

Joanna Niżnik

Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Krakowie

WYBRANE ASPEKTY KSZTAŁTOWANIA KOSZYKA GWARANTOWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ŚWIETLE POLSKICH ROZWIĄZAŃ

Streszczenie: Celem artykułu jest ukazanie rozwiązań legislacyjnych, przyjętych w tzw. ustawie koszykowej i ich ocena z punktu widzenia wpływu na kształt systemu ochrony zdrowia w Polsce. W pierwszej części publikacji zdefiniowano pojęcie koszyka świadczeń zdrowotnych oraz przedstawiono rozwiązania dotyczące jego konstrukcji w wybranych krajach europejskich. Wskazano na odmiennosc w zakresie odpowiedzialności instytucji zdrowotnych za jego tworzenie, jak również zawartości koszyka. W części drugiej opisano polskie doświadczenia dotyczące kształtowania koszyka zdrowotnego oraz zmiany ustawodawstwa, które oddziaływać będą na obecny i przyszły zakres procedur nim objętych.

Słowa kluczowe: koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, świadczenia gwarantowane, odpłatność za świadczenia zdrowotne, katalog procedur i świadczeń zdrowotnych.

1. Wstęp

Problemy związane z funkcjonowaniem ochrony zdrowia, a w szczególności z jej finansowaniem, zmuszają do poszukiwania rozwiązań wpływających na racjonalne wydatkowanie posiadanych środków przy jednoczesnym zapewnieniu określonych standardów realizowanych świadczeń. W Polsce, podobnie jak w większości krajów europejskich, korzystanie z ochrony zdrowia oparto na zasadzie równości wszystkich obywateli w dostępie do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Celem artykułu jest ukazanie rozwiązań legislacyjnych przyjętych w tzw. ustawie koszykowej i ich ocena z punktu widzenia wpływu na kształt systemu ochrony zdrowia w Polsce.

2. Pojęcie koszyka świadczeń zdrowotnych

Stworzenie koszyka świadczeń zdrowotnych nie jest proste. W literaturze przedmiotu, jak i w praktycznych rozwiązaniach przyjmuje się, iż jest to długotrwały proces składający się z dwóch podstawowych etapów. Rozpoczyna się on formalnie od działań legislacyjnych, polegających na przyjęciu aktu prawnego wysokiej ran-

gi, najczęściej w mocy ustawy, określającego ogólne założenia poprzez wskazanie obszarów ochrony zdrowia objętych koszykiem. W drugim etapie następuje dalsze kształtowanie koszyka poprzez wskazanie katalogu procedur i świadczeń zdrowotnych. Zarówno stopień szczegółowości, jak i sposoby opracowania koszyka są różne dla poszczególnych państw¹.

Ogólna definicja koszyka pojawia się w rozwiązaniach ustawowych i, co ciekawe, jest inna dla krajów systemu narodowej służby zdrowia (system Beveridge'a) i systemów ubezpieczeniowych (systemu Bismarcka). W państwach systemu Beveridge'a definiowanie koszyka następuje poprzez odniesienie do obowiązków i zobowiązań podmiotów nabywających świadczenia zdrowotne w imieniu świadczeniobiorców (władze zdrowotne), w przypadku systemu Bismarcka określa się koszyk, wskazując na prawa do ochrony zdrowia osób ubezpieczonych.

W większości państw posiadających system finansowania ochrony zdrowia oparty na podatkach akty prawne dotyczące koszyka świadczeń gwarantowanych zawierają listy obszarów zdrowotnych, za które odpowiedzialne są odpowiednie podmioty zdrowotne funkcjonujące na szczeblach regionów (np. Włochy czy Hiszpania). W odmienny sposób koszyk świadczeń skonstruowano w Danii, gdzie rozwiązania legislacyjne polegają na tym, iż stworzono odrębne akty prawne, odnoszące się do szpitalnictwa, podstawowej opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej czy farmaceutyki.

