„Czy samorząd terytorialny ma obowiązek prowadzenia szpitali?”

Kraków, 16 lipca 2015 r.

Sala Obrad Rady Miasta Krakowa

Urząd Miasta Krakowa

MATERIAŁY POKONFERENCYJNE

Opracowanie: Biuro ds. Ochrony Zdrowia, na bazie udostępnionych materiałów

Program konferencji

- **Godz. 10.10 – 10.30 „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia – treść konstytucyjnego prawa podmiotowego wynikającego z art. 68 Konstytucji”.** Profesor Andrzej Zoll – prezes Trybunału Konstytucyjnego w latach 1993-1997 i Sędzia TK w stanie spoczynku.
- **Godz. 10.30 – 10.50 ,,Skuteczność działania leczniczego i efektywność kosztowa szpitali publicznych i prywatnych. Z doświadczeń innych krajów”** Prof. dr hab. Stanisława Golinowska - **Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego** Instytutu Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego - Collegium Medicum.
- **Godz. 10.50 – 11.10 ,,Podstawowe problemy związane z działalnością publicznego szpitala w Polsce”.** Anna Czech –Prezes Małopolskiego Związku Pracodawców ZOZ.
- **Godz. 11.10 – 11.30 ,,Ograniczanie wpływu samorządu terytorialnego na działalność szpitali”.** Paweł Stańczyk – Sekretarz Miasta Krakowa.
-
- **Godz. 11.30–12.00 ,,Czy powinien istnieć regulator na szczeblu województwa?”** Dr Marek Balicki – Minister Zdrowia w latach 2003 – 2005.
- **Godz. 12.00 – 12.20 ,,Czy i kto organizuje ochronę zdrowia w Polsce?”** Prof. Andrzej Matyja – Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie.

Skuteczność działania leczniczego i efektywność kosztowa szpitali publicznych i prywatnych. Z doświadczeń innych krajów

Prezydent Miasta Krakowa

16. VII. 2015

Stanisława Golinowska

Plan wystąpienia

- System ochrony zdrowia; jego składowe i interakcje
- Zasady konstytuujące system ochrony zdrowia
- Źródła finansowania ochrony zdrowia w jego funkcjonalnej strukturze
- Wydatki na ochronę zdrowia; poziom, zmiany i sktruktura
- Wydatki na szpitale
- Formuły własności szpitali
- Struktura własności w innych krajach
- Wnioski

System ochrony zdrowia - funkcje

Zdrowie publiczne

Opieka zdrowotna

Rehabilitacja

Opieka długo-terminowa

Rozwijanie i utrzymanie potencjału zdrowia	Przywracanie zdrowia	Podtrzymanie zdrowia i opieka

System ochrony zdrowia - zasady i wartości

- **równe i powszechne** prawo do ochrony zdrowia; równość dostępu do świadczeń zdrowotnych
- **zasada subsydiarności** > odpowiedzialność indywidualna jest zasadą podstawową, gdy może być realizowana, ale występują poważne ograniczenia informacyjne i społeczne
- **solidaryzm**; finansowanie wg zdolności do płacenia a korzystanie wg potrzeb

System ochrony zdrowia – cele i środki

Schemat: System zdrowotny: działania, pożądane cechy i finalne cele (efekty).

Determinanty zdrowia – tęcza zdrowia

Rys.
Główne determinanty zdrowia wg Dahlgren, Whitehead 1993

*żywienie, mieszkanie, kształcenie, rynek pracy, warunki pracy, ochrona socjalna, warunki sanitarne i opieka zdrowotna,

Determinanty zdrowia

1. Czynniki konstytuujące człowieka: demograficzne, głównie wiek i płeć oraz czynniki biologiczne,
2. Indywidualne czynniki stylu życia,
3. Czynniki relacji w środowisku społecznym i lokalnym (więzi i sieci),
4. Czynniki warunków życia i pracy, ochrona socjalna i opieka zdrowotna,
5. ogólne czynniki społeczno-ekonomiczne, kulturowe i środowiska naturalnego

Odpowiedzialność za finansowanie ochrony zdrowia

Zdrowie publiczne – **odpowiedzialność zbiorowa** (publiczna) **i indywidualna**

Opieka zdrowotna – odpowiedzialność indywidualna i zbiorowa jednocześnie – **solidaryzm**

Opieka długoterminowa – odpowiedzialność rodzinna i publiczna

System ochrony zdrowia – finansowanie

Zdrowie publiczne	Opieka zdrowotna	Rehabilitacja	Opieka długo-terminowa
Publiczne – budżetowe Indywidualne i grupowe	Publiczne (budżetowe lub SUZ) i indywidualny udział w kosztach	Indywidualne (rodzinne) Publiczne	

Między finansowaniem indywidualnym a publicznym

Teza – zdrowie jest dobrem prywatnym (każdy jest producentem własnego zdrowia) i publicznym jednocześnie (posiada znaczące efekty zewnętrzne).

Określenie odpowiedzialności publicznej i prywatnej jest jednak bardzo trudne, ponieważ nie każdy człowiek jest zdolny ponieść odpowiedzialność za własne zdrowie nawet gdy może > uwarunkowania społeczne.

Finansowanie systemu ochrony zdrowia – tendencje ogólne

1. Systematyczny wzrost wydatków na opiekę zdrowotną; główne czynniki: wzrost dochodów, wzrost wykształcenia i szeroki dostęp do informacji, starzenie się, nowe technologie medyczne

2. Podejmowanie działań (reform) na rzecz ograniczanie wzrostu wydatków- racjonowanie i racjonalizacja, działania fiskalne i ograniczanie dostępu

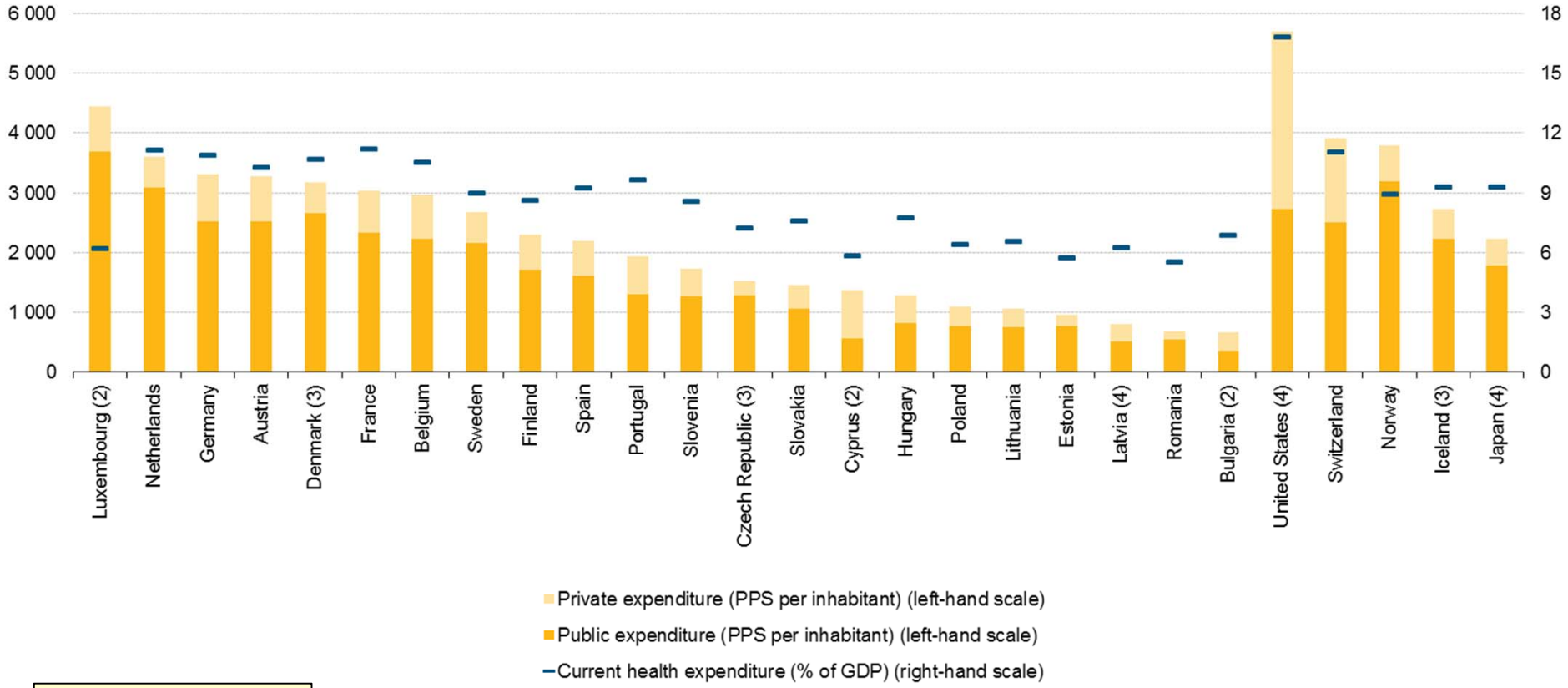
3. Niedostateczne inwestowanie w zasoby > powszechnie występujący deficyt kadr medycznych

Spadek wydatków na ochronę zdrowia w okresie kryzysu (2007/2008 do 2011/2012) w UE

Według raportu OECD, bazującego na NRZ

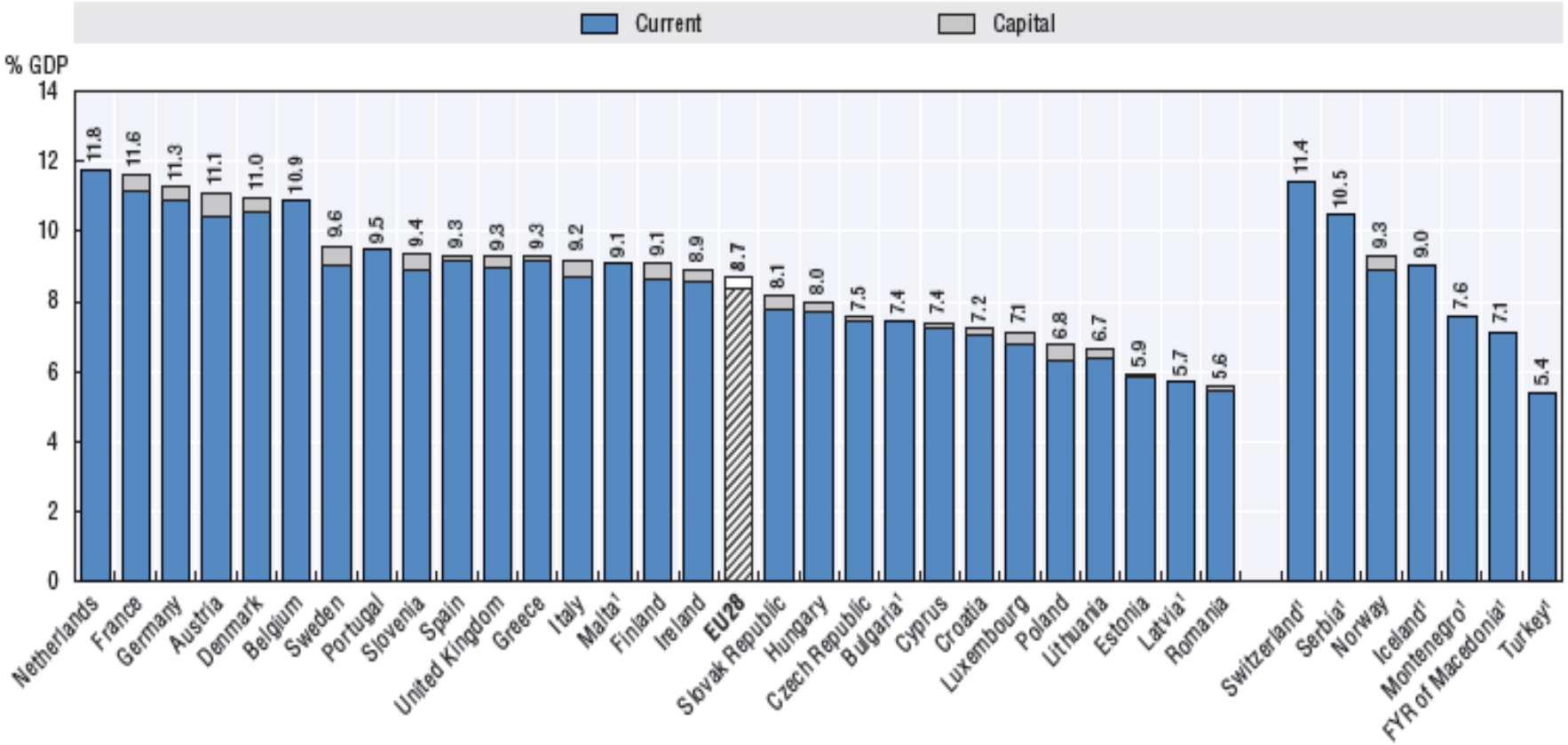
1. Ochrona wydatków ambulatoryjnych (POZ i AOS) – utrzymanie wzrostu – 0,7 średniorocznie realnie
2. Lekki spadek wydatków na opiekę stacjonarną; -1,3 odbudowany do +1,5
3. Większy spadek na leki (- 1,7-2,7), nie odbudowany
4. Duży spadek na administrację, ale szybko odbudowany
5. **Największy spadek na prewencję;** -3,8 średniorocznie w roku 2010/2009, odbudowany do +1,8 w roku 2012

