

NARODOWA SŁUŻBA ZDROWIA



Strategia zmian
w systemie ochrony zdrowia w Polsce



Ministerstwo Zdrowia

Analiza potrzeby reformy systemu

Podstawy obecnego systemu opieki zdrowotnej

Obecny system ochrony zdrowia w Polsce zaczął być konstruowany w oparciu o ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 6 lutego 1997 roku, której główne przepisy weszły w życie w dniu 1 stycznia 1999 roku. Ówczesna zmiana zrewolucjonizowała działanie opieki zdrowotnej, wprowadzając model ubezpieczeniowy, w dużej części oparty na konkurencji pomiędzy podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych. Sama reforma budziła duże kontrowersje, głównie w związku z przekazaniem własności większości szpitali jednostkom samorządu terytorialnego i szeregiem innych zmian, np. różnorodnością zasad organizacji opieki zdrowotnej w różnych kasach chorych. Reforma z 1999 roku doprowadziła do znaczących różnic regionalnych w dostępie do świadczeń zdrowotnych i pozbawiła prawa do korzystania z publicznego systemu opieki zdrowotnej część społeczeństwa (np. w ubiegłym roku blisko pół miliona pacjentów dowiedziało się o braku uprawnień podczas korzystania z pomocy medycznej). Zmiany wprowadzone reformą z 2003 roku, związaną z utworzeniem Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) i 16 jego oddziałów wojewódzkich, nie zmieniły samej filozofii działania systemu, w której funkcja płatnika była oddzielona od funkcji świadczeniodawcy, a placówki medyczne zachowywały daleko

idącą autonomię w działaniu. Jednak w związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego, który orzekł o niezgodności ówczesnej ustawy z Konstytucją, rozpoczęto pracę nad ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej, przyjętą w 2004 roku. Ustawa utworzyła instytucję koszyka świadczeń gwarantowanych, zestawionych w sposób negatywny, tzn. wskazano świadczenia niefinansowane ze środków publicznych. Później mechanizm ten był kilkakrotnie modyfikowany, np. od roku 2009 koszyk ma charakter zestawu świadczeń gwarantowanych (pozytywny). Wolnorynkowa filozofia obowiązująca w systemie organizacji i finansowania ochrony zdrowia została pogłębiona przez rząd Platformy Obywatelskiej i Polskiego Stronnictwa Ludowego reformą z 2011 roku., forsując przekształcanie szpitali publicznych w spółki prawa handlowego. Na skutek reformy, dotychczasowi właściciele podmiotów leczniczych (podatnicy, za pośrednictwem administracji centralnej i samorządowej) utracili narzędzia nadzoru nad swoją własnością, a część publicznych podmiotów leczniczych skupiła się na działalności komercyjnej. Reforma z 2011 roku doprowadziła do faktycznego pozbycia się konstytucyjnej odpowiedzialności państwa za zabezpieczenie zdrowotne obywateli.

Komercjalizacja ochrony zdrowia

Ustawienie akcentów polityki zdrowotnej na konkurencję i komercjalizację oparte o rynek pojedynczych świadczeń lub nawet procedur medycznych, przy jednoczesnym radykalnym niedofinansowaniu systemu, spowodowało znaczące nierówności w dostępie do różnych typów świadczeń i spowodowało długie kolejki w wielu obszarach. Jednocześnie pojawiły się świadczenia o znacząco przeszacowanej wycenie, które były wykorzystywane przez uczestników systemu do osiągnięcia komercyjnych zysków. Prowadziło to do podzielenia pacjentów na tych, którzy się „opłacali” i tych, którzy generowali długi. W związku z tą sytuacją, publiczne szpitale starały się równoważyć swoje budżety zestawiając świadczenia opłacalne z tymi, na których wykonywaniu traciły. Wśród podmiotów niepublicznych pojawiły się tendencje wybierania najbardziej opłacalnych świadczeń, budujących ogromne zyski tych podmiotów

realizowane ze środków publicznych, przekazywanych ze składek ubezpieczeniowych. Z drugiej strony, duża część publicznych placówek wykonujących swoje zadania i realizujących misję zaopatrzenia pacjentów w niezbędne świadczenia, boryka się z olbrzymim zadłużeniem.

Chorobą dzisiejszego systemu są, wynikające z opisanych wyżej patologii organizacyjnych oraz utrzymującego się od lat niedofinansowania systemu, tzw. limity, które są ustanawiane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W momencie ich osiągnięcia świadczeniodawcy nie zależy już na pomocy kolejnym pacjentom, którzy czekają w kolejce, bo NFZ rzadko finansuje tzw. nadwykonania. Tak skonstruowany mechanizm demotywuje uczestników organizacji opieki zdrowotnej do podejmowania wysiłków na rzecz udzielania świadczeń

osobom potrzebującym pomocy, które czekają w kolejce.

