

TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY LENGYELORSZÁG EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



GYEMSZI

Gyógyszerészeti és Egészségügyi
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és
Rendszerelemzési
Főigazgatóság



2011. július

LENGYELORSZÁG EGÉSZSÉGÜGYE 2011

Tartalom

Gazdasági-politikai környezet	2
Demográfia	3
Az egészségügyi rendszer általános jellemzői	3
Finanszírozás	3
Egészségügyi ellátórendszer	4
Egészségügyi reformok	7
A Lengyel EU Elnökség	9
Irodalomjegyzék	11

Készítette: GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság,
Rendszerelemzési Főosztály

2011. július

Gazdasági-politikai környezet

Alapvető gazdasági indikátorok:

A GDP növekedési rátája az előző évhez képest:

2009: 1,7 százalék

2010: 3,8 százalék

2011: 4 százalék (előrejelzés)

Inflációs ráta (HICP), 2010: 2,7 százalék

Munkanélküliségi ráta, százalék, 2010: 9,6 százalék

Államháztartási egyenleg a GDP százalékában, 2010: -7,9 százalék

Államadósság a GDP százalékában, 2010: 55 százalék

Lengyelország gazdasága 2009-ben a gazdasági válság ellenére 1,7 százalékos növekedést ért el (még ha ez lényegesen alacsonyabb is a 2008-as 5,1 százaléknál). 2010-ben 3,8 százalék, 2011-ben 4 százalék körüli növekedést mértek illetve prognosztizálnak. A recesszió elkerülését a viszonylag stabil makrogazdasági helyzet, a gazdaság kisebb fokú nyitottsága és a lengyel kormány válságkezelő intézkedéseinek együttes hatása tette lehetővé.

A munkanélküliség emelkedését ugyan enyhítette a rugalmas bérrendezési mechanizmus (reálkeresetek csökkenése), 2010-re rátája mégis több időszakban 10 százalék fölé nőtt.

Az államháztartási hiány a GDP százalékában 2010-ben 7,9 volt, a 2008-as év 3,7 százalékos szintjéhez képest a duplájára nőtt. A deficit növekedését az adóbevételek csökkenése, valamint a beruházásokra és a szociális juttatásokra fordított kiadások növekedése idézte elő. Az államadósság a GDP 55 százaléka volt.

A hatályos alkotmány elfogadására 1997-ben született meg a politikai kompromisszum. A lengyel állam élén köztársasági elnök áll, közvetlenül választják öt évre, széles kinevezési jogkörrel és erős vétójoggal rendelkezik. Az államfő a külpolitika és a nemzetbiztonság területén erősebb, a belpolitikában enyhébb jogokat birtokol. A Lengyel Köztársaságban a legfőbb törvényhozó hatalom a parlament, melyet négy évre választanak. A parlament két kamarából áll, a szejm feladatai, a törvényhozás, a legfontosabb állami tisztségviselők megválasztása, a végrehajtó hatalom ellenőrzése, a szenátus jogköre ma főként a törvényhozási kezdeményezésre és a szejm által hozott törvények felülvizsgálatára és módosítására terjed ki. A végrehajtó hatalom megoszlik a köztársasági elnök és a kormány között. Ez utóbbi vezeti és irányítja az állam bel- és külpolitikáját a parlament által megszabott úton és felelős annak megvalósulásáért. Az utolsó parlamenti választás 2007. október 21-én volt, és a Civil Platform győzelmével zárult. A miniszterelnök ekkor Donald Tusk lett. A legutóbbi elnökválasztásra Lech Kaczyński köztársasági elnök halálát követően, 2010. augusztus 6-án került sor. A választást, a Civil Platform jelöltje Bronisław Komorowski nyerte, így az ő irányítása alatt, és Donald Tusk miniszterelnök vezetésével jelenleg a Civil Platform kormányoz a Lengyel Néppárttal koalícióban.

