



System ochrony zdrowia w Polsce

- System ochrony zdrowia to zespół osób i instytucji mający za zadanie zapewnić opiekę zdrowotną ludności. Polski system opieki zdrowotnej oparty jest na modelu ubezpieczeniowym.
- Zgodnie z artykułem 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, każdy obywatel Polski ma prawo do ochrony zdrowia. 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 ustawa.




Ustawy regulujące

- Ustawa o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r.)
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r.)
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r.)
- Ustawa o lecznictwie uzdrowiskowym (Dz. U. z 2005 r.)
- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r.)
- Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2009 r.)
- Ustawa Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r.)
- Ustawa wprowadzająca ustawę – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2001 r.)

Trochę historii ...

- Początki polskiego sektora zdrowia sięgają okresu międzywojennego (1918–1939). Ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym, która weszła w życie w 1920 roku, obejmowała swoim zasięgiem jedynie pracowników najemnych, czyli około 7% populacji. Wzorowana była na niemieckim systemie kas chorych (tzw. model Bismarka), chociaż kładła większy akcent na terytorialną strukturę kas oraz ich samorządność.


- Po drugiej wojnie światowej działania publiczne w dziedzinie zdrowia koncentrowały się na zwalczaniu epidemii chorób zakaźnych.
- Powstałe w 1945 roku Ministerstwo Zdrowia początkowo opierało się na doświadczeniach przedwojennych, jednak po kilku latach, ochrona zdrowia została zorganizowana (w roku 1950) na wzór sowieckiego modelu komisarza Siemaszki.
- Świadczenia opieki zdrowotnej oferowane były bezpłatnie wszystkim pracownikom sektora państwowego w zakładach pracy (przychodnie zakładowe) oraz w przychodniach rejonowych.
- Właściciele prywatnych gospodarstw rolnych i ich rodziny nie mieli dostępu do bezpłatnej publicznej ochrony zdrowia aż do 1972 roku.

- 
- Ponadto, tworzone były spółdzielnie lekarskie (lekarzy specjalistów) z intencją dostarczania świadczeń grupom ludności nieobjętych państwowym systemem opieki zdrowotnej, które de facto powszechnie uzupełniały system państwowy.

- W okresie PRL nastąpiły istotne zmiany w organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych. W 1972 roku dokonano zespolenia organizacyjnego lecznictwa szpitalnego i ambulatoryjnego, tworząc tzw. Zespoły Opieki Zdrowotnej (ZOZy).
- Zmiany systemu ochrony zdrowia po 1989 roku przebiegały równoległe z procesem bardzo szybkiego przejścia od gospodarki centralnie planowanej do gospodarki rynkowej (wdrożonego za pomocą terapii szokowej, tzw. „big push”).

- Z dniem 1 stycznia 1999 roku weszła w życie Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Na mocy tejże ustawy dotychczasowy system opieki zdrowotnej zastąpiono systemem ubezpieczeniowym. Do życia powołano kasy chorych jako publiczne instytucje ubezpieczeniowe. Utworzono ich łącznie 17 – po jednej w każdym województwie oraz odrębną kasę branżową dla służb mundurowych (pracowników policji, wojska, więziennictwa, straży pożarnej, służb granicznych oraz kolei państwowych i transportu morskiego).

- Wystąpiły znaczące różnice w dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz ich jakości pomiędzy poszczególnymi kasami (województwami). Różnice te, potencjalnie naruszające konstytucyjną zasadę równości w dostępie do świadczeń, wpłynęły także na niski poziom społecznego zadowolenia z systemu opieki zdrowotnej. Stąd, po zaledwie trzech latach funkcjonowania, kasy chorych zastąpiono centralną instytucją ubezpieczeniową – NFZ.

- 
- Na mocy Ustawy z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia utworzono centralę NFZ oraz 16 oddziałów, po jednym w każdym z województw.
 - W celu wyeliminowania regionalnych różnic w dostępie do świadczeń ustawa wprowadziła jednolite procedury kontraktowania świadczeń oraz kontyngentowania świadczeń – limity punktowe na kontraktowane usługi.

- Ustawa z 2004 roku zdefiniowała tzw. negatywny koszyk świadczeń (tzn. wskazała świadczenia nie finansowane ze środków publicznych). Wszystkie inne świadczenia które nie znalazły się w koszyku negatywnym, przysługiwały pacjentom w ramach obowiązujących przepisów.
- Nowelizacja tej ustawy w 2009 roku zobowiązała Ministerstwo Zdrowia do publikowania pozytywnych koszyków świadczeń.

- Celem kolejnej Ustawy – o działalności leczniczej, która weszła w życie z dniem 1 lipca 2011 roku, było przekształcenie szpitali publicznych (oraz innych publicznych świadczeniodawców) w spółki prawa handlowego. Ustawa ta stanowi kontynuację wcześniejszych prób skomercjalizowania publicznych szpitali, które miały na celu poprawę zarządzania ich gospodarką finansową oraz redukcję zadłużenia. Ustawa o działalności leczniczej zastąpiła pojęcie „zakład opieki zdrowotnej” pojęciem „podmiot leczniczy”.

