

„System Opieki zdrowotnej w Województwie Śląskim”

Amanda Jeleń

Promotor Dr Mirosław Tyrpień

Chorzów, 2015

SPIS TRESCI

1. Wstęp.....	4
2. Opieka zdrowotna na Śląsku w XIX wieku i na początku XX wieku zarys historyczny.....	8
2.1. Warunki zdrowotne na Śląsku w XIX wieku i na początku XX wieku.....	10
3. Cel pracy.....
4. Pojęcie Systemu zdrowotnego.....	5
4.1. Zasady funkcjonowania systemu zdrowotnego w Polsce.....	5 4
5. Diagnoza sektora medycznego w województwie śląskim.....	12
5.1. Charakterystyka i liczebny rozkład wszystkich podmiotów leczniczych działających na terenie województwa śląskiego ze względu na rodzaj podmiotu tworzącego.....	13
5.2. Liczebny rozkład podmiotów leczniczych działających na terenie województwa śląskiego z podziałem na wybrane dziedziny medycyny.....	15
5.3. Analiza potencjału jednostek ochrony zdrowia (lecznictwo zamknięte) województwa śląskiego na tle kraju.....	15
5.4. Liczebność placówek lecznictwa otwartego w województwie śląskim oraz cele Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2007 – 2013.....	16
5.5. Ocena pozycji konkurencyjnej znaczących placówek medycznych z terenu województwa śląskiego w stosunku do innych, krajowych i zagranicznych, podmiotów leczniczych.....	18
5.5.1. onkologia.....	19
5.5.2. kardiochirurgia.....	20
5.5.3. rehabilitacja.....	21
5.5.4. leczenie oparzeń.....	23
5.5.5. ratownictwo medyczne.....	23
6. Informatyzacja systemu opieki zdrowotnej.....	24
7. Prawa pacjenta.....	25
7.1. Podstawowe Prawa pacjenta.....	26
8. Zasady korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej.....	29
8.1. Podstawowa opieka zdrowotna w dzień.....	30
8.2. Podstawowa opieka zdrowotna w dni świąteczne i w nocy.....	31
8.3. Porada specjalistyczna.....	32

8.4. Zasady korzystania z porad lekarzy specjalistów.....	32
8.5. Zasady kierowania do specjalisty.....	33
8.6. Skierowanie do szpitala.....	33
8.7. Zasady korzystania ze świadczeń poza kolejnością.....	34
9. Zakończenie.....	35
10. Bibliografia.....	36

WYKAZ SKRÓTÓW

1. RP – Rzeczpospolita Polska (str. 5)
2. NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia (str. 12)
3. EFTA – Europejskie Porozumienie o Wolnym Handlu (str. 13)
4. IDI (wywiad pogłębiony Individual In-Depth Interviews) (str. 14)
5. SSI (badania przesiewowe) (str. 14)
6. Projekt P1 - Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (str. 27)
7. ZUS RMUA – Każdy płatnik składek jest zobowiązany przekazywać swoim ubezpieczonym te same informacje, które przesyła za nich co miesiąc do ZUS-u w dokumentach rozliczeniowych (str.29)
8. KRUS – Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (str 29)
9. POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna (str. 32)

SPIS TABELI

1. Tabela nr 1.....	14
2. Tabela nr 2.....	15

1. WSTĘP

Wszystkim obywatelom niezależnie od statusu materialnego Art. 68 Konstytucji RP zapewnia m.in.

1. Prawo do ochrony zdrowia oraz

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.

Ustawy o samorządach: gminnym, powiatowym oraz województwa nakładają na jednostki samorządu terytorialnego zadania z zakresu ochrony zdrowia. Niedostateczne dofinansowanie sfery opieki zdrowotnej, brak środków oraz nieefektywne zarządzanie powoduje, że realizacja powyższych obowiązków staje się coraz trudniejsza.

Troską władz samorządowych województwa śląskiego jest zapewnienie poprawy stanu zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców naszego regionu. Realizacja tego celu wymaga zagwarantowania sprawnych i efektywnie zarządzanych jednostek ochrony zdrowia, dysponujących silnym zapleczem kadrowym, sprzętowym i lokalowym, jednostek o stabilnej sytuacji finansowej. Podstawowe znaczenie dla realizacji celu ma restrukturyzacja wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia poprzez stworzenie jednostek strategicznych, których funkcjonowanie ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia osobom uprawnionym bezpieczeństwa medycznego. Restrukturyzacja przyczyni się do stworzenia przewagi konkurencyjnej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na rynku usług zdrowotnych, zarówno pod względem medycznym, jak również ekonomicznym.

Stan zdrowia społeczeństwa na Śląsku jest gorszy od przeciętnego w kraju. Trwające od lat zakłócenia równowagi ekologicznej wpłynęły negatywnie na zdrowie mieszkańców regionu, którzy płacą za to ceną skróconego trwania życia i zwiększoną w stosunku do innych regionów kraju zachorowalnością. Przeciętna długość życia mieszkańców tego regionu jest krótsza niż średnia w kraju i w 2013 roku wynosi dla mężczyzn 72,1 lat, natomiast dla kobiet 80,06 lat [1]. Większy niż w innych regionach Polski jest stopień zachorowalności na choroby zawodowe, choroby układu krążenia, nowotwory, choroby dróg oddechowych, zwłaszcza u dzieci, wyższy jest udział rent i orzeczonego inwalidztwa. Około 12% ludności województwa śląskiego to osoby niepełnosprawne, z których ponad 60% stanowią osoby z orzeczoną inwalidztwem.

Jednym z celów mojej pracy jest diagnoza sektora medycznego w województwie śląskim, a z drugiej poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o działania samorządu terytorialnego w kierunku osiągnięcia poprawy stanu zdrowia mieszkańców naszego regionu.

2. OPIEKA ZDROWOTNA NA ŚLĄSKU W XIX I NA POCZĄTKU XX WIEKU - ZARYS HISTORYCZNY

W roku 1849 na Górnym Śląsku funkcjonowało 45 szpitali, z czego większość stanowiło niewielkie szpitale miejskie. W 1882 roku 85 lecznic dysponowało 2,8 tysiącami łóżek. Większość przeznaczona była dla mężczyzn. Pod względem struktury własności 25 było szpitalami miejskimi, 20 należało do zakonów, kolejnych 6 to lecznice powiatowe, tyle samo należało do osób prywatnych. Ponadto, 15 własnych szpitali prowadziły spółki brackie. Władze zakładały, że w każdym powiecie urzędować powinno przynajmniej dwóch lekarzy. W połowie XIX wieku na Górnym Śląsku było około 30 lekarzy powiatowych, a w 1900 roku było ich 40. W 1858 w rejencji opolskiej uprawnionych do leczenia było 152 lekarzy, w tym 29 lekarzy wojskowych, 8 chirurgów pierwszej klasy, 17 drugiej klasy. Lekarze na etatach instytucji państwowych, spółek brackich, kas chorych, zarządów szpitali i innych pracodawców stanowili nie więcej niż połowę górnośląskiej kadry lekarskiej. Reszta to lekarze prowadzący praktykę lekarską.