Demográfia

Lengyelország demográfiai struktúrájára jellemző, hogy az ötvenes és a nyolcvanas években történt népesedési hullám után a növekedés lelassult, a természetes szaporodás mértéke alacsony. A lakosság száma stagnál, 2010-ben 38 200 ezer fő, viszonylag fiatalnak számít, az átlagéletkor 37,8 év, a 65 év felettek aránya 13,6 százalék, a 90-es évektől az öregedési tendencia itt is jelentkezik. 2010-ben az élveszületések rátája 10,8 ezrelék, a halálozásoké 9,9 ezrelék, így a természetes szaporodás aránya 0,9 ezrelék. Az utóbbi évtizedekben folyamatosan növekedett a születéskor várható átlagos élettartam, értéke 2010-ben a férfiaknál 72,1 és a nőknél 80,6 év. Jelentősen csökkent a csecsemőhalálozás (2010-ben 5 ezrelék). A halálozási statisztikában vezetnek a keringési betegségek, amelyek az összes halálesetnek a 46 százalékát teszik ki. A második helyet a daganatok (25 százalék) foglalják el, ezután a külső okok (7 százalék), a légzőszervi betegségek (4,8 százalék) és az emésztőszervi betegségek (4,5 százalék) következnek.

Az egészségügyi rendszer általános jellemzői

Lengyelország egészségügyi rendszere központosított országos egészségbiztosításon alapul.

Az egészségügyi ellátás fő irányító szerve az Egészségügyi Minisztérium (Ministerstwo Zdrowia). A minisztérium országos szinten felelős az egészségpolitikai irányelvek kidolgozásáért, a közegészségügyi és környezetvédelmi ellenőrzésért, a specializált diagnosztikai és ellátási intézményekért, a speciális egészségügyi programok, valamint az orvostudományi képzés és kutatás szervezéséért.

Finanszírozás

Lengyelországra jellemző, hogy a GDP-ből az egészségügyre fordított kiadások aránya nemzetközi összehasonlításban alacsony (2008-ban 7 százalék). Az egy főre jutó egészségügyi kiadás 1213 USD PPP volt. Az egészségügy finanszírozásában az állami kiadások aránya 72,2 százalék volt 2008-ban, ennek nagy részét (83,5 százalék) az egészségbiztosítás tette ki, kisebb hányadát pedig az adóbevételek (16,5 százalék). (Az inaktív lakosság ellátását, az egészségvédelmi programokat, az egészségügyi intézmények nagyobb beruházásait, a magas költségű beavatkozásokat az állami költségvetésből finanszírozzák.) A magánkiadások aránya 27,7 százalék volt, ennek 81 százalékát a betegek közvetlen kifizetései (out-of-pocket) és 2 százalékát a magánbiztosítás képezte.

Lengyelországban az állami erőforrások korlátozott volta a magánfinanszírozás magas arányához vezetett. A beteg által igényelt szolgáltatások - a beutaló-köteles szakszolgáltatások is - gyakran informális fizetésekkel érhetőek el. Magánbiztosításra 2002 óta van lehetőség a kötelező biztosítás kiegészítéseként, aránya alacsony.

Az egészségbiztosítás rendszere

Lengyelországban 1997-ben született törvény az egészségügy és az egészségbiztosítás átalakítására, amely alapján az egészségügyi rendszer finanszírozásának fő intézményei az önállóan működő vajdasági betegpénztárak lettek. A vajdasági betegpénztárak megfelelő koordinálásának hiányából fakadó problémák kiküszöbölésére a kormány az újraközpontosítás elve mellett döntött. 2003

januárjában a vajdasági pénztárakat összevonták és a lakosság átfogó egészségbiztosításáról szóló törvény alapján megalakult az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (Narodowy Fundusz Zdrowia - NFZ). Az egészségbiztosítás felügyeletét az egészségügyi miniszter gyakorolja. Az NFZ egy központi hivatalból és ennek leágazásaként, az ország területi (vajdasági) tagozódását követő 16 regionális biztosítóból áll.

Az egészségügyi ellátást az NFZ a járulékbéveletekből finanszírozza. Az NFZ létrejötte óta az általános egészségbiztosítás kötelező érvényűvé vált, és fedezete minden állampolgárra kiterjed. A kötelezően biztosítottak járulékaik jövedelem-függőek, ennek aránya 2007 óta a bruttó bér 9 százaléka. A teljes járulékot a munkavállaló fizeti.