Poziom jednoznaczności definicji koszyka świadczeń jest różny dla poszczególnych krajów. Jedna z najbardziej ogólnych i niejasnych definicji koszyka zawarta została w NHS Foundation Act (1946) i odpowiadających jej dokumentach, w których stwierdzono, iż sekretarz stanu ds. zdrowia jest prawnie odpowiedzialny za dostarczenie świadczeń zdrowotnych w takim stopniu i takiego rodzaju, w jakim uważa je za niezbędne, by zaspokoić uzasadnione potrzeby². W Wielkiej Brytanii odpowiedzialność za ułatwienie dostępu do świadczeń podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej spoczywa na władzach zdrowotnych oraz trustach zdrowotnych. Konstrukcja koszyka świadczeń we Włoszech czy Hiszpanii również została oparta na rozwiązaniach prawnych, jednakże w sposób bardziej szczegółowy określono jego zawartość. I tak, w Hiszpanii ustawodawstwo pozwala na kształtowanie koszyka poprzez wskazanie konkretnych świadczeń czy też procedur lub technologii wchodzących do koszyka bądź z niego wykluczonych³. Podobna sytuacja ma miejsce we Włoszech. Przyjęcie takich rozwiązań wydaje się być związane z dużą

¹ J. Schreyogg, T. Stargard, M. Velasco-Garrido, R. Busse, *Defining the „Health Benefit Basket” in nine European countries*, „The European Journal of Health Economics” 2005, Suppl. 1, no 6, s. 54.

² A. Mason, *Does the United Kingdom’s NHS have a „Health benefit basket”?*, „The European Journal of Health Economics” 2005, Suppl. 1, no 6, s. 18-23.

³ A. Torbica, G. Fattore, *The “Essentials Levels of Care” in Italy: when been explicit serves the devolution of powers*, „The European Journal of Health Economics” 2005, Suppl. 1, no 6, s. 46-52; I. Planas-Miret, A. Tur-Prats, J. Puig-Junoy, *Spanish health benefits for services of curative care*, „The European Journal of Health Economics” 2005, Suppl. 1, no 6, s. 66-72.

autonomicznością regionów, które mają prawo do tworzenia własnych rozwiązań i traktowania ustaleń na szczeblu państwa jako minimalnych wymogów.

Rozwiązania dotyczące definicji i zawartości koszyka świadczeń zdrowotnych w państwach systemu Bismarcka różnią się od tych przyjmowanych w krajach modelu Beveridge'a. Po pierwsze, w systemach ubezpieczeniowych koszyk definiowany jest w kontekście prawa osób ubezpieczonych do korzystania z opieki zdrowotnej ze względu na przynależność do określonego planu, programu czy systemu zdrowotnego. Powodem takiej sytuacji jest to, iż współczesne konstrukcje ubezpieczeń zdrowotnych powstały jako ustawowe bądź dobrowolne programy zdrowotne, nie obejmujące swym zasięgiem całego społeczeństwa, lecz jedynie określone świadczenia. Dlatego również dzisiaj pojęcie koszyka zdrowotnego używane jest jako narzędzie do wskazania różnic pomiędzy ubezpieczonymi posiadającymi ustawowe ubezpieczenie zdrowotne a tymi, którzy ubezpieczeni są w inny sposób. Po wtóre, w systemach bismarckowskich częściej niż w systemach narodowej służby zdrowia korzysta się z katalogów zawierających opłaty za świadczenia zdrowotne, powszechne jest bowiem rozliczanie usług medycznych, szczególnie w opiece specjalistycznej, poprzez zwrot kosztów przez ubezpieczycieli za opłacone przez pacjentów świadczenia.