W latach 1849-1914 liczba członków i kadry lekarskiej na Śląsku z wielokrotnością się, jednak wzrost liczby mieszkańców, rosnąca liczba wypadków przy pracy, proletaryzacja szerokich mas społecznych a także stopniowy rozwój świadomości zdrowotnej społeczeństwa sprawiały, że wciąż brakowało osób do udzielania fachowej pomocy medycznej. W zamyśle władz lecznica miała znajdować się w każdym mieście powiatowym, jednak pomimo dostrzegalnego postępu, jeszcze w drugiej połowie XIX wieku były na Śląsku rejony gdzie w zasięgu kilkudziesięciu kilometrów nie było ani lekarza ani szpitala.

Gorsze warunki zdrowotne panowały w dzielnicach przemysłowych, nierzadko pozbawionych jakichkolwiek zakładów zdrowotnych. Gdy powstawały, często zdarzało się, że mieściły się w prowizorycznych barakach. Poprawę sytuacji przyniósł XIX i XX wiek. W osiedlach przemysłowych tworzono lecznice, gminne domy chorych, a także apteki. O potrzebie ich rozbudowy przypomniano przy okazji epidemii.

W opinii publicystów niemieckich państwo zapewniało wystarczającą liczbę lekarzy. Według nich każdy, także mieszkaniec wsi, mógł uzyskać poradę odpowiednio przygotowanego doktora, najubożsi korzystali z porad nieodpłatnie.

Zupełnie inaczej ocenia sytuację chorych na terenie Śląska Krzysztof Brożek, który pisał wręcz o upośledzeniu wschodnich obszarów Prus w zakresie ochrony zdrowia. Świadczą o tym publikowane zestawienia statystyczne za poszczególne lata.

W połowie XIX wieku na terenie Prus zatrudnionych było nieco ponad 5 tys. lekarzy, a jeden medyk przypadał na 3 328 mieszkańców. W tym czasie w rejencji opolskiej jeden lekarz miał pod swą opieką 5 375 osób. Znaczne różnice występowały zarówno między rejencjami prowincji śląskiej, jak i w skali powiatów.

Na początku XX wieku w powiecie oleskim jeden lekarz przypadał na 10 tys. mieszkańców, pszczyńskim — 7 tys., natomiast w powiecie nyskim — na 2,1 tys. mieszkańców. Przed wybuchem I wojny światowej, w 1913 roku na 10 tys. mieszkańców rejencji wrocławskiej przypadało 5,85 lekarzy, a w rejencji opolskiej zaledwie 2,57. Oznaczało to, iż w wielu rejonach, przede wszystkim na wsi, dostęp do fachowej pomocy lekarskiej był nadal utrudniony. Sporadyczność kontaktów z przedstawicielami medycyny oficjalnej utrudniało szerzenie profilaktyki zdrowotnej. W stosunku do śląskiej wsi można stwierdzić, że w połowie XIX wieku opieka społeczna oparta była w dużej mierze na dobroczynności i choć z upływem czasu sytuacja ubogich chorych ulegała poprawie, a jak wyżej nadmieniono — warunki w Niemczech pozytywnie wyróżniały to państwo na tle Europy, to i tak trudno zgodzić się z opinią Czesława Kępskiego, który uznał tamtejszy system socjalny za na tyle efektywny, że „w zasadzie każdy potrzebujący pomocy i opieki otrzymywał ją”.

Wobec braków w strukturze publicznej opieki zdrowotnej z nadzieją spoglądano na pomoc ze strony organizacji dobroczynnych. W okresie wojen i epidemii, nawet zaprzędani wrogowie instytucji kościelnych łagodzili ton krytyki. Szpitale, stacje ambulatoryjne, zakłady opiekuńcze prowadzone przez religijne instytucje charytatywne stanowiły nieodzowne uzupełnienie i odciążenie opiekuńczych instytucji publicznych, a niejednokrotnie były to jedyne tego typu placówki w okolicy.

2.1. WARUNKI ZDROWOTNE NA ŚLĄSKU W XIX I NA POCZĄTKU XX WIEKU

Przemiany zachodzące na Śląsku w XIX wieku niosły ze sobą postęp cywilizacyjny, dostrzegalny m.in. w stopniowej poprawie warunków życia codziennego ludności.

Wyższe standardy socjalne nie stawały się jednak udziałem wszystkich. Znaczna część mieszkańców wsi czy biedniejsze warstwy społeczności miejskiej przez długi czas nie mogły uważać się za beneficjentów zachodzących przemian. Kolejne lata głodu czy wysoka liczba ofiar epidemii czy klęsk żywiołowych wskazują, iż wiele podstawowych potrzeb o charakterze socjalnym i zdrowotnym nie było zaspakajanych .

Źródłem wielu chorób były ciasne, zagrzybione pomieszczenia mieszkalne. Panujące w nich warunki odstraszały wielu lekarzy i urzędników od wizyt domowych. W dynamicznej i zmiennej sytuacji przemysłu śląskiego robotnicy pozbawieni stałej pracy mieszkali z żoną i dzieckiem w nisko położonych lepiankach, podobnych do jam, przy wilgotnej pogodzie zanurzonych w błocie, a w okresie upału w stęchłym odorze. Część z nich twierdziła, że i tak uciekła z gorszych warunków wiejskich. Śląsk był uważany za „kraj gniewu Bożego” .

Z upływem lat stopniowo podnoszono standardy zdrowotne. Miasta otrzymywały ogólnie pojętą infrastrukturę rozszerzaną od dzielnic zamożniejszych w kierunku uboższych. Budowano coraz więcej mieszkań wieloizbowych, wyposażanych w instalacje sanitarne. Po 1900 roku większość domów miała prąd elektryczny. Postulując zmiany architektoniczne, co raz bardziej brano pod uwagę względy zdrowotne.

Równie ważne znaczenie dla zdrowia ludności miało pożywienie. Jakość i skala konsumpcji uzależnione były od dochodów. W połowie XIX stulecia codzienne pożywienie ludności śląskiej miało niską wartość kaloryczną, oparte było na węglowodanach. Niewielkie zrozumienie wykazywano dla potrzeb żywieniowych osób słabszych: dzieci, starców, chorych. Powszechne było nadużywanie alkoholu — według pruskiej statystyki na terenie rejencji opolskiej było ok. 0,5 miliona alkoholików . Walkę z nałogiem utrudniały zakorzenione przekonania i nawyki. Alkohol uważano za najlepszy środek medyczny, stosowany nie tylko „zapobiegawczo”, lecz również jako lekarstwo dla chorych, czasem nawet najmłodszych .

Wiele spośród chorób trapiących dziewiętnastowieczne społeczeństwo miało swe źródło w katastrofalnym stanie higieny osobistej oraz higienie otoczenia, gdyż nie doceniano wpływu stanu sanitarnego na zdrowie . Dostrzeżenie tego związku można uznać za przełomowe, szczególnie w odniesieniu do chorób zakaźnych oraz zgonów okołoporodowych. Niestety, długo jeszcze teorię i praktykę dzieliła przepaść. Ważną rolę w propagowaniu zasad higieny odgrywały pielęgniarki. Podczas wizyt domowych zwracały uwagę na konieczność i sposoby utrzymania czystości w otoczeniu chorego.