Egészségügyi ellátórendszer

Alapellátás és járóbeteg-szakellátás

Lengyelországban az egészségügyi alapellátást, mint a beteg számára első konzultációt nyújtó ellátást egyéni vagy csoportos praxisban dolgozó háziorvosok, nőgyógyászok, gyermekgyógyászok illetve ápolónőkből és szülésznőkből álló praxisok végzik. 2009-ben összesen kb. 6187 orvosnak volt háziorvosi végzettsége. Elsőrendű feladatuk az elsősegélynyújtás, az alapvető egészségügyi problémák ellátása, valamint a beteg állapota által indokoltá váló kezelések figyelemmel kísérése az egészségügyi rendszerben. A háziorvos elvben kapuóri szerepkört tölt be, mivel beutaló szükséges a szakorvosi és a kórházi ellátáshoz, azonban ez a funkció gyengülőben van amiatt, hogy szakorvosok egész sora kapott engedélyt a betegek beutaló nélküli ellátására (bőrgyógyász, nemibeteg-szakorvos, nőgyógyász, szemész, onkológus, pszichiáter). A háziorvosok finanszírozása az egészségbiztosítóval kötött szerződés alapján történik, fejkvóta szerint kapják díjazásukat. A magánpraxisok száma növekvő, 2009-ben a háziorvosok 57 százaléka volt alkalmazott, 43 százaléka szerződéses vállalkozó.

A járóbeteg szakellátásban önálló vagy csoportpraxisban dolgozó önálló vállalkozó orvosok dolgoznak, városi területeken pedig önálló egészségügyi intézményekként szakorvosi rendelőintézetek is működnek. A szakellátás finanszírozása az egészségbiztosítóval kötött szerződés alapján történik, és a szolgáltatásokon alapuló díjazás szerint.

A járóbeteg-ellátásban 2009-ben összesen 16 252 rendelőintézet működött, ebből 2 967 állami és 13 285 magán intézmény.

Fekvőbeteg-ellátás

A kórházak túlnyomó része 1999-ig állami tulajdonban volt, majd az önkormányzatok tulajdonába került. A fekvőbeteg-ellátásban a privatizáció aránya alacsony volt, egyes kórházak visszakérültek eredeti tulajdonosukhoz (egyház, egyéb nem kormányzati szervezet), és elvétve előfordul a kórházak között profit-orientált intézmény is. A kórházak és az ágyak 95 százaléka az Egészségügyi Minisztérium felügyelete alá tartozik, a fennmaradó rész felett a belügy és a honvédelmi tárca gyakorol felügyeletet. Az Egészségügyi Minisztérium felügyelete alá tartozó kórházak 70 százaléka, a kórházi ágyak 90 százaléka állami-önkormányzati tulajdonban van. Az utóbbi években készültek tervek a kórházi hálózat korszerűsítésére, amelynek célja a területi egyenlőtlenségek kiküszöbölése. A kormány 2009-ben jóváhagyta a kórházak átalakításának programját, amely az adósságok csökkentésére és az ellátás hozzáférhetőségének javítására irányul. A program célja a kórházak hatékonyabb gazdálkodása volt.

A kórházi szektor finanszírozásában a kórházi felvétel (betegek száma, ápolási napok száma) érvényesül. Néhány éve kísérleti jelleggel folyamatban van a DRG bevezetése.

2009-ben 795 kórház működött, az ágyak száma 193 400 (100 ezer lakosra 506,7 ágy jutott).

Egészségügyi dolgozók

Az ország orvos-ellátottságában 2001-ig növekedés volt tapasztalható ezután csökkenő tendencia mutatkozik, 2009-ben az orvosok létszáma 79 015 volt, 100 ezer lakosra 207 orvos jutott. Az orvosok számaránya elmaradt az EU átlagától. Az egészségügyi intézményekben problémát jelent a szakemberhiány, az orvosok közül egyre többen vállalnak munkát jövedelmezőbb cégeknél, illetve külföldön. 2009-ben 186 255 ápolónő (100 ezer lakosra számítva 488) dolgozott az országban.

Az országban több éve nagy az elégedetlenség az orvosok és az ápolónők körében a rosszabbodó munkakörülmények, az alacsony bérek, a szakképzettség megszerzésének nehézségei miatt. Számos tüntetést és sztrájkot rendeztek a kilátástalan helyzetből való kilábalás reményében. A Lengyel Ápolónők és Szülésznők Szövetsége az alacsony bérek és az ápolói szakma elégtelen megbecsülése miatt folytatott tiltakozó akciót. Az Európai Unióba való csatlakozás óta több ezer orvos és ápolónő ment külföldre dolgozni.

