne, w tym chirurgia plastyczna pod warunkiem, że pacjent został okaleczony po interwencji chirurgicznej lub też w nieprzewidzianym zdarzeniu losowym. Zakładano również finansowanie ze środków publicznych chociażby znieczulenie podczas porodu [9].

Niezwykle istotnym aspektem projektu ministra Zbigniewa Religi było zaproponowanie dodatkowych form ubezpieczeń zdrowotnych oraz finansowania usług medycznych, bowiem wprowadzenie na przykład współpłacenia, czy ubezpieczeń dodatkowych jest wektorem przenoszącym na grunt polskiego systemu ochrony zdrowia poprawę jakości oraz dostępności procedur medycznych dla obywateli a tym samym normalizację służby zdrowia. Jednakże poza tym w rozwiązaniach zaproponowanych w czerwcu 2007 roku zabrakło przede wszystkim wyceny świadczeń opieki zdrowotnej, co środowisko medyczne uznało za element przeważający o nieużyteczności takiego koszyka świadczeń zdrowotnych, gdyż usługi medyczne gwarantowane przez państwo powinny mieć odzwierciedlenie w pieniądzach [10].

Barierą, która skutecznie zablokowała dalsze prace zespołu ministra zdrowia Zbigniewa Religi była bariera finansowa. Okazało się bowiem, że gdyby w chwili ogłoszenia listy świadczeń gwarantowanych Ministerstwo Zdrowia chciało sfinansować przygotowany koszyk świadczeń zdrowotnych, wówczas zabrakłoby około dziewięciu miliardów złotych. W związku z powyższym dalsze wdrażanie koszyka stało pod znakiem zapytania. Pomimo to należy obiektywnie stwierdzić, iż reforma służby zdrowia rozpoczęta zdefiniowaniem koszyka pod kierunkiem profesora Religi była krokiem w odpowiednim kierunku, gdyż racjonalizacja jest podstawą funkcjonowania i rozwoju systemów opieki zdrowotnej najbogatszych państw świata. W obecnej sytuacji nieustannego i prężnego rozwoju medycyny oraz technologii medycznych, na rozwój można by przeznaczyć niemalże każdą sumę pieniędzy i dlatego też tak wielką wagę przywiązuje się do racjonalnego wydawania środków finansowych [11].

W opiniach środowisk medycznych nie brakuje oczywiście zdecydowanej krytyki, dotyczącej prac nad koszykiem świadczeń gwarantowanych, określającej go jako problem. Rzeczywiście, można zauważyć brak synchronizacji w działaniach Narodowego Funduszu Zdrowia i Agencji Oceny Technologii Medycznych. Narodowy Fundusz Zdrowia dokonuje kontraktowania usług medycznych na podstawie jednorodnych grup pacjentów, co jest równoznaczne ze zmniejszeniem liczby procedur medycznych w zakresie lecznictwa szpitalnego do około sześciuset (za optymalną wartość w systemach zdrowotnych na świecie uznaje się 800-900 procedur). Natomiast Agencja Oceny Technologii Medycznych dokonuje swego fragmentaryzowania usług medycznych.

Warto także zwrócić uwagę na fakt, iż kraje zachodnie wypracowywały mechanizmy zmierzające do stworzenia koszyka świadczeń zdrowotnych przez wiele lat. Natomiast w Polsce decyzja Trybunału Konstytucyjnego determinowała jak najszybsze jego utworzenie, co z perspektywy czasu okazuje się mało owocnym działaniem.

Choć dotychczasowe działania, mające finalnie doprowadzić do opracowania listy procedur finansowanych przez państwo nie dawały wymiernych rezultatów, należy mieć nadzieję, iż sytuacja ta się zmieni. Jest to bowiem element