Na znaczeniu zyskiwała higiena publiczna. W jej założeniach stan sanitarny otoczenia stanowił wspólny problem i wspólną troskę mieszkańców, władz miejskich jak i sanitarnych. W efekcie w drugiej połowie XIX wieku, pomimo masowego napływu ludności do miast, spadała w nich śmiertelność. Duże znaczenie miała budowa wodociągów i kanalizacji - na rezultaty tych inwestycji nie trzeba było długo czekać. W nowych budynkach instalowano ubikacje, w większych mieszkaniach łazienki. Higienie służyć miały również łaźnie publiczne. Na wsi wprowadzono nakaz stawiania „wygódek” w każdym gospodarstwie, postulowano zabezpieczanie gnojowisk, zwracano uwagę na potrzebę zachowania czystości podczas kontaktu z żywnością.

Ścisły związek z warunkami zdrowotnymi miała skala zachorowań i śmiertelności, szczególnie w przypadku chorób zakaźnych. Pierwszymi i najliczniejszymi ofiarami epidemii byli najczęściej ubodzy. Regularnie powracały zachorowania na szkorbut, dyfteryt i cholera. Powodowana nimi umieralność przekraczała na Śląsku przeciętną dla Prus. Choć w drugiej połowie XIX wieku śmiertelność malała, nadal była najwyższa w ówczesnych Niemczech.

W miejsce dżumy i trądu pojawiła się „armia” nowych chorób, które w starożytności nie były znane, jak np. ospa, odra, szkarlatyna, koklusz, żółta gorączka itd. Wśród przyczyn zgonów najczęściej powtarzały się choroby wieku dziecięcego.

Ciężkie warunki pracy i niedożywienie szybko rujnowały zdrowie robotników co przekładało się na podwyższoną zapadalność na różne choroby oraz śmiertelność.

Ówczesny stan wiedzy nie pozwalał na skuteczne przeciwdziałanie chorobom o charakterze epidemicznym. Starania lekarzy ograniczały się najczęściej do prób niwelowania skutków chorób, szczególnie zakaźnych. Strach przed zarażeniem sprawiał, że objęte epidemią rodziny były zdane same na siebie. Zdarzały się też przypadki, że nawet najbliżsi pozostawiali swych krewnych bez pomocy, a ich ciała bez pochówku.

Skala zagrożeń, jakie niosła epidemia, przy szczupłości środków i nikłej liczbie osób gotowych do niesienia pomocy stworzyła potrzebę zaangażowania w działalność dobroczynną osób gotowych do poświęceń w imię miłości bliźniego. Szerzącym się plagom usiłowały zapobiegać różne komisje społeczne, które w miarę możliwości organizowały szpitale zakaźne, sierocińce, zaopatrywały w żywność i środki medyczne. Sytuacja panująca podczas epidemii uwypukliła zakres potrzeb i stała się ważnym wyznacznikiem kształtującym ducha śląskich zgromadzeń zakonnych [2].

Na rozwój lecznictwa na Śląsku w ostatnich dwóch stuleciach duży wpływ miało powstanie instytucji ubezpieczeń społecznych. Te z kolei zrodził rozwój przemysłu, zwłaszcza górniczego. Początki ubezpieczeń górników sięgają na Śląsku już XVI wieku ponieważ w tym czasie powstały tak zwane kasy brackie.

Reforma powszechnych ubezpieczeń społecznych przeprowadzona została w 1911r. natomiast ubezpieczeń brackich w 1912r. i na tych dwóch ustawach opierał się system ubezpieczeniowy na Śląsku po 1922r.

Obok powszechnych ubezpieczeń na Śląsku istniały górnicze i hutnicze kasy chorych.

Na Śląsku przed pierwszą wojną światową wśród lekarzy Polaków, Ślązacy byli rzadkością, większość stanowili przybysze z Wielkopolski oraz Śląska Cieszyńskiego.

Wojna i okupacja spowodowały duże straty kadrowe i materialne w Polskim lecznictwie. Z około 13 tysięcy lekarzy medycyny pracujących w 1939r., w 1945r. pozostało 8 tysięcy. Największe straty odnotowano wśród lekarzy Żydów, z których większość zginęła.

Zniszczeniu uległy również szpitale i inne budynki służby zdrowia[3].

3. CEL PRACY

Jednym z celów mojej pracy jest diagnoza sektora medycznego w województwie śląskim i poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o skuteczność działania samorządu terytorialnego w kierunku osiągnięcia poprawy stanu zdrowia mieszkańców naszego regionu.

Głównym jednak celem jest przedstawienie sektora medycznego na terenie województwa Śląskiego w tym charakterystykę i liczebny rozkład podmiotów leczniczych z podziałem na poszczególne dziedziny medycyny i podkreślenie jak szeroką ofertę dotyczącą usług medycznych posiada Śląsk. W treści pracy omawiam jednocześnie problematykę związaną z limitami na udzielane świadczenia zdrowotne, problemami kadrowo finansowymi, co w konsekwencji prowadzi do obniżenia poziomu i jakości świadczeń medycznych.

4. POJĘCIE SYSTEMU ZDROWOTNEGO

System opieki zdrowotnej w Polsce – zespół osób i instytucji mający za zadanie zapewnić opiekę zdrowotną ludności. Polski system opieki zdrowotnej oparty jest na modelu ubezpieczeniowym. W Polsce obowiązek zapewnienia obywatelom opieki zdrowotnej po raz pierwszy wprowadzono na początku 1919 roku Dekretem o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. Pierwsza polska **ustawa ubezpieczeniowa** weszła w życie w 1920 roku.

Działanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce reguluje szereg ustaw. Poniżej przedstawiam wybrane ustawy o charakterze ogólnym dotyczące całego systemu ochrony zdrowia i najbardziej znaczących jej aspektów:

1. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2004 roku.
2. Ustawa o działalności leczniczej z 2011 roku.

4.1. ZASADY FUNKCJONOWANIA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Zadania w zakresie ochrony zdrowia wykonują różnorodne podmioty, w tym w szczególności organy administracji publicznej (organy administracji rządowej, samorządowej) pełniące w systemie ochrony zdrowia różne – wynikające z ich pozycji prawno-ustrojowej – funkcje organizujące system opieki zdrowotnej, Narodowy Fundusz Zdrowia jako podmiot organizujący proces udzielania świadczeń zdrowotnych w aspekcie jego finansowania ze środków publicznych i podmioty wykonujące bezpośrednio działalność leczniczą.

Szczególną rolę wśród organów administracji publicznej realizujących zadania w sferze ochrony zdrowia pełni minister zdrowia. Kompetencje ministra zdrowia wynikające zarówno z norm prawa ustrojowego, jak i prawa materialnego, koncentrują się na funkcjach planistycznych, koordynacyjnych i nadzorczo-kontrolnych, w mniejszym stopniu na bieżącym zarządzaniu opieką zdrowotną. Do ministra zdrowia należy w szczególności: planowanie i kontraktowanie określonych programów zdrowotnych, ustalanie listy leków refundowanych oraz finansowanych świadczeń wysokospecjalistycznych, analizowanie planów finansowych NFZ i prognozowanie

kosztów jego funkcjonowania, nadzór nad NFZ i świadczeniodawcami, prowadzenie spraw związanych z tworzeniem, łączeniem, podziałem, likwidacją i funkcjonowaniem określonych jednostek badawczo-rozwojowych oraz uczelni medycznych. Zgodnie z tendencjami decentralizacyjnymi, zadania związane z bieżącym zarządzaniem i organizowaniem opieki zdrowotnej przekazano w większości podmiotom spoza szczebla centralnego, w tym przede wszystkim jednostkom samorządu terytorialnego. Określone zadania pozostawiono również w kompetencji terenowego organu administracji rządowej działającego w województwie, tj. wojewody, w szczególności w zakresie organizowania systemu państwowego ratownictwa medycznego, prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – w odniesieniu do podmiotów leczniczych.