A következő években a demográfiai változások fokozzák az ellátás és az egészségügyi szakemberek iránti szükségletet. Ugyanakkor a becslött statisztikai adatok szerint jelenleg az orvosok átlagos életkora 50 év körüli, az ápolónőké 40 év.

Az egészségügyi kormányzat számára a gazdasági válság okozta finanszírozási nehézségek kevés teret adnak az orvosok és az ápolónők foglalkoztatási feltételeinek javítására.

Gyógyszerpiac

Lengyelországban a gyógyszerek árát tárgyalásokon határozzák meg. A gyógyszerek térítése függ a gyógyszer típusától és bizonyos betegségcsoportoktól. Egyes betegségek esetén (TBC, mentális problémák, fertőző betegségek, függőség kezelése) a gyógyszer térítésmentes. A receptre felírt gyógyszerek árát az egészségbiztosító 30, 50, illetve 100 százalékos arányban téríti, és vannak gyógyszerek, amelyek esetén a betegek teljes árát fizetnek. Ezen kívül létezik általánydíjas gyógyszerlista is, amelyet időszakonként módosítanak.

2001 óta a gyógyszerekre maximált kiskereskedelmi árat határoznak meg. (Kivéve a nem támogatott gyógyszereket, amelyek árait a gyártó határozza meg.) A támogatások megítélésénél referencia árrendszert használnak, a generikus termékek referenciaára a termékcsoponton belüli legalacsonyabb generikus ár. A referenciaárához szolgáló csoportképzés nem transzparens, különféle hatóanyag tartalmú termékeket is egy csoportba sorolhatnak, a csoportképzés a terápiás csoportok irányába halad.

A gyógyszerek maximált árait és támogatását a Gyógyszermenedzsment Csoport tárgyalja, amelyben az Egészségügyi Minisztérium, a Pénzügyminisztérium, a Gazdasági Minisztérium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár képviselői vesznek részt. Az árakat az Egészségügyi Minisztérium hagyja jóvá.

A támogatás feltételei:

- a gyógyszerre szükség van az egészségügyi ellátásban,
- a gyógyszer hozzáférhető,
- biztonságos,
- a gyógyszer fontos a súlyos epidemiológiai fenyegetéssel járó problémák kezelésében,
- a közfinanszírozás meg tudja fizetni a gyógyszert stb.

A Gyógyszermenedzsment Csoport a maximált kiskereskedelmi ár meghatározásánál az adott gyógyszerrel kapcsolatban figyelembe veszi:

- a termelési költséget,
- a napi terápiás költséget,
- a standard terápia átlagos költségét,
- az alternatív gyógyszerekhez viszonyított költség-haszon arányt,
- az azonos hatásossággal bíró gyógyszerekhez viszonyított napi terápiás költségeket,
- a gyógyszerkasszára gyakorolt potenciális hatást,
- a gyógyszer becsült eladási volumenét,
- a gyógyszer Lengyelországhoz hasonló GDP-vel rendelkező EU tagországokban (Csehország, Szlovákia, Magyarország, Görögország, Portugália) jellemző árát.

Az Egészségügyi Minisztérium tanácsadó testületként hozták létre az Egészségügyi Technológia-értékelési Ügynökséget (AOTM). Az AOTM a gyártók által elkészített egészségügyi technológiai jelentések értékelésével foglalkozik. A gyógyszer-gazdaságossági elemzések részei az innovatív gyógyszerek támogatási eljárásának. A támogatási döntések a gyakorlatban nem mindig konzisztensek az AOTM ajánásaival.

Elvileg az árazási és ártámogatási folyamat maximum 180 napot vehet igénybe. A tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy a döntések meghozatala hosszabb ideig tart.

Az orvosok a gyógyszereket kereskedelmi márkanévük vagy INN jelölés (nemzetközi szabadnév vagy generikus név) szerint írhatják fel, de lehetőségük van arra is, hogy recepten jelezzék, hogy egy gyógyszer nem helyettesíthető. A generikus helyettesíthetőségről a patikus ad felvilágosítást, ha a helyettesíthető gyógyszer ugyanazon indikációra, ugyanazon hatóanyaggal, ugyanolyan dozírozásban hozzáférhető és nem okoz a terápiában a felírt gyógyszer hatásához képest különbséget.