Finansowanie systemu ochrony zdrowia – tendencje ogólne

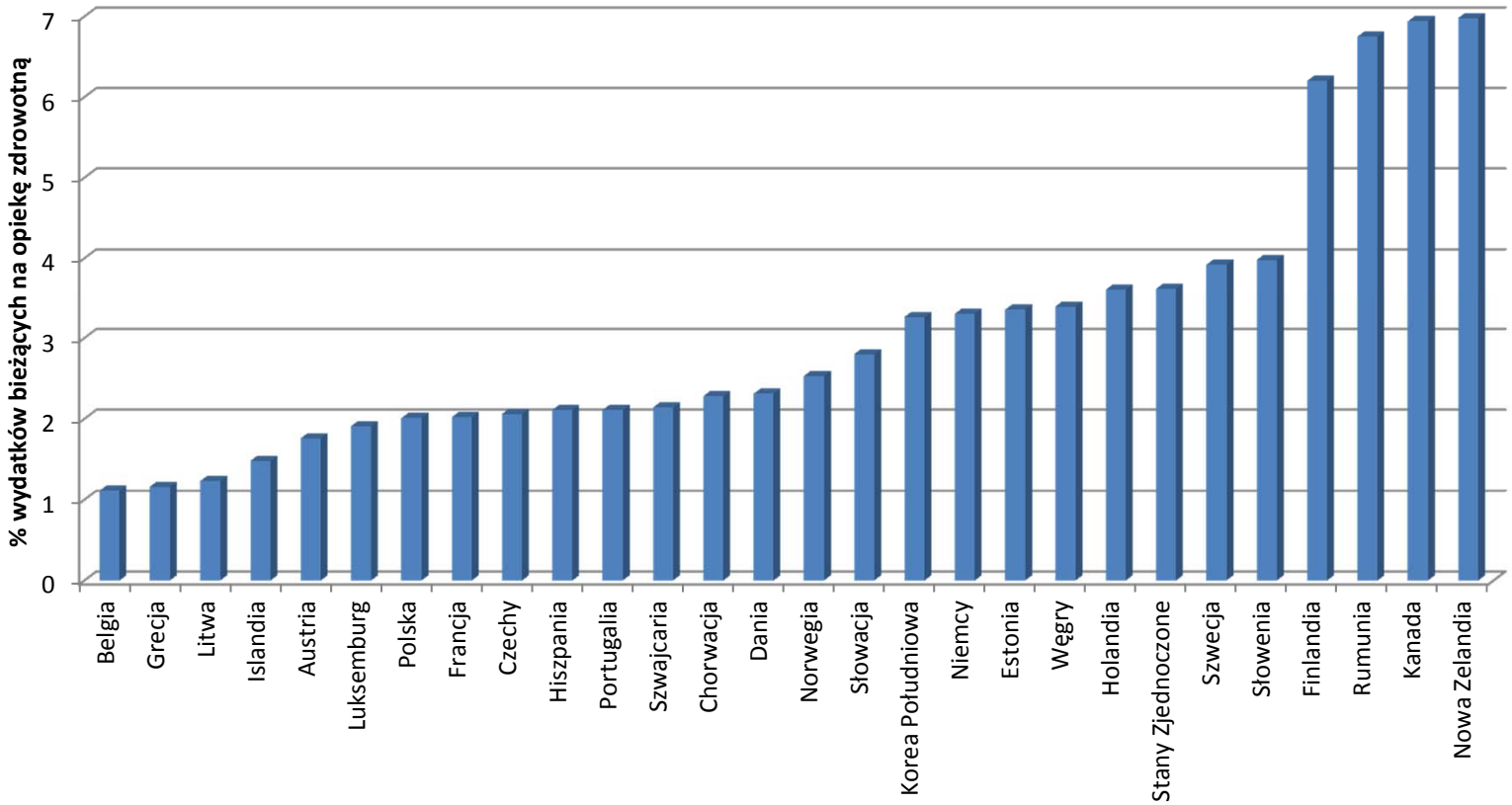


Source: Eurostat 2012

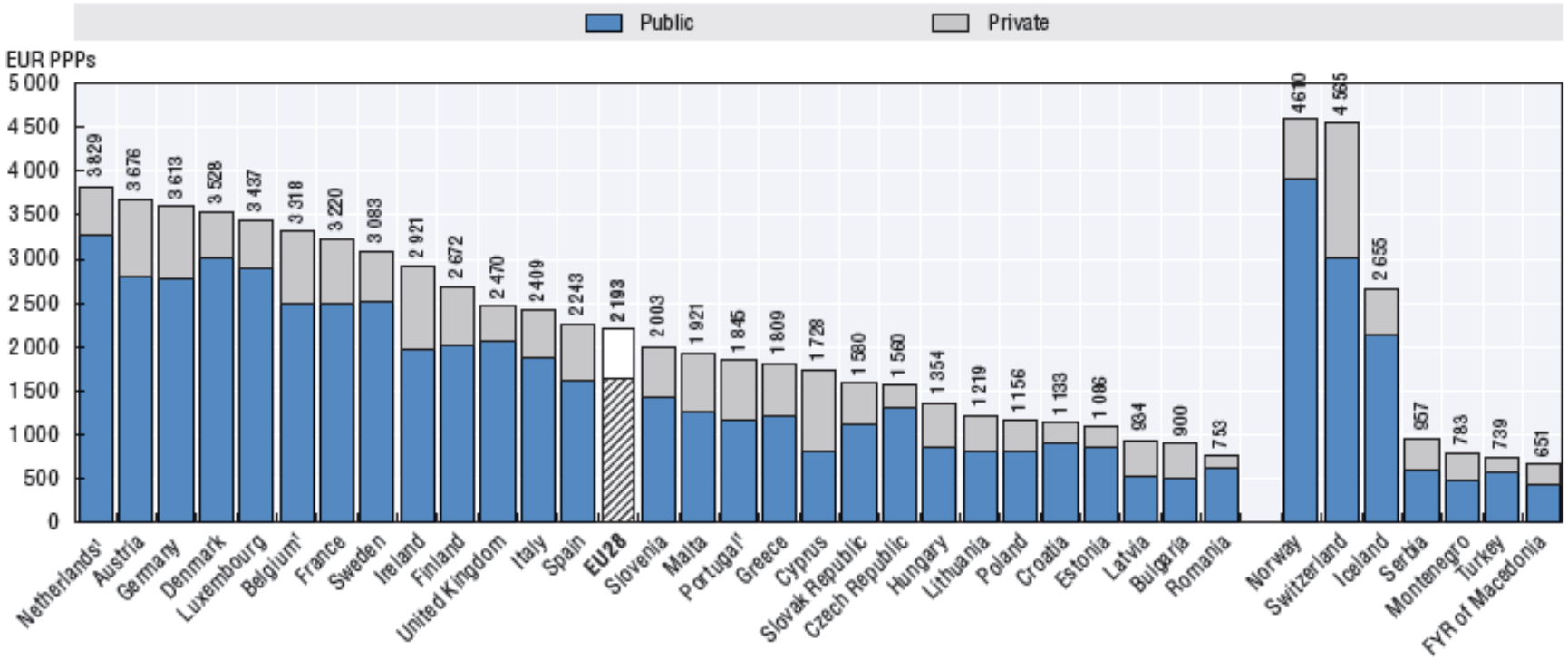
Wydatki zdrowotne bieżące i inwestycyjne



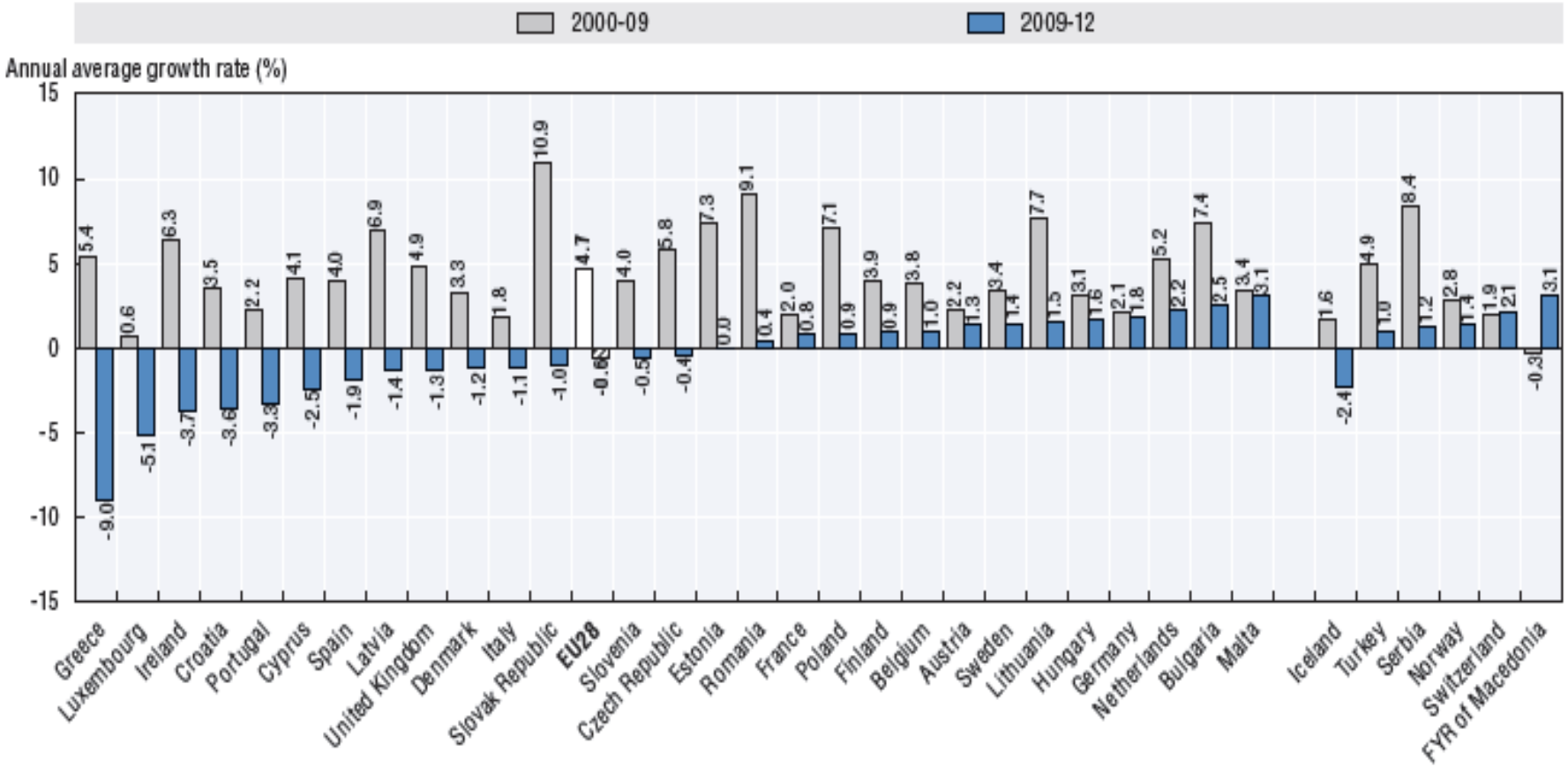
Wydatki bieżące na opiekę zdrowotną



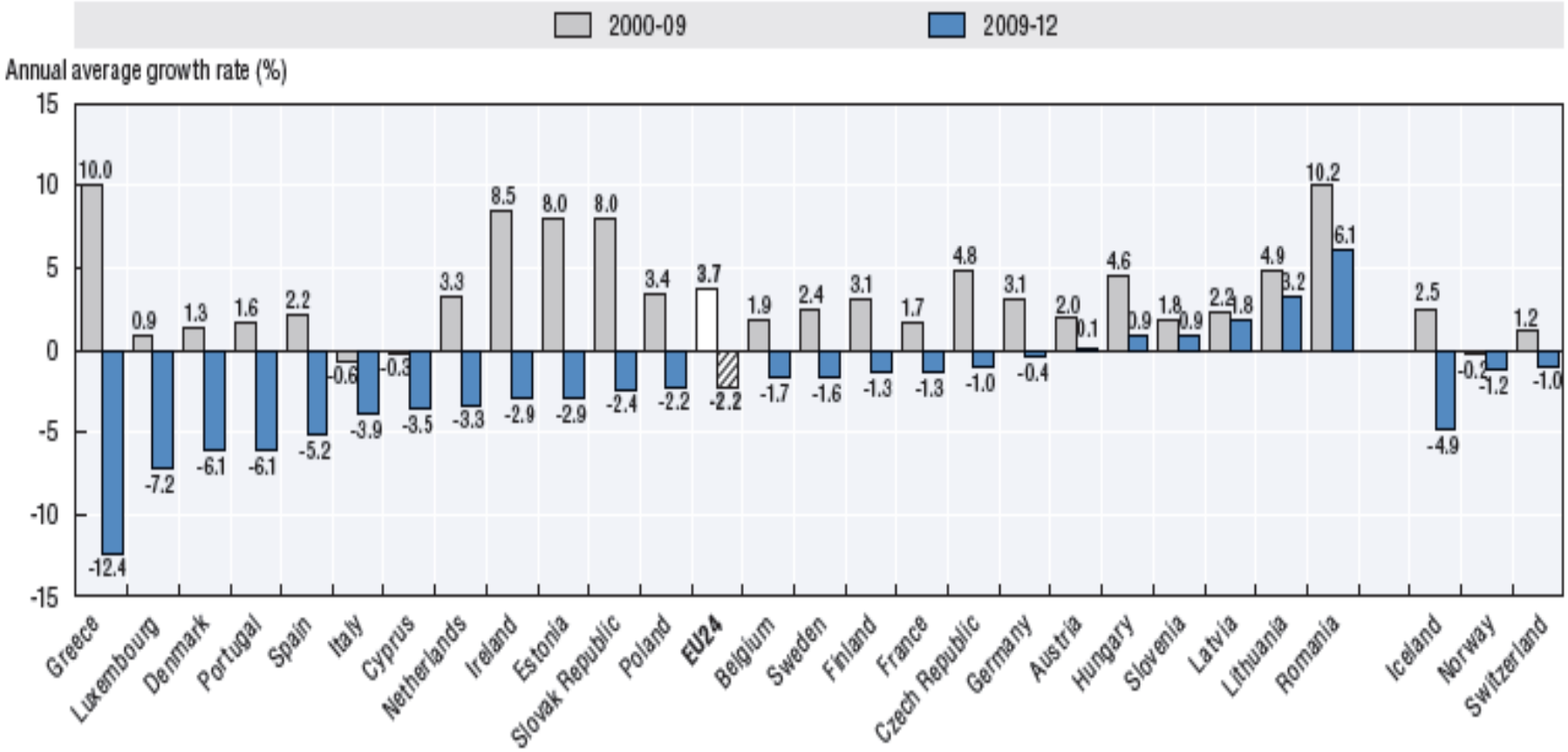
Publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia



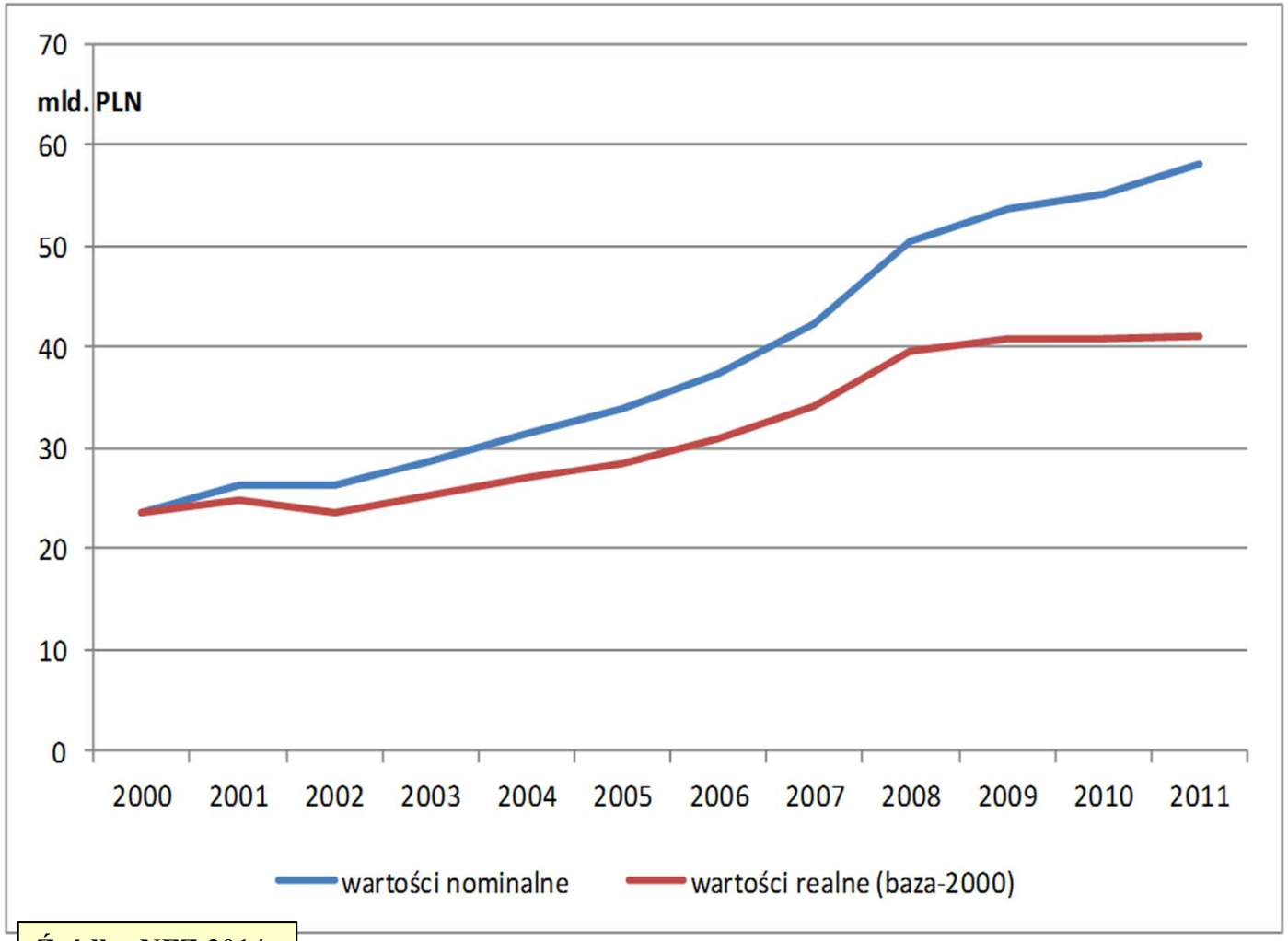
Roczny wzrost wydatków przed i po kryzysie



Roczny wzrost wydatków zdrowotnych przed i po kryzysie



Wydatki NFZ na zdrowie



Źródło: NFZ 2014

Rok	Stopa składki
1999	7,50%
2000	7,50%
2001	7,75%
2002	7,75%
2003	8,00%
2004	8,25%
2005	8,50%
2006	8,75%
2007	9,00%
2008	9,00%
2009	9,00%
2010	9,00%
2011	9,00%
2012	9,00%
2013	9,00%

Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce – tezy ogólne

System zdrowotny od wielu lat cierpi na dramatycznie postępującą chorobę jaką jest pogłębiająca się nierównowaga między potrzebami zdrowotnymi a dostępnymi zasobami niezbędnymi dla funkcjonowania systemu

Wzrost potrzeb wywołanych czynnikami demograficznymi społeczno – ekonomicznymi oraz technologicznymi napotyka ograniczenia w rozwoju zasobów służących ich zaspokojeniu

