



***Szpitala województwa śląskiego
najważniejsze dylematy i zagrożenia na tle
polskich problemów ochrony zdrowia***

**dr n. med. Jacek Kozakiewicz
prezes ORL w Katowicach**

XXXVI sesja Sejmiku Województwa Śląskiego
Katowice, 20 maja 2013 roku

NIEDOFINANSOWANIE SYSTEMU

NIEDOFINANSOWANIE SYSTEMU – POLSKA

Publiczne wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg GUS



rok 2008 - **4,7% PKB**

rok 2009 - **4,8% PKB**

rok 2010 - **4,7% PKB**

*Informacja GUS „Narodowy rachunek zdrowia
za 2010 rok” (lipiec 2012)*

- Zwiększenie składki zdrowotnej to wciąż niezrealizowana zapowiedź: w 2011 roku miała osiągnąć poziom 13 procent, a w rzeczywistości od 2007 roku pozostaje na tym samym poziomie: 9 procent.

Poziom wydatków na ochronę zdrowia w wybranych krajach europejskich



8	Niemcy	4338 US\$	20	Czechy	1884 US\$
19	Słowacja	2095 US\$	22	Polska	1389 US\$

Zestawienie wydatków na ochronę zdrowia w 22 krajach europejskich i USA w Parytecie Siły Nabywczej w dolarach źródło: opracowanie własne na podstawie *Raportu OECD Health Data 2012 (Version June 2012)*

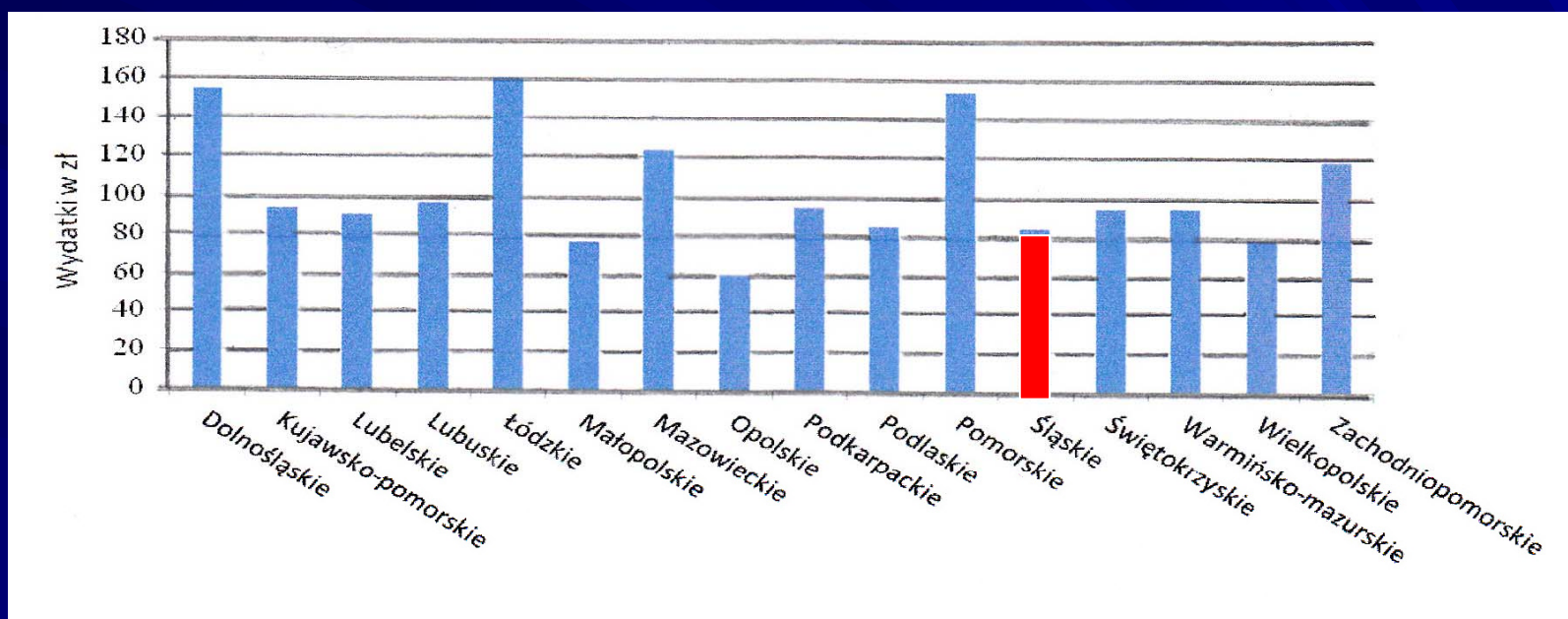
Wydatki na ochronę zdrowia w budżetach samorządów terytorialnych w 2011 r.



WOJE - WÓDZTWA	ogółem	w tym			
		gminy	powiaty	miasta na prawach powiatu	województwa
	w tysiącach złotych				
Pomorskie	351 095	41 319	111 131	39 083	159 562
Dolnośląskie	450 766	62 725	191 212	37 396	159 432
Mazowieckie	653 718	60 297	147 072	296 669	149 680
Małopolskie	255 832	44 308	72 277	65 548	73 699
Śląskie	388 202	43 368	63 942	212 989	67 903

Źródło: Opracowanie na podstawie:
Informacja GUS
„Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.”
(grudzień, 2012)

Wydatki w budżetach samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca wg. województw w 2010 r.



Śląskie - 13 pozycja w kraju

Województwo śląskie w latach 2008 – 2010
otrzymało na finansowanie świadczeń w ramach NFZ
o **1 305 666** [tys. zł] mniej niż w tym okresie odprowadziło
z tytułu składki zdrowotnej.

2008				
	Plan	Wykonanie	Wartość odprowadzonych składek	Różnica
Koszty świadczeń zdrowotnych [w tys.]	5 567 186	6 458 560	6 809 596	351 036

2009				
	Plan	Wykonanie	Wartość odprowadzonych składek	Różnica
Koszty świadczeń zdrowotnych [w tys.]	6 559 782	6 881 398	7 288 021	406 623

2010				
	Plan	Wykonanie	Wartość odprowadzonej składki	Różnica
Koszty świadczeń zdrowotnych [w tys.]	6 729 973	7 033 188	7 581 195	548 007

Z danych pozyskanych przez Śląską Izbę Lekarską od prezesa NFZ w marcu 2012r.

Sposoby poprawy sytuacji finansowej

- Rolą państwa jest zapewnienie źródeł finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia.
- Możliwości pozyskania środków wydają się być ograniczone:
 - podniesienie składek
 - urealnienie koszyka świadczeń gwarantowanych
 - wprowadzenie współpłacenia pacjentów
 - opracowanie systemu dodatkowych ubezpieczeń



ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA ZDROWIE PUBLICZNE

ZAPISY A RZECZYWISTOŚĆ

Odpowiedzialność za zdrowie publiczne w świetle zapisów Konstytucji RP - jest, czy jej nie ma?



Art. 68. Konstytucji

1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
2. 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.
3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. (...)