Niekorzystnym mechanizmem systemu jest także często niezdrowa często konkurencja pomiędzy poszczególnymi placówkami w tych samych obszarach udzielanych usług. Szpitale, które w Polsce mogą należeć do jednego z kilku organów założycielskich (samorząd gminny, powiatowy i wojewódzki, szpitale resortowe (MON, MSWiA, MZ), kliniczne prowadzone przez

uczelnie, instytuty, podmioty prywatne) bardzo często funkcjonują obok siebie, niezależnie od siebie lecząc konkurując o pacjenta, kadre medyczną i kontrakt z NFZ. Konkurencja ta często jest związana z nieracjonalnymi, podejmowanymi na wyrost, decyzjami inwestycyjnymi w ochronie zdrowia, a w konsekwencji z nieefektywnym wydatkowaniem środków publicznych.

Brak koordynacji opieki nad pacjentem

W obecnie obowiązującym systemie opieki zdrowotnej brakuje mechanizmu koordynacji opieki nad pacjentem. Np. po leczeniu na oddziale szpitalnym, pacjent sam musi podjąć wysiłek zorganizowania dalszej często niezbędnej opieki specjalistycznej lub rehabilitacji. Implikuje to obniżony efekt wcześniejszych zabiegów wspomagających zdrowie pacjenta, bo zagubiony pacjent często rezygnuje ze zmuśnego poszukiwania rehabilitacji, demotywuje go także istniejąca kolejka.

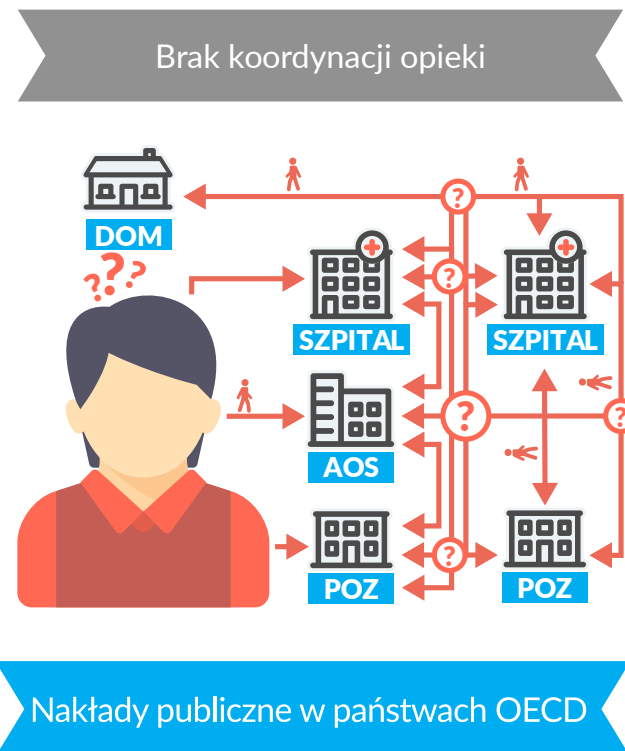
Swojej roli w koordynowaniu opieki nie wypełnia także podstawowa opieka zdrowotna (POZ). Np. lekarz POZ często nie otrzymuje informacji na temat leczenia pacjentów z jego aktywnej listy w innych miejscach systemu, przez co nie może koordynować niezbędnej opieki nad nim. Brak tych informacji negatywnie wpływa na proces leczenia pacjenta, który jest pozostawiony sam sobie i któremu odpowiedniej ścieżki nie wskazuje profesjonalista medyczny.

Dolegliwością systemu jest także atomizacja usług medycznych w obszarze ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Wiele szpitali zrezygnowało z prowadzenia przychodni specjalistycznych, a te w związku z tym zostały często skomercjalizowane i sprywatyzowane. Szpitale na co dzień nie współpracują systemowo z tymi podmiotami, co pogłębia zagubienie pacjenta w systemie i utrudnia koordynację leczenia.

Jednym z podstawowych efektów braku koordynacji jest częste nadkorzystanie z AOS i w efekcie wydłużające się kolejki, ale znacznie poważniejszą jego konsekwencją jest zagubienie pacjenta w systemie, prowadzące do zaprzeczania efektów leczenia z jednego poziomu udzielania świadczeń, poprzez brak kontynuacji na innym poziomie.

Niedofinansowanie służby zdrowia

Publiczne wydatki na służbę zdrowia w Polsce oscylują wokół 4,6%–4,8% PKB Polski, podczas gdy średnia państw OECD to 6,7% PKB. Nasz kraj jest pod



Turcja 4,4% PKB

Polska 4,8% PKB (w tym 0,27% PKB wydatków samorządów)

Węgry 5,1% PKB

Słowacja 5,6% PKB

Czechy 6,3% PKB

Finlandia 6,8% PKB

Wielka Brytania 7,8% PKB

Niemcy 8,7% PKB

Holandia 10,2% PKB

tym względem nie tylko w ogonie Unii Europejskiej (przedostatnie miejsce), ale także w Europie Środkowo-Wschodniej. W naszej części kontynentu mniej od Polski na zdrowie w przeliczeniu na głowę obywatela wydaje tylko Estonia. Sprawność systemu i zapewnienie rzeczywiście dostępnych świadczeń opieki zdrowotnej na odpowiednio wysokim poziomie możliwe jest tylko poprzez zagwarantowanie zdecydowanego wzrostu nakładów publicznych na służbę zdrowia.