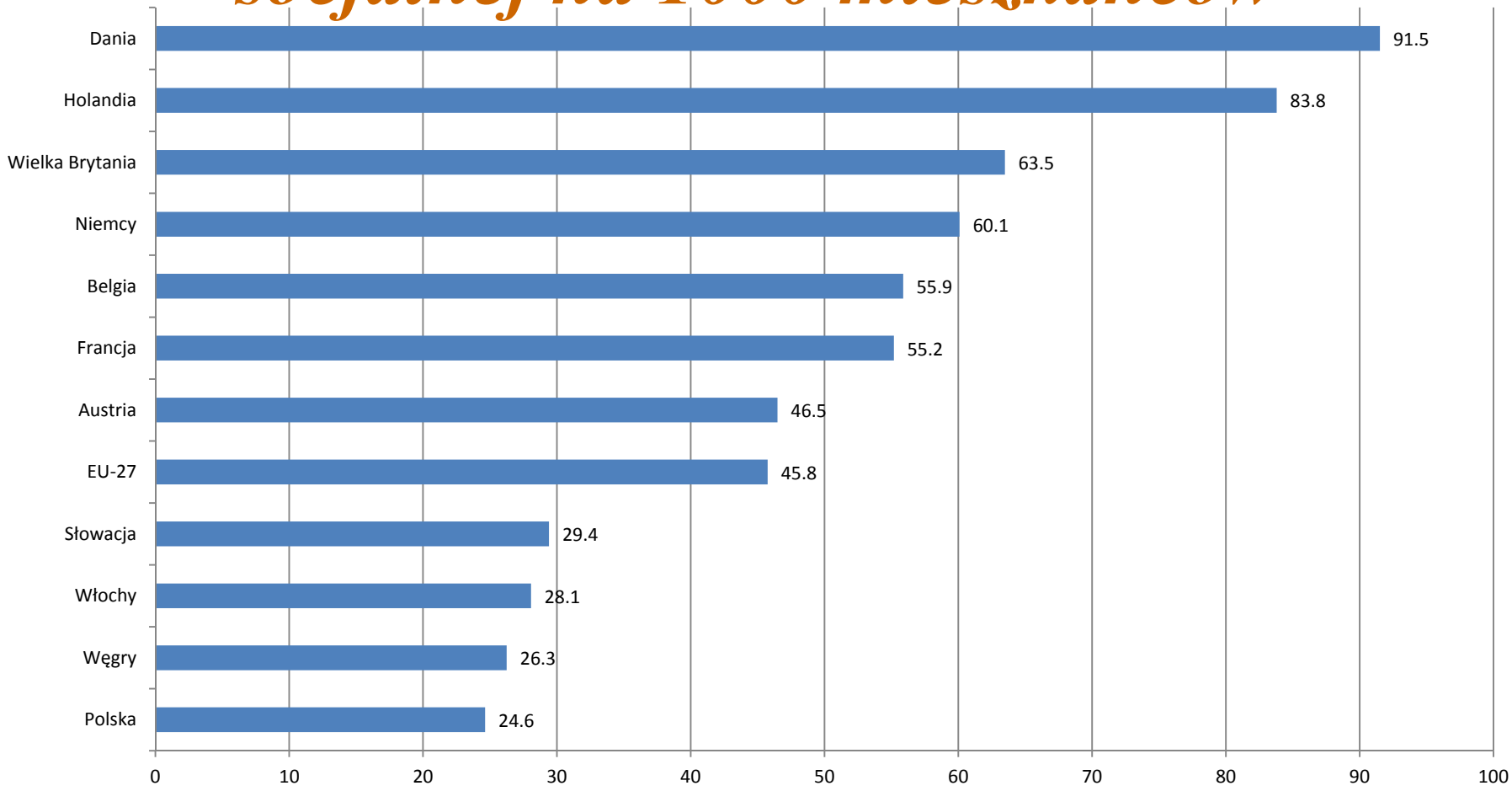
Deficyt kadr medycznych

- Niedostateczne kształcenie kadr medycznych; brakuje kadr edukacyjnych, niskie wydatki na kształcenie

Wydatki te nie stanowią składnika kategorii wydatków na zdrowie (*health expenditures*). W NRZ traktowane są jako tzw. wydatki związane ze zdrowiem (*health related hr*). Stanowią zaledwie 4% ogółu wydatków *hr*. Ich pewien wzrost w ostatnich latach obejmował tylko kształcenie pielęgniarek (na wyższy poziom) oraz ratowników medycznych.

- Odpływ lekarzy praktykujących do innych sektorów, w tym do przemysłu farmaceutycznego, szczególnie w latach 1999 – 2002.
- Emigracja lekarzy i pielęgniarek, przyczyny: relatywnie niskie płace, niezadawalające warunki i stosunki pracy, niezdefiniowane ścieżki kariery zawodowej.
- Niekorzystna struktura demograficzna lekarzy i pielęgniarek; dynamicznie starzejąca się grupa zawodowa

Nasycenie kadrami w sektorze zdrowia i pracy socjalnej na 1000 mieszkańców



Źródło: LFS 2010

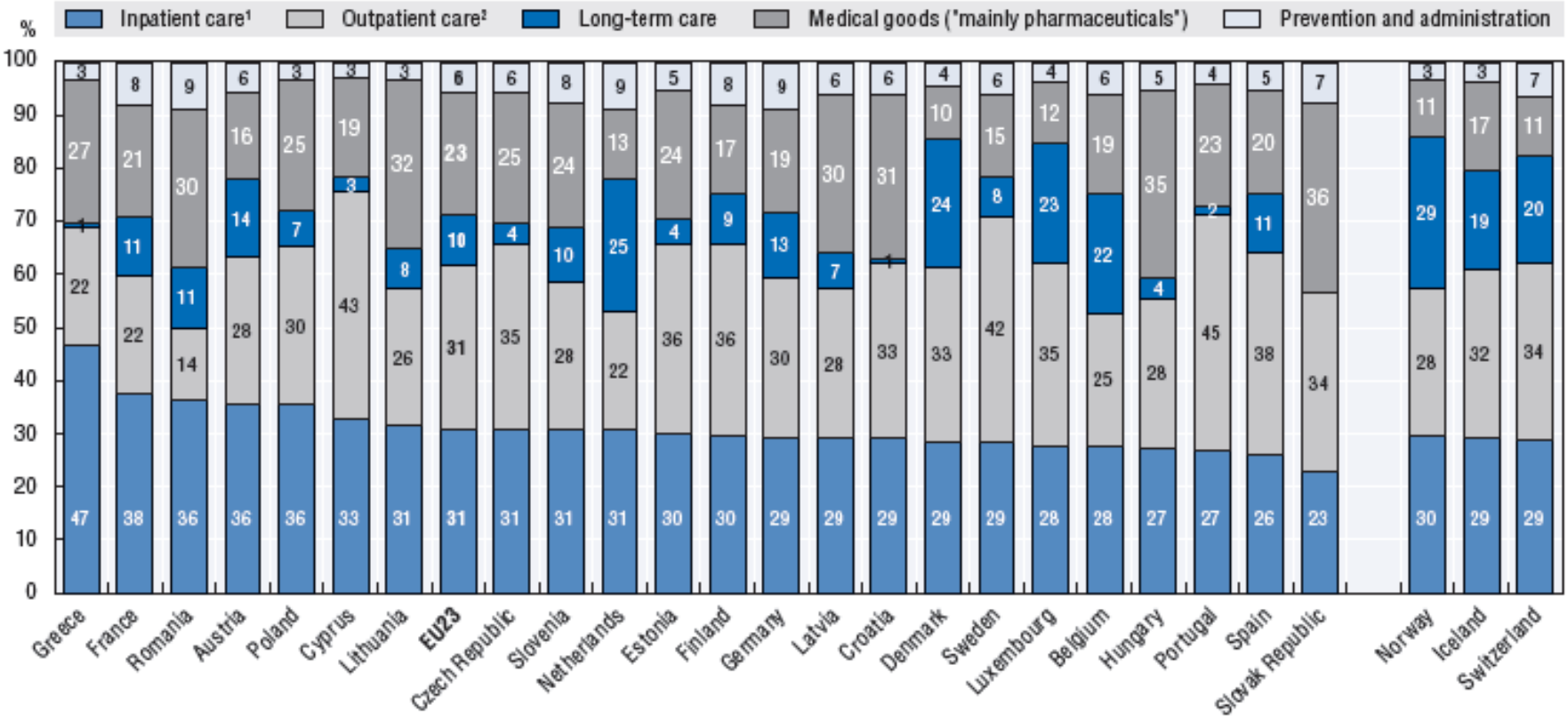
Stanisława Golinowska 2015

Łóżka szpitalne na 100 tys. mieszkańców

Kraje	**2001**	**2011**	**2001**	**2011**
	Opieki zdrowotnej		Psychiatryczne	
UE	390,7		76,2	
Polska	506,7	429,3		63,0
Niemcy	595,8	530,7	107,5	120,7
Czechy	567,6	470,2	114,2	100,8
Litwa	626,4	537,6	122,4	111,1
Austria	610,3	542,4	72,3	77,9
UK	316,0	237,0	87,7	52,6
Holandia	291,1	334,0	153,9	139,3
Szwecja	234,5	201,2	58,7	46,9

Proporcje wydatków na opiekę stacjonarną , ambulatoryjną, leki i LTC

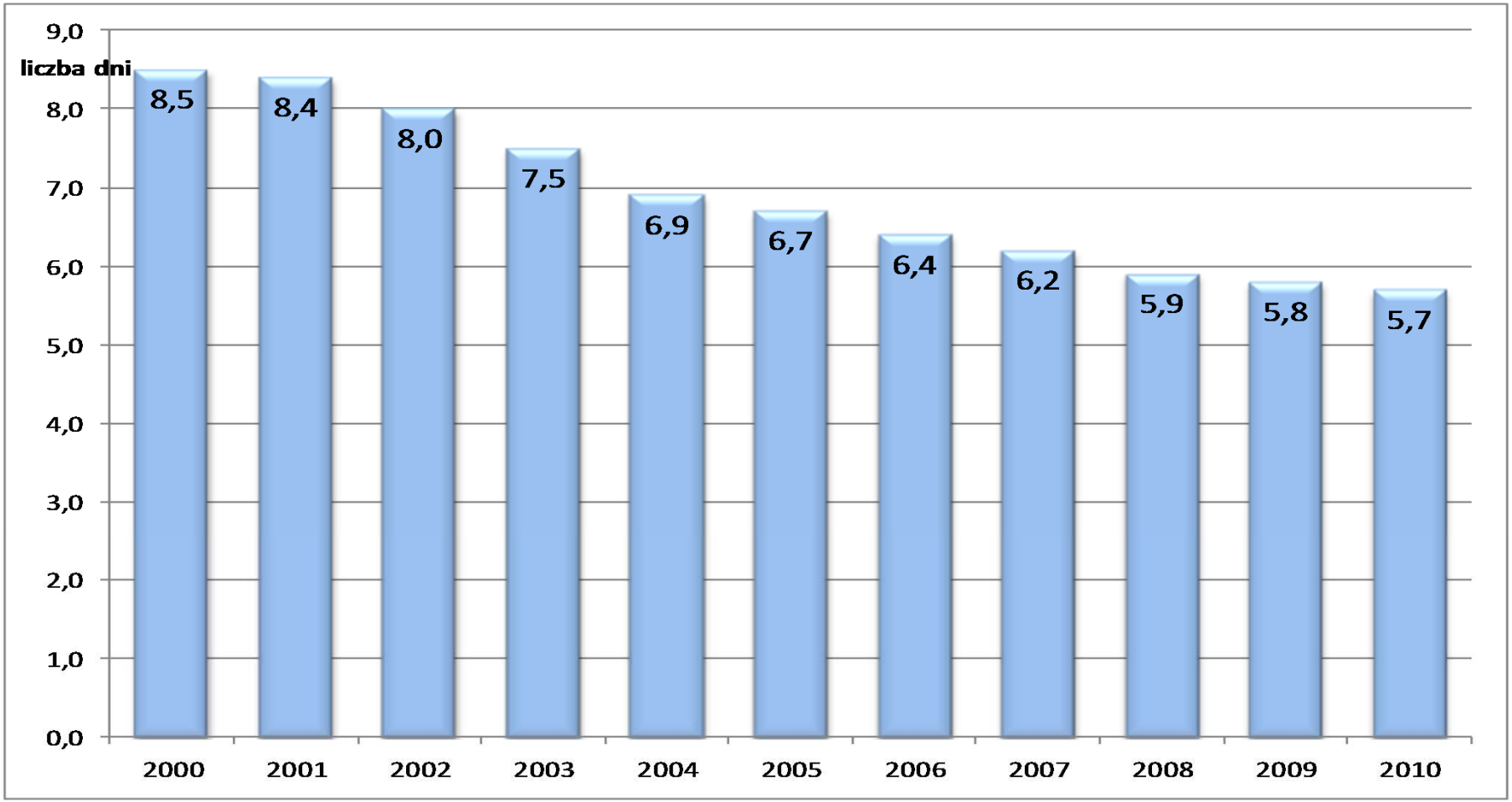
Kraje	Opieka szpitalna	Opieka Ambula-toryjna	Dobra medyczne	Opieka
Polska	34,8	30,7	24,0	1,8
Niemcy	30,1	31,1	20,7	7,8
Czechy	43,4	26,3	22,1	1,5
Litwa	35,4	22,8	32,0	1,5
Austria	39,2	24,0	39,2	9,0
Holandia	34,5	19,0	12,8	25,1
Szwecja	46,4	21,3	13,9	-


%
Inpatient care¹
Outpatient care²
Long-term care
Medical goods ("mainly pharmaceuticals")
Prevention and administration
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Greece 47 22 1 27 3
France 38 22 11 21 8
Romania 36 14 11 30 9
Austria 36 28 14 16 6
Poland 36 30 7 25 3
Cyprus 33 43 3 19 3
Lithuania 31 26 8 32 3
EU23 31 31 10 23 6
Czech Republic 31 35 4 25 6
Slovenia 31 28 10 24 8
Netherlands 31 22 25 13 9
Estonia 30 36 4 24 5
Finland 30 36 9 17 8
Germany 29 30 13 19 9
Latvia 29 28 7 30 6
Croatia 29 33 1 31 6
Denmark 29 33 24 10 4
Sweden 29 42 8 15 6
Luxembourg 28 35 23 12 4
Belgium 28 25 22 19 6
Hungary 27 28 4 35 5
Portugal 27 45 2 23 4
Spain 26 38 11 20 5
Slovak Republic 23 34 36 7
Norway 30 28 29 11 3
Iceland 29 32 19 17 3
Switzerland 29 34 20 11 7