Uczestników systemu można podzielić na następujące kategorie:

- **Świadczeniobiorców** - czyli pacjentów.
- **Instytucję ubezpieczenia zdrowotnego** pełniącą funkcję **płatnika** - czyli Narodowy Fundusz Zdrowia.
- **Świadczeniodawców:**
 - zakłady opieki zdrowotnej, które można podzielić ze względu na organ założycielski na publiczne (SPZOZ) oraz niepubliczne (NZOZ),
 - praktyki lekarskie, lekarsko-dentystyczne, pielęgniarskie oraz położnych,
 - apteki,
 - innych świadczeniodawców.
- **Organy kontroli i nadzoru:**
 - Państwową Inspekcję Sanitarną ("Sanepid"),
 - Inspekcję Farmaceutyczną,
 - wojewodów i działające przy nich wojewódzkie centra zdrowia publicznego oraz konsultantów wojewódzkich w poszczególnych specjalnościach medycznych.
- **Ministerstwo Zdrowia**, które wytycza kierunki polityki zdrowotnej kraju oraz posiada uprawnienia kontrolne, a także działających przy nim konsultantów krajowych w poszczególnych specjalnościach medycznych.

NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia

- Głównym zadaniem NFZ – głównego płatnika – jest finansowanie świadczeń zdrowotnych (z pobranych składek ubezpieczeniowych) dla uprawnionych do nich osób. NFZ negocjuje i podpisuje ze świadczeniodawcami umowy o udzielanie świadczeń (ustala ich wartość, ilość i strukturę), monitoruje wywiązywanie się z warunków tychże umów oraz odpowiada za ich rozliczanie. Jakość i dostępność świadczeń opieki zdrowotnej są do pewnego stopnia uzależnione od warunków wynegocjowanych w kontraktach z NFZ. Zadaniem płatnika jest również pokrywanie kosztów opieki zdrowotnej udzielonej polskim obywatelom w innych państwach członkowskich UE.
- NFZ nie może prowadzić działalności dochodowej, ani (pośrednio lub bezpośrednio) prowadzić, być właścicielem lub współwłaścicielem podmiotów prowadzących placówki medyczne. Działalność NFZ nadzoruje Rada Funduszu, która składa się z członków powołanych przez Prezesa Rady Ministrów na pięcioletnią kadencję.

- Samorządy terytorialne są odpowiedzialne za określenie potrzeb zdrowotnych, dbałość o infrastrukturę opieki zdrowotnej, za promocję i profilaktykę zdrowotną (szczególnie w obszarze medycyny pracy, ochrony zdrowia psychicznego, problemów alkoholowych i konsumpcji wyrobów tytoniowych). Samorządy województw są odpowiedzialne za strategiczne planowanie ochrony zdrowia oparte na rozpoznaniu potrzeb zdrowotnych ich mieszkańców.
- Jako, że za bieżące finansowanie świadczeń zdrowotnych odpowiada NFZ, to w praktyce samorządy terytorialne mają nieznaczny wpływ na dochody świadczeniodawców i ich ogólną sytuację finansową. Jednocześnie, w przypadku gdy zadłużony szpital nie jest w stanie pokryć strat we własnym zakresie, organy założycielskie (najczęściej są to powiaty) zobowiązane są przejąć jego zobowiązania finansowe i mogą zainicjować procedurę przekształcenia SPZOZ-u w spółkę prawa handlowego lub go zlikwidować, jednak tylko wówczas, gdy likwidacja szpitala nie stanowi zagrożenia dla zachowania ciągłości i dostępności świadczeń zdrowotnych.

