

Reforma systemowa w służbie zdrowia – stan prac i nowe zadania

Budowa sprawnie działającego systemu zarządzania służbą zdrowia oraz zagwarantowanie obywatelom powszechnego dostępu do pomocy medycznej to jedne z najważniejszych założeń programu rządu Prawa i Sprawiedliwości.

Objęjąc resort zdrowia, minister Konstanty Radziwiłł zapowiadał, że planowane zmiany będą szeroko konsultowane i wprowadzane w ewolucyjny, bezpieczny dla pacjentów sposób. Ta obietnica jest realizowana – reformy systemowe są starannie przygotowywane i będą wdrażane tak, by uniknąć chaosu w służbie zdrowia i dezorientacji pacjentów.

Dobre zmiany w 2016 r.

Wiele rozwiązań zapowiadanych przez ministra zostało już opracowanych i wdrożonych.

Dekomercjalizacja

Reformę systemową służby zdrowia zapoczątkowała nowelizacja ustawy o działalności leczniczej, która weszła w życie 15 lipca 2016 r. Zatrzymała ona komercjalizację i prywatyzację szpitali publicznych. Dzięki dekomercjalizacji służba zdrowia zachowa publiczny charakter. Zmiana, którą Konstanty Radziwiłł zapowiedział, obejmując stanowisko ministra, przywróciła najważniejszą zasadę w służbie zdrowia – gwarancję i odpowiedzialność państwa za bezpieczeństwo i zdrowie obywatela.

[Czytaj więcej w komunikacie „Dekomercjalizacja szpitali”](#)

IOWISZ

Jednym z istotnych warunków efektywnego rozwoju ochrony zdrowia w Polsce jest podejmowanie racjonalnych decyzji dotyczących inwestycji. Umożliwia to IOWISZ – Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. To nowe rozwiązanie wprowadziła *ustawa z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*. Ocena celowości inwestycji pozwoli dobrze je dostosować do rzeczywistych potrzeb mieszkańców. Jest to szczególnie ważne, gdyż w aktualnej perspektywie finansowej (czyli na lata 2014 – 2020) na ochronę zdrowia przewidziano środki europejskie w wysokości około 12 mld zł. Pozytywna opinia wojewody (lub – w szczególnych przypadkach – ministra zdrowia) jest warunkiem ubiegania się o środki, które umożliwią podniesienie jakości opieki medycznej w poszczególnych regionach kraju.

Mapy Potrzeb Zdrowotnych

Do opiniowania celowości inwestycji w infrastrukturę medyczną oraz rozdziału środków unijnych wykorzystywane będą też mapy potrzeb zdrowotnych. Zawierają one najważniejsze dane i analizy dotyczące obecnego systemu opieki zdrowotnej. Mapy umożliwiają tworzenie prognoz dotyczących zjawisk epidemiologicznych oraz zapotrzebowania na dane świadczenia. Takie dane ułatwią racjonalne kreowanie lokalnych polityk zdrowotnych. Wnioski z map potrzeb zdrowotnych będą również miały duże znaczenie dla kontraktowania świadczeń.

Pod koniec 2016 r. zostały opublikowane mapy potrzeb zdrowotnych dla 30 grup chorób (dla wszystkich 30 w zakresie lecznictwa zamkniętego, a dla 15 z nich również POZ i AOS – łącznie 481 dokumentów dla wszystkich województw). Uzupełniają one wcześniej opublikowane dokumenty dla leczenia szpitalnego (w kwietniu 2016 r.) oraz kardiologii i onkologii (w grudniu 2015 r.).

[Czytaj więcej w komunikacie „Opublikowaliśmy kolejne mapy potrzeb zdrowotnych”](#)

Więcej miejsc na studiach lekarskich

Aby rozwiązać problem niewystarczającej dostępności opieki medycznej i zaradzić negatywnym efektom zmniejszania się liczby pracowników służby zdrowia, minister Radziwiłł zwiększył limit miejsc na kierunku lekarskim. Jest to rozwiązanie długofalowe, z którego efektów Polacy będą mogli korzystać w przyszłości, gdy wysoko wykwalifikowani absolwenci studiów medycznych zapewnią lepszy dostęp do opieki zdrowotnej. Kierując się troską o jakość leczenia, minister Konstanty Radziwiłł przywrócił także staż podyplomowy.

[Czytaj więcej w komunikacie „Dobry Rok w Ministerstwie Zdrowia”](#)

Bezpłatne leki dla seniorów

Zgodnie z zapowiedzią złożoną przez premier Beatę Szydło, minister zdrowia przygotował i wprowadził tzw. projekt 75+. Od 1 września 2016 r. seniorzy powyżej 75. roku życia mogą korzystać z bezpłatnych leków, których wykaz jest co dwa miesiące aktualizowany i systematycznie poszerzany.