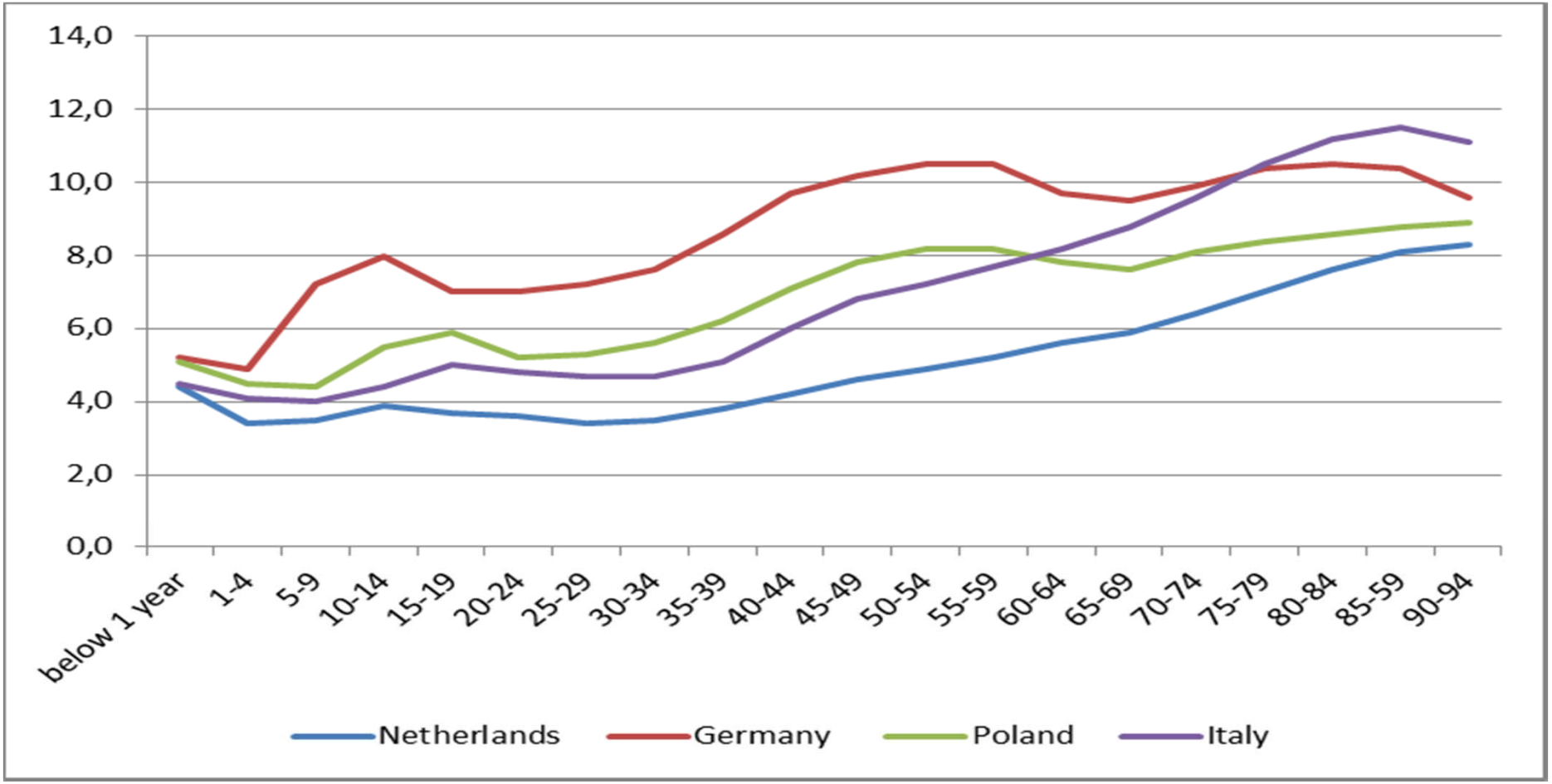
Tendencje w szpitalnictwie

1. Zmniejszanie stanu posiadania – spadek liczby łóżek na 100 tys. mieszkańców
2. Wydatki na szpitale w strukturze wydatków na zdrowie – zmniejszanie się udziału, ale z różnych przyczyn (nie tylko efektywnościowych), także z powodu wypychania przez wydatki na leki oraz LTC
3. Poprawa efektywności technicznej –ALOS

Poprawa efektywności technicznej AL0S



ALOS porównawczo



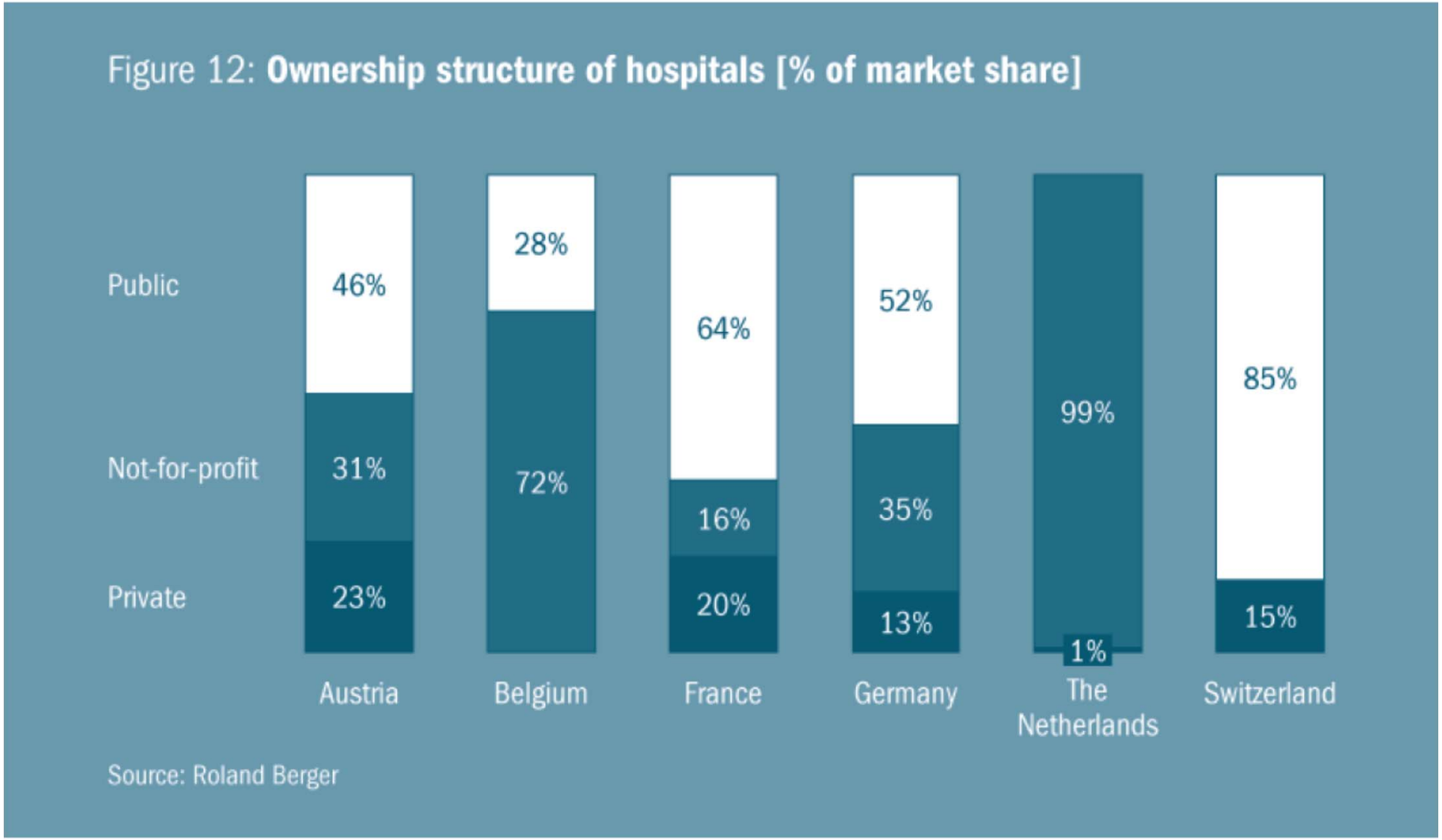
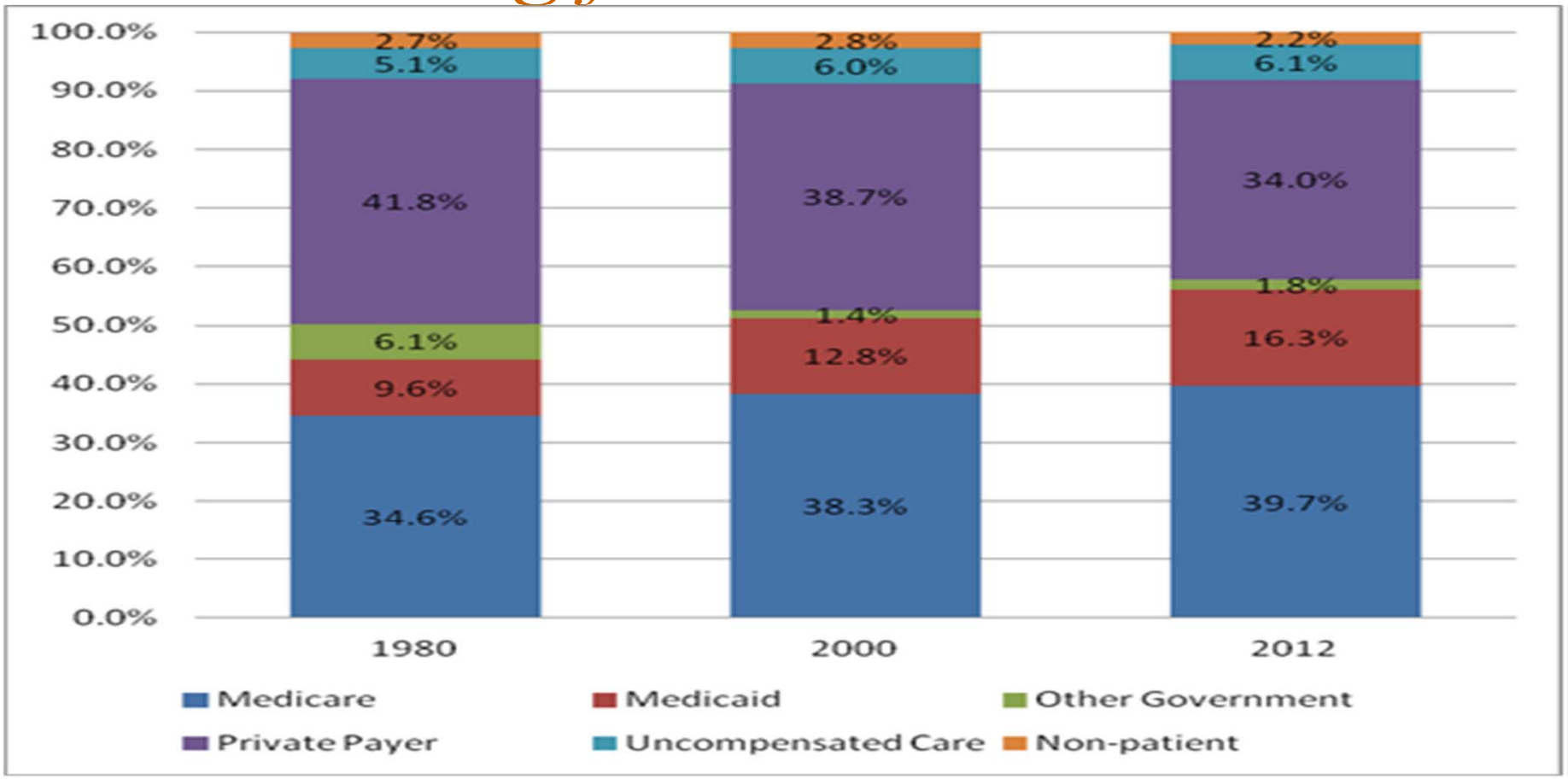


Figure 12: Ownership structure of hospitals [% of market share]
Public
Not-for-profit
Private
46%
31%
23%
28%
72%
64%
16%
20%
52%
35%
13%
99%
1%
85%
15%
Austria
Belgium
France
Germany
The Netherlands
Switzerland
Source: Roland Berger

Prywatne i publiczne szpitale w USA wg finansowania



Szpitale publiczne i prywatne non for profit w USA

Rodzaje szpitali	Łóżka szpitalne w tys.	Struktura
Federal government	45	4.77%
Community hospitals:	806	**85.31%**
Nongovernmental non-for-profit	*556*	***58.88%***
Investor owned for-profit	*122*	*12.92%*
State and local government	*127*	***13.45%***
Psychiatric	76	8.05%
Other (long term general and special, tuberculosis, hospital units of institutions)	18	1.87%
All hospitals	**944**	**100.00%**

Własność szpitali; wiele formuł

- Szpitale publiczne
- Szpitale prywatne for profit i non for profit

- Szpitale finansowane ze środków publicznych (publiczne i prywatne)
- Szpitale finansowane ze środków prywatnych (prywatne i publiczne)

Odpowiedzialność państwa za zdrowotną efektywność leczenia niezależnie od własności

- Kształtowanie dostępności usług szpitalnych geograficznej (sieć szpitali), medycznej (odpowiedniość struktury specjalistycznej) i ekonomicznej (udział w kosztach)
- Formułowanie standardów i egzekwowanie jakości
- Zapewnienie ciągłości leczenia
- Stosowanie zasad dobrego rządzenia i efektywnego zarządzania

Wnioski

System ochrony zdrowia podporządkowany jest ograniczeniu budżetowemu w każdym jego elemencie

Ochrona finasowania usług medycznych dokonuje się kosztem inwestycji w zasoby, zdrowie publiczne i wydatków na dobre rządzenie (*good governance*)

Stosuje presję na prywatyzację jako głównego nurtu reformowania; alternatywą jest *public – private mix, czyli wprowadzenie komponentów prywatnych do sektora publicznego*

Rekomendacje

Jasne definiowanie celów, nie mieszanie ze środkami do ich osiągnięcia

Respektowanie podstawowych wartości systemu ochrony zdrowia: równość dostępu i ciągłość leczenia (opieka koordynowana)

Zapewnienie oczekiwanej i możliwej do osiągnięcia jakości usług

Respektowanie zasad gospodarności i efektywnego wykorzystywania zasobów, a nie motywacji do tworzenia zysku przez świadczeniodawców

Rekomendacje

Jednoznaczne zdefiniowanie odpowiedzialności państwa, grup społeczeństwa oraz jednostek za zdrowie

- Podstawowa odpowiedzialność państwa: rozwój i dostarczanie niezbędnych dla funkcjonowania sektora zasobów (finanse, kadry, infrastruktura, technologie medyczne)
- Określenie gwarancji państwa i wskazywanie odpowiedzialności indywidualnej w finansowaniu świadczeń; rozważenie wprowadzenia indywidualnego udziału w kosztach z uwzględnieniem zdolności oraz skłonności do płacenia
- Zapewnienie realizacji celów zdrowia publicznego z udziałem społeczeństwa (zdrowy styl życia > zdrowe starzenie się)

Rekomendacje

Konieczna poprawa rządzenia w sektorze zdrowotnym (*good governance*) poprzez rozwój odpowiednich narzędzi:

- Informacja, analiza i ekspertyza > wprowadzenie do MZ obowiązku realizacji funkcji analityczno – monitorującej
- Strategia i planowanie, uwzględniające wyzwania przyszłości, a szczególnie wprowadzenie do MZ prognozowania i systematycznego planowania potrzeb kadrowych
- Wprowadzenie do sektora zdrowotnego funkcji kontrolnej, obejmującej kompleksowo dostępność, jakość i racjonalność ekonomiczną (gospodarność w wykorzystaniu zasobów)
- Koordynacja działania: MZ, płatnik i samorządy terytorialne
- Budowanie profesjonalnych instytucji dla realizacji efektywnego rządzenia