Z przepisu tego jasno wynika, że **intencją ustawodawcy na etapie tworzenia Konstytucji było niedopuszczenie do wykreowania całkowicie rynkowego systemu ochrony zdrowia, a więc systemu opartego na modelu samofinansowania**. System ochrony zdrowia jako całość musi gwarantować realizację prawa do ochrony zdrowia poszczególnych jednostek, zaś stanowiące jego komponent świadczenia finansowane ze środków publicznych muszą być dostępne dla wszystkich obywateli na zasadzie równości.

Z uzasadnienia Wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt: K 14/03

Odpowiedzialność za zdrowie publiczne w świetle zapisów Konstytucji RP - jest, czy jej nie ma?

- Za realizację konstytucyjnej zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych odpowiedzialne są władze publiczne, w tym w szczególności minister zdrowia, któremu powierzone zostało kierowanie działem administracji publicznej – zdrowie (§ 1 ust. 1 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia).
- Nie istnieje żaden akt prawny, który w sposób kompleksowy wskazywałby katalog organów władzy publicznej, odpowiedzialnych za zapewnienie prawidłowego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, szczegółowy zakres obowiązków tych podmiotów oraz ich odpowiedzialności.
- Przepisy statuujące obowiązki ministra zdrowia rozproszone zostały w bardzo wielu aktach prawnych o różnej randze ustawowej (ustawy, rozporządzenia, zarządzenia). Sytuacja ta w znaczącym stopniu utrudnia ustalenie dokładnego zakresu obowiązków ministra, a tym samym powoduje brak możliwości przypisania mu odpowiedzialności za ewentualne niezrealizowanie tych obowiązków.

Odpowiedzialność za zdrowie publiczne w świetle zapisów Konstytucji RP - jest, czy jej nie ma?

- **Kontrola nad podmiotami leczniczymi**, zgodnie z obowiązującą ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217, t. jedn.), powierzona została **ministrowi zdrowia oraz podmiotowi, który utworzył dany podmiot leczniczy** (np. jednostki samorządu terytorialnego).
- **Kontrola wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej powierzona została natomiast Narodowemu Funduszowi Zdrowia** (ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
- **Wskazane podmioty działają niezależnie od siebie, ich działania nie są koordynowane przez podmiot nadrzędny, który czuwałby nad całym systemem opieki zdrowotnej i miał realny wpływ na kształt polityki zdrowotnej, co w konsekwencji wpływa na pogorszenie dostępności do usług medycznych oraz spadek ich jakości.**



Nadzór właścicielski nad podmiotami leczniczymi –
*czy istnieje korelacja między władzami wojewódzkimi,
sprawującymi nadzór nad zabezpieczeniem potrzeb zdrowotnych
mieszkańców, a płatnikiem NFZ?*

- Czy i jaka jest korelacja pomiędzy ustalaniem planu finansowego Oddziału Śląskiego NFZ, a planami Zarządu Województwa Śląskiego dot. roli i znaczenia zakładów opieki zdrowotnej (dla których organem założycielskim jest województwo śląskie) w zabezpieczeniu świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców regionu?

Z pisma Prezesa ORL Jacka Kozakiewicza z 9.07.2010 r.

- (...) Uprzejmie informuję, że umowy na udzielanie świadczeń medycznych zawierane są z zakładami spełniającymi wymogi określone w obowiązujących przepisach. Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych zawierają wykaz oraz warunki realizacji świadczeń zdrowotnych. **Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.**

Z odpowiedzi dyrektora ŚOW NFZ z 16.08.2010 r.

OTOCZENIE PRAWNE

Skomplikowanie otoczenia prawnego wykonywania zawodu lekarza

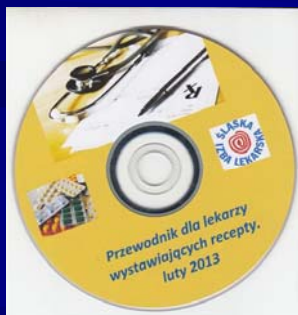
- Mnogość aktów prawnych: ustaw, rozporządzeń, zarządzeń Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, regulujących obowiązki i procedury postępowania lekarzy i lekarzy dentystów.
- Ustawa refundacyjna - nawet lekarze z wieloletnim doświadczeniem zawodowym gubią się w licznych niuansach i niedopowiedzeniach.



„Czy specjalista diabetolog, który stwierdził u pacjenta podczas wizyty wysokie ciśnienie tętnicze krwi, zaburzenia rytmu serca albo infekcję dróg moczowych może ustalić dla niego prawidłowe leczenie i wystawić recepty na leki refundowane?”

Jak wystawić receptę?

- W ostatnim okresie, w związku z wejściem w życie pod koniec grudnia 2012 r. rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie recept lekarskich oraz konieczności umieszczania od 1 stycznia 2013 r. dodatkowych kodów kreskowych na receptach, wielu lekarzy ma wątpliwości, jak powinna wyglądać recepta, na której mają zostać przepisane pacjentowi leki.
- Śląska Izba Lekarska w odpowiedzi na liczne zapytania dotyczące technicznych aspektów wypisywania recept wydała płytę zawierającą: **Przewodnik dla lekarzy wystawiających recepty.**
- Podobne inicjatywy podejmuje Śląska Izba Aptekarska wydając przewodniki na temat realizacji recept.



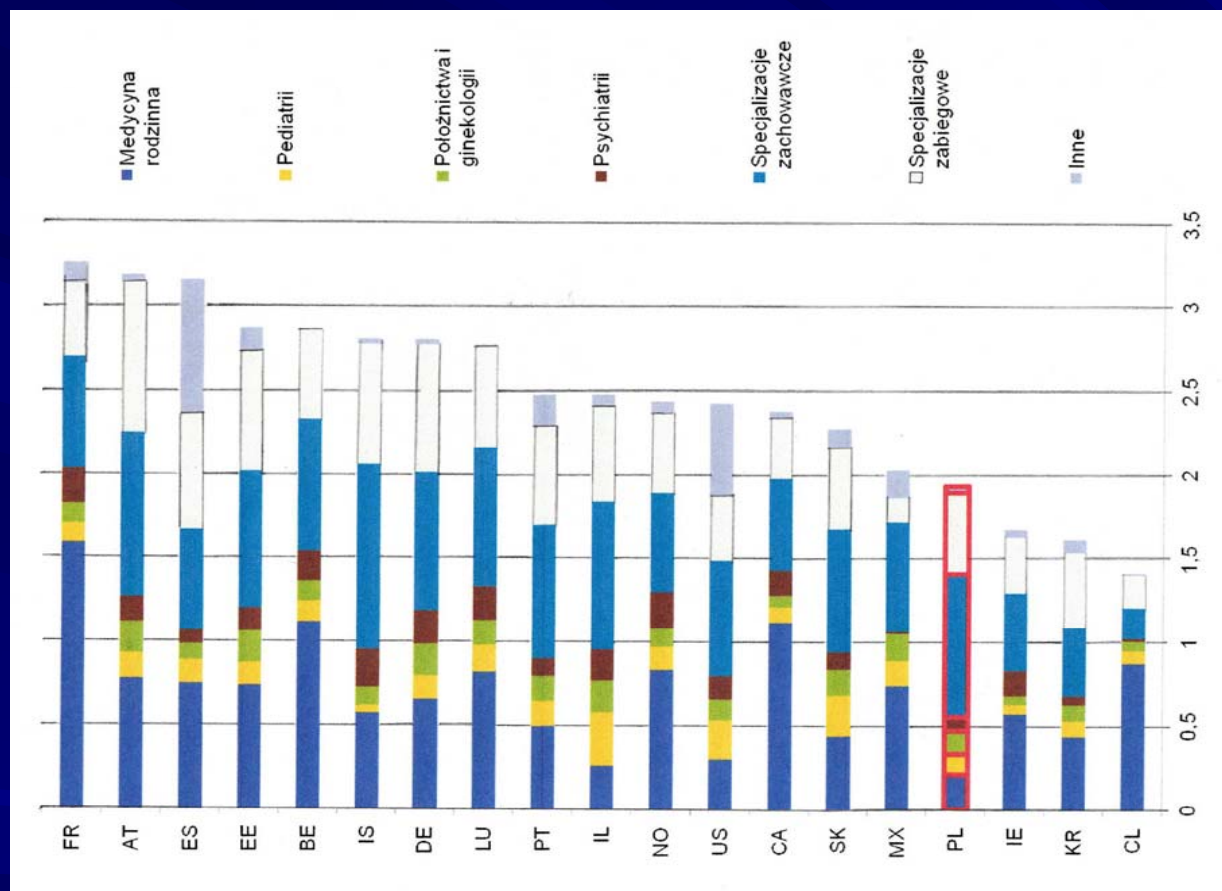
Skomplikowanie otoczenia prawnego wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej



- Ilość aktów prawnych obowiązujących pielęgniarki i położne, stopień ich skomplikowania oraz ciągłe zmiany, utrudniają wykonywanie zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz skutkują brakiem stabilizacji zawodowej podmiotów kontraktujących z Narodowym Funduszem Zdrowia.
- Wymaga podkreślenia również fakt, iż ze względu na zwiększającą się świadomość prawną społeczeństwa, do rzeczników odpowiedzialności zawodowej trafia wielokrotnie więcej spraw niż jeszcze 4 lata temu.

DEMOGRAFIA i KSZTAŁCENIE

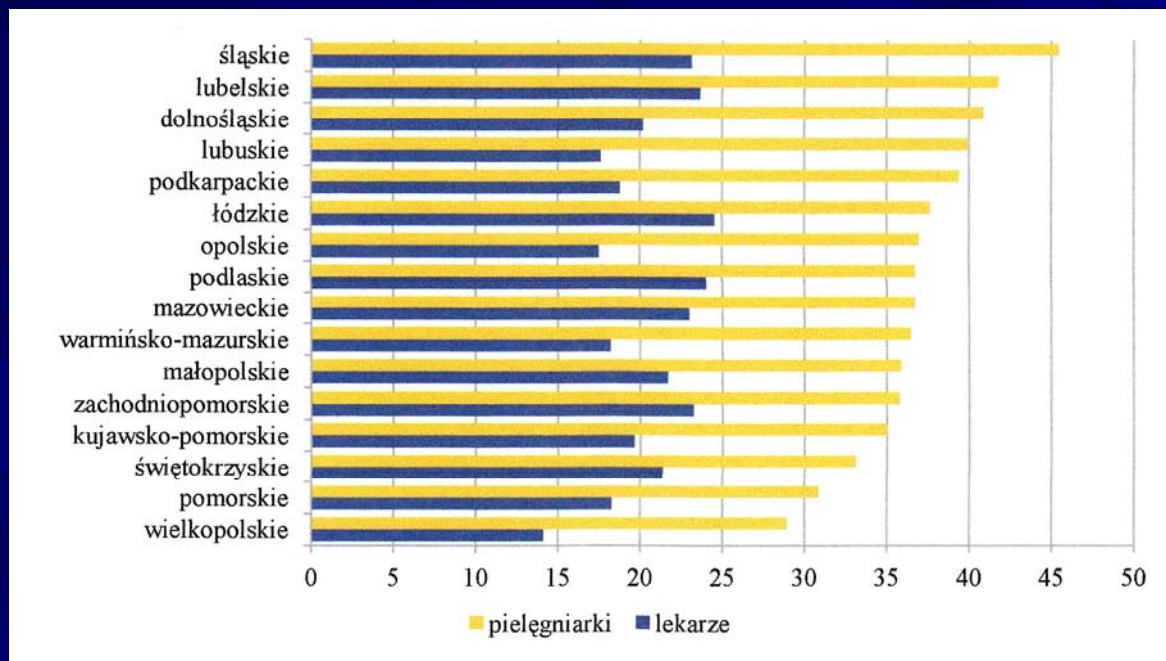
Praktykujący lekarze ze specjalizacją i bez na 1000 osób w 2010 r.



AT Austria,
BE Belgia,
CL Chile,
EE Estonia,
FR Francja,
ES Hiszpania,
IE Irlandia,
IS Islandia,
IL Izrael,
CA Kanada,
KR Korea,
LU Luksemburg,
MX Meksyk,
DE Niemcy,
NO Norwegia,
PL Polska,
PT Portugalia,
SK Słowacja,
US Stany Zjednoczone,

Źródło: Informacja GUS
 „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.”
 (grudzień 2012)

Lekarze i pielęgniarki pracujący na 10 tys. mieszkańców - wg. województw



Źródło: Informacja GUS
„Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.”
(grudzień, 2012)

WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE

LEKARZE

- **10 746** – liczba lek. pracujących w placówkach ochrony zdrowia
- **23,2** - wskaźnik
- **6** miejsce w kraju