Niewątpliwie jednak ustawodawca uczynił samorząd terytorialny działający na szczeblu gminy, powiatu i samorządu województwa, kluczowym organizatorem lokalnej i regionalnej opieki zdrowotnej. Realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego funkcje organizatorskie opieki zdrowotnej wynikają w szczególności z przyznanej im roli podmiotu tworzącego podmioty lecznicze działające w szczególności w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej bądź spółki kapitałowej. Obowiązki i uprawnienia podmiotów tworzących (założycielskich) wobec samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej samorząd przejął od administracji rządowej w efekcie reform decentralizacyjnych w roku 1990 oraz 1998. Z pełnionej przez jednostki samorządu terytorialnego (gminę, powiat, województwo) roli podmiotu tworzącego samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, wynikają określone uprawnienia oraz obowiązki samorządów względem tych podległych placówek. Przykładowo: jednostki samorządu terytorialnego uprawnione są (w określonych sytuacjach) do podejmowania działań w przedmiocie przekształcenia (zmiany formy organizacyjno-prawnej z samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową) czy też likwidacji podległej placówki, pokrycia ujemnego wyniku finansowego zakładu za rok obrotowy, czy też przejęcia zobowiązań i należności zakładu po jego likwidacji, nadania statutu, powoływania rady społecznej zakładu, określenia zasad zbycia aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, oddania go w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie. Jednostki samorządu terytorialnego mogą również podejmować określone działania w stosunku do innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, nie tylko wobec tych dla których są podmiotami tworzącymi. Mogą bowiem na przykład

przekazać ,na podstawie umowy, podmiotom wykonującym działalność leczniczą środki publiczne z przeznaczeniem na: realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań, realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub innych niż wymienione środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach, cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych, realizację programów wieloletnich, pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne, a także mogą przyznać dotacje tym podmiotom na określone w ustawie cele. Jednostkom samorządu terytorialnego przyznano zatem szereg kompetencji wobec podległych im podmiotów leczniczych, dając możliwość również przekazania wsparcia ze środków publicznych na określone działania szerszej kategorii podmiotów wykonujących działalność leczniczą [4].

Organizatorem systemu opieki zdrowotnej, w szczególności w aspekcie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych jest Narodowy Fundusz Zdrowia, którego pozycję oraz zasady działania określa Art. 97 przywołanej wcześniej Ustawy o Świadczeniach Opieki Zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2004 roku. Do zakresu działania Funduszu należą w szczególności: zarządzanie środkami finansowymi, finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie, określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni, finansowanie medycznych czynności ratunkowych świadczeniobiorcom oraz wdrażanie, realizowanie, finansowanie, monitorowanie, nadzorowanie i kontrolowanie programów zdrowotnych.

Wśród podmiotów realizujących zadania w ochronie zdrowia kluczową rolę odgrywają podmioty wykonujące działalność leczniczą, w tym w szczególności podmioty udzielające świadczeń medycznych. Podmioty te prowadzą działalność polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Działalność ta może również polegać

na promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. W przypadku podmiotów utworzonych lub prowadzonych przez uczelnię medyczną działalność lecznicza musi polegać na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, realizacji zadań dydaktycznych i badawczych oraz promocji zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia oraz realizacji zadań polegających na kształceniu przed i podyplomowym w zawodach medycznych. Różnice pomiędzy podmiotami leczniczymi prowadzonymi przez uczelnie medyczne a innymi podmiotami dotyczą kwestii obowiązkowej realizacji przez te pierwsze zadań dydaktyczno-badawczych. Przepisy nie różnicują tych podmiotów w odniesieniu do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych.

5. DIAGNOZA SEKTORA MEDYCZNEGO W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM.

W niniejszym rozdziale przedstawiam diagnozę sektora medycznego w województwie śląskim w oparciu o analizę Desk Research, która jest techniką badawczą polegająca na analizie już istniejących dostępnych danych pochodzących z różnych źródeł, takich jak prasa, internet, raporty analityczne, zestawienia danych statystycznych oraz wzajemnej ich weryfikacji i scaleniu oraz badania IDI (wywiad pogłębiony *Individual In-Depth Interviews*) i SSI (badania przesiewowe) przedstawicieli poszczególnych podmiotów leczniczych działających na terenie województwa śląskiego, a także specjalistów reprezentującymi inne ośrodki medyczne w kraju i za granicą [5].

Celem tego rozdziału jest z jednej strony przedstawienie sektora usług medycznych, działającego na terenie województwa śląskiego, a z drugiej strony dokonanie porównania z innymi podmiotami leczniczymi. Tym samym omówione zostaną następujące zagadnienia:

- 5.1. Charakterystyka i liczebny rozkład wszystkich podmiotów leczniczych działających na terenie województwa śląskiego ze względu na rodzaj podmiotu tworzącego,
- 5.2. Liczebny rozkład podmiotów leczniczych działających na terenie województwa śląskiego z podziałem na wybrane dziedziny medycyny,

5.3. Analiza potencjału jednostek ochrony zdrowia (lecznictwo zamknięte) województwa śląskiego na tle kraju.

5.4. Liczebność placówek lecznictwa otwartego w województwie śląskim oraz cele Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2007 – 2013.

5.5. Ocena pozycji konkurencyjnej znaczących placówek medycznych z terenu województwa śląskiego w stosunku do innych, krajowych i zagranicznych, podmiotów leczniczych.

5.1. Charakterystyka i liczebny rozkład podmiotów leczniczych działających na terenie województwa śląskiego ze względu na rodzaj podmiotu tworzącego

W tabeli I został przedstawiony rozkład wszystkich podmiotów leczniczych działających na terenie województwa śląskiego, w zależności od rodzaju podmiotu tworzącego, a także placówek, które bezpośrednio nie udzielają pomocy medycznej, ale wspomagają w tym szpitale, kliniki, przychodnie itp., na przykład regionalne stacje krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Tabela I. Liczba podmiotów leczniczych prowadzących działalność na terenie województwa śląskiego w zależności od rodzaju podmiotu tworzącego, dla których organem rejestrowym jest wojewoda śląski (stan na 31.08.2012 r.)

Podmiot tworzący	Liczba podmiotów
Minister Zdrowia	3
Minister Obrony Narodowej	9
Minister Sprawiedliwości	18
Minister Spraw Wewnętrznych	2
Inny minister albo centralny organ administracji rządowej	1
Wojewoda	21
Województwo	47
Powiat	22
Gmina	39
Gmina miejska na prawach powiatu	42
Publiczna uczelnia medyczna	7
Osoba fizyczna	1115
Spółka cywilna	571
Spółka jawna	57
Spółka partnerska	60
Spółka komandytowa	7
Spółka komandytowo-akcyjna	1
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	491

Spółka z o.o. z udziałem jednostki samorządu terytorialnego albo państwowej osoby prawnej	11
Spółka akcyjna	18
Spółka akcyjna z udziałem jednostki samorządu terytorialnego albo państwowej osoby prawnej	1
Spółdzielnia	13
Kościół lub związek wyznaniowy	24
Fundacja, związek zawodowy, samorząd zawodowy, stowarzyszenie	85
Inne	7
SUMA	2672

Źródło: Analiza potencjału rozwojowego funkcji metropolitalnych obszarów aglomeracji miejskich województwa śląskiego, będących ośrodkami wzrostu gospodarczego województwa śląskiego w kontekście procesów zachodzących na regionalnym rynku pracy – specjalizacja medyczna regionu, w tym wysokospecjalistyczne usługi zdrowotne Przygotowany na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego przez Zespół Badawczy ASM - Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o.) [6].