Inna przyczyna różnic w kształtowaniu koszyka świadczeń zdrowotnych pomiędzy systemami zdrowotnymi tkwi w roli i niezależności instytucji zdrowotnych, występujących w systemach ubezpieczeniowych. Ogólnie przyjęte rozwiązania uwarunkowane prawnie pozwalają takim instytucjom, jak kasy chorych czy stowarzyszenia lekarzy, na określanie reguł tworzenia katalogów świadczeń czy systemów wynagrodzeń, ograniczających zakres dostępności do usług zdrowotnych.

Jak wynika z obserwacji rozwiązań dotyczących definiowania koszyka świadczeń zdrowotnych w państwach systemu Bismarcka, poziom ich szczegółowości jest różny. Z jednej strony, do najbardziej ogólnych zaliczyć należy pojęcie koszyka przyjęte w Niemczech, którego podstawy określono w Kodeksie Socjalnym. I tak np. w zakresie usług szpitalnych obowiązuje rozliczanie świadczeń według jednorodnych grup pacjentów (DRG). Co ciekawe, jedynie te usługi, które enumeratywnie zostały wykluczone, nie podlegają finansowaniu⁴. Z drugiej strony, w takich państwach, jak Holandia czy Francja, świadczenia koszykowe zostały określone bardziej szczegółowo. W Holandii w stacjonarnej opiece zdrowotnej podstawą do refundacji kosztów świadczeń są procedury określone na podstawie specjalnie stworzonego systemu diagnostyczno-proceduralnego⁵.

⁴ R. Busser, T. Stargardt, J. Schreyogg, *Determining the „Health Benefit Basket” of the Statutory Health Insurance scheme in Germany: methodologies and criteria*, „The European Journal of Health Economics” 2005, Suppl. 1, no 6, s. 30-36.

⁵ E.A. Stolk, F.F.H. Ruten, *The „Health Benefit Basket” in the Netherlands*, „The European Journal of Health Economics” 2005, Suppl. 1, no 6, s. 53-57.

3. Polskie doświadczenia w zakresie tworzenia koszyka zdrowotnego

W Polsce prawa obywateli do ochrony zdrowia zostały zagwarantowane w ustawie zasadniczej, której art. 68 stanowi, iż:

1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.

2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa⁶.

Z ogólności sformułowań konstytucyjnych wynika, iż dalsze szczegółowe określenie warunków i zakresu świadczeń jest niezbędne. Równocześnie ograniczenia przedmiotowe są możliwe, jeżeli publiczne środki nie wystarczają na sfinansowanie wszystkich usług medycznych. A zatem rozwiązania legislacyjne pozwalają na stworzenie koszyka świadczeń gwarantowanych.

Od wielu lat w środowiskach związanych z ochroną zdrowia, zarówno eksperckich, jak i rządowych, toczyły się dyskusje na temat charakteru koszyka, a przede wszystkim tego, czy powinien być on pozytywny czy negatywny. Co ciekawe, dotychczasowe rozwiązania ustawowe zawierają definicję koszyka oraz pewne elementy zarówno koszyka pozytywnego, jak i negatywnego. Można bowiem uznać, iż w art. 15 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych⁷ zdefiniowano pojęcie koszyka świadczeń. Według zapisów tego artykułu ubezpieczony ma prawo do: zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i urazom, wczesnego wykrywania chorób, leczenia oraz zapobiegania niepełnosprawności i jej ograniczania. Tym samym w ogólny sposób określono zakres uprawnień ubezpieczonych do świadczeń zdrowotnych.

Ten sam akt prawny zawiera listę wykluczeń (art. 16-17), ograniczających prawa ubezpieczonych, jak również wymienia świadczenia, z których mogą oni korzystać. Sformułowania te są zatem elementami koszyka pozytywnego i negatywnego. Ustawodawca określił następujące sposoby i powody ograniczeń praw ubezpieczonych:

- koszyk negatywny, zdefiniowany rodzajowo – dotyczy świadczeń związanych z wydawaniem orzeczeń o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz innych orzeczeń i zaświadczeń lekarskich wydawanych na życzenie ubezpieczonego oraz świadczeń zdrowotnych w szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach uzdrowiskowych niezwiązanych z bezpośrednią przyczyną skierowania ubezpieczonego na leczenie uzdrowiskowe;
- koszyk negatywny – ponadstandardowe świadczenia zdrowotne finansowane ze środków własnych ubezpieczonego, które określono w wykazie stanowiącym załącznik do ustawy;

⁶ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., DzU nr 78, poz. 483.

⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU nr 210, poz. 2135.

- koszyk pozytywny – świadczenia zdrowotne finansowane z budżetu państwa, leki podstawowe i uzupełniające (art. 36).

Dotychczasowe rozwiązania dotyczące koszyka świadczeń gwarantowanych były jednak niespójne. Podkreślano bowiem, iż ogólność zapisów powoduje niemożność dokładnego określenia uprawnień ubezpieczonych. Stąd decyzja o wyborze modelu koszyka pozytywnego i dalsze prace nad jego konstrukcją, zakończone w bieżącym roku podpisaniem przez prezydenta ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach⁸ (zwanej dalej ustawą).

Zapisy tego aktu prawnego regulują procedury powstawania tzw. koszyka świadczeń zdrowotnych. Ustawa przewiduje, że minister zdrowia na mocy rozporządzeń określi wykaz świadczeń gwarantowanych, tzn. świadczeń opieki zdrowotnej częściowo lub całkowicie finansowanych ze środków publicznych, poprzez wskazanie poziomu, sposobu finansowania lub warunków ich realizacji. Dla pacjentów będzie on źródłem informacji na temat tego, jakie świadczenia będą w całości finansowane w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, a za które trzeba będzie w całości lub częściowo zapłacić.

Wyznaczono kryteria pozwalające na jednoznaczne określenie świadczeń gwarantowanych. Art. 31 ustawy stanowi, iż podstawą kwalifikacji jest ocena usługi zdrowotnej uwzględniająca następujące elementy: wpływ na poprawę zdrowia, skutki następstw choroby lub stanu zdrowia, znaczenie dla zdrowia obywateli, skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo, stosunek uzyskiwanych korzyści do ryzyka zdrowotnego, stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów, skutki finansowe dla systemu zdrowia.

Postępowaniem w sprawach rekomendowania świadczeń zdrowotnych w celu ich zakwalifikowania jako gwarantowanych – na zlecenie ministra zdrowia – będzie się zajmowała Agencja Oceny Technologii Medycznych (AOTM). Podejmowane przez nią decyzje będą poprzedzane opinią konsultantów krajowych z dziedziny medycyny odpowiedniej dla danego świadczenia, prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i Rady Konsultacyjnej. Dopiero po uzyskaniu tych rekomendacji minister zdrowia wyda rozporządzenia, w których określi wykaz świadczeń gwarantowanych.

Nowe przepisy określają ponadto sposób postępowania, dotyczący usunięcia świadczenia z wykazu świadczeń gwarantowanych albo zmiany warunków kwalifikacji, tzn. poziomu lub sposobu finansowania albo warunków realizacji. W tych przypadkach AOTM będzie musiała przygotować raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej, w którym znajdzie się szczegółowy opis uzasadniający podjęcie decyzji o usunięciu świadczenia z wykazu. Wnioski w sprawie wyeliminowania świadczeń z listy mogą składać do ministra zdrowia konsultanci krajowi, stowarzyszenia mające status towarzystw o zasięgu krajowym, prezes NFZ oraz stowarzysze-

⁸ Ustawa z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach, DzU nr 118, poz. 989.

nia i fundacje działające na rzecz ochrony praw pacjenta. Ostateczna rekomendacja prezesa Agencji będzie poprzedzona opinią Rady Konsultacyjnej. Taki wielostopniowy układ powinien gwarantować lepszą ochronę praw pacjentów oraz zabezpieczać przed niekorzystnymi zmianami zasad finansowania ochrony zdrowia.