Świadczeniodawcy

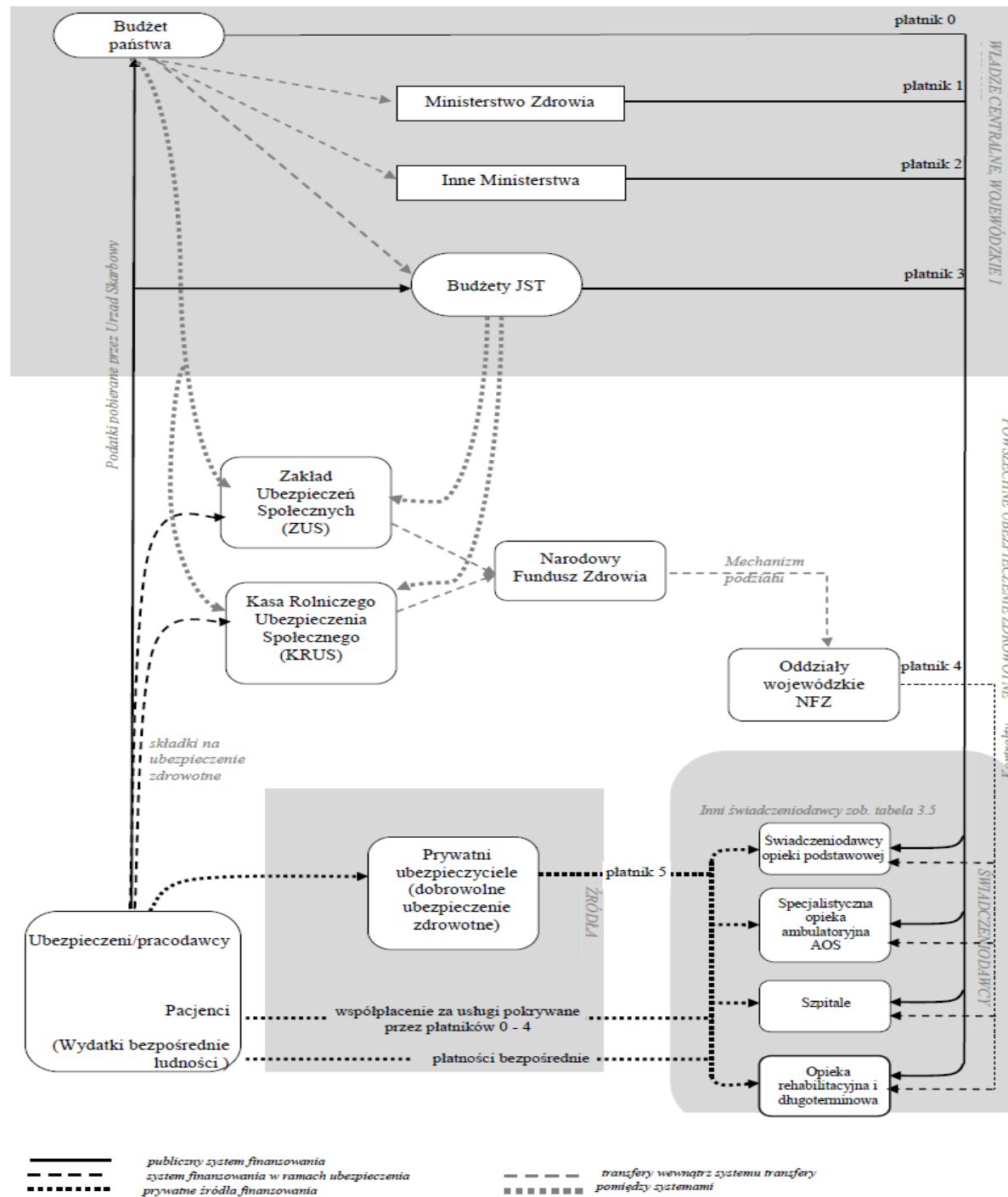
- Zgodnie z ustawą z 2011 roku o działalności leczniczej, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze, jak również indywidualne i grupowe praktyki lekarskie. W podstawowej i specjalistycznej opiece ambulatoryjnej (POZ i AOS) dominują świadczeniodawcy niepubliczni (wcześniejsze Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej – NZOZ) oraz indywidualne praktyki.
- Działalność lecznicza obejmuje świadczenia stacjonarne (w szpitalach i innych instytucjach, takich jak instytucje opieki rehabilitacyjnej, długoterminowej i paliatywnej) oraz świadczenia ambulatoryjne. Zgodnie z nową ustawą, świadczenia opieki zdrowotnej mogą być zapewniane przez dwa typy świadczeniodawców: podmioty lecznicze oraz praktyki medyczne.

Źródła finansowania

- System społecznego ubezpieczenia zdrowotnego finansowany przez NFZ pokrywa ponad 80% publicznych wydatków na ochronę zdrowia i prawie 60% wydatków ogółem. W 2009 r. NFZ sfinansował 64,7% bieżących wydatków na ochronę zdrowia. Drugim najważniejszym publicznym źródłem finansowania ochrony zdrowia jest budżet państwa, a następnie budżety JST. Jak już przedstawiano wcześniej, około 30% wydatków na ochronę zdrowia pochodzi ze źródeł prywatnych.



Po wprowadzeniu systemu SUZ udział budżetu państwa w bezpośrednim finansowaniu ochrony zdrowia zmniejszył się, podczas gdy udział budżetów JST wzrósł. W 2009 r. finansowanie z budżetu państwa oraz budżetów JST pokryło około 6,1% wydatków na indywidualną opiekę zdrowotną, 7,6% wydatków bieżących na ochronę zdrowia oraz prawie 11,9% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia. Przyczyną wyższego udziału finansowania ochrony zdrowia z podatków w całkowitych wydatkach w porównaniu z wydatkami bieżącymi są wydatki inwestycyjne, które ponosi budżet państwa i budżety JST. Wydatki bieżące natomiast finansuje NFZ ze składki ubezpieczenia zdrowotnego.