Obecna forma finansowania (środki na rachunku Narodowego Funduszu Zdrowia) zabezpiecza je przed możliwością wydatkowania na inne cele budżetowe,

Nieobecne zdrowie publiczne

Ważnym elementem każdego systemu opieki zdrowotnej jest część prewencyjna, która nie tylko najsilniej wpływa na zdrowie społeczeństwa, ale także pozwala uniknąć drastycznych kosztów systemowych na poziomie leczenia chorób, którym można było zapobiec. Obecny system zapobiegania boryka się z kilkoma problemami, wśród których, oprócz niedofinansowania, znalazł się także brak koordynacji podejmowanych wy-

jednak w systemie istnieją inne mechanizmy, które pozwalają na takie zabezpieczenie bez utrzymywania kosztownego i czasochłonnego systemu pobierania i przekazywania składki. Utrzymywanie Narodowego Funduszu Zdrowia tylko dla tego typu celów generuje dodatkowe obciążenia i zmniejsza kwotę środków przekazywanych na świadczenia zdrowotne. NFZ nie zapewnia także przejrzystego systemu kontroli i nadzoru wydatkowania środków publicznych charakterystycznego dla sektora finansów publicznych.

siłków. Za zdrowie publiczne odpowiada kilkanaście niewspółpracujących ze sobą podmiotów z nakładającymi się zadaniami i kompetencjami. 11 września 2015 roku Sejm przyjął ustawę o zdrowiu publicznym, która nie wystarcza do realizacji zadań skierowanych do całej populacji, a poszczególne instytucje systemu opieki zdrowotnej nie podejmują zadań z zakresu zdrowia publicznego.

Brak nadzoru nad całym systemem ochrony zdrowia

Istotnym problemem w programowaniu polityki zdrowotnej jest porzucenie przez państwo pełnej odpowiedzialności za organizowanie systemu opieki zdrowotnej. Relacja pomiędzy Ministrem Zdrowia a NFZ jest bezpośrednia, ale zdejmuje z ministra zadanie organizowania świadczeń, choć daje mu pewne narzędzia nadzoru. Powoduje to powielanie tych samych czynności w dwóch instytucjach i spychanie odpowiedzialności za niedoskonałości systemu na inne instytucje.

Sam system kontraktowania świadczeń jest zbudowany na konflikcie instytucji płatnika i świadczeniodawcy, którzy zmagają się ze sobą zarówno w postępowaniu kontraktowym, jak i przy wypłacie tzw.

nadwykonań. System ten generuje też zwiększenie zatrudnienia w części administracyjnej służby zdrowia, która zajmuje się rozliczaniem świadczeń, często wykonując to poprzez analogiczne konstruowanie planu świadczeń w stosunku do roku poprzedniego.

Stosunkowo istotnym problemem systemowego zarządzania służbą zdrowia jest także brak odpowiedniego nadzoru Ministra nad poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ. Zgodnie z ustawą nadzór nad tymi podmiotami sprawuje Prezes NFZ, niezależnie od Ministra Zdrowia, co utrudnia Ministrowi realizowanie zadania organizowania systemu opieki zdrowotnej.

Priorytet I: Budowa sprawnego systemu zarządzania powszechnie dostępnej służby zdrowia

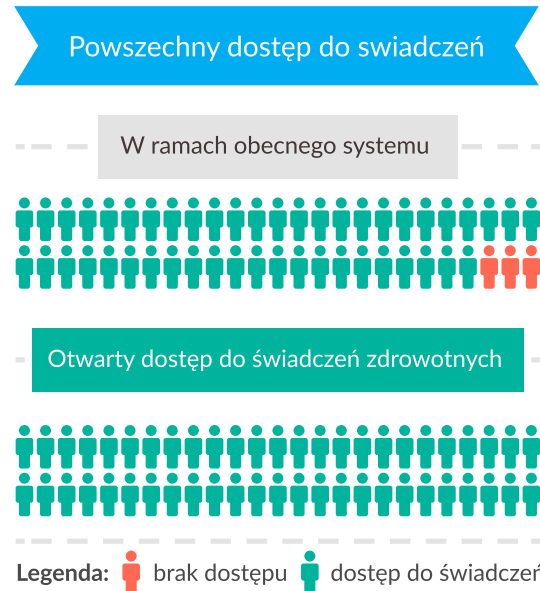
Cel 1: Likwidacja NFZ i powszechny dostęp do świadczeń

Pierwszym zasadniczym elementem zmiany musi być reforma instytucjonalna, oparta na integracji systemowej zarządzania opieką zdrowotną w rękach Ministra Zdrowia i jego urzędu. Likwidacji NFZ będzie towarzyszyło podjęcie części kompetencji jego Centrali przez Ministerstwo Zdrowia i struktury resortu. Odpowiedzialnym za funkcjonowanie obszaru świadczeń



zdrowotnych będzie sekretarz/podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia. Już dziś w ramach resortu istnieją struktury, które dublują/nadzorują działania NFZ i będą kanwą dla tworzenia obsługi zadań, realizowanych dziś przez Fundusz.