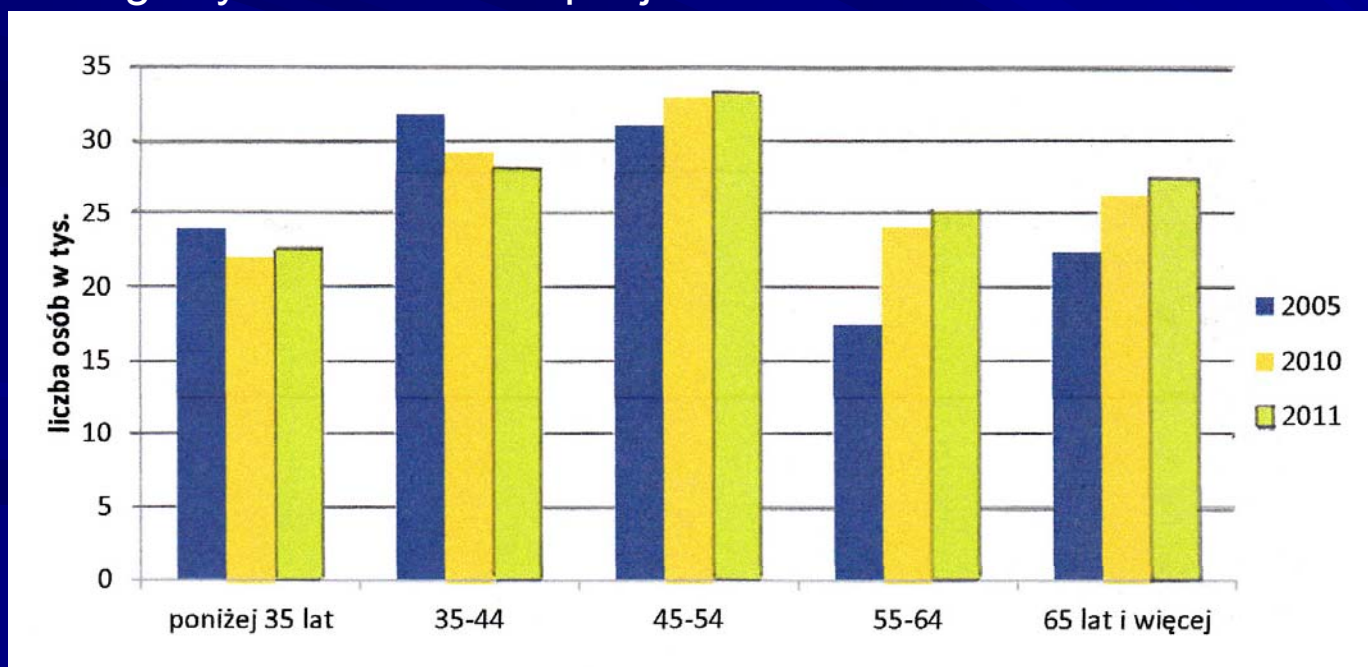
LEKARZE DENTYŚCI

- **1 414** – liczba lek. dent. pracujących w placówkach ochrony zdrowia
- **3,1** - wskaźnik
- **12** miejsce w kraju

Źródło: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2012 r., (styczeń, 2013)

Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu w Polsce – struktura wieku

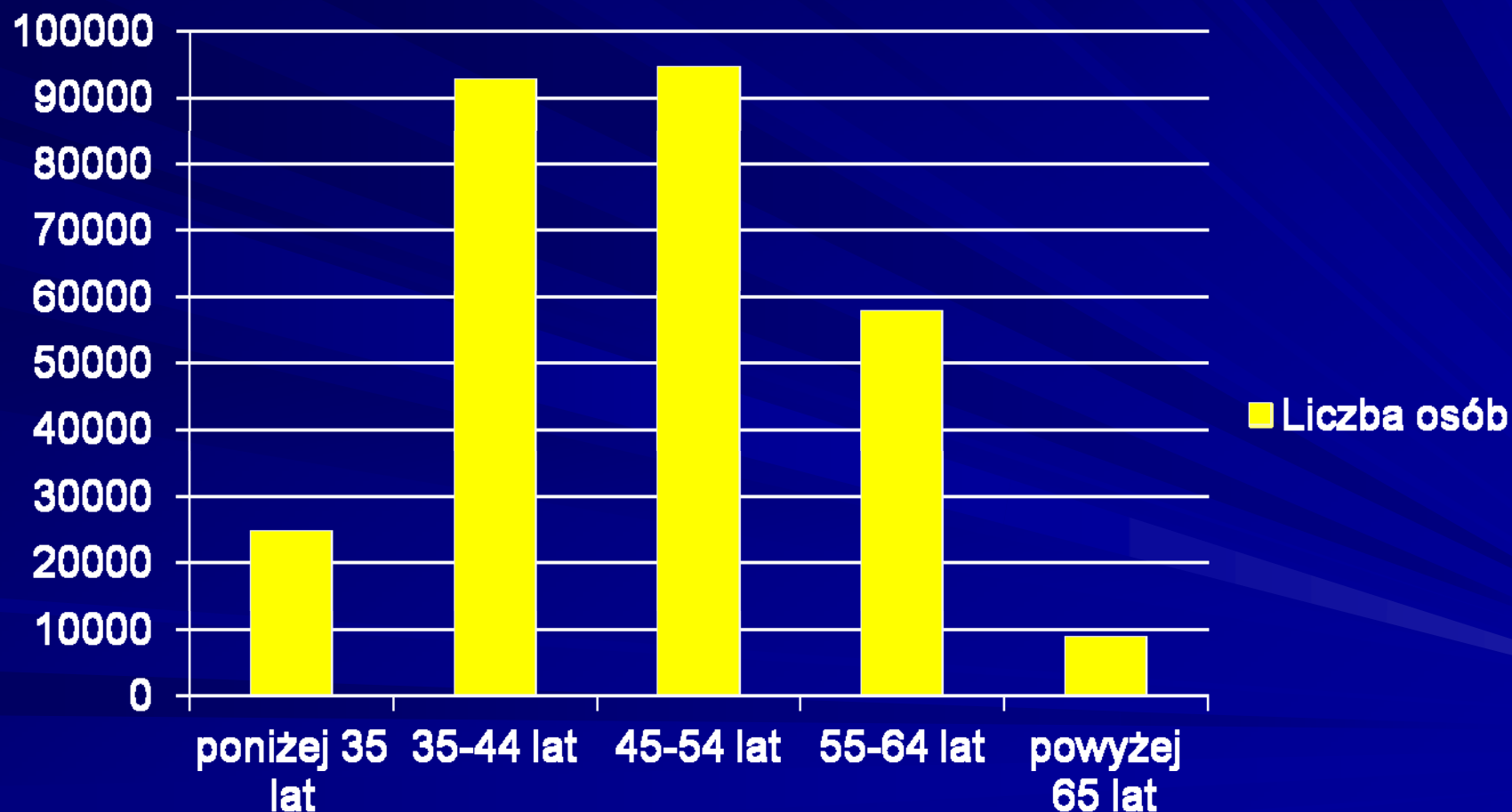
- „Dynamika liczby osób posiadających prawo do wykonywania zawodu medycznego jest wypadkową napływu nowych osób i naturalnych ubytków związanych z odchodzeniem roczników starszych oraz emigracją.
[wg. danych ŚIL w latach 2004 – 2013 ponad tysiąc sześciuset lekarzy ze Śląska odebrało zaświadczenia uprawniające o pracy w UE. W tym samym czasie do rejestru ŚIL wpisano zaledwie 69 cudzoziemców.]
- Wśród lekarzy w 2011 r. utrzymały się niepokojące zmiany w strukturze demograficznej osób uprawnionych do wykonywania zawodu w kierunku starzenia się. Zjawisko to w różnym stopniu dotyczy poszczególnych zawodów i specjalności.”



Struktura wieku pielęgniarek



W ostatnich latach widoczna jest tendencja spadku liczby osób kończących kształcenie zawodowe na kierunku pielęgniarstwo, a co za tym idzie, widoczna jest tendencja „starzenia się” osób wykonujących zawód pielęgniarki.