- Społeczne ubezpieczenie zdrowotne gwarantuje formalnie dostęp do szerokiego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, bez konieczności znaczącego współpłacenia. Pacjenci w Polsce dopłacają jednak do: leków, niektórych badań laboratoryjnych, usług stomatologicznych, sprzętu rehabilitacyjnego i świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego. Od stycznia 2007 r. składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru. Składki na ubezpieczenie zdrowotne są gromadzone przez ZUS i KRUS, a następnie są przekazywane do NFZ.

Zarys finansowania ze środków publicznych

- Podstawowym aktem prawnym regulującym finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej jest Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Bardzo niewiele grup ludności jest zwolnionych z obowiązku płacenia składek na ubezpieczenie zdrowotne. Większość środków publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia (83,5%) jest rozdzielana przez NFZ, który jest głównym płatnikiem w systemie.

Zakres podmiotowy

- Artykuł 68 Konstytucji RP przewiduje, że wszyscy obywatele, niezależnie od ich sytuacji materialnej, mają prawo równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto władze publiczne mają szczególny obowiązek zapewnienia opieki dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Obowiązkiem państwa jest również zwalczanie chorób epidemicznych i zapobieganie negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska oraz wspieranie rozwoju kultury fizycznej, szczególnie wśród dzieci i młodzieży.

- Dla większości polskich obywateli i osób legalnie przebywających na terytorium RP uczestnictwo w społecznym systemie ubezpieczeń zdrowotnych jest obowiązkowe.
- Artykuł 66 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych szczegółowo wymienia osoby, które podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego. Lista ta obejmuje pracowników najemnych, osoby samozatrudnione i właścicieli firm, rolników, emerytów i rencistów oraz niektórych studentów. Członkowie rodzin (małżonkowie, dzieci, wnuki, rodzice, dziadkowie i inni krewni zależni finansowo) na utrzymaniu osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego są zasadniczo uprawnieni do świadczeń opieki zdrowotnej do czasu, kiedy sami nie będą podlegać obowiązkowi ubezpieczenia w NFZ. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej z tego tytułu przysługuje dzieciom, które nie ukończyły 18 lat, a jeżeli kształcą się dalej - do ukończenia 26 lat. Natomiast wstępni i inni krewni są uprawnieni do świadczeń, jeśli pozostają z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym. Osoby, które nie spełniają powyższych kryteriów mogą ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie wniosku złożonego w NFZ. W grupie tej znajdują się pracownicy przebywający na urlopie bezpłatnym, osoby wykonujące pracę na podstawie niektórych typów umów, wolontariusze oraz obcokrajowcy, którzy nie posiadają ubezpieczenia zdrowotnego w innym kraju. Członkowie rodzin tych osób również są uprawnieni do korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

Zakres przedmiotowy

- Zgodnie z art. 15 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoby ubezpieczone w ramach społecznego ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ oraz inne grupy osób wymienione powyżej są uprawnione do szerokiego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej.

Gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej

- Podstawowa opieka zdrowotna
- Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
- Leczenie szpitalne
- Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień
- Rehabilitacja lecznicza
- Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej
- Leczenie stomatologiczne
- Lecznictwo uzdrowiskowe
- Zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze
- Ratownictwo medyczne
- Opieka paliatywna i hospicyjna
- Świadczenia wysokospecjalistyczne
- Programy zdrowotne
- Leki

- W zależności od rodzaju świadczonych usług, można wyróżnić różne mechanizmy płatności.
- Lekarze POZ otrzymują stawkę kapitulacyjną na każdego zapisanego do nich pacjenta, zaś w przypadku ponadpodstawowej opieki ambulatoryjnej, opieki stomatologicznej i wybranych publicznych programów opieki zdrowotnej, stosuje się zasadę „opłaty za usługę” (*fee-for-service*).
- Zdrowie publiczne oraz tzw. świadczenia wysoko specjalistyczne finansowane są z budżetu państwa. W odniesieniu do usług szpitalnych od 2008 r. stosowany jest mechanizm finansowania Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) (analogiczny do *diagnosis-related group* – DRG), który w 2011 r. został rozszerzony na pewne ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne. Większość świadczeń udzielanych przez pogotowie ratunkowe finansowana jest z budżetu państwa w formie stawek dobowych.

