



Minister Zdrowia


KABINET MARSZAŁKA SENATU
wpłynęło dn. 25.11.2014r.
nr. 6428 podpis. Morice

Warszawa, 2014 LIS. 17

MZ-PZ-O-070-10/MD/14

SEKRETARIAT
Biura Prac Senackich
wpłynęło dn. 26.11.2014r.
nr. 7102 podpis. Pluska

Pan
Bogdan Borusewicz
Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej


W związku z oświadczeniem złożonym przez senator Dorotę Czudowską na 63 posiedzeniu Senatu, przekazanym przy piśmie Pana Marszałka z dnia 28 października 2014 r., znak: BPS/043/-63-2716/14, dotyczącym raka piersi, proszę o przyjęcie następujących informacji.

W zakresie pytania pierwszego informuję, iż w ramach Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych realizowany jest program pn. *Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi*. Jest on skierowany do kobiet w wieku od 50 do 69 roku życia, które w ciągu ostatnich 2 lat nie wykonywały badania mammograficznego.

W ramach ww. programu prowadzone są różnego rodzaju akcje medialne oraz informacyjno – edukacyjne na rzecz popularyzacji profilaktyki ww. nowotworu (w tym m.in. imprezy otwarte, konferencje w zakładach pracy, szkolenia dla mieszanek województw, pracowników i podopiecznych MOPS i GOPS oraz akcje edukacyjne w szkołach, a także emisje spotów w radio i telewizji oraz publikacja artykułów w prasie).

Zgłaszalność kobiet na profilaktyczne badania mammograficzne, mimo, iż nie osiągnęła jeszcze pożądanego poziomu 70%, sukcesywnie rośnie. Od początku realizacji programu, tj. od 2006 r. wzrosła ona z 23,37% do 47,18% w 2013 r. Należy przy tym podkreślić, że powyższe dane dotyczą jedynie badań mammograficznych,

wykonywanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia nie dysponuje danymi dotyczącymi liczby mammografii wykonanych prywatnie. Należy mieć zatem na uwadze fakt, iż zgłaszalność na badania mammograficzne jest w rzeczywistości wyższa.

Odnosnie pytania drugiego informuję, iż zasadnym jest leczenie wybranych schorzeń, wymagających specjalistycznego, kompleksowego podejścia w ośrodkach mających odpowiednie doświadczenie i możliwości określone odpowiednimi zasobami. Powyższe wynika z potrzeby zapewnienia jakości udzielanych świadczeń i bezpieczeństwa pacjentów oraz w szczególności udowodnionej skuteczności postępowania medycznego. Jednakże centralizacja działań związanych z diagnostyką i leczeniem chorób piersi powinna mieć raczej charakter funkcjonalny i stanowić efekt współpracy całego środowiska, przy czym odpowiedzialni za działania w tym kierunku winni być kierownicy podmiotów leczniczych.

Obecny kierunek działań dotyczący referencyjności (rozporządzenia koszykowe) ma charakter przedmiotowy i opiera się o charakterystykę (dodatkowe warunki realizacji świadczeń) poszczególnych świadczeń, a nie o referencyjność profilu, a tym bardziej podmiotu leczniczego. Referencyjność w aspekcie przedmiotowym ma charakter domyślny i jest określona przez dodatkowe warunki realizacji świadczeń. Kryteria charakteryzujące świadczenia referencyjne dotyczą:

- liczby i kwalifikacji dodatkowego personelu medycznego wykonującego zawód u świadczeniodawcy;
- organizacji udzielania świadczeń (wyodrębniona opieka, zespół diagnostyczno-terapeutyczny, zapewnienie kontynuacji postępowania);
- wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną;
- zapewnienia wykonywania świadczeń komplementarnych, w tym badań diagnostycznych;
- zapewnienia niezbędnej bazy (stanowisk intensywnej opieki medycznej);
- stosowania zaleceń, rekomendacji i wytycznych towarzystw naukowych;
- wskaźników monitorowania jakości świadczeń i efektywności leczenia.

Wdrażanie koncepcji referencyjności w opiece zdrowotnej jest działaniem polegającym na opracowaniu zestawu warunków szczególnych (referencyjnych) odpowiadających grupom świadczeń. W tym też kierunku przeprowadzane są kolejne nowelizacje

przepisów „koszykowych”, wyodrębniające pojedyncze świadczenia wymagające indywidualnie scharakteryzowanych standardów.

W zakresie pytania trzeciego i czwartego informuję, iż wśród leków objętych refundacją w latach 2008 – 2013 były m.in. leki które mają również działanie antykoncepcyjne, tj.: Levomine, Microgynon 21, Rigevidon, Stediril 30. Umieszczone są one w grupie limitowej „Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron”. Preparaty te dostępne są przy poziomie odpłatności 30%, we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji.

W załączeniu przekazuję zestawienie dotyczące danych w zakresie refundacji ww. leków. Zostało ono przygotowane w oparciu o dane przesyłane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

2 poniedziałek

z upoważnienia
MINISTER ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Cezary Rzemek

Załączniki:

1. Zestawienie dotyczące refundacji leków stosowanych w antykoncepcji w latach 2008 – 2013.

Zestawienie dot. refundacji leków stosowanych w antykoncepcji w latach 2008 – 2013.

Lp	Nazwa handlowa	2008			2009			2010			2011			2012			2013		
		Ilość wydanego leku	Kwota refundacji (zł)	Ilość wydanego leku	Kwota refundacji (zł)	Ilość wydanego leku	Kwota refundacji (zł)	Ilość wydanego leku	Kwota refundacji (zł)	Ilość wydanego leku	Kwota refundacji (zł)	Ilość wydanego leku	Kwota refundacji (zł)	Ilość wydanego leku	Kwota refundacji (zł)	Ilość wydanego leku	Kwota refundacji (zł)		
1	Levomine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	221	1 709	6 048	100 851	23 218	383 512			
2	Microgynon 21	878 426	7 867 154	801 801	7 411 026	736 603	7 000 192	675 022	6 475 859	521 932	5 220 452	485 878	2 766 508	416 026	2 348 409	950 990	8 634 261		
3	Rigevidon	880 437	5 092 982	794 413	4 595 284	712 497	4 121 463	642 019	3 714 077	223 132	1 286 422	186 485	1 062 176	1 034 743	8 634 261				
4	Stediril 30	212 618	1 225 240	220 482	1 269 760	224 010	1 289 826	1 540 394	11 478 066	1 200 343	9 149 986	1 034 743	8 634 261						
5	Łącznie	1 971 481	14 185 376	1 816 697	13 276 070	1 673 110	12 411 481	1 540 394	11 478 066	1 200 343	9 149 986	1 034 743	8 634 261						