Wraz z likwidacją Narodowego Funduszu Zdrowia zmieni się filozofia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Formuła tzw. powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zostanie zastąpiona zasadą powszechnego zabezpieczenia prawa do świadczeń dla wszystkich potrzebujących rezydentów (obywateli RP stale zamieszkałych w Polsce i innych mających legalne prawo pobytu w Polsce). Jest to realizacja dotychczas nierealizowanych zapisów artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Przy okazji rację bytu straci cały system weryfikowania uprawnień do korzystania ze świadczeń (eWUŚ), po którym pozostanie jedynie rejestr wszyst-



kich pacjentów potrzebny do celów ewidencyjnych i porządkowych. Zmiany w obszarze dostępu pozwolą na wcześniejsze rozpoznawanie i podejmowanie leczenia chorób, a w konsekwencji np. uniknięcie wielu ciężkich powikłań u pacjentów z chorobami przewlekłymi (dziś wielu ludzi nie korzysta ze świadczeń medycznych na wczesnym etapie choroby ze względu na brak ubezpieczenia).

Przejście z systemu ubezpieczeniowego do systemu budżetowego finansowania ochrony zdrowia umożliwi również likwidację kosztownego mechanizmu poboru składki i jej dofinansowania dla grup, które składki nie opłacają, bądź za które składki opłaca budżet państwa (rolnicy, bezrobotni, emeryci). Likwidacja koła, które zataczają te środki zmniejszy biurokrację i uprości system.

Cel 2: Reforma zarządzania służbą zdrowia na poziomie regionalnym

Wojewódzkie Urzędy Zdrowia



Likwidacji ulegną także oddziały wojewódzkie NFZ, które zostaną przekształcone w wojewódzkie urzędy zdrowia, zależne „pionowo” od Ministra Zdrowia i częściowo w relacji „poziomej” od wojewody. Do zadań Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia (WUZ) będzie należało finansowanie służby zdrowia na poziomie województwa, kontraktowanie części zakresów świadczeń, nadzorowanie działania szpitali, AOS i POZ, tworzenie, realizacja i nadzór nad wykonaniem planu finansowego opieki zdrowotnej dla województwa.

Dyrektora WUZ będzie powoływał Minister Zdrowia na wniosek wojewody, który będzie odpowiedzialny za przeprowadzenie konkursu i wskazanie kandydatów do decyzji Ministra Zdrowia. Wojewoda będzie miał także możliwość kontrolowania WUZ w zakresie realizacji regionalnych priorytetów polityki zdrowotnej i kształtu wojewódzkich map potrzeb zdrowotnych.

Cel 3: Przeniesienie środków na służbę zdrowia do budżetu

Zakłada się przejście z tzw. powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wraz z likwidacją NFZ, funkcjonującego jako państwowa osoba prawna do realizacji konstytucyjnej zasady nakładającej na władze publiczne obowiązek rzeczywiście powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego poprzez powołanie nowej formy sektora finansów dostęp do świadczeń brak dostępu. Legenda: Otwarty dostęp do świadczeń zdrowotnych W ramach obecnego systemu Powszechny dostęp do świadczeń publicznych pn. Państwowy Fundusz Celowy „Zdrowie” (PFC „Zdrowie”), która będzie funkcjonować jako państwowy fundusz celowy, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych.

Dysponentem PFC „Zdrowie” będzie Minister Zdrowia. Przychodami Funduszu będą środki pochodzące głównie z następujących tytułów:

- 1) określona część wpływów z podatku dochodowego od osób fizycznych (przynajmniej odpowiadająca zlikwidowanej uldze w ww. podatku w postaci odliczenia części składki ubezpieczenia zdrowotnego),
- 2) dotacja z budżetu państwa uzupełniająca wielkość środków do docelowego poziomu 6% PKB w 2025 roku (wzrastająca stopniowo od 2018 roku)

Zasadniczym argumentem przemawiającym za utworzeniem PFC „Zdrowie” jest zagwarantowanie pewnych – ustawowo określonych przychodów Funduszu, bez względu na bieżącą sytuację finansową budżetu państwa i zabezpieczenie przed pokusą przeznaczenia tych środków na inne cele w przypadku bezpośredniego finansowania z budżetu państwa, w szczególności w kontekście proponowanego zwiększenia nakładów finansowanych na ochronę zdrowia. Ponadto PFC „Zdrowie” zapewni racjonalne wydatkowanie środków publicznych przez Ministra Zdrowia.