[Czytaj więcej w komunikacie „Finansujemy leki dla seniorów”](#)

Lista leków refundowanych

W 2016 roku minister Konstanty Radziwiłł podjął wiele decyzji, których efektem jest rozszerzenie pacjentom dostępu do bezpiecznej, skutecznej i refundowanej farmakoterapii. Uruchomione zostały 4 nowe programy lekowe, a na liście refundacyjnej znalazły się 23 nowe substancje czynne.

Ten pozytywny trend został utrzymany również w najnowszym obwieszczeniu. Od 1 stycznia 2017 r. pacjenci mają dostęp do 6 kolejnych nowych substancji czynnych.

Zmiany na liście refundacyjnej w znaczący sposób poszerzyły wachlarz możliwości terapeutycznych między innymi w leczeniu chorób nowotworowych, psychicznych, endokrynologicznych, gastrologicznych, w stwardnieniu rozsianym i chorobie Parkinsona. Minister zdecydował także o rozpoczęciu refundacji kannabinoidów w ramach importu docelowego w padaczkę lekoopornej dzieci i dorosłych.

[Czytaj więcej w komunikacie „Lista leków refundowanych w 2016 – podsumowanie”](#)

Szczepienia przeciwko pneumokokom

Minister Radziwiłł podjął także działania, które w najbliższym czasie będą miały istotne znaczenie dla zdrowia publicznego. Wprowadził bezpłatne, powszechne szczepienia przeciwko pneumokokom dla wszystkich dzieci urodzonych po 31 grudnia 2016 r.

[Czytaj więcej w komunikacie „Zdrowie najmłodszych jest kluczowe dla zdrowia społeczeństwa”](#)

Istotną zmianę dotyczącą szczepień wprowadziła *ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*. Na mocy jej przepisów przywrócono finansowanie przez ministra zdrowia szczepionek do obowiązkowych szczepień ochronnych. Dzięki temu za prowadzenie działań profilaktycznych, które są ważną częścią polityki zdrowotnej, znów odpowiada państwo.

Program Ochrony Zdrowia Prokreacyjnego

1 września 2016 r. ruszył *Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce*. Dzięki temu powstaje sieć publicznych, referencyjnych ośrodków leczenia niepłodności. Już od połowy bieżącego roku nieplodne pary będą mogły w nich uzyskać specjalistyczną i kompleksową diagnostykę oraz pomoc medyczną.

[Czytaj więcej w komunikacie „Wspieramy rodziny: Program Zdrowia Prokreacyjnego”](#)

Dyrektyna antytytoniowa

Poprawę zdrowia Polaków mają na celu rozwiązania wprowadzone tzw. ustawą antytytoniową. Uregulowała ona kwestie związane z e-papierosami. Aby przeciwdziałać zagrożeniom płynącym z popularyzacji elektronicznych papierosów, wprowadzono zakaz ich sprzedaży dzieciom i młodzieży poniżej 18. roku życia. Ograniczono także miejsca, w których palenie jest dopuszczalne. Minister Konstanty Radziwiłł wielokrotnie w wystąpieniach publicznych zwracał uwagę rodaków na to, jak groźne następstwa dla ich zdrowia ma palenie papierosów. Co roku kilkadziesiąt tysięcy osób traci życie w wyniku chorób spowodowanych paleniem. Aby temu przeciwdziałać, minister dąży do zmniejszenia dostępności papierosów i lepszej kontroli obrotu – zarówno zwykłymi papierosami, jak i e-papierosami.

[Czytaj więcej w komunikacie „Dobry Rok w Ministerstwie Zdrowia”](#)

Narodowy Program Zdrowia

Wydłużenie życia Polaków, poprawa zdrowia i jakości życia oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu to cele Narodowego Programu Zdrowia. Został on ustanowiony *rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r.* NPZ łączy różne programy profilaktyczne (m.in. z zakresu przeciwdziałania narkomanii lub alkoholizmowi), które dotychczas były realizowane na podstawie kilku ustaw i w związku z tym miały różne terminy realizacji oraz różne źródła i poziomy finansowania. Działania ministerstw realizujących NPZ koordynuje Komitet Sterujący. W jego skład wchodzi wiceministrowie z zaangażowanych instytucji. Działania w ramach NPZ są również wstępem do budowy nowej instytucji odpowiedzialnej za zdrowie publiczne – Urzędu Zdrowia Publicznego.