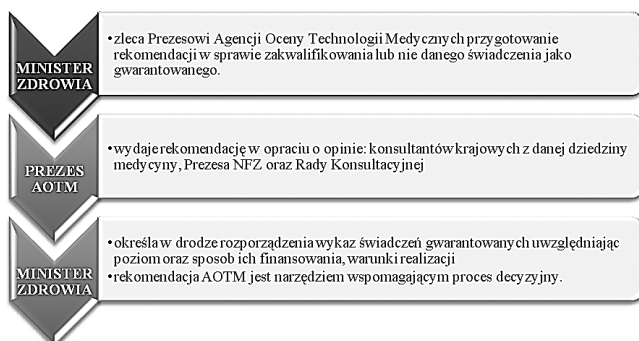
nieuchronny i konieczny, aby sprostać wymaganiom stawianym przez chociażby Unię Europejską. Dobrym znakiem jest stworzenie Agencji Oceny Technologii Medycznych, która swe działania opiera na koncepcjach HTA oraz EBM, stosowanych w wielu krajach, które posiadają dobrze zdefiniowany i wyceniony koszyk świadczeń zdrowotnych. Poza tym swoiste „koszyki” tak naprawdę funkcjonują w służbie zdrowia w Polsce. Doskonałym przykładem są świadczenia stomatologiczne, gdzie występuje jednoznacznie określona lista świadczeń, za które pacjent nie uiszcza żadnej opłaty oraz lista świadczeń stomatologicznych ponadstandardowych, których koszty pokrywa pacjent. Warto zwrócić uwagę, iż takie rozwiązanie w stomatologii nie spotkało się ze społecznym buntem. Jak wykazały badania przeprowadzone przez PENTOR, około 70% Polaków jest gotowych na wprowadzenie dopłat do leczenia [12].

Obecnie do zapoczątkowanych działań, przybliżających system ochrony zdrowia w Polsce do zdefiniowania koszyka świadczeń zdrowotnych, zalicza się:

- wykaz świadczeń gwarantowanych;
- wykaz świadczeń niegwarantowanych;
- wycena świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego na podstawie Jednorodnych Grup Pacjentów;
- projekt nowej ustawy [13].

Najistotniejszym aspektem jest oczywiście prawne uregulowanie kwestii mechanizmu tworzenia katalogu świadczeń gwarantowanych. W związku z tym Ministerstwo Zdrowia stworzyło projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Projekt ten jest odpowiedzią na przywoływany już wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7 stycznia 2004 roku. W projektowanej ustawie określono przede wszystkim jednoznaczne i czytelne kryteria służące do kwalifikowania świadczeń zdrowotnych jako świadczeń gwarantowanych. Wskazano także na tryb decyzyjny w wyżej wspomnianym procesie oraz tryb usuwania procedur medycznych z wykazu świadczeń gwarantowanych. Poza tym zapisano, iż wykaz świadczeń gwarantowanych zostanie wdrożony w formie rozporządzenia ministra zdrowia dla każdego rodzaju świadczeń. Zapis ten jest o tyle istotny, iż na drodze wydania rozporządzenia możliwe jest szybsze reagowanie na zmiany zachodzące w naukach medycznych, rozwoju technologii, metod leczenia aniżeli poprzez nowelizację ustawy [14].

Rycina 1 przedstawia tryb postępowania w sprawie kwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako gwarantowanego, zaproponowany w projekcie ustawy [14].



RYCINA 1. Postępowanie w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego.

Źródło: Opracowanie własne [14]

Zaproponowany w ustawie tryb kwalifikacji określonych procedur do listy świadczeń gwarantowanych zapewnia świadczeniobiorcom, iż świadczenia te są sprawdzone oraz stosowane. Ułatwi zatem ustanowienie koszyka świadczeń gwarantowanych, gdyż nie będą wymagane raporty Agencji Oceny Technologii Medycznych, odnoszące się do świadczeń powszechnie znanych i stosowanych, umożliwiając w przypadku pojawienia się nowych technologii, które ze względu na potrzeby zdrowotne pacjentów powinny być finansowane ze środków publicznych, szybsze ich zakwalifikowanie do koszyka gwarantowanych świadczeń medycznych.

Wskazuje się na wiele pozytywnych aspektów wdrożenia zapisów projektowanej ustawy, do których zaliczyć należy przede wszystkim jednoznaczne określenie wykazu świadczeń finansowanych ze środków publicznych (rola regulacyjna i informacyjna dla pacjenta). Pacjent będzie miał pewność, że dana usługa medyczna, która znajdzie się w koszyku będzie finansowana co najmniej przez rok (art. 31 ust. 2 projektowanej ustawy określa, że zmiany w zakresie wykazów świadczeń gwarantowanych mogą być modyfikowane raz w roku), ale również zmotywuje go to do monitorowania zmian zachodzących w wyżej wymienionym zakresie. Poza tym analizy świadczeń opieki zdrowotnej pod kątem skuteczności oraz efektywności klinicznej zagwarantują pacjentom, iż udzielane im usługi medyczne będzie cechować największa efektywność lecznicza i nowoczesność [14].