Plan finansowy PFC „Zdrowie” będzie załącznikiem do ustawy budżetowej i w związku z tym, tryb prac w zakresie sporządzenia jego projektu, a tym samym kontraktowania świadczeń, będzie odbywał się zgodnie z harmonogramem wynikającym z prac nad projektem budżetu. Za obsługę Funduszu będzie odpowiedzialna komórka organizacyjna Ministerstwa Zdrowia.

Minister Zdrowia będzie dokonywał podziału środków zgromadzonych na rachunku PFC „Zdrowie” zgodnie z kryteriami ustalonymi w ustawie i zgodnie ze szczegółowym algorytmem określonym w akcie wykonawczym.

PRIORYTET I - HARMONOGRAM ZMIAN			
Przekazanie do RM	Prace parlamentarne	Podpisanie ustawy	Wejście w życie
Październik 2016	Listopad 2016	Grudzień 2016	Styczeń 2018

Priorytet II: Sieć szpitali

Cel 1: Nowy system kontraktowania szpitali

Reforma wprowadzająca sieć szpitali w Polsce rozpocznie się od istotnych zmian w procesie kontraktowania, które w dużej części zostanie zastąpione budżetowaniem w podstawowych zakresach świadczeń zdrowotnych.

W istotnym zakresie świadczeń realizowanych obecnie przez szpitale, wynoszącym ok. 80% wszystkich świadczeń szpitalnych, planuje się odejście od finansowania pojedynczych hospitalizacji i procedur. Zamiast tego wynagrodzenie dla szpitala zostałoby przekazane w formie ryczałtu wyliczonego na rok. Zakres świadczeń objętych ryczałtowym finansowaniem byłby określony w przepisach i obejmowałby większość świadczeń obecnie realizowanych w zakresie hospitalizacji i poszpitalnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji.

W związku z umową na ryczałtowe finansowanie świadczeń, szpital miałby obowiązek udzielania w danym roku grup świadczeń, które były udzielane przez ten szpital w okresie ostatnich dwóch lat w ramach umowy z płatnikiem publicznym i jednocześnie zostały wskazane w przepisach do ryczałtowego finansowania. Wykonanie świadczeń w ramach nowotworzonej sieci szpitali będzie na bieżąco monitorowane przez Ministra Zdrowia z uwzględnieniem istniejącego systemu sprawozdawczości, co zabezpieczy przed zagrożeniem braku zaangażowania w realizowanie pomocy pacjentom. Maksymalne limity kontraktowe zostaną zastąpione limitami minimalnymi, które szpital będzie musiał spełnić, żeby otrzymać odpowiedni budżet w następnym roku.

Cel 2: Połączenie działalności szpitala z opieką ambulatoryjną

Nastąpi połączenie zakresów świadczeń udzielanych zarówno w trybie hospitalizacji, jak również ich odpowiedników udzielanych w trybie ambulatoryjnym. W związku z tym szpital będzie organizował poradnię specjalistyczną w zakresie, w którym posiada oddział szpitalny. Pozwoli to na koordynację opieki nad pacjentem i skuteczną rehabilitację po leczeniu w szpitalu.

Połączony zostanie budżet na oba typy świadczeń, co wymusi na podmiocie interesowanie się losem pacjenta w okresie utrwalania efektów leczenia szpitalnego.

Połączenie tych dwóch trybów zapewni także wydajność działania systemu opieki zdrowotnej i efektywne wykorzystanie istniejących zasobów poszczególnych elementów służby zdrowia.

Cel 3: Budowa trzech stopni działalności szpitali

Celem zmian jest utworzenie sieci szpitali, w której wyodrębnione zostaną trzy podstawowe poziomy zabezpieczenia zdrowotnego: lokalny, regionalny i wojewódzki oraz trzy poziomy specjalistyczne: specjalistyczny-pediatrica, specjalistyczny-onkologia i instytuty.

Sieć będzie tworzona na bazie istniejących podmiotów i ich znaczenia dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. W przygotowywanej projekcji sieci znajdują

się obecnie wszystkie publiczne szpitale w Polsce. Sieć szpitali będzie weryfikowana co cztery lata.

Sieć szpitali na poszczególnych poziomach będzie wskazywać nazwę danego szpitala oraz zakresy świadczeń udzielanych w jej ramach. Szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów sieci zostaną określone przez Ministra Zdrowia. Zakładane są poziomy: pierwszy (cztery podstawowe

we oddziały), drugi (8-10 oddziałów) i trzeci (szpitale kliniczne i dawne szpitale wojewódzkie specjalistyczne)

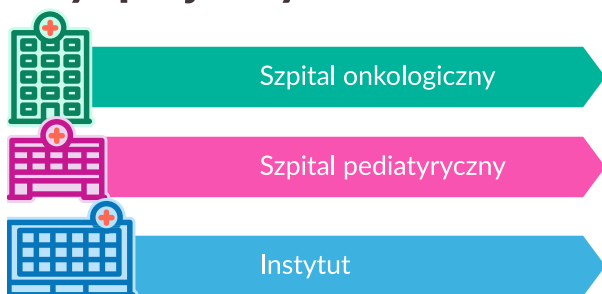
sów świadczeń, w odniesieniu do danego województwa, zostanie ogłoszony przez dyrektora odpowiedniego

