Podstawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia

Kategoria: Polityka Zdrowotna
Opublikowano: sobota, 16, luty 2013 23:00
Rafał Rudka
Odsłony: 10412

Prawo do ochrony zdrowia oraz prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych to podstawowe prawa zagwarantowane w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (art.68).

Odpowiedzialność za zapewnienie obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych scedowana została na władze publiczne. Warunki i zakres udzielenia wspomnianych świadczeń oraz zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia dostępu do nich określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. O świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). W ww. ustawie zdefiniowane zostały także zasady i tryb finansowania świadczeń oraz zasady ubezpieczenia zdrowotnego, którego podstawą jest solidaryzm społeczny.

Podstawową instytucją, wskazaną w ww. akcie prawnym, zapewniającą i finansującą świadczenia opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych oraz osób uprawionych do świadczeń opieki zdrowotnej jest Narodowy Fundusz Zdrowia. W jego skład wchodzą Centrala oraz 16 oddziałów wojewódzkich.

W Polsce głównym źródłem finansowania systemu jest ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ).

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych obejmują: świadczenia zdrowotne (wszelkie czynności służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub odrębnych przepisów); świadczenia zdrowotne rzeczowe (leki, wyroby medyczne, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze związane z procesem leczenia) oraz świadczenia towarzyszące (np. zakwaterowanie i wyżywienie w placówce całodobowej lub całodziennej, czy też usługi transportu sanitarnego).

Świadczenia mogą być udzielane zarówno przez podmioty publiczne i niepubliczne, jak też przez osoby wykonujące zawód medyczny, czy przez grupową praktykę lekarską lub grupową praktykę pielęgniarek i położnych. Forma własności świadczeniodawcy nie jest istotna. Wszystkie podmioty powinny traktować pacjenta jednakowo.

Środki na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, które są udzielane osobom ubezpieczonym, pochodzą w większości ze składek na ubezpieczenie zdrowotne (będące w posiadaniu NFZ). Leczenie pozostałych osób, innych niż ubezpieczone, pokrywane jest z budżetu państwa.

Obywatele Polski obciążeni są obowiązkową składką ubezpieczeniową, która w 2012 roku stanowiła 9% podstawy wymiaru (najczęściej przychodu), a która odprowadzana jest do instytucji ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ).

Wartość składki (9%) powstaje w następujący sposób: 7,75% odliczane jest od podatku dochodowego, natomiast 1,25% pokrywa ubezpieczony.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ustaje zazwyczaj po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego (np. ustanie stosunku pracy, zakończenie prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, itd.).

Istotnym jest także to, iż osoby zamieszkałe na terenie Polski, które nie są objęte powszechnym

Phoca PDF

ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia mogą nabyć prawo do świadczeń opieki zdrowotnej korzystając z tak zwanego ubezpieczenia dobrowolnego.

Osoba ubiegająca się o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym powinna przedstawić dokument tożsamości oraz dokument potwierdzający ostatni okres ubezpieczenia. Może to być np. zaświadczenie z zakładu pracy potwierdzające opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne, potwierdzenie dowodu wpłaty ostatniej składki na ubezpieczenie zdrowotne z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, zaświadczenie potwierdzające fakt ubezpieczenia z urzędu pracy itp. Ponadto należy wypełnić wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym i podpisać dwa egzemplarze umowy. Umowa zawierana jest na czas nieokreślony. Objęcie ubezpieczeniem dobrowolnym uzależnione jest od wniesienia opłaty dodatkowej na rachunek NFZ. Wysokość tej opłaty uwarunkowana jest okresem, w którym osoba ubezpieczająca się dobrowolnie nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.

Warto od razu dodać, że zapewnienie przez państwo prawa do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie jest równoznaczne z gwarancją realizowania wszystkich rodzajów świadczeń. Nie oznacza także ich pełnej bezpłatności.

W większości przypadków leczenie jest bezpłatne i pacjent nie ponosi żadnych opłat. Zdarza się jednak, że musi pokryć koszty niektórych świadczeń. Niefinansowane przez NFZ są świadczenia, które nie znajdują się w wykazach świadczeń gwarantowanych określonych w rozporządzeniach ministra zdrowia. Z poniesieniem kosztów przez pacjenta może wiązać się także wykupienie zleconych przez lekarza leków, środków pomocniczych czy też przedmiotów ortopedycznych. Dopłacić trzeba również do zakwaterowania i wyżywienia w sanatorium oraz zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Pacjent może też zostać obciążony kosztami niektórych usług transportu sanitarnego.

Źródło: materiał powstał w ramach projektu "Innowacyjna i sprawna administracja" realizowanego przez ZPP

Phoca PDF