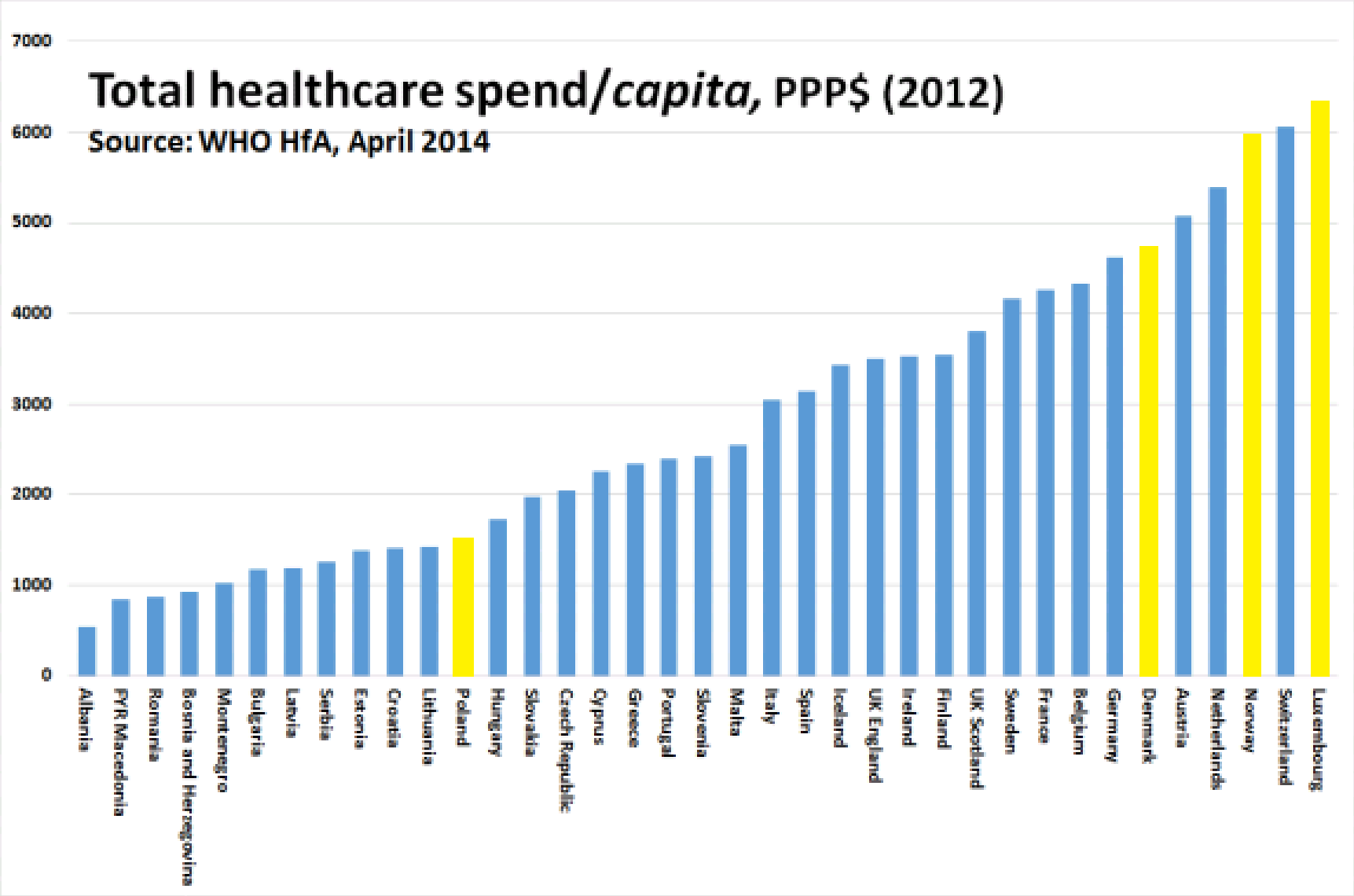
Dziękuję za uwagę

Szpital Świętego Łukasza

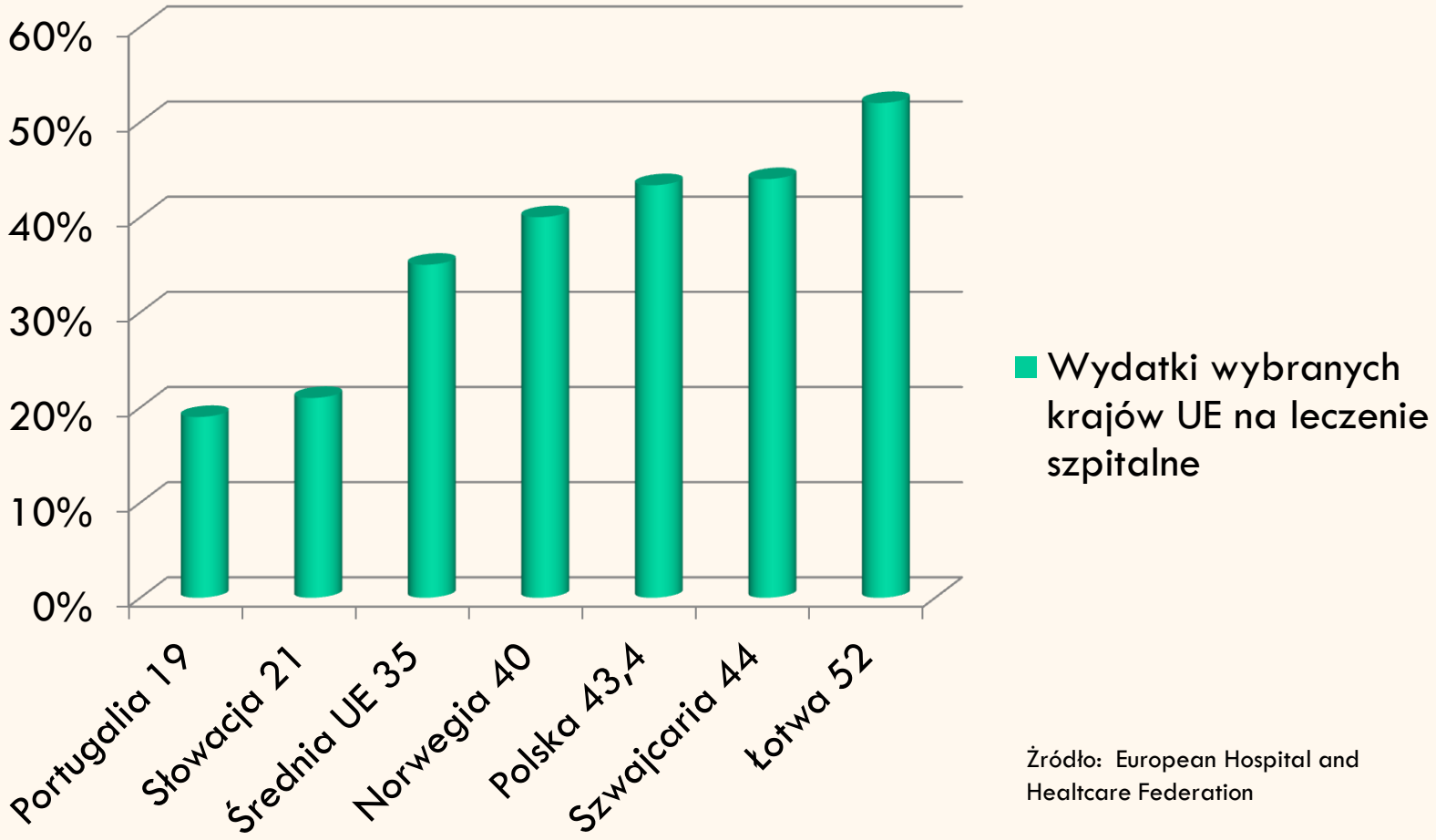
Dobro pacjenta naszym najwyższym celem

Podstawowe problemy związane z działalnością publicznego szpitala w Polsce

Potrzeby zdrowotne społeczeństwa są zawsze dużo większe niż możliwości państwa w zakresie ich finansowania

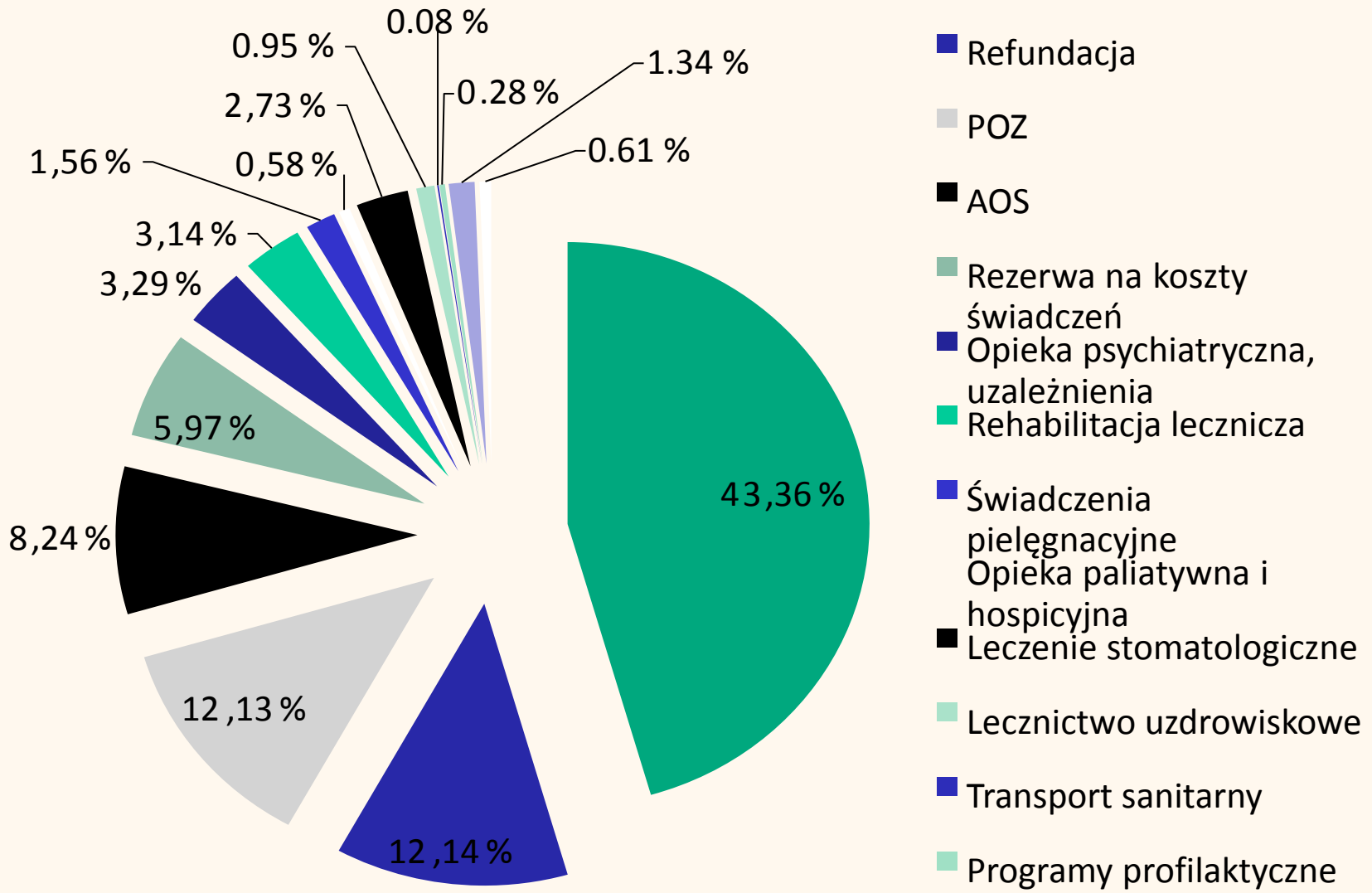

Total healthcare spend/capita, PPP$ (2012)
Source: WHO HfA, April 2014
7000
6000
5000
4000
3000
2000
1000
0
Albania
FYR Macedonia
Romania
Bosnia and Herzegovina
Montenegro
Bulgaria
Latvia
Serbia
Estonia
Croatia
Lithuania
Poland
Hungary
Slovakia
Czech Republic
Cyprus
Greece
Portugal
Slovenia
Malta
Italy
Spain
Iceland
UK England
Ireland
Finland
UK Scotland
Sweden
France
Belgium
Germany
Denmark
Austria
Netherlands
Norway
Switzerland
Luxembourg

Wydatki wybranych krajów UE na leczenie szpitalne



Źródło: European Hospital and Healtcare Federation

Budżet NFZ 2015



Szpitale w Polsce

- 924
- Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (22)
- Ministerstwo Sprawiedliwości (5)
- Małopolska (74)

Żródło:Magellan Raport 2014

Na przykład w zaborze pruskim…

Obowiązywała zasada, że …

Szpital nie może być dalej niż jeden dzień drogi furmanką…

Obecna Diagnoza

- Zbyt dużo szpitali i zbyt wielu właścicieli (np. na różnych szczeblach samorządu)
- Próba regulacji rynku przez NFZ w oparciu o historyczne wykonanie i dostępne środki, a nie realne potrzeby
- Nierówność w dostępie do świadczeń, brak czasowej gwarancji wykonania usługi (inaczej niż np. w Norwegii, gdzie pacjent dokładnie wie jaki jest maksymalny czas oczekiwania na świadczenie, inaczej za zabieg w prywatnej placówce – od ręki płaci państwo)
- Brak politycznej odpowiedzialności za cały system zdrowia, w związku z ambicjami poszczególnych właścicieli

Niedobór środków w systemie

- Placówki publiczne realizują w większości „nieopłacalne procedury” – dobro pacjenta
- Większość najbardziej opłacalnych świadczeń trafia do niepublicznych placówek, które mają prawo „wybierać” – My nie!
- Nierówny podział środków dostępnych w ramach budżetu Unii Europejskiej (lobby)

Niewłaściwa wycena świadczeń

- Usługa w rzeczywistości jest droższa niż cena jaką oferuje NFZ (bardzo często)
- Działalność placówek publicznych (zwłaszcza), musi być zbilansowana, aby pokryć wyraźne straty w niektórych obszarach, co czasami jest ekonomicznie niemożliwe
- Zbyt wysoka wycena niektórych świadczeń – kardiologia inwazyjna – łakomy kąsek dla prywatnych podmiotów

Publiczne/Niepubliczne Nierówne

- W zakresie świadczeń zleconych przez NFZ – mogą, nie muszą
- W zakresie świadczeń komercyjnych – utrudnienia dla placówek publicznych
- W zakresie realizacji ustawy o zamówieniach publicznych – brak obowiązku przestrzegania jej

Szpitale „Ostre”

- Brak wyceny utrzymania „stałej gotowości” - Konieczność opracowania właściwego wskaźnika, który określałby wysokość dofinansowania dla placówek „ostrych”
- Przerzucenie kosztów z POZ oraz AOS na szpitale. To właśnie te placówki powinny przyjmować pacjentów, którzy w zdecydowanej większości trafiają na SOR (przepełnienie)
- Ponad 90% trafiających pacjentów otrzymuje „zieloną opaskę” czyli najniższy stopień zagrożenia

Pogotowie Ratunkowe

- Jest jedynie „dostarczycielem” pacjentów
- W przypadku Zespołów Podstawowych główne koszty ponosi SOR

Właściciele Szpitali Publicznych

- Na różnych szczeblach drabiny samorządowej
- Ze względu na polityczne uwarunkowania często nie czują się odpowiedzialni za rozwój i utrzymanie infrastruktury
- Brak długofalowego planu działaniu dla placówek (sprzyja temu kadencyjność w samorządzie)
- Często realizują te same zadania: np. szpital wojewódzki i miejski (konkurencja i lokalne ambicje) – zupełny brak koordynacji
- Koordynator – to on powinien udzielać ostatecznej rekomendacji

Pacjent

- Czy pacjent ma gwarancję bezpieczeństwa?
- Ze względu na brak standardów w leczeniu naraża się na „gorsze” leczenie: np. zaćma (elementy wszczepienne można kupić w różnych cenach, różny poziom)
- Sposób kontraktowania świadczeń przez NFZ i narzucone limity powoduje, że niekiedy może oczekiwać na świadczenie w wieloletniej kolejce
- Często może mieć wrażenie, że jest przerzucany: od lekarza POZ na SOR, z AOS na SOR …

Kolejki do specjalistów (Tarnów - przykłady)

- 852 dni - endoprotezoplastyka
- 385 dni - zabieg neurochirurgiczny
- 1030 dni - zabieg zaćmy
- 200 dni - endokrynolog
- 120 dni - kardiolog
- 230 dni - alergolog

Lekarze i personel

- Coraz bardziej widoczny brak lekarzy specjalistów, w przyszłości również pielęgniarek
- Brak wyraźnych działań MZ w celu poprawy dostępności do specjalizacji dla absolwentów medycyny
- Wielość organizacji i związków zawodowych – lobbing na rzecz interesów wąskich grup zawodowych oraz wpływ na zarządzanie

Coraz większy problem placówek – pacjenci długoterminowi

- Wyraźny niedobór placówek, do których można przekazać długoterminowego pacjenta (koszty)
- Brak reakcji MZ na coraz wyraźniejsze problemy demograficzne, które w kolejnych latach będą się intensywnie pogłębiać
- Konieczność wypracowania procedur i skupieniu się nad zagadnieniem opieki geriatrycznej, które będzie wyzwaniem w przyszłości

Kolejne wyzwanie - Psychiatria

- Obecnie, zupełnie nieopłacalna dziedzina z punktu widzenia wyceny świadczeń przez NFZ
- Podczas gdy statystyki są alarmujące: liczba osób z zaburzeniami psychicznymi stale wzrasta, aż 65% przypadków samobójstw wiąże się z chorobą psychiczną, głównie z depresją
- Codziennie na nasz Szpitalny Oddział Ratunkowy trafia od 5 do nawet kilkunastu osób, które potrzebują porady lub opieki lekarza psychiatry
- Dlatego w Tarnowie powstaje Ośrodek Psychiatrii, choć finansowo jest to nieopłacalne dla naszej placówki, ale jest koniecznością dla pacjentów
- Podobne problemy mają szpitale jednoprofilowe i wąskospecjalistyczne

Problemy, które trzeba rozwiązać

- Rzetelne wyliczenie i określenie kosztów leczenia
- Kwestia regulatora na szczeblu krajowym i wojewódzkim
- Efektywność obecnego modelu funkcjonowania służby zdrowia i kwestia zwiększenia nakładów
- Czy nie należy powrócić do koncepcji „sieci szpitali”, która wyeliminowałaby niezdrową i wyniszczającą konkurencję?
- Jak rozwiązać problem pacjenta „planowego” w szpitalach z SOR
- Zagwarantowanie pacjentowi realizacji usługi w określonym czasie

Ośrodek Psychiatryczny w Szpitalu Świętego Łukasza w Tarnowie

Czy warto zatem czekać ze zmianami na moment, w którym wszyscy dojdziemy do wniosku, że dotychczasowe założenia dotyczące funkcjonowania placówek medycznych, kontraktowania oraz leczenia pacjentów, będą musiały ulec gwałtownej zmianie, gdy okaże się, że z ich powodu upadła relatywnie duża publiczna placówka medyczna ???

Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza w Tarnowie

art. 16 ust. 2 Konstytucji
Samorząd terytorialny uczestniczy w sprawowaniu władzy publicznej

art. 163 Konstytucji
Samorząd terytorialny wykonuje zadania publiczne nie zastrzeżone przez Konstytucje lub ustawy dla organów innych władz

Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną z dnia 13 października 1998 r.

art. 47
1. Z dniem 1 stycznia 1999 r. jednostki samorządu terytorialnego **przejmują uprawnienia organu administracji rządowej, który utworzył samodzielny publiczny zakład** opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej.
(...)
2a. Prezes Rady Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, wykaz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały przejęte przez gminy, powiaty i samorządy województw, uwzględniając przepisy ust. 1 i 1a.

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2003 r.
– nieobowiązująca

Rozdział 7. Planowanie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych.

art. 101 [Plan zdrowotny]
***W celu określenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych oraz warunków należytego zabezpieczenia tych potrzeb tworzy się**:*
1)plany zdrowotne województwa, zwane dalej "wojewódzkimi planami zdrowotnymi", które stanowią wytyczne dla wojewódzkiego planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych;

Art. 102 [Projekt wojewódzkiego planu]

1. Projekt wojewódzkiego planu zdrowotnego opracowuje zarząd województwa, a zatwierdza sejmik województwa, w drodze uchwały.
3. Plany, o których mowa w ust. 1 i 2, określają najważniejsze krótkoterminowe i długoterminowe cele zdrowotne oraz proponowane sposoby ich osiągania.
4. W wojewódzkim planie zdrowotnym na podstawie analizy sytuacji zdrowotnej obywateli i jej uwarunkowań ustala się priorytety w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych.

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym
– nieobowiązująca

art. 55a.
1.Organy samorządu terytorialnego, po zasięgnięciu opinii samorządów zawodów medycznych w porozumieniu z Kasą Chorych, na których obszarze działa, są obowiązane do ***opracowania i aktualizacji planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej*** *na obszarze ich działania;* ***w oparciu o ten plan Kasa Chorych zawiera umowy*** *ze świadczeniodawcami.*

2. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej określi, w drodze rozporządzenia, zasady i warunki, jakim powinien odpowiadać plan zabezpieczenia ambulatoryjnego opieki zdrowotnej (…)

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym
z dnia 6 lutego 1997 r.

art. 74.
Organami regionalnej kasy są:
1) rada nadzorcza (...)
art. 75.
1. **W skład rady nadzorczej wchodzą reprezentanci zgromadzenia przedstawicieli ubezpieczonych** oraz przedstawiciele sejmików samorządowych i wojewodów z obszaru działania regionalnej kasy;

Ustawa o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw
z dnia 18 lipca 1998 r.

art. 75.
1. Rada regionalnej Kasy Chorych powoływana jest **przez sejmik województwa**

Ustawa z dnia 7 czerwca 2002 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym

art. 75 ust. 3.
Członkowie rady regionalnej kasy chorych są powoływani i odwoływani **przez ministra właściwego do spraw zdrowia**

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2003 r.

art. 41.
1. Rada Funduszu składa się z 13 osób spełniających wymagania określone w ust. 4, powoływanych **przez Prezesa Rady Ministrów**

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej – nieobowiązująca

Zakłady opieki zdrowotnej

art. 60 [Ujemny wynik finansowy]
(...)
*2. **Ujemny wynik finansowy** samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej **nie może być podstawą do zaprzestania działalności**, jeżeli dalsze istnienie tego zakładu uzasadnione jest celami i zadaniami, do których realizacji został utworzony, a których nie może przejąć inny zakład w sposób zapewniający nieprzerwane sprawowanie opieki zdrowotnej nad ludnością.*

Ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011

art. 59 ustawy o działalności leczniczej
Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy.

art. 216.
Obowiązek podmiotu tworzącego dotyczący **zmiany formy** organizacyjno-prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej **albo jego likwidacji**, jeżeli ujemny wynik finansowy tego zakładu nie może być pokryty w sposób określony w art. 59, powstaje po raz pierwszy po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego za pierwszy rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy.

„Jeżeli w ciągu 3 miesięcy od momentu przyjęcia bilansu organ założycielski nie pokryje strat, a w ciągu kolejnych 12 miesięcy nie skorzysta on z szansy, jaką dajemy w programie (...), to wtedy pozostaje tylko jedno, mianowicie to, że tego szpitala po prostu nie będzie”

(77 posiedzenie Sejmu z dnia 27.10.2010, wypowiedź Minister Zdrowia)

art. 15 Ustawy o działalności leczniczej
Podmiot leczniczy **nie może odmówić** udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

art. 30 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty
Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

art. 12 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej
Pielęgniarka i położna są obowiązane, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych
ze środków publicznych

art. 118
Prezes Funduszu sporządza corocznie **plan finansowy Funduszu zrównoważony** w zakresie przychodów i kosztów.

art. 132 ust. 5
Wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów **nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie** finansowym Funduszu.

Zgodnie z art. 6 pkt. 3) ustawy Prawo upadłościowe i naprawcze nie można ogłosić upadłości publicznych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej.

W przypadku podmiotu leczniczego „po przekształceniu" w pełni podlega on rygorom wynikającym z art. 10 i 11 ustawy Prawo upadłościowe i naprawcze – co w praktyce oznacza nie tylko możliwość, ale wręcz **konieczność uruchamiania postępowania upadłościowego w przypadku braku jego ekonomicznej wydolności**.

Informacja NIK o wynikach kontroli „Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe” (marzec 2015)

„Przekształcenie SP ZOZ-ów w spółki kapitałowe **nie spowodowało zmiany struktury przychodów**. Stopniowa poprawa wyników finansowych spółek, odnotowana w latach 2011 - 2013, była analogiczna, jak w przypadku SP ZOZ-ów.

W pierwszych miesiącach 2014 r. nastąpiło pogorszenie wskaźników ekonomicznych przekształconych szpitali. Spośród 16 podmiotów, przekształconych w latach 2011-2014, w przypadku których j.s.t. przejęły ich zobowiązania, w ośmiu skutki tego procesu miały jedynie doraźny wpływ na wyniki finansowe spółek, zaś **po chwilowej poprawie, podobnie jak w przypadku SP ZOZ, wynik finansowy był ujemny**.

Dynamika zadłużenia SPZOZ – dane Ministerstwa Zdrowia

2003 – 7,5 mld

2008 – 9,6 mld

2014 – 10,3 mld

2015 - 10, 5 mld (I kwartał)

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie
z 17.03.2015

Sygn. III SA/Kr 404/14 –

W aktualnym systemie prawnym nie ma zatem regulacji wprowadzającej obowiązek powiatu do tworzenia publicznego zakładu opieki zdrowotnej, utrzymywania go w ciągłości funkcjonowania, a w konsekwencji zakaz jego likwidacji lub przekształcenia, jeżeli powiat posiada taki zakład. Obowiązek taki nie wynika w szczególności z (...) ustawy o samorządzie powiatowym. Nieuzasadniony jest zatem zarzut, że zlikwidowanie jedynego w Powiecie Szpitala (...) stanowi przejaw wyzbycia się przez powiat powierzonego zadania publicznego.

Wyrok
Naczelnego Sądu Administracyjnego
z dnia 22 lipca 2014 r.

II OSK 1609/1

Brzmienie postanowień art. 75 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej nie budzi wątpliwości, co do tego, że organem dokonującym przekształcenia samorządowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową jest organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego (wójt, burmistrz, prezydent miasta, zarząd powiatu albo zarząd województwa). Organ stanowiący województwa (sejmik) nie może więc przypisać sobie takich kompetencji.

Wniosek Rzecznika Ubezpieczonych do Sądu Najwyższego – czerwiec 2015 - III CZP 63/15

(…) fakt, iż bezpłatna opieka medyczna w Polsce nie jest realizowana w krótkim czasie i wystarczającym zakresie jest powszechnie znany. Wskazuje się, że dostępność wizyt u specjalistów w ramach świadczeń publicznej opieki zdrowotnej jest w sposób istotny ograniczona ilością świadczonych usług (limitami), a także ich odległymi terminami. Co więcej, długi okres oczekiwania na te zabiegi w ramach refundowanych zabiegów przez NFZ, w ocenie wielu sądów jest wręcz faktem notoryjnym, niewymagającym dowodzenia. W związku z tym, w opinii sądów poszkodowani aby wykazać celowości leczenia lub rehabilitacji nie muszą przedstawiać zaświadczeń, iż w terminie odbytych przez niego płatnych świadczeń przysługiwało mu leczenie i rehabilitacja refundowana przez NFZ

Projekt ustawy o zdrowiu publicznym z czerwca 2015 r.

„zdrowie publiczne”: monitorowanie i ocena stanu zdrowia społeczeństwa, edukacja zdrowotna, promocja zdrowia, profilaktyka chorób, analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń – art. 2 projektu ustawy o zdrowiu publicznym

Pominięcie zagadnień dotyczących zasad organizacyjnych, a w szczególności obowiązków władz publicznych i zakresu odpowiedzialności administracji rządowej i samorządowej

- dokonanie ustawowego podziału zadań w zakresie zakładania i prowadzenia szpitali i wskazanie podmiotów władzy publicznej mających obowiązki zakładania i prowadzenia szpitali

- zdefiniowanie „szpitala publicznego” z uwzględnieniem wymogów konstytucyjnych oraz zmian własnościowych

Czy powinien istnieć regulator na szczeblu województwa?

Marek Balicki

Kraków, 16 lipca 2015 r.

Współczesne podejścia do organizacji i finansowania opieki zdrowotnej

- Dwie opcje podstawowe:
  - opcja rynkowa
  - opcja wspólnotowa (kolektywistyczna)
- Stanowiska pośrednie

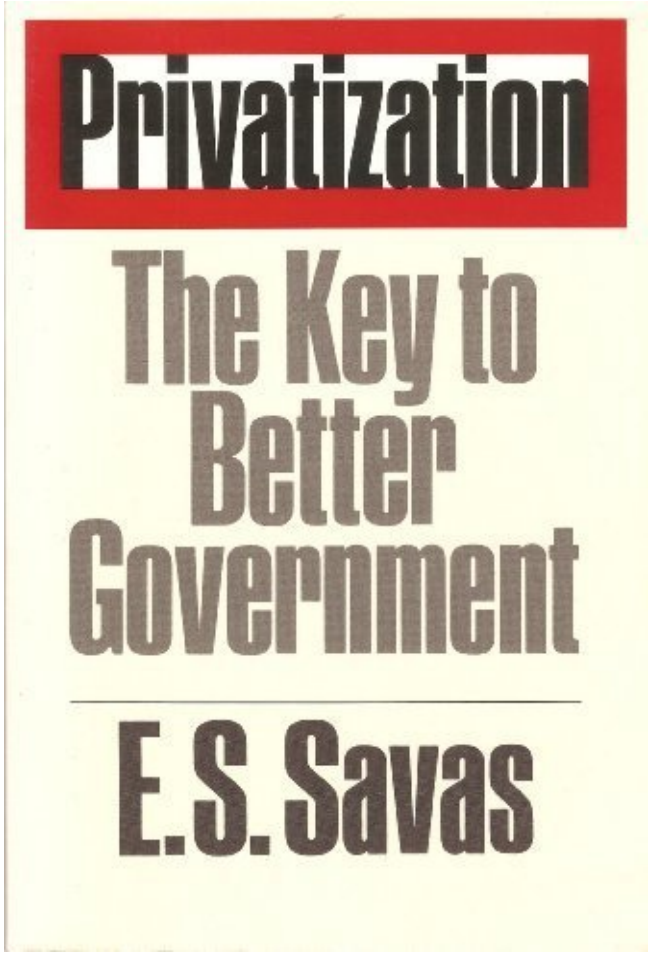
Opcja rynkowa

- Podkreślanie wartości i znaczenia indywidualnych swobód i praw, przede wszystkim indywidualnej wolności i prywatnej własności
  - osobista odpowiedzialność za siebie i swoich bliskich
- Ograniczona rola państwa
- Traktowanie rynku jako najlepszego mechanizmu alokacji zasobów, niezastąpionego w najbardziej efektywnym ich wykorzystaniu

Opcja wspólnotowa

- Potrzeby zdrowotne – potrzeby elementarne – uniwersalne uprawnienie
- Wolność – materialne i organizacyjne możliwości dokonywania wyborów zgodnych z indywidualnymi preferencjami
- Sprawiedliwość społeczna i zasada altruizmu
- Duża rola państwa
- Krytyka rynku – mechanizm,, który nie jest ani sprawiedliwy, ani zapewniający efektywność ekonomiczną

Lata 90. - w kierunku rynku



„Zadaniem rządu jest sterować łodzią, a nie wiosłować. Bezpośrednie świadczenie usług na rzecz obywateli jest wiosłowaniem, a rząd nie jest zbyt dobry w wiosłowaniu” (1987)

Reforma zdrowotna – 16 lat

1999 r. Reforma zdrowotna rządu J. Buzka

- Rynek wewnętrzny, zmiana finansowania, kasy chorych
- Usamodzielnienie placówek publicznych
- Środki publiczne do placówek komercyjnych
- Ograniczone funkcje i zadania administracji rządowej
- Brak koordynacji, planowania i sterowania systemem

2003 r. Korekta reformy bez zmiany głównych założeń

- Powstanie NFZ

2011 r. Komercjalizacja i prywatyzacja szpitali

Ustawa o działalności leczniczej (2011)

- **Działalność lecznicza** jest **działalnością gospodarczą regulowaną** w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej

- **Działalność gospodarcza** – zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, **usługowa** …, a także działalność zawodowa, wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły.

Ustawa o działalności leczniczej (2011)

- Do „samorządowej” spółki kapitałowej **nie stosuje się przepisów o gospodarce komunalnej.**
- Gospodarka komunalna obejmuje zadania o charakterze **użyteczności publicznej**, których celem jest bieżące i nieprzerwane zaspokajanie zbiorowych potrzeb ludności w drodze świadczenia usług powszechnie dostępnych.