Trzy podstawowe

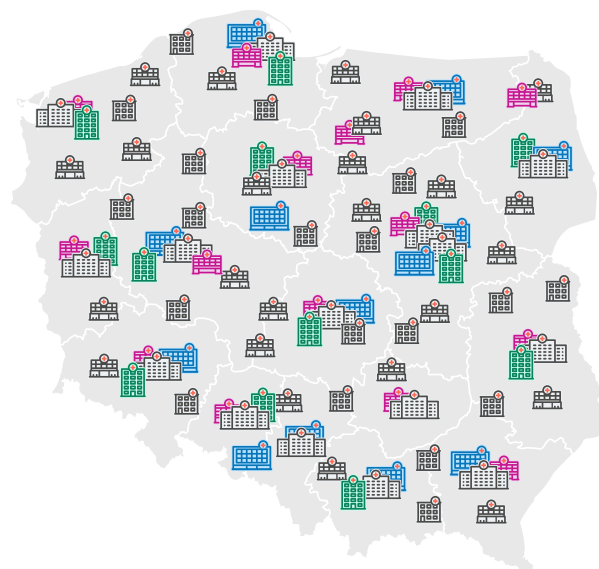
poziomy zabezpieczenia zdrowotnego



Trzy specjalistyczne



Utworzenie sieci szpitali



Kryteria kwalifikacji jednoznacznie wskażą szpitale oraz zakresy udzielanych przez nie świadczeń do jednego z poziomów sieci. W związku z tym wykaz zakwalifikowanych na ich podstawie podmiotów oraz zakre-

Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia przy współpracy z wojewodą. Ponadto, w szczególnie uzasadnionych przypadkach, regulacja przewiduje uprawnienie dla Ministra Zdrowia do wskazania danego szpitala do sieci.

PRIORYTET II - HARMONOGRAM ZMIAN

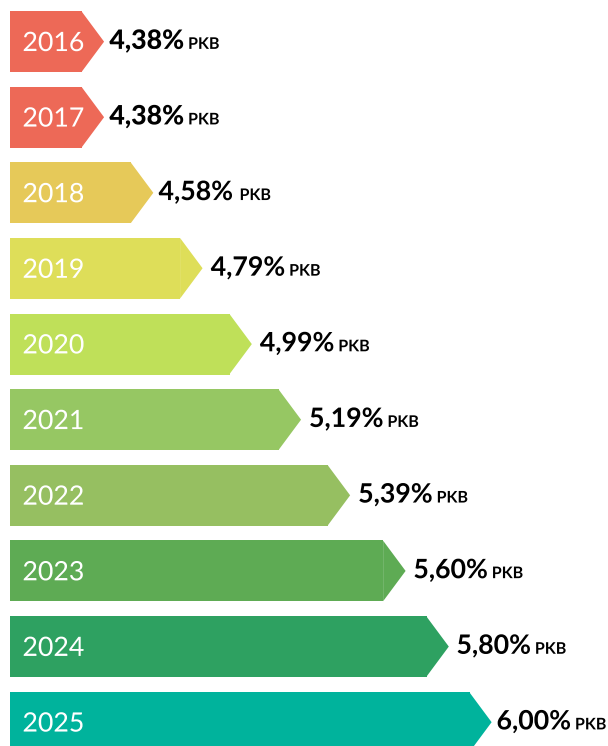
Przekazanie do RM	Prace parlamentarne	Podpisanie ustawy	Wejście w życie
Październik 2016	Listopad 2016	Grudzień 2016	Lipiec 2017

Priorytet III: Zwiększenie nakładów na służbę zdrowia

Cel 1: Mapa zwiększania nakładów na służbę zdrowia do 6% PKB w 2025 roku

Strategia zakłada stopniowe zwiększanie środków publicznych na zdrowie poczynając od roku 2018 do poziomu 6% PKB w roku 2025 (wielkość PKB z roku poprzedniego). Zakłada się następującą ścieżkę zwiększania nakładów państwa na ochronę zdrowia w poszczególnych latach:

Mapa wzrostu nakładów na zdrowie



W 2016 roku wysokość środków publicznych (na szczeblu centralnym) przeznaczanych na służbę zdrowia to kwota 76.967.604 tys. zł. Zakładając wielkość środków publicznych gwarantującą sprawne działanie ochrony zdrowia na poziomie 6% PKB, kwota powinna wynosić ok. 102.120.396 tys. zł. Brakujące środki to kwota ok. 26.000.000 tys. zł. Zwiększenie środków publicznych na ochronę zdrowia do poziomu 6% PKB nastąpi po poprawie skuteczności i efektywności wydatkowania środków publicznych (weryfikacja koszyka i wycen świadczeń gwarantowanych, zmiana zasad finansowania świadczeń zdrowotnych oraz opieki kompleksowej, weryfikacja taryf, systemowe działania projakościowe).