Negatywny koszyk świadczeń

- Świadczenia o niezbadanej naukowo skuteczności lub o niepotwierdzonej w badaniach naukowych skuteczności na zasadach EBM
- Szczepienia ochronne nie wchodzące w zakres obowiązkowych szczepień ochronnych
- Zabiegi chirurgii plastycznej i zabiegi kosmetyczne w przypadkach nie będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstw jej leczenia
- Operacje zmiany płci
- Świadczenia w zakresie akupunktury z wyjątkiem świadczeń udzielanych w leczeniu bólu przewlekłego
- Zabiegi przyrodo-lecznicze i rehabilitacyjne w szpitalach, sanatoriach uzdrowiskowych i ambulatoryjnym lecznictwie uzdrowiskowym nie związane z chorobą podstawową będącą bezpośrednią przyczyną skierowania na leczenie uzdrowiskowe
- Poradnictwo seksuologiczne w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z wyłączeniem osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności
- Poradnictwo psychoanalityczne
- Ozonoterapia
- Autoszczepionki
- Magnetoterapia z zastosowaniem stałego pola magnetycznego
- Laseropunktura
- Akupresura
- Zooterapia
- Diagnostyka i terapia z zakresu medycyny niekonwencjonalnej, ludowej, orientalnej.

Zakres współpłacenia

- Rola współpłacenia w ramach społecznego ubezpieczenia zdrowotnego, jak już wspomniano wcześniej, jest ograniczona. Wyjątki obejmują: dopłaty do leków, produktów medycznych i środków pomocniczych, jak również świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego oraz niektórych zabiegów i materiałów stomatologicznych.

Pobieranie składek

- Składki są zbierane przez dwie instytucje pośredniczące – ZUS i KRUS a następnie przekazywane do NFZ. Za swoje usługi ZUS i KRUS pobierają niewielką opłatę w wysokości 0,2% wartości wszystkich przekazywanych składek.
- Od 2007 roku stopa składki wynosi 9% podstawy wymiaru. Składka ubezpieczeniowa ma formę podatku potrącanego u źródła, którego pełny koszt ponosi pracownik (bez obciążania pracodawcy). Dla osób pobierających emeryturę lub rentę podstawę wymiaru składki stanowi wysokość świadczeń pieniężnych brutto. Dla osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą składkę wylicza się na podstawie zadeklarowanej kwoty dochodów brutto, jednak nie niższej niż 75% średniego krajowego wynagrodzenia w roku poprzednim.

Gromadzenie i podział środków

- Składki zdrowotne zebrane wcześniej przez ZUS i KRUS są następnie gromadzone przez centralę NFZ i rozdzielane pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ zgodnie z algorytmami podziału definiowanymi corocznie przez rząd.
- Decyzje alokacyjne NFZ w znacznym stopniu determinują terytorialną strukturę publicznych wydatków na opiekę zdrowotną.

- Wojewódzkie oddziały NFZ są całkowicie odpowiedzialne za zawieranie kontraktów na świadczenia opieki zdrowotnej na terenie danego województwa. Różnice w strukturze wydatków pomiędzy województwami odzwierciedlają, między innymi, zróżnicowanie w zapotrzebowaniu na opiekę zdrowotną oraz różnice w rozmieszczeniu infrastruktury opieki zdrowotnej w poszczególnych województwach. Średnie wydatki na ubezpieczonego wahają się także w zależności od zróżnicowania czynników społecznych, demograficznych i ekonomicznych.

Regulacja i kontrola płatników

- Listy świadczeń finansowanych ze źródeł publicznych (NFZ i innych), w tym poziomy współfinansowania przez pacjentów, limity cenowe oraz warunki, w jakich usługi te powinny być świadczone (takie jak wymagania dotyczące personelu i sprzętu medycznego), zostały określone w trzynastu aktach wykonawczych Ministra Zdrowia z 2009 roku.
- Kontrakty na świadczenie usług opieki zdrowotnej pomiędzy NFZ a świadczeniodawcami przyznawane są na podstawie Planu Zakupu Świadczeń zazwyczaj w formie konkursu ofert.

Ścieżka pacjenta

- Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) decyduje o wejściu do systemu opieki zdrowotnej. Aby uzyskać dostęp do opieki specjalistycznej, niezbędne jest skierowanie od lekarza POZ. On także jest uprawniony do wydawania skierowań na badania diagnostyczne i leczenie szpitalne. Tylko do niektórych lekarzy specjalistów oraz w przypadku stanu nagłego zagrożenia zdrowia lub życia pacjent może dostać się bezpośrednio.
- Pacjenci mogą wybrać lekarza POZ zakontraktowanego przez NFZ *wypełniając tzw. deklarację wyboru*, którą można zmienić nieodpłatnie nie częściej niż dwa razy w roku.
- Pacjenci mogą również wybrać dowolną przychodnię specjalistyczną w Polsce. Pacjenci ze skierowaniem, nie wymagający natychmiastowej opieki, są przyjmowani przez specjalistów według kolejności zgłoszeń. Na wizytę u lekarza specjalisty pacjenci są zobowiązani przynieść wyniki wszystkich badań diagnostycznych. Są one pomocne w ustaleniu dalszego leczenia. Jeśli konieczne jest leczenie szpitalne, lekarz specjalista wydaje skierowanie i informuje pacjenta o przewidywanym czasie oczekiwania. Nie istnieją żadne formalne schematy postępowania w przypadku określonych jednostek chorobowych i cały przebieg leczenia zależy od prowadzącego lekarza POZ lub specjalisty.