W ustawie zmieniono również przepisy dotyczące świadczeń wyspecjalizowanych. Zostały one zaliczone do świadczeń gwarantowanych, finansowanych z budżetu państwa, których dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Podstawą do ich wykonania ma być umowa zawarta ze świadczeniodawcą, która powinna zawierać określenie stron, rodzaju i liczby świadczeń, okresu, na który ją zawarto, cenę świadczenia, tryb rozliczeń i terminy przekazywania środków publicznych na te świadczenia. Ceny świadczeń będą ustalane w wyniku negocjacji. Minister zdrowia dokonuje wyboru świadczeniodawców w drodze konkursu ofert.

Ustawa wprowadza zmiany dotyczące struktury organizacyjnej i statusu Agencji Oceny Technologii Medycznych. Instytucja ta uzyskuje osobowość prawną, dzięki czemu będzie mogła swobodnie występować we własnym imieniu i na własny rachunek, posiadając odrębny majątek. Nadzór nad Agencją sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia. Do zadań Agencji, oprócz realizacji zadań związanych z oceną świadczeń zdrowotnych, należeć będzie opracowywanie, weryfikacja, gromadzenie, udostępnianie i upowszechnianie informacji o metodologii przeprowadzania oceny technologii medycznych, opiniowanie programów zdrowotnych, prowadzenie działalności szkoleniowej, realizacja innych zadań zleconych przez ministra zdrowia. Organem Agencji jest prezes powoływany w drodze naboru na pięcioletnią kadencję przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Przy prezesie AOTM działa Rada Konsultacyjna w składzie dwunastu osób, powoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, pełniąca funkcję opiniodawczo-doradczą. Siedmiu członków Rady jest przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, pozostali reprezentują środowiska naukowe, Naczelną Radę Lekarską, Naczelną Radę Aptekarską, Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych i Narodowy Fundusz Zdrowia.

Jak wynika z powyższych rozważań, bardzo istotnym elementem dla oceny koszyka świadczeń są rozporządzenia ministra zdrowia, to one bowiem uszczegóławiają i definiują świadczenia gwarantowane. Na stronach Ministerstwa Zdrowia pojawiły się projekty rozporządzeń, które wzbudziły wiele kontrowersji.

Podkreśla się, że zasadniczą bolączką ustawy jest sposób decydowania o świadczeniach, które znajdują się w koszyku. Decyzje w tym zakresie podejmuje minister zdrowia po zasięgnięciu opinii AOTM, instytucji zależnej od ministerstwa.

Szczegółowe rozwiązania, zamieszczone w rozporządzeniach, budzą duże niezadowolenie środowisk medycznych, których przedstawiciele wskazują na kuriozalność niektórych zapisów. I tak, Iwona Borchulska, wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, wyraziła negatywną opinię na temat zawyżonych kryteriów oceny stanu pacjentów pozwalających na objęcie ich kompleksową opieką pielęgniarską. Jej zdaniem, warunki zostały sformułowane

w taki sposób, iż bardzo wielu chorych, pomimo obiektywnie ciężkiego stanu zdrowia, nie będzie mogło z niej skorzystać⁹.

Prof. Lech Poloński, śląski konsultant w dziedzinie kardiologii, zastanawia się nad zasadnością umieszczenia w koszyku 32 nowych procedur, wśród których znajdują się m.in. tzw. operacje hybrydowe. Ze względu na bardzo wysokie koszty świadczenia te nie są refundowane nawet w najbogatszych krajach świata.

Marek Balicki, dyrektor Szpitala Wolskiego w Warszawie, uważa, że w rozporządzeniach nie brakuje absurdalnych zapisów. Zalicza do nich sytuacje, w których możliwość refundacji kosztów usług zdrowotnych nastąpi jedynie w przypadku wykonania określonego świadczenia przez lekarza odpowiedniej specjalności, np. założenie cewnika na stałe będzie mógł odtąd wykonać tylko chirurg ogólny, jeśli zabieg przeprowadzi urolog, Fundusz nie zapłaci za zabieg.