Ustanowienie poziomu wydatków publicznych na służbę zdrowia na poziomie 6% PKB wynika zarówno z kalkulacji niedofinansowania systemu, jak i komparatystycznym zderzeniu z budżetami zdrowotnymi państw naszej części Europy, m.in. Grupy Wyszehradzkiej czy państwami bałtyckimi.

PRIORYTET III - HARMONOGRAM ZMIAN

Przekazanie do RM	Prace parlamentarne	Podpisanie ustawy	Wejście w życie
Październik 2016	Listopad 2016	Grudzień 2016	Styczeń 2018

Priorytet IV: Nowa Podstawowa Opieka Zdrowotna

Cel 1: Budowa zespołu podstawowej opieki zdrowotnej



Głównym elementem projektowanych zmian w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej jest utworzenie zespołu POZ złożonego z lekarza, pielęgniarki, pielęgniarki szkolnej i położnej. W skład tego zespołu może wejść także dietetyk jako wsparcie dla jednego z nowych zadań POZ, jakim będzie profilaktyka zdrowotna.

Sam zespół POZ będzie pracował w oparciu o zasadę niezależności zawodowej swoich członków, ze wskazaniem podziału środków na ich działanie i wynagrodzenie.

Jeden podmiot będzie miał jedną listę pacjentów dla wszystkich członków zespołu POZ.

Zespół POZ będzie miał za zadanie współpracować z innymi podmiotami i instytucjami zaangażowanymi w opiekę nad pacjentem i profilaktykę zdrowia, w tym z dyrektorami i nauczycielami szkół czy przedszkoli, a także innymi osobami zaangażowanymi w proces leczenia i profilaktyki, np. udzielającymi pomocy w AOS lub szpitalu.

Cel 2: Koordynacja opieki poprzez POZ

Zespół POZ powinien być koordynatorem leczenia pacjenta w całym systemie służby zdrowia, co wymusza w pierwszym rzędzie informowanie odpowiedniej placówki POZ o losie pacjenta w innych placówkach, a także odpowiedzialność zespołu podstawowego za skierowanie osoby w ręce lekarzy specjalistów lub do szpitala. POZ ma być wsparciem dla pacjenta, który obecnie może czuć się zagubiony w systemie opieki zdrowotnej.

Elementem koordynacji poprzez POZ jest także przejmowanie przez zespół POZ odpowiedzialności za losy pacjenta po leczeniu szpitalnym, w tym za rehabilitację. Systemu opieki zdrowotnej nie stać na zaprzeczanie efektów drogiego leczenia szpitalnego i dlatego musi istnieć strażnik dbający o dobrą realizację procesu rehabilitacyjnego, który utrwali skutki działania medycyny naprawczej.



Cel 3: Finansowanie nowej POZ i budżet powierzony



+ premia za wyniki

Wraz ze zreformowanym zespołem POZ i rozpoczęciem koordynacji systemowej poprzez POZ, zostanie wprowadzony nowy system finansowania, istotnie reformujący dzisiejszą stawkę kapitacyjną. Obok stawki podstawowej pojawi się komponent motywacyjny za profilaktykę i promocję zdrowia, dodatek za opiekę nad pacjentami przewlekle chorymi oraz dodatki za wyniki leczenia pacjentów z niektórymi chorobami przewlekłymi.

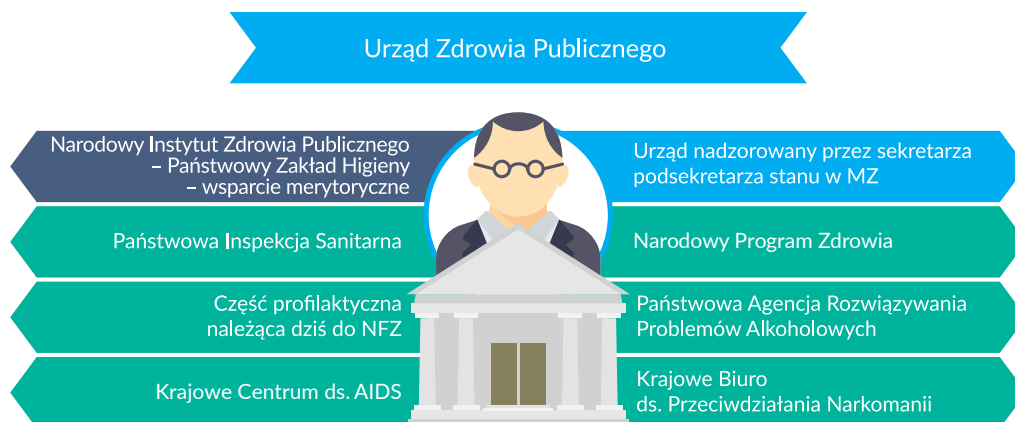
Obok stawki kapitacyjnej i komponentów motywacyjnych pojawi się część budżetu powierzonego na dwa podstawowe zadania realizowane przez POZ: badania diagnostyczne i specjalistykę. W obu przypadkach będą to środki wypłacane za zrealizowane badania i wizyty u lekarzy specjalistów, które nie będą mogły zasilać budżetu POZ.