- Pacjenci mają także prawo wyboru szpitala, w przypadku operacji planowej lub konieczności wykonania dalszych badań diagnostycznych. W celu ustalenia daty hospitalizacji, po weryfikacji skierowania i po konsultacji lekarskiej w szpitalu, pacjenci są wpisywani na listę oczekujących. Są oni również kierowani na wszelkie dodatkowe badania, które muszą zostać przeprowadzone przed przyjęciem do szpitala. Po zakończeniu leczenia pacjent jest wypisywany, otrzymuje przygotowaną przez lekarza kartę informacyjną z opisem choroby i przebiegiem leczenia szpitalnego oraz dalsze zalecenia. Jeśli to konieczne, lekarz POZ kieruje pacjenta na rehabilitację lub zleca wizyty pielęgniarstwa w jego domu.
- Wszystkie osoby objęte systemem powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych są uprawnione do ubiegania się o leczenie uzdrowiskowe, w przypadku którego obowiązuje współpłacenie.
- Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe jest wydawane przez lekarza POZ i następnie przesyłane do wojewódzkiego oddziału NFZ, w którym podejmuje się decyzję o przyznaniu świadczenia uzdrowiskowego po rozważeniu jego zasadności.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015

- Narodowy program zdrowia 2007-2015 przyjęty Uchwałą Rady Ministrów 15.05.2007
- U podstaw koncepcji Narodowego Programu Zdrowia leży zawarta w konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) definicja, określająca zdrowie jako stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności oraz przyjęte międzynarodowe ustalenia, że: zdrowie jest podstawowym prawem każdego człowieka oraz bogactwem społeczeństwa.
- Zdrowy człowiek ma większe szanse na samorealizację, satysfakcjonujące pełnienie ról społecznych, czy też dobrą adaptację do zmian środowiska. Tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe oraz zapewnić rozwój społeczny i gospodarczy.

- Narodowy Program Zdrowia uwzględnia główne kierunki polityki zdrowotnej i stwarza szanse na bardziej skuteczną realizację zadań związanych ze zdrowiem społeczeństwa. Podstawowym warunkiem osiągnięcia celów NPZ jest włączenie się do ich realizacji organów administracji rządowej, organizacji pozarządowych, a przede wszystkim samorządów, społeczności lokalnych i samych obywateli.
- Rolą rządu jest natomiast tworzenie warunków sprzyjających realizacji działań podejmowanych przez wszystkie ww. podmioty.

- Cel operacyjny 12.


- Aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa

- Zadania:

1. Opracowanie oraz wdrażanie regionalnych i lokalnych programów zabezpieczania świadczeń zdrowotnych, a także realizacji profilaktyki i promocji zdrowia,
2. Poprawa możliwości absorpcji środków finansowych, w tym unijnych, na realizację projektów z zakresu ochrony zdrowia,
3. Wspieranie tworzenia lokalnego partnerstwa na rzecz zdrowia,
4. Uruchomienie sieci regionalnych i lokalnych pełnomocników do spraw realizacji polityki prozdrowotnej,
5. Rozbudowa infrastruktury sportowej i rekreacyjnej.

Oczekiwane efekty do 2015 roku

1. Posiadanie przez wszystkie jednostki samorządu terytorialnego wieloletnich planów polityki zdrowotnej i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych,
2. Zapewnienie skutecznego zarządzania i nadzoru nad funkcjonowaniem zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez gminy, powiaty i województwa,
3. Funkcjonowanie – dostosowanej do potrzeb mieszkańców oraz możliwości finansowych państwa – sieci zakładów opieki zdrowotnej,
4. Standaryzowane warunki świadczenia usług zdrowotnych,
5. Uproszczenie systemu wdrażania funduszy strukturalnych na rzecz zdrowia publicznego,

- 
6. Budowanie partnerstwa na rzecz systemu ochrony zdrowia,
 7. Zwiększenie liczby kwalifikowanych menedżerów zdrowia publicznego zatrudnionych w samorządach terytorialnych,
 8. Zwiększenie potencjału zdrowotnego i świadomości zdrowotnej ludności,
 9. Upowszechnienie wprowadzania i realizowania w szkołach i w przedszkolach programów profilaktyki i promocji zdrowia,
 10. Wzmocnienie instytucjonalne organizacji obywatelskich działających w sferze ochrony zdrowia,
 11. Zmiana zasad zarządzania zadaniami w sektorze ochrony zdrowia na systemowe i zadaniowe