A gyógyszerárak meghatározására és a támogatásra vonatkozó eljárások változás alatt állnak

Egészségügyi reformok

Lengyelországban az első jelentős reform eredményeképpen 1999-ben bevezették az egészségbiztosításon alapuló egészségügyi ellátási rendszert, önállóan működő vajdasági pénztárak létrehozásával.

A reform második fordulója 2001-ben kezdődött el, amikor a kormány az önálló pénztárak költséges működtetése és koordinációs problémái miatt a rendszer átalakítása mellett döntött, ami újraközpontosítást jelentett. 2003-ban az általános egészségbiztosításról szóló törvény életbe lépésével - a vajdasági pénztárak összevonásával - megalakult az Országos Egészségbiztosítási Pénztár

Újabb reformintézkedéseket tettek szükségessé az egybiztosítós rendszerben is fennálló problémák: a jogi elbizonytalanodás, az alulfinanszírozás, az állam, a magán, és az informális szektor egybefonódása, a kórházak adósságai.

A reform következő fázisában a kormány a hatékonyságot növelő piaci mechanizmusokat és a privatizáció számára nagyobb teret biztosító intézkedéseket támogatta. Ezt szolgálta a közfinanszírozásból fedezett egészségügyi szolgáltatásokról szóló törvény.

A finanszírozás átláthatóbbá tételének céljából ún. Zöld könyvet adtak ki, amely tartalmazta a költségek struktúrája és dinamikája, valamint az egészségügyi ellátás iránti kereslet közötti összefüggések elemzését. Ebben fontos elem az adósságmentes gazdálkodásra való ösztönzés, az egészségügyi intézmények költségvetési támogatása.

A 2006-ban elkészült kormányprogramban meghatározták a prioritásokat: az országos mentőszolgálatról szóló törvény kiadása, a kórházi hálózatról szóló törvénytervezet kidolgozása, új egészségügyi reformtörvények előkészítése, az általános egészségbiztosításból fedezett szolgáltatások meghatározása, az egészségbiztosítás rendszerének korszerűsítése, kiegészítő önkéntes egészségbiztosítás bevezetése, kötelező baleseti biztosítás szabályozása, az egészségügy információs rendszerének korszerűsítése.

A fenti feladatok közül a mentőszolgálatról szóló törvény kidolgozása teljesült, a többi tervezet szintjén maradt.

A reformtervek új szakasza a választások után

Lengyelországban az egészségügy terén is változást jelentett a 2007 novemberében beiktatott új kormány működése (Ewa Kopacz egészségügyi miniszter). Az új kormány számára a legnagyobb kihívást a szigorú költségvetési fegyelem mellett a bevételi források növelése jelentette.

A felmerülő problémák (az egészségügyi szolgáltatások hiányos hozzáférhetősége, az egészségügyi ellátás látszólagos ingyenessége, nem megfelelő kórházi struktúra, az egészségügyi intézmények hiányos ellenőrzése és nem hatékony gazdálkodása, 10 milliárd zloty (670 milliárd Ft) adósság felhalmozása, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár működésének hiányosságai, az egészségügyi dolgozók bérezési helyzetének megoldatlansága, stratégiájának hiánya) új reformtörvények kidolgozását, illetve számos jogszabály módosítását teszik szükségessé.

A kormány induló programjában szerepelt az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (NFZ) megszüntetése és helyette 3-6 önálló, egymással versenyző egészségbiztosító létrehozása, ami után lehetővé tennék a magán egészségbiztosítók belépését is a piacra. A program részletes kidolgozása még nem történt meg, jelenleg más egészségügyi reformtervek érvényesítésére helyezik a hangsúlyt.

Az egészségügyi kormányzat hat törvénytervezetet nyújtott be:

- az egészségügyi reform bevezetésének alapelvei,
- a kórházak részvénytársaságokká alakítása,
- az egészségügyi intézmények dolgozói,
- a betegek jogai és a betegjogi képviselők,
- az országos és megyei egészségügyi konzultánsok,
- az egészségügyi ellátás akkreditációja.