Celem nowelizacji jest także zmiana sposobu kontraktowania POZ i wydłużenie czasu trwania kontraktów.

PRIORYTET IV - HARMONOGRAM ZMIAN			
Przekazanie do RM	Prace parlamentarne	Podpisanie ustawy	Wejście w życie
Grudzień 2016	Styczeń 2016	Luty 2016	Lipiec 2017

Priorytet V: Urząd Zdrowia Publicznego

Cel 1: Integracja systemu zdrowia publicznego



Za zdrowie publiczne odpowiada dziś cały szereg instytucji, które w celu zwiększenia sprawności należy połączyć w jeden Urząd Zdrowia Publicznego nadzorowany przez sekretarza/podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. W skład nowego urzędu zdrowia publicznego wejdą: Państwowa Inspekcja Sanitarna, część profilaktyczna należąca dziś do NFZ, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Centrum ds. AIDS, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, a także działania finansowane z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Obok Urzędu Zdrowia Publicznego będzie działał Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy

Zakład Higieny, który będzie wsparciem merytorycznym dla całego obszaru zdrowia publicznego.

Na poziomie wojewódzkim i powiatowym zachowane zostaną jednostki inspekcji sanitarnej, odpowiadające za realizację podstawowych zadań przypisanych dziś SANEPID-owi. Regionalne działania programowane przez Urząd Zdrowia Publicznego będą realizowane przez wojewodów.

Integracja systemu ma na celu zarówno zwiększenie efektywności ekonomicznej wydatkowanych środków, jak i usprawnienie działania systemu, w którym zadania są dziś rozproszone i w wielu miejscach niepotrzebnie dublowane.

Cel 2: Zwiększenie efektywności działań prozdrowotnych i promocja zdrowia

Połączenie całego obszaru zdrowia publicznego ma na celu sprawniejsze działanie w promocji zdrowia i zabezpieczenie Polaków przed zagrożeniami uzależnień, w tym uzależnień behawioralnych. Integracja zadań i obowiązków, a także połączenie zasobów sprawi, że w systemie rzeczywiście zaistnieje program zdrowia publicznego i zostaną dopełnione działania, które wstępnie zaledwie lekko zarysowano ustawą o zdrowiu publicznym.

Poprawa efektywności będzie możliwa dzięki współpracy zarówno z jednostkami samorządu terytorialnego (nadzór nad programami profilaktyki zdrowotnej), jak i innymi instytucjami, takimi jak szkoły czy organizacje

pozarządowe (przeciwdziałanie uzależnieniom). Celem nowego Urzędu Zdrowia Publicznego będzie realizacja Narodowego Programu Zdrowia, a także tworzenie przykładów i wskazówek dla regionalnych i lokalnych strategii i programów profilaktyki zdrowotnej.

Jednym z zadań UZP będzie współpraca z podmiotami Podstawowej Opieki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Celem urzędu będzie także przygotowywanie rekomendacji realizujących zasadę zdrowia publicznego dla środowiska szkolnego, środowiska pracy czy wobec seniorów.

PRIORYTET V - HARMONOGRAM ZMIAN			
Przekazanie do RM	Prace parlamentarne	Podpisanie ustawy	Wejście w życie
Luty 2017	Marec 2017	Kwiecień 2017	Styczeń 2018

Podsumowanie

Założenia strategiczne reformy ochrony zdrowia zakładają szerokie zmiany w dwóch głównych obszarach jej działania: medycynie naprawczej (świadczenia zdrowotne) i zdrowiu publicznym. Pierwszym etapem jest reforma systemowa mająca na celu zwiększenie efektywności angażowanych środków publicznych, uproszczenie systemu dla jego uczestników (pacjentów, profesjonalistów medycznych, administracji), a także zmianę filozofii działania z komercyjnej na publiczną.

Harmonogram zmian został oszacowany w oparciu o ważne dla systemu daty. Reforma finansowania placówek

służby zdrowia możliwa jest od lipca 2017, do kiedy przedłużono kontraktowanie w opiece szpitalnej i kiedy będzie możliwe wprowadzenie nowych zasad finansowania bez zrywania umów. Likwidacja NFZ i przejście do finansowania budżetowego zostanie wykonane na przełomie lat 2017/2018, co pozwoli na przygotowanie pierwszego planu finansowego służby zdrowia w formie budżetowej wraz z pracami nad budżetem państwa. Nie bez znaczenia jest także wydłużone *vacatio legis*, wpływające na spokojną konwersję zarówno po stronie administratorów systemu, jak i pacjentów.