Na tej podstawie można stwierdzić, iż dla podmiotów publicznych, działających na terenie województwa śląskiego, głównym podmiotem tworzącym jest Sejmik Województwa Śląskiego, reprezentowany na co dzień przez marszałka województwa oraz Rady Powiatów, reprezentowane przez starostę powiatu. W dalszej kolejności są to Rady Gmin reprezentowane na co dzień przez wójtów. Jednocześnie tylko dla 3 jednostek podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw zdrowia. Są nimi: Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu oraz Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach i Instytut Onkologii w Gliwicach. Ponadto, dla Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej i 20 Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych podmiotem tworzącym jest wojewoda.

5.2. Liczebny rozkład podmiotów leczniczych działających na terenie województwa śląskiego z podziałem na wybrane dziedziny medycyny,

Województwo śląskie posiada silnie rozbudowaną sieć podmiotów leczniczych. Ich największa koncentracja widoczna jest w stolicy województwa – Katowicach oraz w aglomeracji górnośląskiej, jednakże pacjenci innych miast województwa również mają zagwarantowany dość łatwy kontakt ze specjalistami, biorąc pod uwagę odległość do najbliższej specjalistycznej placówki medycznej. W województwie śląskim, porównując je z innymi województwami w kraju, istnieje bardzo duża liczba

podmiotów leczniczych, przede wszystkim w takich dziedzinach jak onkologia kliniczna, kardiologia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, rehabilitacja medyczna, onkologia i hematologia dziecięca.

5.3. Analiza potencjału jednostek ochrony zdrowia województwa śląskiego na tle kraju.

Polska jest jednym z nielicznych krajów europejskich, w którym w tych samych szpitalach i oddziałach leczeni są chorzy wymagający opieki intensywnej jak i chorzy, którzy wymagają opieki długoterminowej, paliatywnej czy też pielęgnacyjno - opiekuńczej.

W stacjonarnej opiece medycznej w ostatnich latach obserwuje się bardzo dynamiczne zmiany odzwierciedlające przede wszystkim postęp technologiczny, zarówno w zakresie bazy sprzętowej, jak i zastosowanych procedur diagnostycznych i leczniczych.

W Polsce zmiany te szczególnie intensywnie występują w ostatnich 2-3 latach.

Po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej zastosowane wzorce organizacyjne przybierają postać tworzenia modelowych placówek niepublicznych o typie dużych poradni typu „out patient clinic” jak i całych szpitali.

W 2013 roku w Polsce istniało 913 szpitali ogólnych. Łączna liczba łóżek w szpitalach wynosiła ogółem 188 820 łóżek. Największy odsetek szpitali występował w województwie śląskim (14,7%). W 2013 roku stacjonarną opiekę zdrowotną tworzyły w województwie śląskim 134 szpitale ogólne o łącznej liczbie 26 001 łóżek.

Gęstość rozmieszczenia szpitali na terenie województwa jest wyższa niż w kraju. Na 100 km² przypada w województwie 1,1 szpitala, gdy tymczasem w kraju wskaźnik ten wynosi tylko 0,29 szpitala na 100 km². Liczebny podział szpitali przedstawia poniższa

Tabela II. Liczba szpitali w poszczególnych województwach (Raport Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego 2012)

lp.	województwo	liczba szpitali	liczba łóżek w szpitalu	miejsce w kraju
1	Polska	913	188 820	-
2	Łódzkie	66	13134	3
3	Mazowieckie	115	26259	6

4	Małopolskie	75	14952	14
5	Śląskie	134	26001	1
6	Lubelskie	50	11836	2
7	Podkarpackie	39	10100	10
8	Podlaskie	33	5851	8
9	Świętokrzyskie	25	6581	4
10	Lubuskie	25	4537	15
11	Wielkopolskie	67	16118	11
12	Zachodniopomorskie	40	8387	9
13	Dolnośląskie	80	14816	5
14	Opolskie	28	4973	7
15	Kujawsko-pomorskie	42	9507	13
16	Pomorskie	51	9068	16
17	Warmińsko-mazurskie	43	6700	12

5.4. Placówki lecznictwa otwartego w województwie śląskim

Województwo śląskie posiada dobrze rozwiniętą sieć placówek lecznictwa otwartego (ambulatoryjna opieka zdrowotna), na którą składają się przychodnie zdrowia, ośrodki zdrowia i praktyki lekarskie. W województwie działa 864 przychodni zdrowia, w tym 273 Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, 185 ośrodków zdrowia oraz 655 praktyk lekarskich, z tego 89 w miastach. W Polsce w zakresie porad udzielonych na 1 mieszkańca w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, pierwsze miejsce wśród wszystkich województw zajmuje województwo śląskie.

Ponadto, na terenie województwa śląskiego funkcjonuje 1.109 aptek, z których 96,5% to apteki prywatne. Liczba osób przypadających na 1 aptekę w regionie wynosi 4,3 tys. osób, natomiast obciążenie tego typu placówek w kraju wynosi średnio 4,1 tys. osób.

Zgodnie z Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Śląskiego na lata 2007 – 2013, Województwo Śląskie otrzymało 1 747,10 mln EURO ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na realizację priorytetów, z których każdy jest zorientowany na osiągnięcie pewnych celów szczegółowych Programu. Jednym z głównych celów była poprawa stanu zdrowia mieszkańców regionu śląskiego oraz wzrost dostępności i poprawa jakości usług medycznych lecznictwa ambulatoryjnego.

Uzasadnieniem podjętych działań było przekonanie, że stan zdrowia mieszkańców jest istotnym wyznacznikiem jakości życia w naszym regionie, wpływa również bezpośrednio na wartość zasobów ludzkich, w tym na wydajność pracy. Istotne

było zarówno dostosowanie stanu technicznego istniejących placówek do wymagań prawnych, jak i wyposażenie tych placówek w odpowiedni sprzęt (w tym sprzęt niezbędny do budowy kompleksowych systemów zarządzania służbą zdrowia) oraz informatyzacja świadczonych usług. Ponadto, zmiany struktury wojewódzkich podmiotów leczniczych, optymalizacja ich zasobów oraz zwiększenia dostępności i wzrostu jakości realizowanych świadczeń zdrowotnych pozwoliłoby na powstanie w regionie ośrodków leczenia o wysokim standardzie i poprawiłoby dostępność do świadczeń medycznych w obszarach ich niedoboru [7].

.

Przykładowe realizacje programu to:

- Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów oraz pomieszczeń infrastruktury ochrony zdrowia, wraz z zakupem niezbędnego wyposażenia, w tym również w celu dostosowania ich do wymogów prawnych, przede wszystkim Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.
- Modernizacja sprzętu medycznego, zakup nowej aparatury medycznej oraz prace remontowe wynikające z konieczności dostosowania pomieszczeń do użytkowania zakupionego sprzętu
- Kompleksowe projekty informatyzacji Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, polegające na zakupie i wdrożeniu systemów poprawiających zarządzanie służbą zdrowia i jakość usług medycznych.