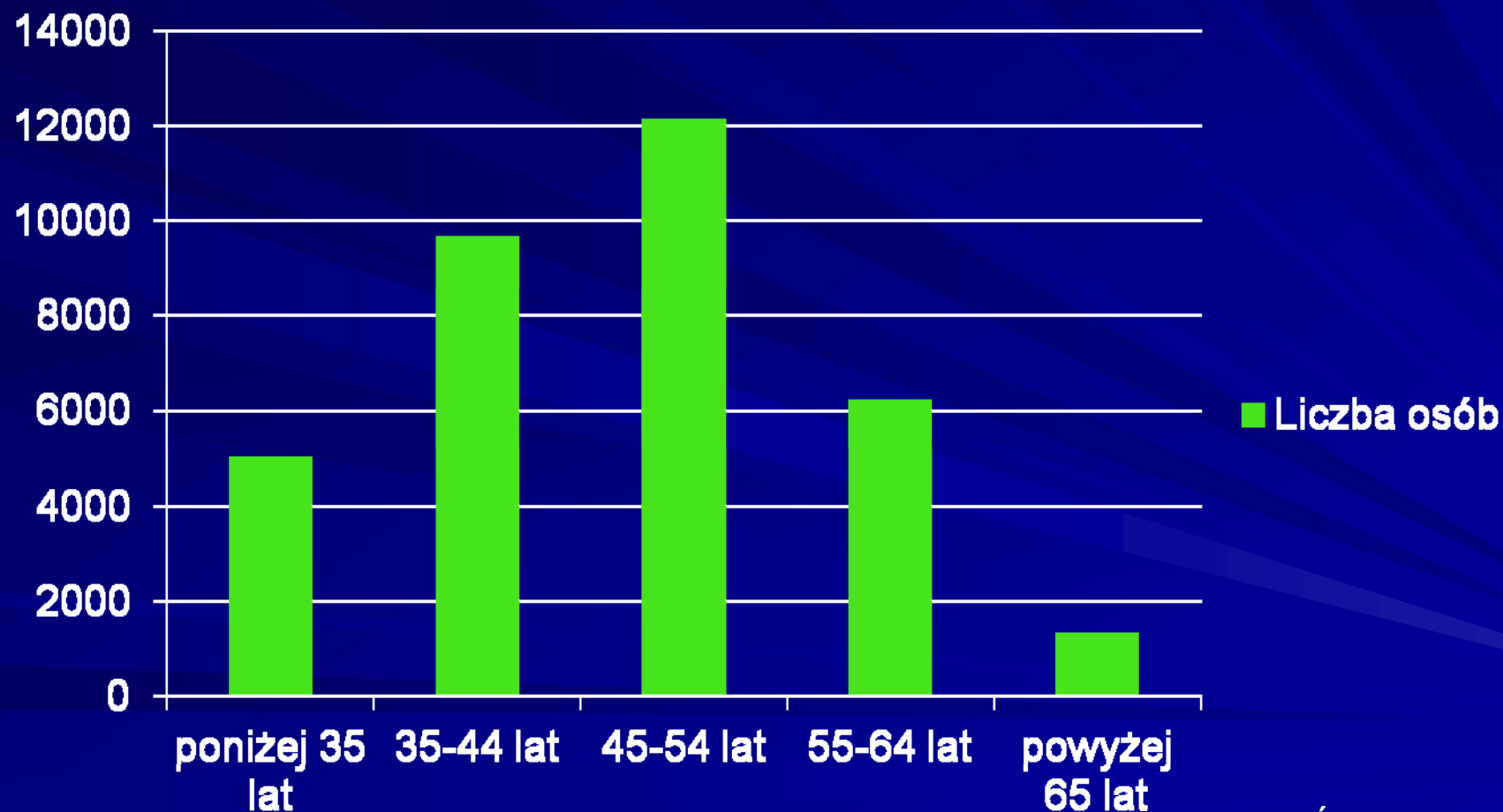


Źródło: NIPiP

Struktura wieku położnych



W ostatnich latach widoczna jest tendencja spadku ilości osób kończących kształcenie zawodowe na kierunku położnictwo, a co za tym idzie widoczna jest tendencja „starzenia się” osób wykonujących zawód położnej.



Źródło: NIPiP

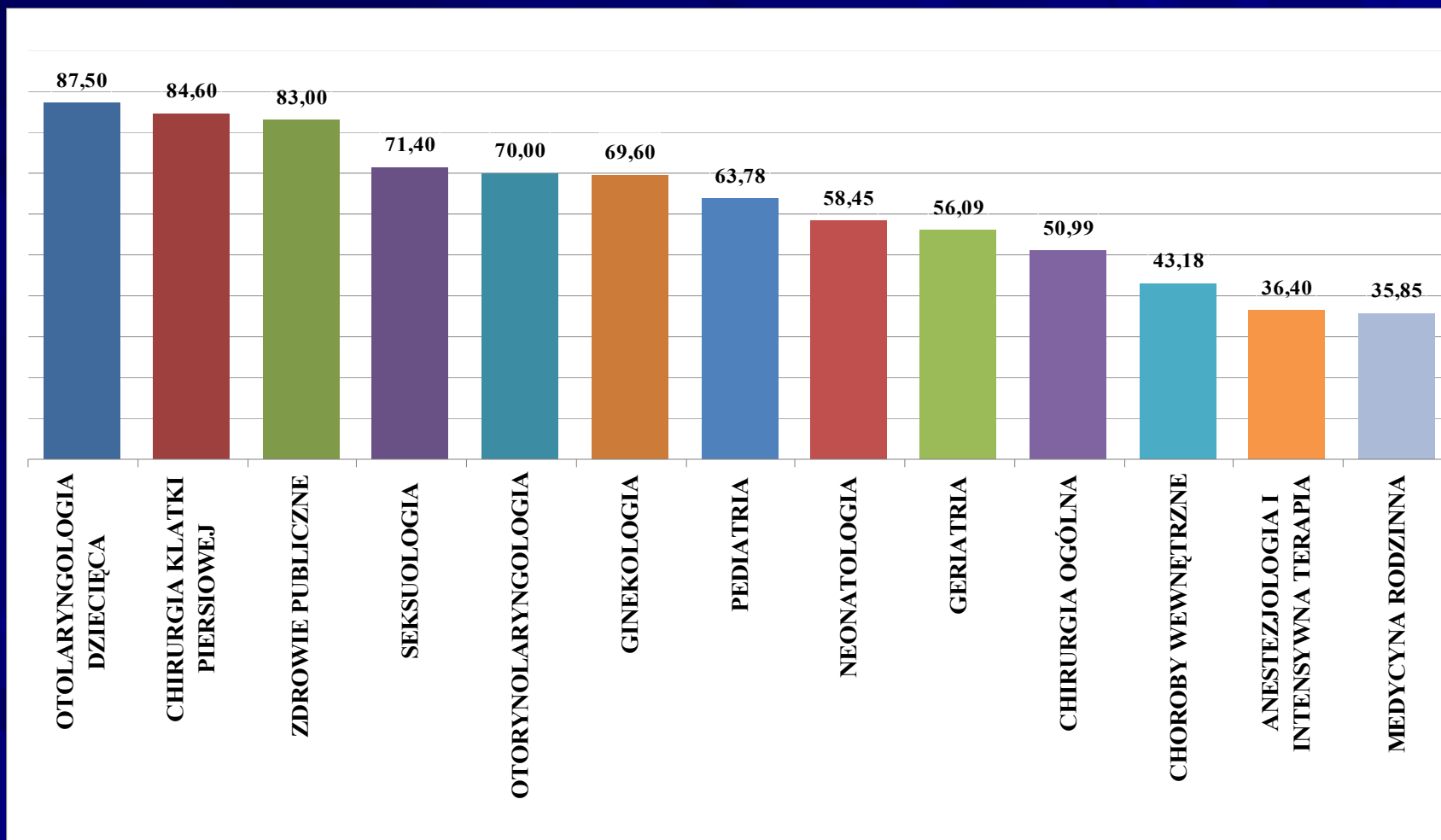
- „W oparciu o opinię krajowych konsultantów można wskazać (...) wiele dziedzin medycyny, gdzie występują deficyty specjalistów i zachodzą obawy o powiększanie się tych deficytów w przyszłości.