- Cel operacyjny 13

- Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta.
- Zadania:
 1. Opracowanie przejrzystych zasad uwzględniania przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych parametrów jakości placówki,
 2. Określenie wymogów dla rozmieszczenia placówek udzielających poszczególnych rodzajów świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych, zapewniających równomierną dostępność pacjentom na terenie kraju,
 3. Ustanowienie krajowego programu bezpieczeństwa pacjenta,
 4. Stworzenie instytucjonalnych warunków dla funkcjonowania rejestrów pacjentów,
 5. Rozwijanie badań opinii pacjentów,
 6. Rozwijanie efektywnych technik informatycznych usprawniających opiekę medyczną.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

1. Doprowadzenie do sytuacji, w której do końca 2015 roku 85% szpitali obecnie nieposiadających akredytacji przystąpi do ubiegania się o nią a w konsekwencji w dniu 31 grudnia 2015 roku 65% szpitali w Polsce będzie posiadało certyfikat akredytacyjny,
2. Posiadanie, przez co najmniej 85% szpitali wewnętrznych programów poprawy jakości, z których co najmniej 75% będzie prowadzonych przez wicedyrektorów ds. jakości, dysponujących świadectwem ukończenia szkolenia podyplomowego w zakresie zapewnienia jakości,
3. Doprowadzenie do sytuacji, w której w odniesieniu do podstawowej i specjalistycznej, ambulatoryjnej opieki zdrowotnej liczba świadczeniodawców ubiegających się o akredytację będzie przekraczać 50%, a liczba akredytowanych będzie wynosić, co najmniej 40% ogółu świadczeniodawców,
4. Korzystanie i analiza informacji zwrotnej dotyczącej rejestru pacjentów w okresach rocznych przez minimum 75% placówek,
5. Objęcie rejestrem poważnych zdarzeń niepożądanych ponad 50% zakładów opieki zdrowotnej wykonujących zabiegi chirurgiczne i inwazyjne (wdrożenie rekomendacji bezpieczeństwa, w co najmniej 80% zakładów),
6. Objęcie do 2015 roku, co najmniej 70% szpitali programem losowego, niezależnego, profesjonalnego badania opinii pacjentów, którzy mieli kontakt ze szpitalem, będąc hospitalizowanymi bądź przyjmowanymi na izbie przyjęć lub w

- Cel operacyjny 15
- Zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.
- Zadania:
 1. Monitorowanie infrastruktury promocji zdrowia w kraju,
 2. Opracowanie krajowego planu rozwoju promocji zdrowia,
 3. Stworzenie systemu nadzoru nad szkoleniem przed i podyplomowym kadr dla promocji zdrowia,
 4. Stworzenie przejrzystego systemu wsparcia finansowego dla programów promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej (nakłady z ubezpieczenia zdrowotnego i zabezpieczenia społecznego, jednostek samorządu terytorialnego itp.),
 5. Rozwijanie edukacji zdrowotnej w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych,

- 
6. Rozwijanie i wspieranie działań opartych na podejściu siedliskowym,
 7. Nasilanie działań ukierunkowanych na grupy społeczne o szczególnie pilnych potrzebach zdrowotnych, w tym zwłaszcza upowszechnianie wzorców dobrej praktyki w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,
 8. Rozwijanie współpracy ze środkami masowego przekazu, prowadzenie działalności edukacyjnej, kierowanej do środowiska dziennikarskiego i przedstawicieli TV.

Nowości w systemie ochrony zdrowia

- Od 2015 roku każdy pacjent ma posiadać ubezpieczeniową kartę z chipem, a każdy lekarz - elektroniczną legitymację. Otrzymują go nie tylko ubezpieczeni, ale również wszyscy inni uprawnieni do korzystania z bezpłatnych usług medycznych, np. dzieci niezgłoszone przez rodziców do ubezpieczenia czy osoby korzystające z pomocy społecznej.
- Od 1 sierpnia 2016 znikną papierowe recepty, a od 1 marca 2017 roku medycy mają wystawiać skierowania dla pacjentów tylko elektronicznie.


- Senat przyjął bez poprawek nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (październik 2013). Przewiduje ona między innymi, że Narodowy Fundusz Zdrowia będzie mógł aneksować zawarte wcześniej umowy, bez konieczności przeprowadzania nowych konkursów.
- Ustawa zapewnia ciągłość usług medycznych w 2014 roku.
- Nowelizacja, poza umożliwieniem aneksowania umów ze świadczeniodawcami na 2014 rok wprowadza też pojęcie kompleksowości i ciągłości usług medycznych. Zakłada powstanie przychodni przyszpitalnych, w których pacjent będzie mógł być kompleksowo leczony również po wyjściu ze szpitala.
- Nowe przepisy przesuwają z 1 stycznia 2014 roku na 1 stycznia 2016 roku obowiązek zawarcia przez szpitale umowy ubezpieczenia od świadczeń medycznych. Termin ten był już raz wydłużony do końca tego roku. Zakłada również, że świadczenia z zakresu chemioterapii niestandardowej będą mogły być realizowane na dotychczasowych zasadach do końca 2014 roku. Obecnie możliwość taka wygasa z końcem 2013 roku.