Wprowadzone zmiany dotyczące pacjentów wymagających niestandardowego leczenia nie wydają się odpowiednie. Dotychczas zgody na korzystanie z tego rodzaju usług udzielał prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, wydając odpowiednie zarządzenie. Według nowych rozwiązań decydem staje się Ministerstwo Zdrowia. W opinii Andrzeja Sośnierz, byłego szefa NFZ, wydłuży to czas oczekiwania na zgodę na leczenie.

4. Podsumowanie

Wprowadzenie rozwiązań mających na celu szczegółowe określenie uprawnień osób objętych ustawowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi nie jest proste i zawsze będzie budzić kontrowersje. Już sam wybór modelu – koszyka pozytywnego – powoduje, iż prace nad jego konstrukcją uznać należy za permanentny proces, postępujący bowiem rozwój technologii medycznych, naciski i lobbing środowisk medycznych, jak i możliwości finansowe w znaczący sposób wpływać będą na jego zawartość. Zdefiniowanie świadczeń gwarantowanych jako tych, które finansowane są w całości lub w części ze środków publicznych stwarza możliwość wprowadzenia całkowitej lub częściowej odpłatności za pewną część dotąd bezpłatnych świadczeń. Z jednej strony – to zagrożenie dla osób o niskich dochodach, z drugiej – pole do rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i tym samym zwiększenia funduszy na ochronę zdrowia. Ostatecznej oceny wdrożonych rozwiązań dokonać będzie można dopiero po kilku latach funkcjonowania ochrony zdrowia w zmienionej sytuacji.

⁹ *Koszyk świadczeń: krytyczne uwagi środowiska medycznego*, „Gazeta Wyborcza” 2009 dodatek „Rynek Zdrowia” (z 22.08).

Literatura

- Busser R., Stargardt T., Schreyogg J., *Determining the „Health Benefit Basket” of the Statutory Health Insurance scheme in Germany: methodologies and criteria*, „The European Journal of Health Economics” 2005, Suppl. 1, nr 6.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., DzU nr 78, poz. 483.
- Koszyk świadczeń: krytyczne uwagi środowiska medycznego*, „Gazeta Wyborcza” 2009, dodatek „Rynek Zdrowia” (z 22.08).
- Mason A., *Does the United Kingdom’s NHS have a „Health benefit basket”?*, „The European Journal of Health Economics” 2005, Suppl. 1, no 6.
- Planas-Miret I., Tur-Prats A., Puig-Junoy J., *Spanish health benefits for services of curative care*, „The European Journal of Health Economics” 2005, Suppl. 1, no 6.
- Schreyogg J., Stargardt T., Velasco-Garrido M., Busse R., *Defining the „Health Benefit Basket” in nine European countries*, „The European Journal of Health Economics” 2005, Suppl. 1, no 6.
- Stolk EA., Ruten FFH., *The „Health Benefit Basket” in the Netherlands*, „The European Journal of Health Economics” 2005, Suppl. 1, no 6.
- Torbica A., Fattore G., *The „Essentials Levels of Care” in Italy: when been explicit serves the devolution of powers*, „The European Journal of Health Economics” 2005, Suppl. 1, nr 6.
- Ustawa z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach, DzU nr 118, poz. 989.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU nr 210, poz. 2135.

CHOSEN ASPECTS OF FORMING HEALTH BENEFIT BASKET IN THE LIGHT OF POLISH SOLUTION

Summary: The construction of the work is subject to the thesis pursuant to which the implementation of the new legislation called “health benefit basket” can affect health care system in Poland. The principal consideration of the first part of the paper is to define a concept of health benefit basket and to show its construction in some European countries. The analysis describes the regulatory mechanism and the range of publicly entitled health related goods and services. The second part of this paper explores a set of Polish legislation, including laws and legal guidelines which influence health benefit basket.