A reformtörvényekkel kapcsolatban a szakmai közvélemény a kórházak adósságainak rendezését, az egészségügyi dolgozók munkafeltételeinek vonzóbbá tételét támogatta. A legtöbb vitát a kórházak részvénytársaságokká alakítása váltotta ki. A lengyel parlament 2008. november 6-án fogadta el a reformtörvényeket, amelyek közül a köztársasági elnök (november 26-án) a betegek jogairól és a betegjogi képviselőkről, az egészségügyi akkreditációról, valamint az országos és megyei egészségügyi konzultánsokról szóló törvényeket írta alá. Három törvényt megvétózott, amelyek a kórházak részvénytársaságokká alakítására, az egészségügyi dolgozókra és az egészségügyi reform bevezetésére vonatkoznak. A köztársasági elnök vétóját a parlament 2008 decemberében támogatta.

Az egészségügyi reformot bevezető, az átalakulás mechanizmusát ismertető törvény nélkül viszont egy törvényt sem lehetett életbe léptetni.

2009 tavaszán az egészségügyi kormányzat az intézmények működésének javítására irányuló ún. B-tervet indított. Az önkormányzatok számára az adósságok rendezését szolgáló kormányzati támogatás elnyerésének feltétele a tulajdonukban lévő kórházak struktúra-átalakítási tervének, pénzügyi és gazdálkodási tervének elkészítése volt.

A lengyel kormány 2010 októberében az egészségügy helyzetének javítására új egészségügyi reformtörvény-csomagot terjesztett a parlament elé.

A tervben már szerepelt az önálló közintézményként működő kórházak és rendelőintézetek gazdálkodási formájának átalakítása, a kórházak részvénytársaságokká alakítása. A törvénytervezet szerint az átalakítás önkéntes, és az átalakult kórházak állami támogatást kapnak adósságaik egy részének a kiegyenlítésére. A lengyel kórházak adóssága 2011 első negyedévére 9,9 milliárd zlotyra nőtt (663 milliárd Ft), és ebből 2,5 milliárd zloty (168 milliárd Ft) az időn túli tartozás. Az átalakításért az önkormányzatok lesznek felelősek. Amennyiben 12 hónap elteltével sem sikerül az adósságokat kiegyenlíteni, az önkormányzatoknak intézkedniük kell az intézmények jogi-gazdasági átalakítását illetően (részvénytársaság forma), ellenkező esetben az intézmény megszűnhet. A törvénytervezet nem engedélyezi új önálló intézmény létesítését, kivéve, ha legalább két intézménnyel vonják össze. A szabályozás szerint új kórházak csak részvénytársasági formában jöhetnek létre.

A Szejm 2011. március közepén megszavazta az Egészségügyi ellátásról szóló Törvény Tervezetét, mely a kórházak részvénytársaságokká alakulását szorgalmazza, és nagyobb teret nyit a magánszektor számára. Májusban a törvény már a köztársasági elnök elé került aláírásra. 2012-ben a kórházak mintegy 40 százaléka várhatóan részvénytársasági formában fog működni.

A Szejm március 25-én megszavazta az Ewa Kopacz, egészségügyi miniszter által előterjesztett egészségügyi reformcsomag másik négy törvénytervezetét is. A gyógyszerek támogatására vonatkozó

törvény tervezete rögzített árrést ír elő a nagy- és a kiskereskedelmi forgalomban lévő, támogatott gyógyszerek forgalmazására, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár költségvetésének 17 százalékában maximálja a támogatásokat és visszafizetési mechanizmusokat vezet be.

A három másik törvénytervezet a következőkre vonatkozik:

- az Egészségügyi Informatikai Rendszerekre vonatkozó Törvény, mely 2014. július 1-jei határidőt ír elő az orvosok, a betegek, a gyógyszerek és a betegségek elektronikus regisztrálására,
- a Betegjogi Törvény, mely műhibák esetén peren kívüli eljárást vezet be a betegek kártérítési igényének mielőbbi rendezésére,
- az Orvosi Hivatásra vonatkozó Törvény, mely az orvoshiány enyhítése érdekében az orvosképzés megreformálására irányul.

A Szenátus jóváhagyása után májusban a köztársasági elnöki aláírásra benyújtott gyógyszerek támogatására vonatkozó törvény tartalmazza a támogatott gyógyszerek árának rögzített a nagykereskedelmi és kiskereskedelmi árrését, és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár támogatásra fordított kiadásait az éves biztosítási költségvetés 17 százalékában maximálja. A gyógyszertárak vezetése és a nagykereskedők, akiknek tevékenységét a Gyógyszer-felügyelet és az NFZ ellenőrzi, jogosultak lesznek felügyeleti szerveik döntéseit megfellebbezni, ugyanakkor az orvosok támogatott gyógyszerek rendelésére előírt szerződéskötése az NFZ-vel, csak a kettő vagy a több szolgáltatóval kapcsolatban álló orvosokra lesz kötelező érvényű.