Reasumując, rządy kolejnych kadencji nieustannie pracowały/pracują nad stworzeniem koszyka świadczeń zdrowotnych. Z przykrością należy jednak stwierdzić, iż stopień uzależnienia tych zmian od politycznych uwarunkowań jest na tyle znaczący, że nie pozwala na finalizowanie wielu podejmowanych działań. Gdyby uważnie prześledzić „losy” wielu propozycji przybliżających system ochrony zdrowia w Polsce do innych, w których określone rozwiązania sprawdziły się, pozwalając tym samym na ich finansowe „uszczelnienie” – wnioski z pewnością byłyby negatywne. Doskonałym tego przykładem jest projekt zdefiniowania oraz wdrożenia koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, który w znacznym stopniu ułatwiłby zarządzanie finansami w systemie opieki zdrowotnej, pozwalając na jasne określenie reguł finansowania oraz rozliczania usług medycznych.

Pozytywnym elementem jest wdrożenie nowego narzędzia rozliczania leczenia szpitalnego – systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), który umożliwi rejestrowanie i opis procesu leczniczego zarówno w wymiarze klinicznym, jak i w kategoriach kosztowych, ułatwiając określenie rzeczywistych kosztów procedur medycznych. Oczywistym jest, że system ten wymaga wdrażania wielu udoskonaleń, jednakże sama jego idea i poparcie zestawieniami statystycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia, wskazującymi na poprawę kondycji finansowej systemu ochrony zdrowia od momentu wprowadzenia JGP, przemawiają za tym, iż jest to pożądany kierunek działań.

Działaniem priorytetowym dla systemu ochrony zdrowia w Polsce powinno być szacowanie rzeczywistych kosztów opieki zdrowotnej. Uzyskanie kompletnych danych o kosztach leczenia pacjenta pozwoli bowiem na określenie kosztów poszczególnych grup JGP oraz na wycenę świadczeń znajdujących się w ustawowym katalogu świadczeń gwarantowanych, w konsekwencji być może doprowadzając do

ponownego „wskrzeszenia” idei opracowania profesjonalnego, służącego racjonalizacji systemu opieki zdrowotnej – koszyka świadczeń zdrowotnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Grabowski J. Wdrożenie koszyka świadczeń gwarantowanych – warunki i zagrożenia. Zdr Publ. 2004;114(2):29-37.
2. Jak naprawić system opieki zdrowotnej w Polsce, www.ozzl.org.pl z 21.12.2007 r.
3. Prętki K. Ewolucja koncepcji ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce po 1989 roku. Piel Pol. 2005;2(20).
4. Braszak M, Grabowski J, Iwanicka I, Roczek E. Pierwszy etap procesu tworzenia koszyka świadczeń profilaktycznych oparty na współpracy Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Unii Metropolii Polskich. Zdr Zarząd. 2004;6:30-6.
5. Golinowska S., Pożądane kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między racjonowaniem a racjonalizacją. Warszawa: Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych; 2004.
6. Banta HD. Standardy świadczeń zdrowotnych nabywanych w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Raport TNO Prevention and Health 2002.004. Ministerstwo Zdrowia, styczeń 2002.
7. Koszyk świadczeń gwarantowanych, www.mp.pl/kurier/index.php z 21.12.2008 r.
8. Religa wraca z koszykiem, [www.money.pl/gospodarka/polityka/artuku/religa wraca z koszykiem](http://www.money.pl/gospodarka/polityka/artuku/religa%20wraca%20z%20koszykiem), z 21.12.2007 r.
9. Koszyk świadczeń gwarantowanych lekiem dla służby zdrowia?, www.bankier.pl, z 21.12.2008 r.
10. Pełny koszyk, pusta kasa, www.trybuna.pl z 21.12.2008 r.
11. Jak naprawić system opieki zdrowotnej w Polsce, www.ozzl.pl z 21.12.2008 r.
12. Jasłoń M. Gruszki na wierzbie. Men Zdr. 2007;5:12-6.
13. www.mz.gov.pl z 28.02.2009 r.
14. Projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, www.mz.gov.pl z 28.02.2009 r.

Informacje o Autorach

Mgr DANIEL KAŻMIERCZAK – koordynator ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania, Sekcja ds. Jakości, Dział Szkoleń, Współpracy Naukowej i Zapewnienia Jakości, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Adres do korespondencji

Wielkopolskie Centrum Onkologii
Dział Szkoleń, Współpracy Naukowej i Zapewnienia Jakości
ul. Garbary 14, 61-866 Poznań