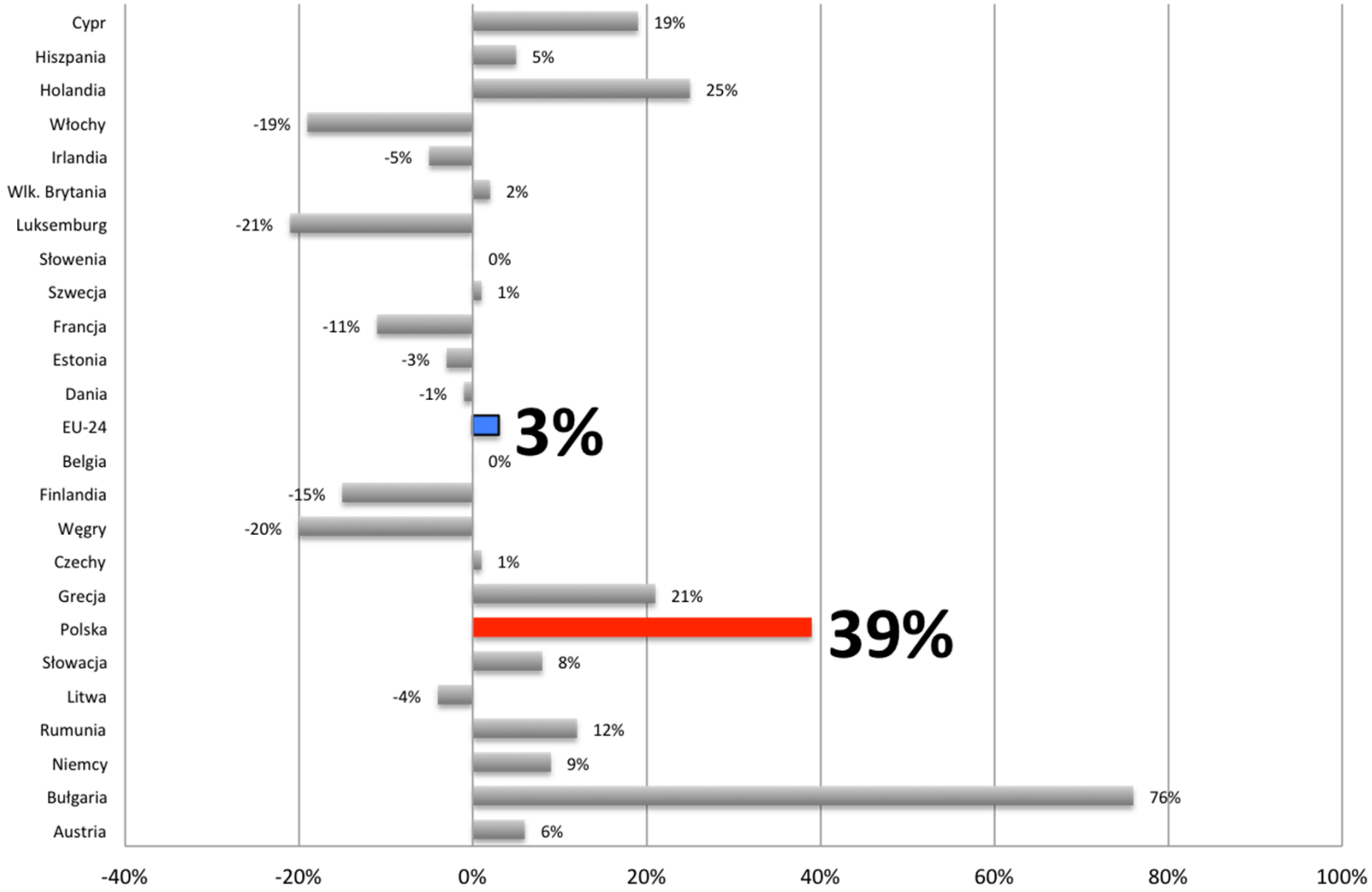
Zmiana paradygmatu opieki zdrowotnej

UŻYTECZNOŚĆ PUBLICZNA

↓

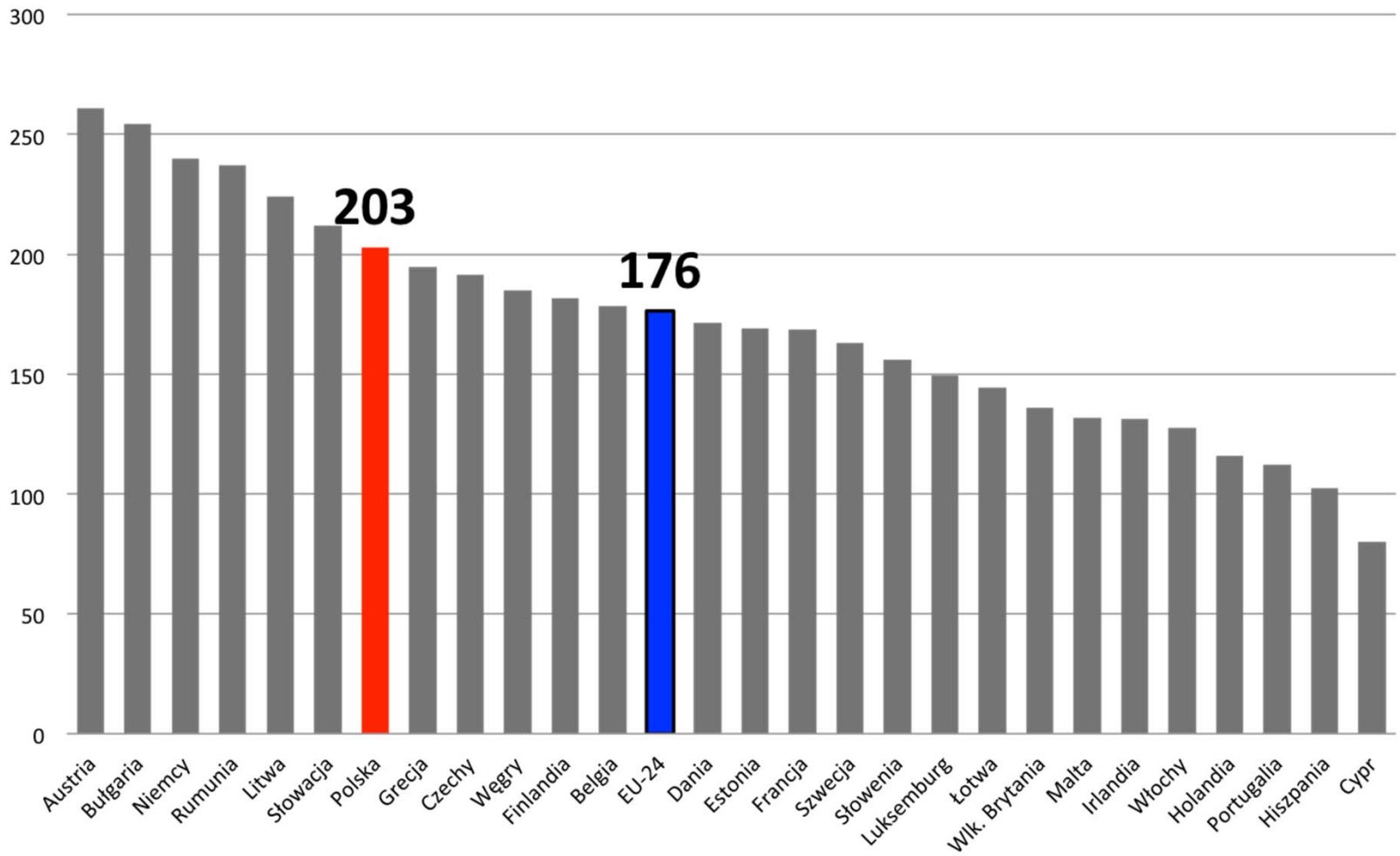
DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA

Dynamika liczby hospitalizacji na 1000 mieszkańców w okresie 2000-2010



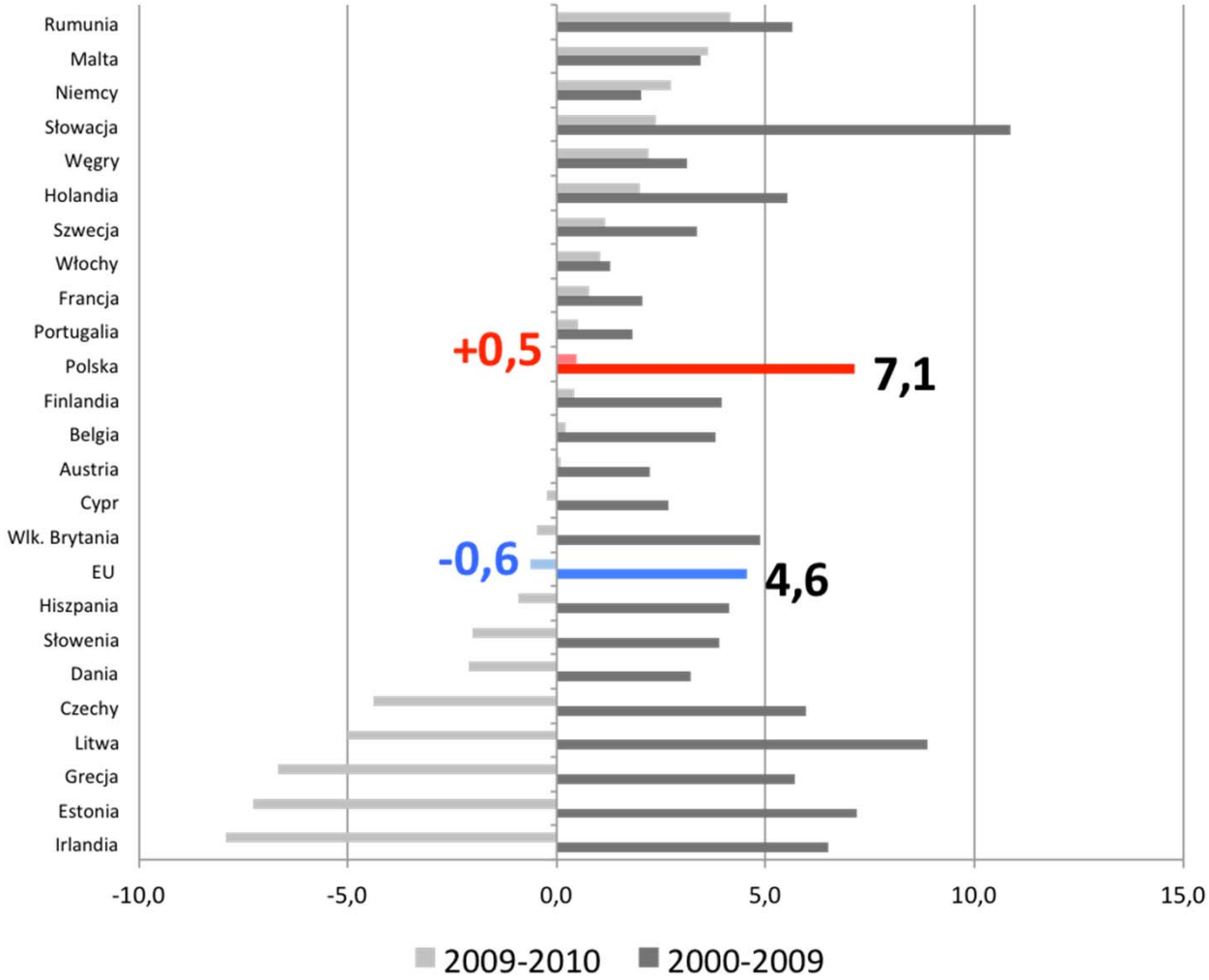
Źródło: OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.

Liczba hospitalizacji na 1000 mieszkańców w krajach EU



Źródło: OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.

Średnia roczna dynamika wydatków na ochronę zdrowia na mieszkańca w wartości realnej w okresie 2000-2009 i 2009-2010 w %



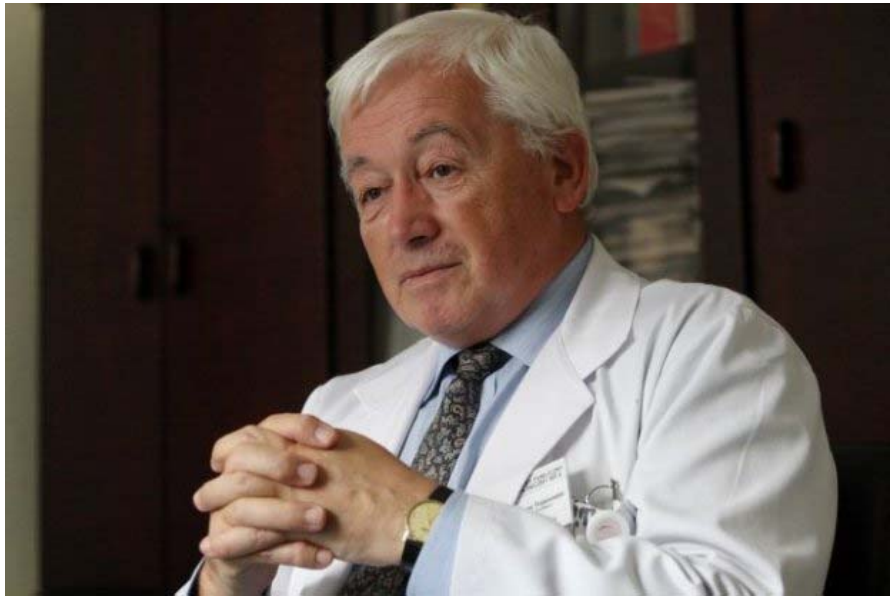
Źródło: OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.

Czy naprawdę nie ma znaczenia czy szpital jest publiczny czy prywatny?

Prof. Tomasz Trojanowski

Konsultant krajowy w dziedzinie neurochirurgii

- Część placówek neurochirurgicznych decyduje się wykonywać **jedynie opłacalne, prostsze zabiegi**, a nawet powstają nowe oddziały zainteresowane leczeniem wybranych chorób.



- Notuje się **wzrost liczby niektórych zabiegów i procedur korzystnie wycenionych przez NFZ, co nie ma uzasadnienia epidemiologicznego**.

Neoliberalna lekcja - systemy w formule „dla zysku” (profit driven)

- Nie sprzyja celów zdrowotnych (produkcja usług vs więcej zdrowia)
- Fragmentaryzacja, brak ciągłości opieki
- Zwiększa nierówności w dostępie do opieki
- Nadmierny rozwój usług dobrze finansowanych i zaniedbania w sferze ważnych zakresów, ale źle finansowanych
- Publiczne zachowują się jak prywatne (komercyjne)
- Wzrost ogólnych kosztów systemu przy jednoczesnym ograniczeniu demokratycznej kontroli

Co dalej?

PRODUKCJA USŁUG

czy

WIĘCEJ ZDROWIA ?

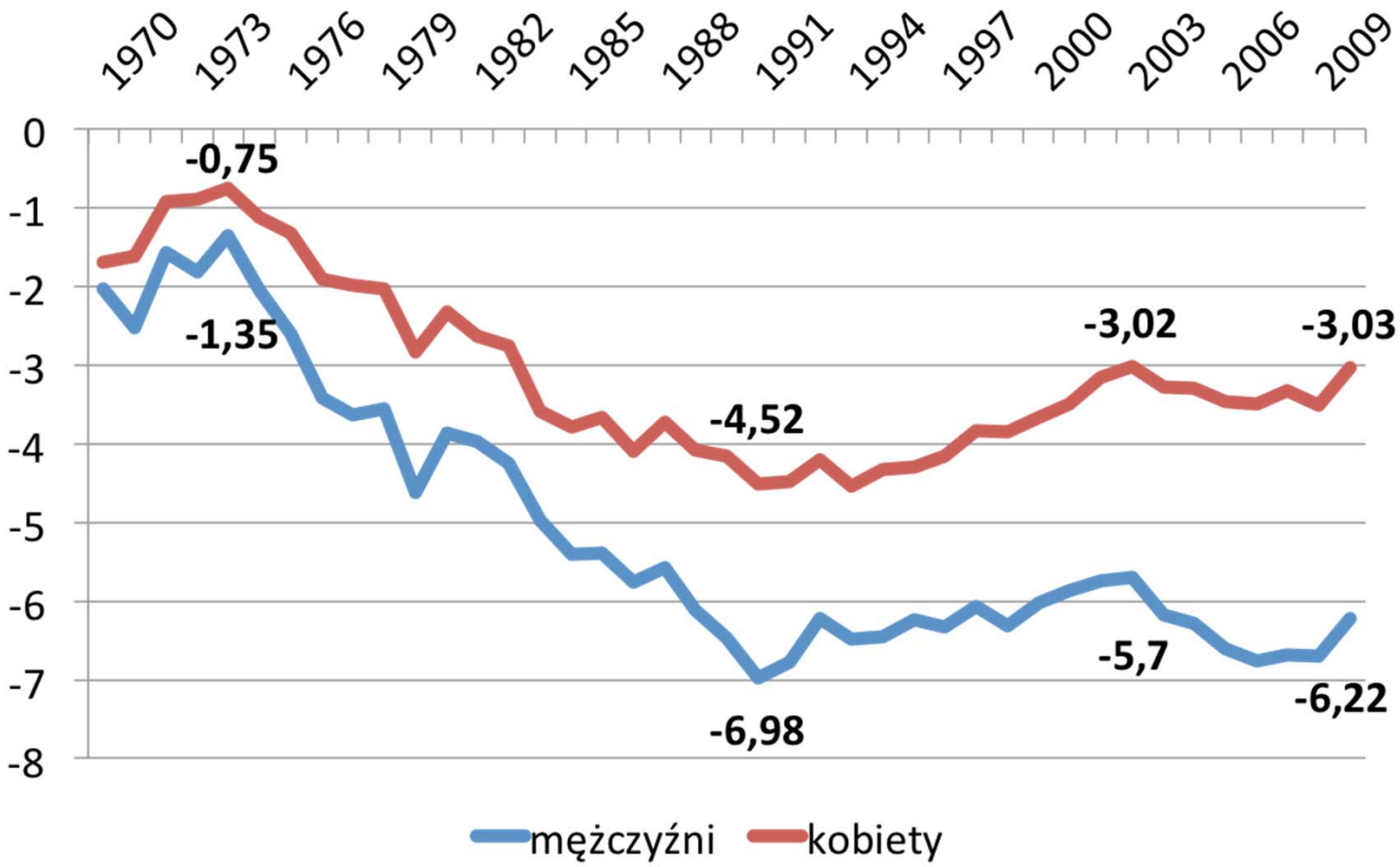
Podstawowe cele ochrony zdrowia (wg WHO, Health Report 2000)

- Zdolność do poprawy stanu zdrowia ogółu mieszkańców i zmniejszanie nierówności w zdrowiu
- Zdolność do zaspokajania uniwersalnych oczekiwań pacjentów *(responsiveness)*
- Sprawiedliwe obciążanie poszczególnych grup społecznych kosztami systemu *(fairness)*

Dokąd zmierza Europa?