Uporządkowanie wyceny świadczeń

W Ministerstwie Zdrowia trwa również porządkowanie wycen świadczeń w koszyku świadczeń gwarantowanych (obecnie prowadzone są prace dotyczące ortopedii, położnictwa i neonatologii). Nowe taryfy zostały już wyliczone w kardiologii. Aby umożliwić prawidłową alokację środków wyliczono je na podstawie rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców. W efekcie część finansowania zostanie przeniesiona z generującej ogromne zyski kardiologii inwazyjnej (często prowadzonej przez prywatnych przedsiębiorców) do zaniedbanej dotychczas i niedoszacowanej kardiologii zachowawczej. Wprowadzenie nowych taryf nie wpłynie na obniżenie łącznej kwoty na leczenie chorób serca – pacjenci będą mieli łatwy i szybki dostęp do niezbędnych, lecz trudno dostępnych obecnie świadczeń, w tym badań kontrolnych i rehabilitacji kardiologicznej. Równoległe z projektami nowych wycen został przygotowany projekt programu kompleksowej opieki nad pacjentami po zawale mięśnia sercowego.

Opieka kompleksowa

Kompleksowym modelem opieki zostaną objęci nie tylko chorzy po zawale mięśnia sercowego, lecz także poddani endoprotezoplastyce stawu biodrowego. Nowe rozwiązania przyczynią się do poprawy jakości i efektywności leczenia. Dzięki kompleksowej i skoordynowanej opiece pacjenci będą mieli zapewnione zabiegi, rehabilitację, a w razie potrzeby – wizyty kontrolne. Nowe podejście do leczenia pacjentów będzie nie tylko dla nich wygodniejsze, ale przede wszystkim powinno skutkować lepszymi efektami zdrowotnymi. Jeśli modele opieki kompleksowej przyniosą oczekiwane rezultaty, minister zdrowia rozszerzy je na inne dziedziny.

Łatwiejszy dostęp do POZ

Minister wprowadził również zmiany w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Dzięki *ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* pacjenci mogą łatwiej korzystać z POZ. Ci, którzy mają – choćby potencjalnie – prawo do świadczeń, nie muszą już się obawiać, że poniosą ich koszty, jeśli eWUŚ nie potwierdzi ich uprawnień. Jest to rozwiązanie przejściowe. Planowane zmiany systemowe spowodują odejście od zasady ubezpieczenia zdrowotnego. Dzięki temu od 2018 roku wszyscy pacjenci, którzy będą potrzebowali pomocy medycznej, otrzymają ją na równych zasadach.

[Czytaj więcej w komunikacie: Od 12 stycznia zmiany w dostępie do podstawowej opieki zdrowotnej](#)

[Czytaj więcej o innych działaniach ważnych dla zdrowia Polaków w komunikacie „Dobry Rok w Ministerstwie Zdrowia”](#)

#RokNowychZadań

2017 rok to czas na realizację najtrudniejszego zadania, jakim jest wprowadzenie dobrze przygotowanej reformy systemowej.

Priorytety reformy ministra Konstantego Radziwiłła to:

Sprawne zarządzanie w służbie zdrowia

Zbudowanie sprawnego systemu zarządzania służbą zdrowia oraz zagwarantowanie jej powszechności to cele, które wymagają dużych zmian organizacyjnych. W miejsce Narodowego Funduszu Zdrowia zostanie utworzony państwowy fundusz celowy – wyodrębniony rachunek bankowy w ramach budżetu, którym będzie dysponował minister zdrowia. Środki w funduszu będą gwarantowane ustawą i nie będą mogły być przesuwane na inne cele budżetu państwa.

Wprowadzanym zmianom będzie towarzyszył wzrost nakładów finansowych na służbę zdrowia. Począwszy od 2018 r. publiczne wydatki na służbę zdrowia będą stopniowo zwiększane do poziomu 6% PKB.

Obecnie trwają prace legislacyjne nad projektami ustaw wprowadzających te rozwiązania –planuje się, że wejdą one w życie 1 stycznia 2018 roku.

Urząd Zdrowia Publicznego

Nowo powołany Urząd Zdrowia Publicznego będzie odpowiedzialny za cały obszar promocji i profilaktyki zdrowia, w tym za zadania realizowane obecnie przez Państwową Inspekcję Sanitarną. Głównym zadaniem Urzędu będzie realizacja przepisów *ustawy o zdrowiu publicznym* (Dz.U. 2015 poz. 1916). Nowy urząd rozpocznie swoją działalność 1 stycznia 2018.

Urząd zostanie utworzony i wkomponowany w system administracji publicznej na mocy ustawy o *Urzędzie Zdrowia Publicznego*. Ministerstwo Zdrowia pracuje obecnie nad regulacjami przejściowymi i dostosowującymi, które pozwolą wprowadzić w życie te nowe rozwiązania.