5.5. Ocena pozycji konkurencyjnej znaczących placówek medycznych z terenu województwa śląskiego w stosunku do innych, krajowych i zagranicznych, podmiotów leczniczych.

W przypadku specjalizacji takich jak onkologia kliniczna, kardiologia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, rehabilitacja medyczna oraz onkologia i hematologia dziecięca a także innych dziedzin medycyny, biorąc pod uwagę pozostałe województwa, liczba placówek medycznych w województwie śląskim jest również bardzo duża. Na tej podstawie można stwierdzić, iż w odniesieniu do takich województw jak lubuskie, opolskie i warmińsko-mazurskie, województwo śląskie ma bardzo szeroką ofertę dotyczącą świadczenia usług medycznych. Można jedynie

zauważyć, iż w niektórych dziedzinach medycyny, pod względem istniejących podmiotów leczniczych dominuje województwo mazowieckie.

Odnosząc się do wyżej wymienionych informacji oraz stwierdzenia, iż na terenie województwa śląskiego zauważalny jest niedobór lekarzy specjalistów, warto przyjrzeć się informacjom dotyczącym osób rozpoczynających specjalizację w poszczególnych, kluczowych dla rozwoju województwa śląskiego dziedzinach medycyny. Z danych tych wynika, iż najwięcej lekarzy rozpoczęło specjalizację z zakresu kardiologii (142 lekarzy), natomiast najmniej w najwęższych specjalizacjach – kardiologii dziecięcej oraz onkologii i hematologii dziecięcej.

Główne cele polityki zdrowotnej ukierunkowane są na zapewnienie powszechności dostępu do profilaktyki i świadczeń zdrowotnych oraz podnoszenie jakości usług medycznych z zachowaniem równych praw dla wszystkich, co pozwala na zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego i poprawę warunków życia w regionie. W zakresie ochrony zdrowia województwo śląskie wyróżnia się nie tylko w skali kraju, ale także na arenie międzynarodowej.

Położone na południu Polski województwo śląskie jest nie tylko jednym z najsilniejszych gospodarczo regionów kraju ale także znaczącym ośrodkiem medycznym

W regionie funkcjonuje szereg jednostek ochrony zdrowia na wysokim poziomie, które mogą pochwalić się specjalistycznym sprzętem i wysoko wykwalifikowaną kadrą medyczną. Na szczególną uwagę zasługują placówki odnoszące największe sukcesy (kluczowe podmioty lecznicze) w dziedzinach takich jak **onkologia, kardiochirurgia, rehabilitacja, leczenie oparzeń i ratownictwo medyczne**. Jednostki, które zajmują się tymi obszarami medycyny w regionie, plasują się na czołowych miejscach w ogólnopolskich rankingach.

5.5.1. ONKOLOGIA W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM

Onkologia jest dziedziną, w której region odnosi znaczące sukcesy. Na szczególną uwagę zasługuje Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach, Instytutu Onkologii w Warszawie, które jest obecnie jedną z najnowocześniejszych placówek w kraju. Nowoczesne zaplecze aparaturowe oraz wyspecjalizowany zespół zapewniają pacjentom z całego kraju diagnostykę i leczenie na poziomie standardów światowych, najwyższą precyzję i technologię, wysoką

skuteczność i unikalne metody leczenia. Centrum posiada całkowicie skomputeryzowaną aparaturę – pacjent w momencie przyjęcia do szpitala ma zakładaną komputerową kartotekę, w której gromadzone są wyniki jego badań. Dzięki najnowszej technice możliwe jest też zaplanowanie strategii leczenia pacjenta na chorobę nowotworową. Skomputeryzowane urządzenia pozwalają na skoncentrowanie leczniczej dawki promieniowania w obrębie guza, nie uszkadzając przy tym zdrowych narządów. Lekarze gliwickiego Instytutu opracowali również metodę genetycznego wykrywania nowotworów raka sutka i jajników. Ponadto naukowcy z Instytutu poszukują m.in. nowych markerów nowotworowych, co pomaga szybko wykryć źródło choroby i z nią walczyć. Szpital otrzymał liczne certyfikaty oraz wyróżnienia i zajmuje jedno z czołowych miejsc w rankingu krajowych szpitali stworzonym przez dziennik „Rzeczpospolita” i Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

W skali kraju wyróżnia się także Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku Szpitala Klinicznego im. A. Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Jest to liczący się w Europie ośrodek przeszczepiania szpiku. To właśnie w nim dokonano pierwszej w kraju transplantacji od obcego dawcy i pierwszy raz przeszczepiono szpik od polskiego dawcy niespokrewnionego. Katowicki ośrodek jako jedyny w Polsce posiada akredytację przy Amerykańskim Banku Dawców Szpiku.

5.5.2.KARDIOCHIRURGIA W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM

W regionie prężnie funkcjonują placówki zajmujące się leczeniem chorób serca. Prym w śląskiej kardiologii wiodą dwie jednostki. Jedną z nich jest Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze, a drugą Górnośląski Ośrodek Kardiologii – Szpital Kliniczny nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze powstało w 1984 roku jako Wojewódzki Ośrodek Kardiologii, którym kierował doc. dr hab.n.med. Stanisław Pasyk. Klinikę Kardiologii w nowo powstałym Ośrodku tworzył i kierował nią doc.dr hab.n.med.

Zbigniew Religa. Klinika zatrudniała wówczas 30 osób w tym dwóch samodzielnych pracowników nauki. Wśród pozostałych lekarzy było 8 chirurgów i 8 anestezjologów. W klinice od 1988r. wprowadzono program optymalnego dawcy, dzięki któremu udało się pozyskać dawców z tzw. grupy ryzyka. Jednocześnie powołano Silesian Transplant czyli instytucję uzupełniającą działalność Poltransplantu, która zajmuje się na terenie Śląska pobraniami wielonarządowymi (serce, płuca, nerki, wątroba, rogowka).

Ponadto z inicjatywy Kliniki od 1993r. organizowane są coroczne Międzynarodowe Konferencje Kardiologiczne „Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca” które to spotkania zyskały bardzo wysoką ocenę w gronie lekarzy i naukowców zajmujących się chorobami serca.

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze należy do najważniejszych ośrodków transplantacji serca w Polsce, a także zaliczane jest do europejskiej czołówki jednostek tego typu. Co roku przeprowadzane są tutaj skomplikowane operacje kardiologiczne i transplantacyjne. Szpital znajduje się również wśród najlepszych w zakresie operacji tętniaków aorty. Coraz częściej lekarze z Zabrze, ratując życie pacjenta, dokonują przeszczepów jednocześnie dwóch organów – serca i płuc. Centrum posiada pierwszą w Polsce prawdziwą salę hybrydową, gdzie kardiochirurg, kardiolog inwazyjny, anestezjolog mogą pracować razem, wspólnie korzystając z najnowszych zdobyczy sprzętowych. To połączenie obszernej i bardzo nowoczesnej sali operacyjnej z wszechstronnie wyposażoną salą hemodynamiczną. Wykonywać można w niej takie zabiegi kardiochirurgiczne, jak małoinwazyjne operacje wieńcowe, zastawkowe i naczyniowe, ablacje, implantacje stenografów aortalnych, a więc zakres możliwości przeprowadzanych zabiegów jest bardzo szeroki.