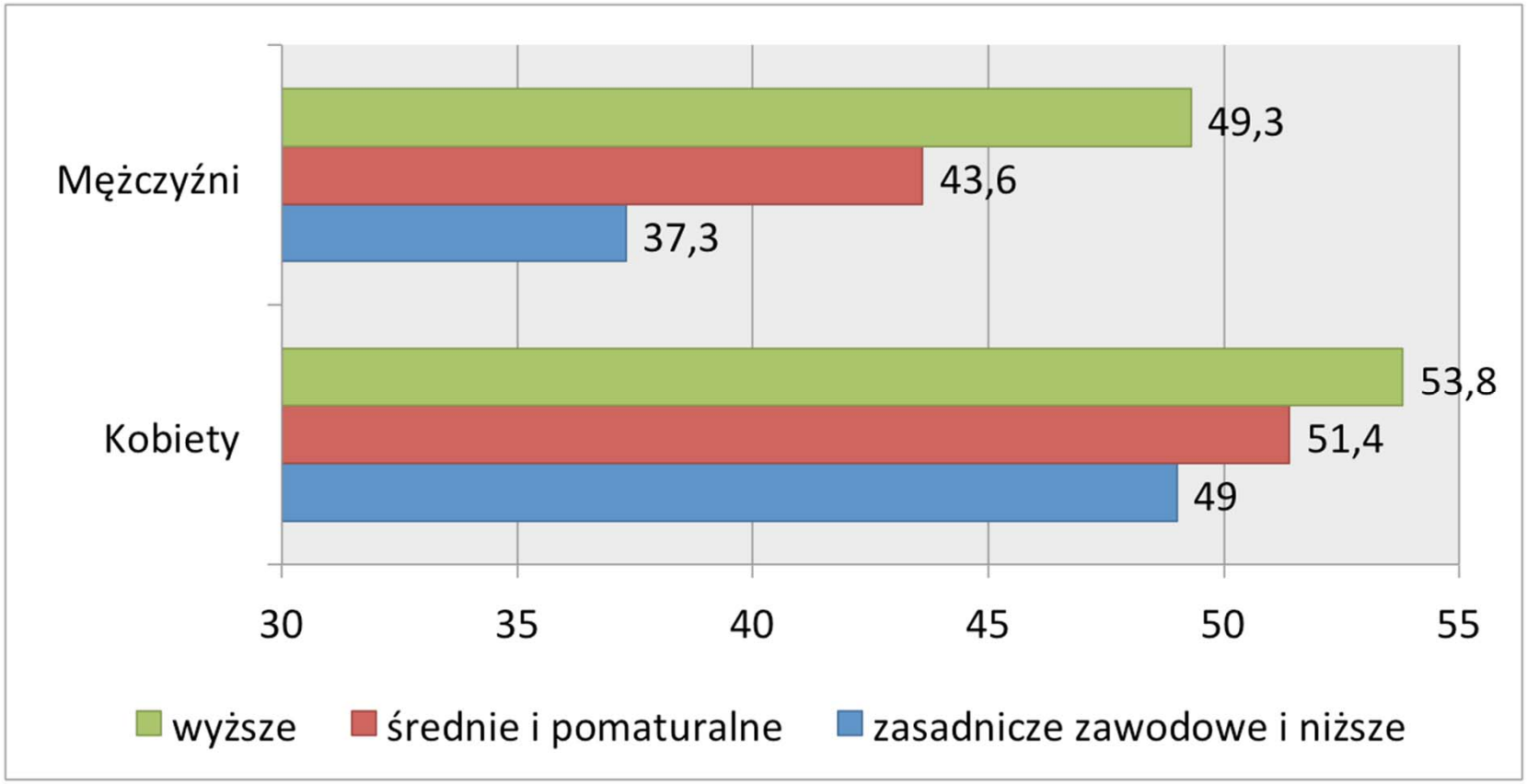
- Strategia „Health 2020”, Malta 2012 r.
- **Główne wyzwania:**
  - Wzrost kosztów i presja na zwiększanie nakładów
  - Nierówności w zdrowiu
- **Dwa kluczowe cele strategiczne:**
  - Poprawa stanu zdrowia całego społeczeństwa i zmniejszanie nierówności w zdrowiu
  - Poprawa przywództwa i zarządzania uczestniczącego dla zdrowia

Różnice w średniej długości życia w Polsce i UE-15 w latach 1970-2010



Źródło: Wojtyniak B.: Nierówności w zdrowiu w Polsce – wybrane fakty. Prezentacja przedstawiona na Konferencji: „Społeczne nierówności w zdrowiu w Europie i w Polsce", Warszawa, 26 listopada 2012 r.

Przeciętne dalsze trwanie życia u osób w 30 r.ż. wg wykształcenia w 2010 r.

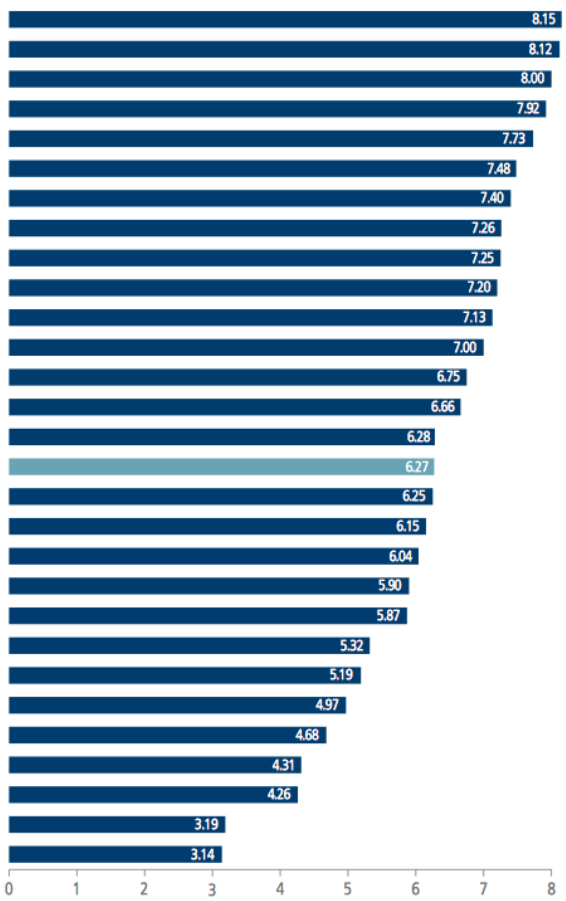


Źródło: Wojtyniak B.: Nierówności w zdrowiu w Polsce – wybrane fakty. Prezentacja przedstawiona na Konferencji: „Społeczne nierówności w zdrowiu w Europie i w Polsce", Warszawa, 26 listopada 2012 r.

Raport Fund. Bertelsmanna – „Social Justice in the UE …” (2014) – Polska na 26 miejscu

Figure 27: Health

Rank	Country	Score SJI 2008[a]	SJI 2011[b]	SJI 2014[c]	Change 2008	2011
1	Sweden	7.75	8.41	**8.15**	+0.40	-0.26
2	Luxembourg	8.24	8.21	**8.12**	-0.12	-0.09
3	Netherlands	8.18	7.70	**8.00**	-0.18	+0.30
4	Belgium	7.68	7.97	**7.92**	+0.24	-0.04
5	Denmark	8.18	7.47	**7.73**	-0.45	+0.25
6	Austria	7.78	7.48	**7.48**	-0.29	+0.00
7	Czech Republic	7.01	7.25	**7.40**	+0.39	+0.15
8	United Kingdom	6.77	6.98	**7.26**	+0.49	+0.28
9	France	7.34	7.44	**7.25**	-0.09	-0.19
10	Germany	6.74	7.09	**7.20**	+0.46	+0.12
11	Malta			**7.13**		
12	Spain	7.04	6.85	**7.00**	-0.04	+0.15
13	Ireland	6.74	7.33	**6.75**	+0.02	-0.58
14	Finland	7.11	6.77	**6.66**	-0.46	-0.11
15	Slovenia			**6.28**		
	EU Average			**6.27**		
16	Lithuania			**6.25**		
17	Cyprus			**6.15**		
18	Croatia			**6.04**		
19	Italy	6.41	6.47	**5.90**	-0.52	-0.58
20	Portugal	4.23	5.52	**5.87**	+1.64	+0.35
21	Slovakia	5.42	4.88	**5.32**	-0.10	+0.44
22	Estonia			**5.19**		
23	Hungary	5.56	5.24	**4.97**	-0.59	-0.27
24	Greece	5.68	6.13	**4.68**	-1.00	-1.46
25	Bulgaria			**4.31**		
26	Poland	4.47	4.66	**4.26**	-0.21	-0.40
27	Romania			**3.19**		
28	Latvia			**3.14**		



Source: Own calculations (Data used for constructing this composite indicator refer to the periods a: 2005-2008; b: 2008-2010; c: 2011-2013).

BertelsmannStiftung

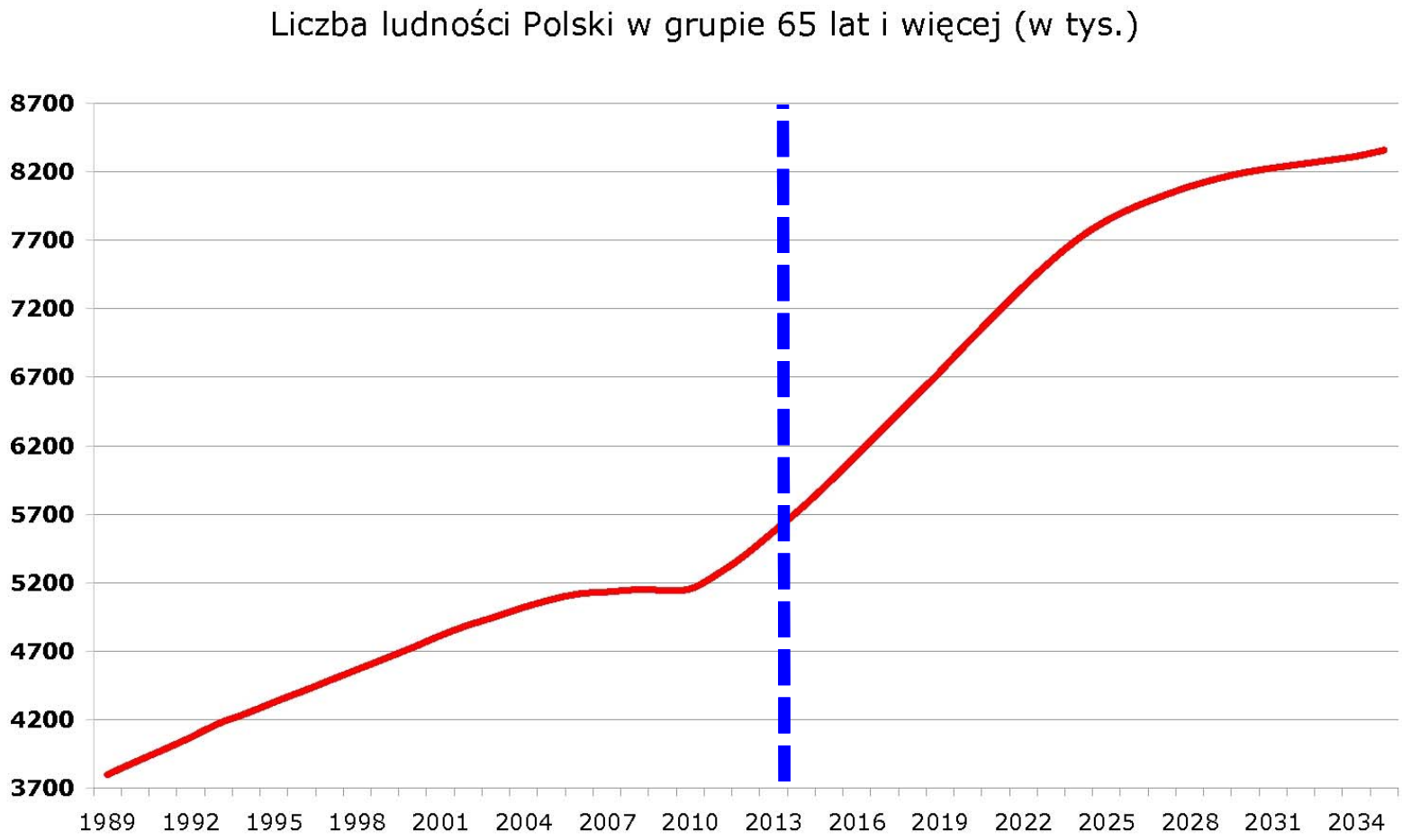
Co dalej ?

- Dalsza komercjalizacja?
- Dodatkowe prywatne ubezpieczenia?
- Zwiększanie finansowania prywatnego?
- Prywatyzacja szpitali publicznych?
- Konkurencja funduszy ubezpieczeniowych?

A może?

- Odrzucenie modelu opartego na paradygmacie neoliberalnym
- Nowy paradygmat: społeczno-partycypacyjny
- Większy udział wspólnot samorządowych
- Więcej solidaryzmu i sprawiedliwości
- Więcej współpracy zamiast konkurencji
- Planowanie i koordynacja
- „Produkcja” zdrowia, a nie usług zdrowotnych

Liczba mieszkańców 65+ w Polsce



Wyzwania opieki nad osobami w wieku podeszłym

- Rosnąca liczba hospitalizacji – jak ograniczyć?
- Częste powikłania szpitalne – jak ograniczyć?
- Trudnosci z wypisem do domu – jak ułatwić?
- Częste rehospitalizacje – jak ograniczyć?
- Niewydolność opiekuna – jak mu pomóc ?

Pakiet kolejkowy (onkologiczny) - 2014

Próba fragmentarycznej odpowiedzi na występujące problemy – czy trafna?

- **Centralizacja NFZ** – minister zdrowia powołuje członków wszystkich organów (centralnych i wojewódzkich) – od stycznia 2015 r.
- **Taryfikacja świadczeń** – przekształcenie AOTM w AOTM i Taryfikacji

Pakiet kolejkowy (onkologiczny) – c.d.

- **Ocena potrzeb zdrowotnych**
  - **Mapa regionalna** dla województwa – wojewoda raz na 5 lat;
  - **Mapa ogólnopolska**
- **Wydawanie przez wojewodę opinii**

  o celowości utworzenia nowego podmiotu, jednostki lub komórki organizacyjnej
- **Plan zakupu świadczeń zdrowotnych**

  m. in. obszary terytorialne, dla których konkurs i **maks. liczba umów dla obszaru**

Samorządy nie muszą prowadzić szpitali (WSA – Kraków, 2015)

- Sędzia Anna Szkodzińska, rzecznik krakowskiego WSA:

Organ samorządu terytorialnego nie musi prowadzić własnych zoz. Opieka zdrowotna ma być tylko na danym terenie finansowana z pieniędzy publicznych, czyli przez NFZ. Nie ma znaczenia, kto nią zarządza – relacjonuje.

16 lat reformy czas na ocenę i wnioski

Green paper

Debata publiczna i konsultacje

White paper

Demokracja i wspólnotowość

- Regionalne polityki zdrowotne – wspólnoty samorządowe (art. 16 Konstytucji)
- Partycypacja interesariuszy
- Decentralizacja i demokratyzacja NFZ
  - autonomia oddziałów wojewódzkich,
  - **rady wojewódzkie** NFZ pochodzące z wyboru, …
- Regionalne sieci i kategoryzacja szpitali
- Szpitale finansowane ze środków publicznych – not for profit

Zakończenie

- Jeśli państwo nie jest w stanie zapewnić swym obywatelom wszystkiego czyn dysponuje medycyna to powinno dążyć do maksymalnie efektywnego wykorzystania ograniczonych środków i zasobów.
- To pociąga za sobą konieczność zmiany obecnego modelu ochrony zdrowia w Polsce.