Powodem obaw jest:

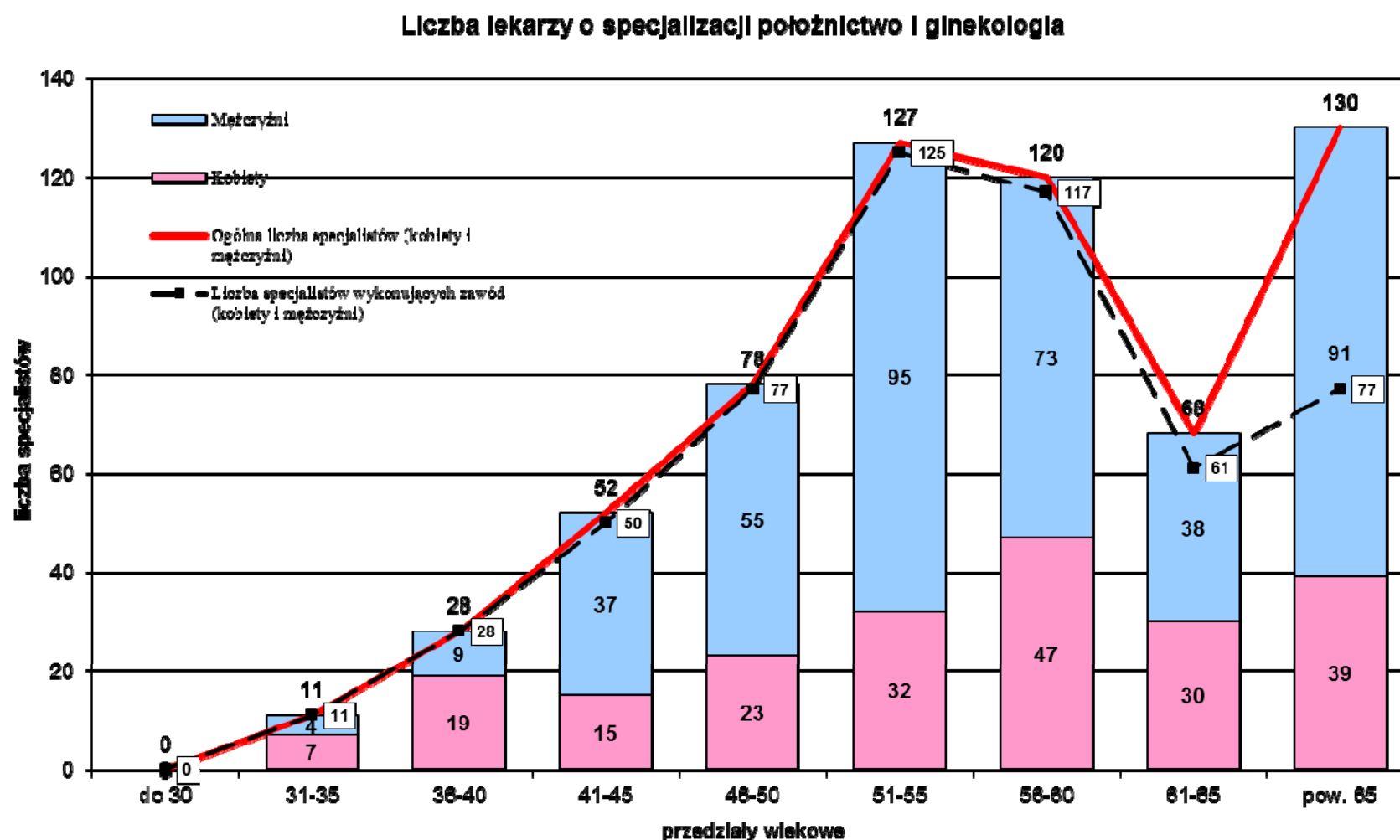
- niekorzystna struktura wieku – starzenie się kadry,
- brak chętnych do robienia niektórych specjalizacji,
- emigracje zagraniczne lekarzy specjalistów,
- zmiany w medycynie oraz zmiany demograficzne, które powodują zwiększone zapotrzebowanie na lekarzy niektórych specjalności.”

Lista wybranych specjalności ze wskazaniem liczby lekarzy, którzy ukończyli 50 rok życia (udział procentowy lekarzy wykonujących zawód)

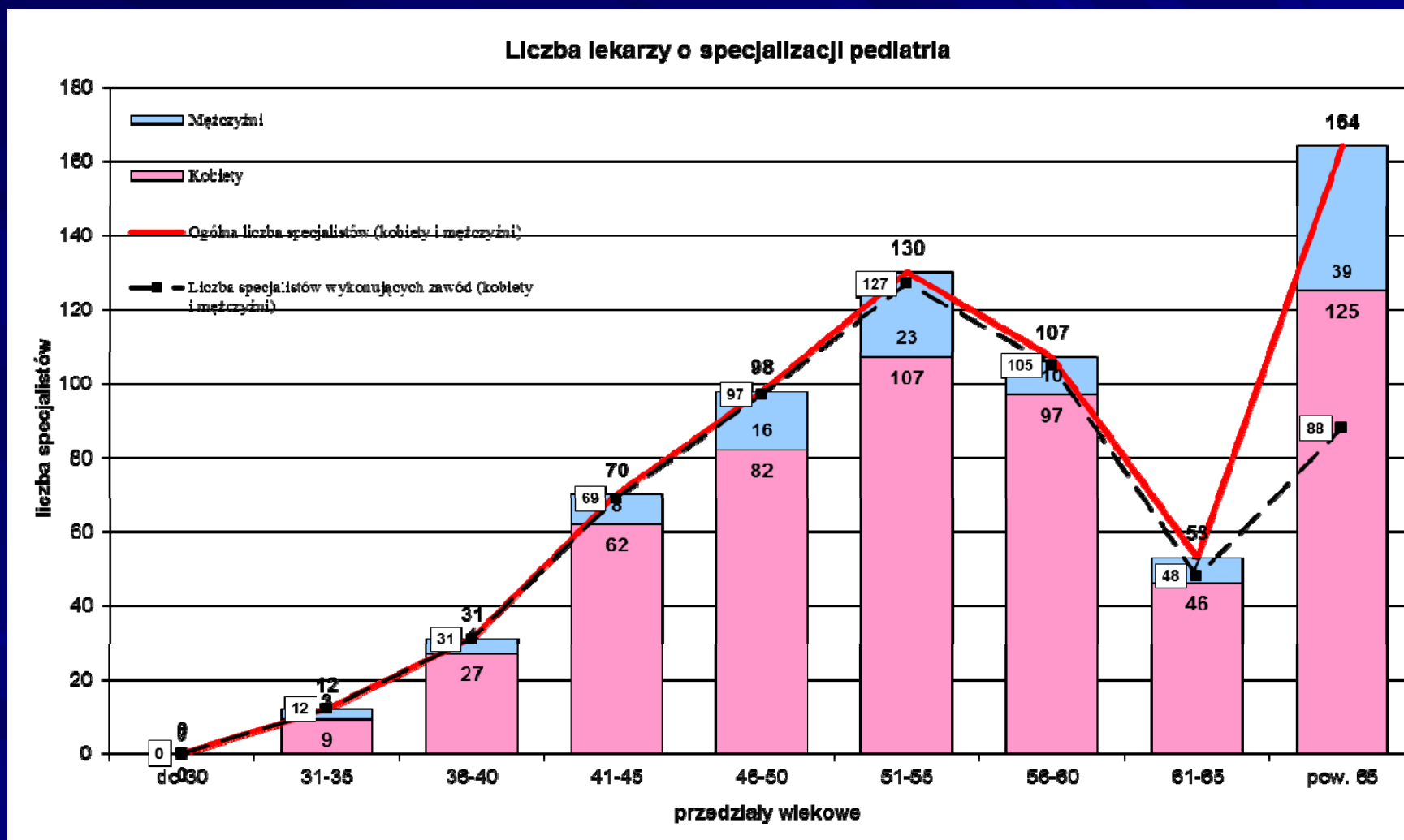


Opracowanie na podstawie danych Rejestru Lekarzy Śląskiej Izby Lekarskiej za 2012 r.