Kardiochirurgia to także specjalność Górnośląskiego Ośrodka Kardiologii – I Kliniki Kardiochirurgii Szpitala Klinicznego nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Klinika jest jedną z najlepszych na świecie w operacjach małoinwazyjnych i stosowaniu nowoczesnych technologii. W Katowicach Ochojcu, dzięki zastosowaniu robota Ezop, dokonuje się operacji serca bez rozcinania klatki piersiowej. Chorzy, którzy nie muszą być poddawani zabiegom wykonywanym przez kardiochirurgów, trafiają do jednej z nowoczesnych klinik kardiologicznych. Supernowoczesna aparatura umożliwia przyjrzenie się najdalszym zakamarkom serca – jest to tzw. system CARTO. Urządzenie to pozwala stworzyć trójwymiarowy obraz serca [8].

5.5.3. REHABILITACJA W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM

W dziedzinie rehabilitacji duże znaczenie mają jednostki ochrony zdrowia. Każda z nich prezentuje wysoki poziom i może poszczycić się licznymi osiągnięciami w swojej dyscyplinie.

Górnośląskie Centrum Rehabilitacji „Repty” w Tarnowskich Górach jest laureatem licznych nagród – ma na swoim koncie m.in. Śląskiego Oskara oraz III miejsce w

ogólnopolskim konkursie Perły Medycyny. Szpital posiada również status Szpitala Akredytowanego przyznany przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz certyfikaty ISO 9001, ISO 14001. Placówka jest unikalnym w skali kraju specjalistycznym szpitalem rehabilitacyjnym, realizującym poszpitalną rehabilitację leczniczą w schorzeniach kardiologicznych, neurologicznych i urazowo-ortopedycznych. Posiada 560 łóżek i leczy rocznie około 8 tys. chorych. Górnośląskie Centrum Rehabilitacji jest także członkiem Krajowej i Europejskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie oraz Polskiej Izby Rehabilitacji.

Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji w Ustroniu to specjalistyczny szpital rehabilitacyjny, który w latach 1999–2000 był wydziałem zamiejscowym Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji „Repty” w Tarnowskich Górach, a od 2000 roku funkcjonuje jako Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, szczycąc się wysoką jakością udzielanych świadczeń. Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji jest obok Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji „Repty” podstawowym zapleczem rehabilitacyjnym dla śląskich szpitali i klinik. Średnio rocznie w dwóch oddziałach rehabilitacji kardiologicznej i oddziale rehabilitacji narządu ruchu leczonych jest ok. 2300 pacjentów. W działających prężnie 6 poradniach leczy się rocznie przeszło 6500 dorosłych i małych pacjentów. Od 2000 roku Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji posiada certyfikat jakości Centrum Monitorowania Jakości. Z ramienia Ministerstwa Zdrowia podmiot leczniczy pełni funkcję Regionalnego Ośrodka Rehabilitacji Kardiologicznej, nadzorującego i monitorującego rehabilitację kardiologiczną regionu Śląsk-południe i województwa opolskiego. Placówka jest członkiem i założycielem Europejskiej i Krajowej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie, realizatorem projektu Komisji Europejskiej „Patient Internet Café”. Szpital posiada także akredytację Ministerstwa Zdrowia do prowadzenia staży kierunkowych lekarzy w zakresie rehabilitacji medycznej.

Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji odznaczone zostało również Złotą Odznaką Honorową za Zasługi dla Województwa Śląskiego. Placówka jest też laureatem konkursu Liderów Ochrony Zdrowia w kategorii „promocja zdrowia i profilaktyka”. Posiada również Certyfikat ISO 9001: 2009 – system zarządzania, jakością, Certyfikat ISO 27001: 2013 – system zarządzania bezpieczeństwem informacji oraz Certyfikat ISO 18001: 2004 – system zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy w zakresie usług medycznych ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz ambulatoryjnej i stacjonarnej rehabilitacji leczniczej.

Śląskie Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania Niepełnosprawności im. gen. Jerzego Ziętka w Ustroniu Sp. z o.o. jest jednostką, która prezentuje najwyższą jakość świadczonych usług potwierdzoną certyfikatami. Centrum posiada wykwalifikowaną kadrę medyczną oraz dysponuje rozbudowaną bazą leczniczą w zakresie reumatologii i rehabilitacji oraz oddziałem chirurgii reumoortopedycznej, który wykonuje zabiegi od synowektomii poprzez artroplastykę aż do endoprotezoplastyki stawów, co stanowi uzupełnienie świadczeń zdrowotnych. Jednostka może pochwalić się zmodernizowanym działem fizjoterapii, który umożliwia przeprowadzanie licznych specjalistycznych zabiegów rehabilitacyjnych takich jak np. balneoterapia, hydroterapia, elektrolecznictwo, światłolecznictwo, ultradźwięki, krioterapia strumieniem powietrza i azotu o temperaturze od -140 C do -160C i ciśnieniem atmosferycznym od 1 atm. do 1,5 atm., masaż leczniczy czy magnetoterapia. Szpital dysponuje również nowoczesnym basenem z systemem odzysku ciepła z hali basenowej, który służy do profesjonalnej i kompleksowej rehabilitacji, a także zaspokaja wymagania pacjentów w sferze estetyki i bezpieczeństwa leczenia. Warto dodać, że pacjenci mają do dyspozycji komfortowe warunki i doskonałe otoczenie – ośrodek położony jest w malowniczych górskich terenach Beskidu Śląskiego. Szpital specjalizuje się równocześnie w kompleksowej opiece nad chorymi reumatycznymi, ortopedii reumatologicznej, rehabilitacji chorych z zapalnymi chorobami reumatologicznymi oraz wczesnej rehabilitacji pacjentów poddanych specjalistycznemu leczeniu zabiegowemu na oddziałach urazowo-ortopedycznych.

Na uwagę zasługuje również Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich specjalizujący się w ortopedii, traumatologii narządów ruchu oraz wczesnej rehabilitacji pacjentów poddanych specjalistycznemu leczeniu zabiegowemu na oddziałach urazowo-ortopedycznych. Jednostka uzyskała Status Szpitala Akredytowanego, ponadto szpital corocznie zajmuje czołowe miejsca w krajowym rankingu szpitali dziennika „Rzeczpospolita” w kategorii jednostek zabiegowych, monospecjalistycznych, bez szpitali onkologicznych. W roku 2014 było to 3 miejsce w rankingu, a w 2013 roku 1miejsce w kraju.

Placówka w Piekarach Śląskich została także wpisana do Krajowej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie i posiada aktualny certyfikat „Szpital bez bólu”. Jednostka posiada nowoczesne Laboratorium Diagnostyczne wyposażone w automatyczne analizatory i profesjonalny sprzęt laboratoryjny, dzięki któremu rocznie wykonuje

ponad 150 tys. badań. W roku 2014 oddano do użytku zmodernizowany i rozbudowany Zakład Diagnostyki Obrazowej, który pod względem posiadanego sprzętu, szczególnie aparatu do radiologii zabiegowej oraz stosowanych procedur diagnostycznych i zabiegowych należy do najnowocześniejszych w Polsce.

5.5.4. LECZENIE OPARZEŃ W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM

Placówką, która najbardziej wyróżnia się w dziedzinie oparzeń, jest Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich. Uważana jest za jedyny szpital w Polsce leczący oparzenia zgodnie ze światowymi standardami.