- W Ministerstwie Zdrowia powstaje projekt ustawy, zgodnie z którą Polacy mogliby kupować dodatkową polisę zdrowotną (tzw. ubezpieczenie abonamentowe) w prywatnych firmach medycznych, takich jak Lux-Med czy Medicovert. Projekt ma być gotowy w przyszłym roku.
- Jeśli zmiany wejdą w życie, publiczne placówki zdrowia mogłyby podpisywać kontrakty z NFZ oraz prywatnymi firmami abonamentowymi i ubezpieczalniąmi.

Plany ministra Arłukowicza

- Likwidacja centrali NFZ i zastąpienie jej przez Urząd Ubezpieczeń Zdrowotnych (UUZ). Będzie on nadzorował funkcjonowanie regionalnych funduszy, a w przyszłości ewentualnie także innych niepublicznych płatników.
- „Wyprowadzenie wyceny świadczeń poza obszar płatnika”. Wycena będzie przeprowadzona przez UUZ, jako niezależną agencję, a płatnik nie będzie miał wpływu na wycenę.



- 
- Weryfikacja jakości leczenia i premiowanie tych świadczeniodawców, którzy leczą najefektywniej, najszybciej i najbezpieczniej.
 - Stworzenie i realne wykorzystanie regionalnych map zapotrzebowania zdrowotnego.
 - Budowanie spójnego systemu planowania inwestycji medycznych w regionie tzw. mapy zapotrzebowania, które wraz ze wspólną polityką inwestycyjną mają pozwolić na racjonalne wydawanie pieniędzy i ułatwić życie pacjentom.

Refundacja

- Ministerstwo Zdrowia decyduje o objęciu refundacją leków i wyrobów medycznych, w tym o zastosowaniu odpłatności i jej poziomie, o urzędowych cenach zbytu i instrumentach dzielenia ryzyka (w stosownych przypadkach). Decyzja wydawana jest na 5, 3 lub 2 lata, w zależności od skuteczności leku. Przy podejmowaniu decyzji o objęciu refundacją, Ministerstwo Zdrowia wspierane jest przez AOTM i Komisję Ekonomiczną (organ doradczy utworzony przez Ministerstwo). Ostateczna decyzja podejmowana jest z uwzględnieniem stanowiska Komisji Ekonomicznej, rekomendacji AOTM, efektywności klinicznej i kosztowej oraz bezpieczeństwa stosowania leku, jak również korzyści zdrowotnych, wpływu na budżet, dostępności klinicznie alternatywnego leku oraz priorytetów zdrowotnych. Listy refundowanych leków i wyrobów medycznych są publikowane przez Ministerstwo Zdrowia i aktualizowane co dwa miesiące.

Zasady refundacji leków

- Refundacja następuje, jeżeli na receptce został zapisany produkt leczniczy, dla którego minister zdrowia wydał decyzję o nadaniu jednej z kategorii dostępności refundacyjnej:
 - refundowany w całym zakresie zarejestrowanych wskazań
 - refundowany we wskazaniu określonym stanem klinicznym.
- Świadczeniobiorca otrzymuje na podstawie recepty wystawionej przez lekarza lub felczera leki podstawowe, leki uzupełniające oraz leki recepturowe za odpłatnością:
 - **ryczałtowa** – za leki podstawowe i recepturowe. Opłata ryczałtowa nie może przekraczać 0,5% minimalnego wynagrodzenia w przypadku leku podstawowego i 1,5% w przypadku leku recepturowego.
 - **w wysokości 30% lub 50% ceny leku** - za leki uzupełniające.

- Świadczeniobiorcom chorującym na choroby zakaźne lub psychiczne oraz upośledzonym umysłowo, a także chorującym na niektóre choroby przewlekłe, wrodzone lub nabyte Leki i wyroby medyczne przepisywane są na wyżej wymienionych zasadach lub **bezpłatnie**.
- Na leki podstawowe, uzupełniające i recepturowe obowiązuje limit ceny leku. Jeśli cena przepisanego leku przekracza limit wówczas apteka może wydać lek pobierając dopłatę w wysokości różnicy między ceną wydawanego leku a wysokością limitu ceny.

Apteka ma obowiązek poinformować świadczeniobiorcę o możliwości nabycia leku, innego niż przepisany na receptę, o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej i o tym samym wskazaniu terapeutycznym, którego cena nie przekracza limitu ceny. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy wystawiający receptę dokonał odpowiedniej adnotacji na druku recepty wskazującej na niemożność dokonania zamiany przepisanego leku.

**Dziękujemy za
uwagę 😊**

Justyna Młynarska
Justyna Nastalska
Ewa Noga
Patrycja Piekarska