Struktura wiekowa lekarzy wybranych specjalizacji – członków ŚIL w 2012 r.

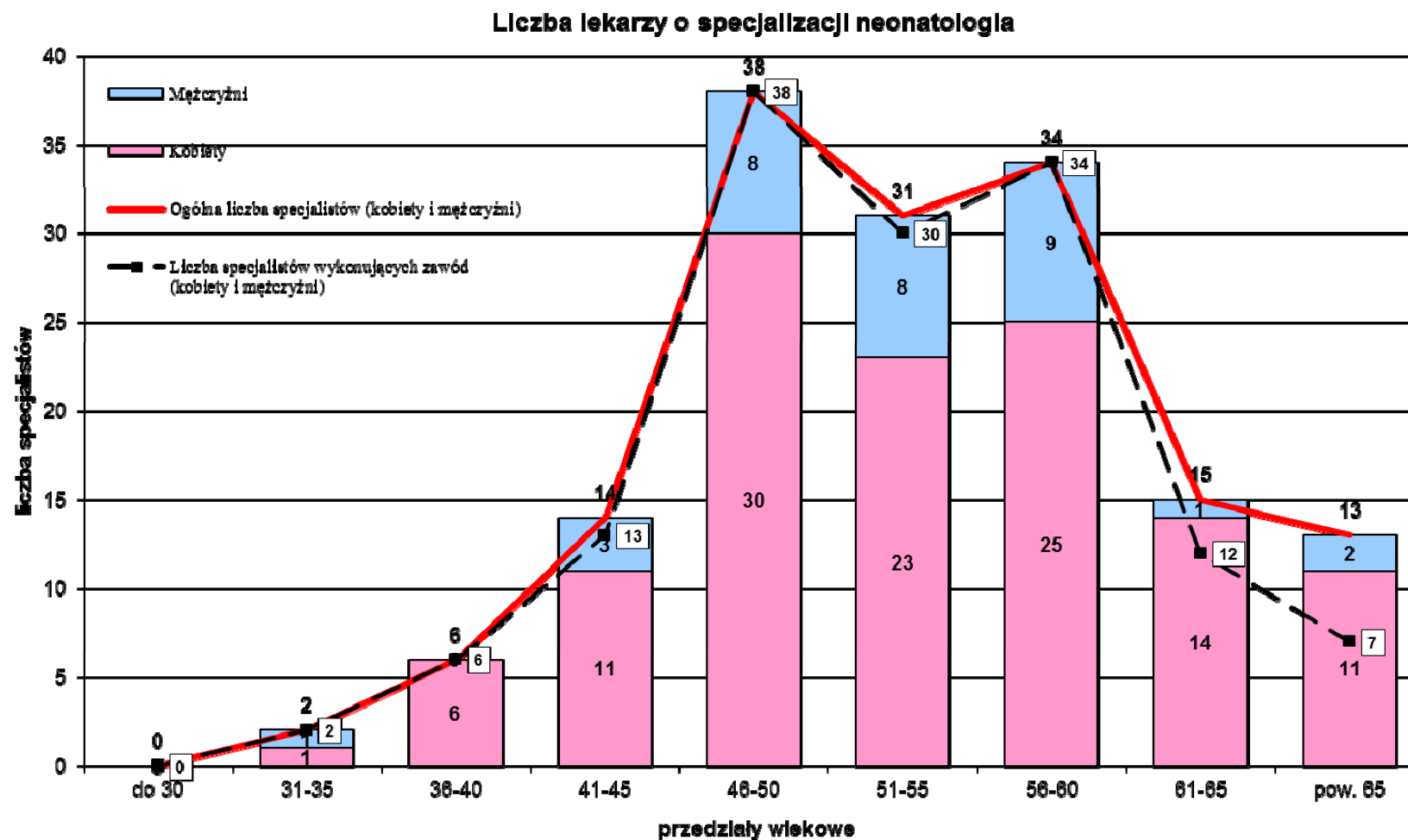


Struktura wiekowa lekarzy wybranych specjalizacji – członków ŚIL w 2012 r.



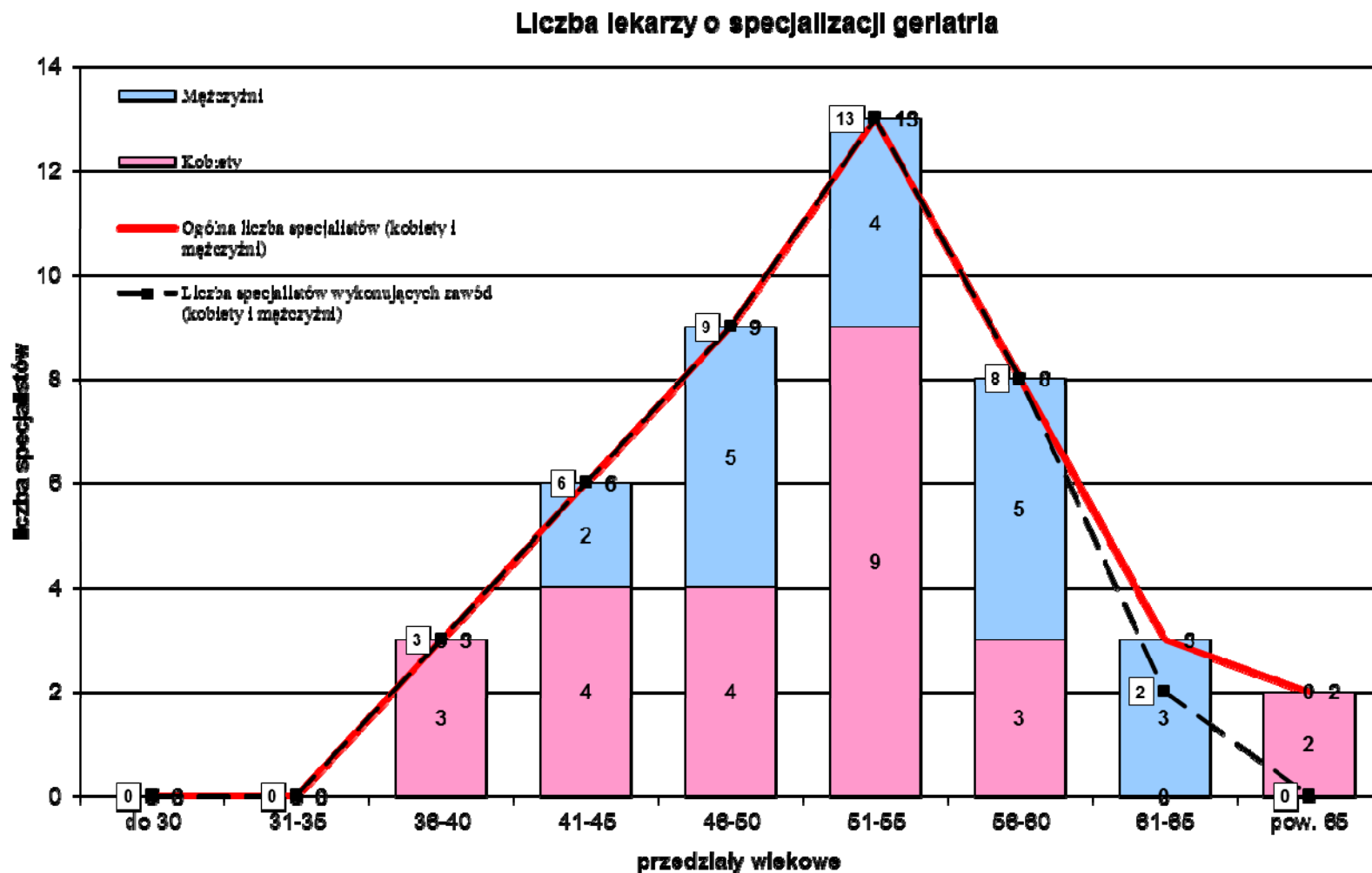
Opracowanie na podstawie danych Rejestru Lekarzy Śląskiej Izby Lekarskiej za 2012 r.