Finansowanie służby zdrowia

Z roku na rok budżet polskiej ochrony zdrowia rośnie. W 2016 r. nakłady na zdrowie w budżecie państwa były większe o 0,4 mld zł niż w 2015 r. (3,5%). Natomiast w 2017 r. zagwarantowano 0,6 mld zł więcej niż w 2016 r. (4,8%).

Wraz z kosztami, które poniósł Narodowy Fundusz Zdrowia, te statystyki kształtują się następująco:

w 2016 r. nakłady były większe o 2,4 mld zł niż w 2015 r. (3,1%)

w 2017 r. nakłady będą większe o 3,4 mld zł niż w 2016 r. (4,2%).

Reforma ministra Radziwiłła zakłada sukcesywny wzrost środków publicznych na zdrowie. Do 2025 roku mają one osiągnąć 6% PKB. Ta propozycja znajduje się w projekcie ustawy o Narodowej Służbie Zdrowia, która zakłada także, że środki na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018 – 2024 nie mogą być niższe niż:

4,74% PKB z roku poprzedniego w 2018 r.;

4,92% PKB z roku poprzedniego w 2019 r.;

5,10% PKB z roku poprzedniego w 2020 r.;

5,28% PKB z roku poprzedniego w 2021 r.;

5,46% PKB z roku poprzedniego w 2022 r.;

5,64% PKB z roku poprzedniego w 2023 r.;

5,82% PKB z roku poprzedniego w 2024 r.

System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (sieć szpitali)

Reforma systemowa zakłada utworzenie tzw. sieci szpitali (PSZ). W ramach tego priorytetu realizowane będą trzy kluczowe cele:

nowy system kontraktowania szpitali,

połączenie działalności szpitala z ambulatoryjną opieką specjalistyczną (AOS) oraz

budowa stopniowej struktury działalności szpitali.

Obecnie projektem *ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, który wprowadza system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), zajmuje się Rada Ministrów.

Podstawowa opieka zdrowotna

Zmiany w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) obejmą: budowę zespołu POZ, koordynację opieki nad pacjentem i nowy system finansowania (m.in. wprowadzenie budżetu powierzonego).

Projekt *ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej* został przekazany do konsultacji publicznych, które będą trwały do 1 lutego 2017 r. Planuje się, by część przewidzianych w nim rozwiązań weszła w życie 1 lipca 2017 r.

Państwowe Ratownictwo Medyczne

W Ministerstwie Zdrowia toczą się prace nad dwiema nowelizacjami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Pierwszy projekt (tzw. mała nowelizacja) obejmuje przeniesienie utrzymania i rozwoju Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego z ministra spraw wewnętrznych i administracji na ministra zdrowia oraz uporządkowanie obszaru funkcjonowania dyspozytorni medycznych oraz dyspozytorów medycznych.

Drugi projekt (tzw. duża nowelizacja) za główny cel stawia upublicznienie systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Dzięki temu rynek podmiotów udzielających świadczeń ratowniczych ustabilizuje się i uniezależni od prywatnych firm, których działalność wynika z aktualnej sytuacji na rynku usług zdrowotnych. Minister Radziwiłł chce również poprawić warunki pracy personelu medycznego – m.in. poprzez wprowadzenie umów o pracę w ratownictwie pozaszpitalnym.

Ustawa jest po konsultacjach. Trwa analiza zgłoszonych uwag.

Regulacja wynagrodzeń w służbie zdrowia

Propozycje systemowych rozwiązań, gwarantujących minimalne wynagrodzenie pracownikom medycznym służby zdrowia, zawiera projekt *ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w służbie zdrowia*. Zaproponowane rozwiązania mają na celu zapewnienie corocznego wzrostu wynagrodzeń tych pracowników, których zarobki od lat kształtują się na zbyt niskim poziomie, a w perspektywie długofalowej – zapewnienie pacjentom właściwej opieki medycznej. Zakładany w projekcie poziom najniższego wynagrodzenia zasadniczego ma zostać osiągnięty do 31 grudnia 2021 r. (wcześniej co roku wynagrodzenia mają rosnać na podstawie algorytmu określonego w ustawie). Łączna kwota wydatków publicznych, które zostaną przeznaczone na ten cel w latach 2017-2021, wyniesie około 5,6 mld zł. Projekt *ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w służbie zdrowia* znajduje się na etapie prac Stałego Komitetu Rady Ministrów.

Ministerstwo Zdrowia dokłada wszelkich starań, aby zawarte w tym miejscu dane były rzetelne, wyczerpujące i aktualne. Jednak mają one charakter wyłącznie informacyjny i nie mogą stanowić podstawy do jakichkolwiek roszczeń.