Az 5 százalékos nagykereskedelmi árrést (az előző verzió 2012-ben történő azonnali bevezetésével szemben) 3 éven belül, fokozatosan fogják bevezetni – 7 százalék 2012-ben, 6 százalék 2013-ban és 5 százalék 2014-ben –, és ez az intézkedés váltotta ki a legnagyobb ellenérzést a kereskedelmi csoportosulások körében. Az Egészségügyi Minisztérium szerint a rögzített árrés nem érinti a betegeket, ha a törvény gyógyszerár-csökkenést indít el, és ha a gyógyszertárak érdekeltté válnak a generikumok forgalmazásában.

A Lengyel EU Elnökség

2011 második félévében Lengyelország látja el az EU soros elnökségi feladatait. Az Európai Unió Lengyel Elnöksége népegészségügyi vonatkozásban két fő prioritást tűzött ki célul:

- az európai országok lakosságának egészségi állapotában jelentkező eltérések megszüntetése,
- az agyi problémák és a neurodegeneratív betegségek pl. az Alzheimer-kór megelőzése.

Az európai országok lakosságának egészségi állapotában jelentkező eltérések megszüntetése

Az első prioritás kiválasztása és előkészítése az Európai Unió stratégiai dokumentumainak – „A közösségi cselekvés második programja az egészségügy vonatkozásában (2008-2013)” és az „Európa 2020-ban” stratégia figyelembevételével történt. Ennek a prioritásnak a keretében a Lengyel Elnökség három kérdésre fog összpontosítani:

- az EU országokban élő lakosság egészségi állapotában jelentkező eltérések megszüntetése az egészséget meghatározó tényezők – mint a megfelelő táplálkozás és a fizikai aktivitás – szorgalmazásával,
- a gyermekek légzőszervi problémáinak megelőzése és visszafogása,
- a gyermekek kommunikációs zavarainak megelőzése és kezelése e-health és innovatív megoldások révén.

Ennek a prioritásnak a célja, hogy ráirányítsa az Európai Unió tagországainak figyelmét az európai társadalmak egészségi állapotában továbbra is fennálló eltérésekre és ezek megszüntetésének szükségességére. A Lengyel Elnökség kiemelten fogja kezelni azt a tényt, hogy a jó egészségi állapot és a megfelelő fejlődés korai életszakaszokban megnyilvánuló hatása a későbbi életszakaszok társadalmi és gazdasági státuszára is hatást gyakorol. Így az egészségi állapotban jelentkező eltérések megszüntetése alapvető az egészségmegőrzés, a betegségmegelőző intézkedések és az oktatás terén folytatott átfogó tevékenységhez, úgy, mint azokhoz az eszközökhöz, melyek az emberi fejlődés legkorábbi szakaszaitól kezdve alakítják az egészségtudatos magatartást. Különös figyelem fog irányulni a gyermekek légzőszervi problémáinak és kommunikációs zavarainak megelőzésére és visszaszorítására. Európában egy egészséges társadalom kialakításának megvalósítása olyan eszközöket igényel, melyek révén korlátozhatóak és leküzdhetőek lesznek ezek az egészségi problémák. Ilyen eszközök: szűrőprogramok bevezetése, az egészségügyi jelenségek monitorozására szolgáló intézményhálózat megteremtése, valamint az e-health és az innovatív megoldások jobb alkalmazása.

Az agyi problémák és a neurodegeneratív betegségek –mint az Alzheimer-kór – megelőzése

A második prioritás keretében, a Lengyel Elnökség kiemelten fogja kezelni annak szükségességét, hogy állandó figyelem irányuljon az Európai társadalom előregedésével kapcsolatos kérdésekre, nagyobb szerepet kapjon a tipikusan a kor előrehaladtával járó betegségek megelőzése, visszaszorítása és leküzdése, valamint az egészségügyi rendszerek ezekkel kapcsolatos anyagi stabilitása. Az agyi problémák kutatásának előtérbe helyezése lehetővé fogja tenni, hogy nagyobb figyelem irányuljon ennek a problémának a jelentőségére Lengyelországban és mindenütt Európában. Ez a törekvés az agyi problémák jobb megértéséhez és elfogadásához fog vezetni a közösség által, és ily módon a beteg emberek diszkriminációjának, társadalmi kirekesztésének csökkenéséhez fog vezetni. Átfogó értelemben véve, a prioritásban foglalt célkitűzés megvalósítása az Európai Uniót egészségügyi és szociális stratégiájának megvalósításában kívánja támogatni, valamint az egészségi állapotban jelentkező eltérések megszüntetésére irányuló tevékenységével hozzá kíván járulni az „Európa 2020-ban” stratégia célkitűzéseinek megvalósításához.