Struktura wiekowa lekarzy wybranych specjalizacji – członków ŚIL w 2012 r.



Opracowanie na podstawie danych Rejestru Lekarzy Śląskiej Izby Lekarskiej za 2012 r.

Struktura wiekowa lekarzy wybranych specjalizacji – członków ŚIL w 2012 r.



Opracowanie na podstawie danych Rejestru Lekarzy Śląskiej Izby Lekarskiej za 2012 r.

Liczba chętnych, a liczba miejsc rezydenckich

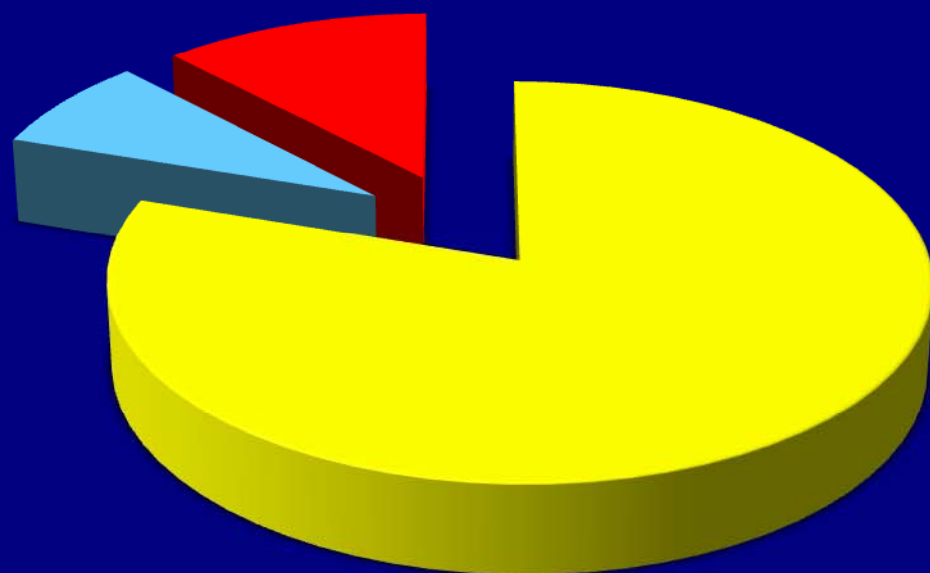


	<i>liczba przyznanych miejsc w ramach rezydentury</i>	<i>liczba przyjętych wniosków do realizacji specjalizacji w ramach rezydentury</i>	<i>stosunek liczby wniosków do liczby przyznanych miejsc (%)</i>
2010 ogółem, w tym:	195	435	44,83%
sesja zimowa	39	136	28,68%
sesja jesienna	156	299	52,17%
2011 ogółem, w tym:	258	439	58,77%
sesja zimowa	57	92	61,96%
sesja jesienna	201	347	57,93%
2012 ogółem, w tym:	308	567	54,32%
sesja zimowa	37	140	26,43%
sesja jesienna	271	427	63,47%

Opracowano na podstawie danych:

Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego

Specjalizacje pielęgniarek i położnych



- Specjalizacje dla pielęgniarek 12141 osób
- Specjalizacje dla położnych 1181 osób
- Specjalizacje dla pielęgniarek i położnych 1837 osób

Źródło: NIPiP

Synteza problemów i zagrożeń

- Duża liczba podmiotów działalności leczniczej, wynikająca również z zaszłości historycznych (górnicza i resortowa służba zdrowia). Województwo zajmuje pierwsze miejsce pod względem liczby szpitali ogólnych – w sumie jest ich 116.
- Niekorzystny dla woj. śląskiego podział środków z NFZ.
- Niski poziom finansowania jednostek ochrony zdrowia ze strony samorządu terytorialnego.
- Brak specjalistów w wybranych dziedzinach medycyny.
- Zbyt mała liczba miejsc rezydenckich zaspakajająca zapotrzebowanie na poziomie około 50 %.



Potrzeba odważnych decyzji

- Rozdzielenie roli płatnika od organizatora ochrony zdrowia zarówno na szczeblu krajowym jak i regionalnym.
- Decentralizacja NFZ – zarówno organizacyjna, jak i finansowa.
- Wydłużenie okresu kontraktowania przez NFZ do minimum 5 lat, a w przypadku szpitali strategicznych posiadających SOR do lat 7 lub 8.
(np. z zestawienia planów kontraktowania szpitali wojewódzkich z lat 2011 i 2012 wynika, że szpitalowi w najlepszej sytuacji z roku na rok zwiększono kontrakt o 14%, a temu w najgorszej zmniejszono o blisko 20%)
- Zamrożenie standardów technicznych i sanitarnych w placówkach ochrony zdrowia.



Potrzeba odważnych decyzji

- Powrót do tego, co zapowiadała już pierwsza ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991r. oraz założeń przygotowanego w 2006 r. przez prof. Zbigniewa Religę projektu utworzenia sieci szpitali, zbudowanej w oparciu o mapę potrzeb zdrowotnych:
 - sieć ta powinna przede wszystkim obejmować jednostki strategiczne tj. szpitale kliniczne i wojewódzkie,
 - zapewnienie stabilnych zasad finansowania dla podmiotów znajdujących się w sieci (wydłużenie okresu kontraktowania, dostosowanie cen do wysokospecjalistycznych, kompleksowych świadczeń).



Bez istotnych i zdecydowanych zmian
sytuacja będzie się nadal pogarszała,
potęgując trudności w dostępie do świadczeń
medycznych.



Dziękuję za uwagę

Współpraca: Ośrodek Kształcenia Śląskiej Izby Lekarskiej
oraz Anna Zadora - Świderek