Irodalomjegyzék

- Basic data on health care in 2009. Central Statistical Office 2010.
http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbr/gus/PUBL_hsw_basic_data_on_health_care_in_2009.pdf
- Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia. CSIOZ, 2010.
<http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6>
- By 2012 40pct of Hospitals Should operate as Companies Under New Law. The Warsaw Voice, 2011.05.05. <http://www.warsawvoice.pl/WVpage/pages/article.php/16568/news>
- Caly Pakiet dla pacjenta. Platforma obywatelska, 2010. 10. 14.
<http://www.platforma.org/pl/aktualnosci/newsy/art2545,caly-pakiet-dla-pacjenta.html>
- Deeg, Agnieszka; Zalewska-Gawrych, Agata: New System For Pricing and Reimbursement of Pharmaceuticals and Medical Devices. CMS Cameron McKenna, 2010. október 10.
<http://www.mondaq.com/article.asp?articleid=112950>
- Drug Market Reforms Implemented. 2010. 12.
<http://www.pharmaceuticalsinsight.com/file/94853/drug-market-reforms-implemented.html>
- Eurostat structural indicators:
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/structural_indicators/introduction
- Główny Urząd Statystyczny, 2010. http://www.stat.gov.pl/gus/5840_737_ENG_HTML.htm
- Health Care Systems in Transition. Poland, WHO, 2005.
<http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits/poland-hit-2005>
- Kopacz: nowe ustawy zdrowotne skrócą kolejki do specjalistów. PAP, 2011. 02. 08.
- Kopacz: Pakiet ustaw farmaceutycznych korzystny dla pacjentów. PAP, 2011.01. 28.
<http://www.sluzbazdrowia.com.pl/news.php?nid=8222894>
- Maly rocznik statystyczny Polski 2010. (Concise Statistical Yearbook of Poland 2010).
- Ministerstwo Zdrowia - 2010 - 2011. <http://www.mz.gov.pl/>
- MPs back four healthcare reform bills, PMR,2011.03.28.
<http://www.pharmapoland.com/101906/MPs-back-four-healthcare-reform-bills.shtml>
- Naczelna Rada Lekarska o pakiecie ustaw zdrowotnych. PAP, 2010. 10. 11.
- OECD Health Data, 2010. <http://www.oecd.org/>
- Poland Reimbursement process: <http://www.ispor.org/htaroadmaps/Poland.asp>
- Poland's Public Hospitals Heavily Indebted. The Warsaw Voice, 2011.06.08.
<http://www.warsawvoice.pl/WVpage/pages/article.php/16943/news>
- President signs off on fixed margins in Poland. PMR,2011.05.27.
<http://www.ceepharm.com/104895/President-signs-off-on-fixed-margins-in-Poland.shtml>
- Rzeczpospolita . Wiadomosci, - 2010- 2011. <http://www.rp.pl/>

- Savvas, kiriasis: Pricing of medicinal products and reimbursement systems in EU. Malta 2008. http://www.pepharm.org/epikerotita/Malta_202008.pdf
- Szttywne ceny i marze. Biuro Prasowe Naczelnej Izby lekarskiej, 2011. 02. 18. http://www.nia.org.pl/nia.php?i=informacjeprasowe_more&id=1480
- This is Poland, Central Statistical Office of Poland, 2011. Central Statistical Office of Poland
- Vademecum 2011. Swiadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze srodków publicznych. Narodowy Fundusz Zdrowia, 2011. http://www.nfz.gov.pl/new/art/4379/vademecum_2011_02_17.pdf
- WHO/Europe, European HFA Database, September 2010. <http://data.euro.who.int/hfad/>

A weboldalak letöltése 2011. június 29-én ellenőrzött.