Centrum Leczenia Oparzeń jest wiodącym w kraju ośrodkiem leczącym urazy oparzeniowe i ich następstwa, uznanym za najlepszy szpital monospecjalistyczny w województwie śląskim wg rankingu dziennika „Rzeczpospolita”. Centrum jest wyposażone w pracownię hiperbarii tlenowej, dzięki której leczy się oparzenia, obrażenia pourazowe, infekcje, stany zapalne i obrzęki. W Ośrodku wykonuje się również zabiegi chirurgii rekonstrukcyjnej i estetycznej z wykorzystaniem systemów laserowych.

5.5.5. RATOWNICTWO MEDYCZNE W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM

Centra Ratownictwa Medycznego znajdujące się w województwie śląskim stale podnoszą poziom świadczonych usług i podejmują wysiłki zmierzające do wyposażenia pogotowia w coraz bardziej profesjonalny sprzęt do ratowania pacjentów. Jednak warto zaznaczyć, że nie tylko profesjonalny sprzęt liczy się w tej dziedzinie – równie, a może nawet bardziej istotne jest przygotowanie kadry medycznej, od której bardzo wiele zależy w sytuacjach ratowania życia. Województwo śląskie posiada doskonale przeszkoloną kadrę, czego przykładem mogą być przedstawiciele Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach, którzy w 2009 roku wzięli udział w II Międzynarodowych Zawodach Ratownictwa Medycznego w USA i zwyciężyli w dwóch specjalistycznych konkurencjach.

Pomimo istotnych osiągnięć regionu w dziedzinie zdrowia, jednostki ochrony zdrowia stale muszą się rozwijać, a to wiąże się z dużymi nakładami finansowymi. Województwo Śląskie jest świadome kosztów, jakie musi ponosić na organizację i

dostarczanie usług opieki zdrowotnej. Samorząd Województwa Śląskiego dostrzega potrzebę wspierania placówek medycznych. Podmioty lecznicze szukają jednak oszczędności, aby móc lepiej dysponować uzyskanymi środkami finansowymi i wykorzystywać je przede wszystkim dla dobra pacjenta. Wiele szpitali w regionie podjęło działania mające na celu lepsze zarządzanie energią – będą szukać oszczędności poprzez zmniejszenie wydatków na energię elektryczną, ciepło oraz wodę. Nie odbywa się to jednak kosztem pacjenta. W sferze zdrowia niezwykle ważna jest również profilaktyka, na którą Województwo Śląskie kładzie duży nacisk. Stale realizowane programy prozdrowotne i profilaktyczne oraz organizowane konferencje z wielu dziedzin medycyny przyczyniają się do poprawy stanu zdrowia mieszkańców regionu, a także zwiększenia świadomości społecznej w zakresie ochrony zdrowia.

6. INFORMATYZACJA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

Jednym z priorytetów dalszego rozwoju województwa śląskiego są działania dotyczące sfery zdrowia. Do końca 2015 roku system ochrony zdrowia będzie z informatyzowany. Elektroniczne recepty, skierowania i wgląd w historię choroby online – to część udogodnień, które mają stać się standardem w polskiej służbie zdrowia. Trwają prace nad Projektem P1, który jest największym tego typu przedsięwzięciem w Europie.

W ramach Projektu P1 powstanie szereg różnych systemów informatycznych, które będą świadczyły usługi elektroniczne dla obywateli, personelu medycznego i wszystkich świadczeniodawców. Głównymi funkcjami systemów będą recepta elektroniczna, możliwość wystawiania i realizacji elektronicznych skierowań i zleceń. Oczywiście głównym produktem będzie Internetowe Konto Pacjenta .

Na Internetowym Koncie Pacjenta będą gromadzone wszystkie informacje dotyczące kontaktów pacjenta z placówkami ochrony zdrowia, niezależnie od tego, czy leczy się on w placówkach publicznych, czy prywatnych. Zastąpienie papierowej dokumentacji komunikacją elektroniczną wyeliminuje wiele problemów, jakie wiążą się np. z błędnymi lub nieczytelnymi receptami, ryzykiem zgubienia bądź zniszczenia wyników badań lekarskich, archiwizacją papierowych dokumentów itp.

W przypadku recepty elektronicznej zostanie wyeliminowany problem nieczytelnych recept, który dzisiaj jest dosyć powszechny. System da możliwość realizacji częściowej recepty. Obecnie, jeżeli mamy receptę, to musimy ją w całości zrealizować w jednej

aptece. W przypadku recepty elektronicznej można kupować poszczególne lekarstwa w różnych aptekach. Powyższe rozwiązanie jest dużym ułatwieniem dla pacjenta.

Obecnie pacjent w systemie ochrony zdrowia wciąż jest pośrednikiem w obiegu dokumentów między poszczególnymi placówkami i specjalistami, co zmniejsza skuteczność leczenia i zwiększa koszty po obu stronach.

Elektroniczny obieg dokumentacji i możliwość bieżącej kontroli historii choroby pozwoli pacjentom szybciej podjąć decyzję o pójściu do specjalisty, a ci będą mogli szybciej postawić diagnozę. Wzrośnie również trafność wyboru sposobu leczenia, bo lekarze zyskają dostęp zarówno do historii choroby danego pacjenta, jak i szerszych statystyk, które będzie gromadził system.

Poprzez swoją unikalność i zakres zbierania danych przyszły projekt i narzędzia, na pewno będą wspierać proces planowania opieki zdrowotnej w kraju. To będą rzeczywiste i wiarygodne dane o tym, co się dzieje w systemie ochrony zdrowia na całym obszarze kraju [9].

7. PRAWA PACJENTA

Najważniejszymi źródłami praw pacjenta oraz osób ubezpieczonych są:

- 1) Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- 2) Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- 3) Zarządzenia prezesa NFZ dotyczące kontraktowania świadczeń zdrowotnych

Prawa pacjenta są częścią praw człowieka. „Powszechna Deklaracja Praw Człowieka” – uchwalona przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 10 grudnia 1948 roku, w artykule 24 mówi, że każdy człowiek ma prawo do poziomu życia zapewniającego zdrowie i dobrobyt jemu i jego rodziny, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i konieczne bezpieczeństwo socjalne.

Do podstawowych praw pacjenta wynikających z praw człowieka należy zaliczyć:

- prawo do zdrowia
- prawo do prywatności i godności
- prawo do informacji
- prawo do decydowania, do świadomej zgody lub odmowy

- prawo do poufności
- prawo do dodatkowej opieki
- prawo do poszanowania wartości i przekonań religijnych i filozoficznych
- prawo do aborcji
- dostęp do świadczeń standardowych
- dostęp do świadczeń wysokospecjalistycznych
- dostęp do świadczeń ponadstandardowych
- prawo do skargi i dochodzenia roszczeń

Przełomowym momentem w ochronie praw pacjenta w Polsce było, w dniu 31 marca 2009 roku, wejście w życie Ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta. Na podstawie tego dokumentu jest możliwe dochodzenie przez pacjenta roszczeń wynikających z braku przestrzegania wyżej wymienionych praw przez instytucje realizujące świadczenia zdrowotne w Polsce.

7.1. PODSTAWOWE PRAWA PACJENTA

Osoba ubiegająca się o udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych zobowiązana jest, na początku toku postępowania, przedstawić dowód potwierdzający prawo do uzyskania świadczeń.

Dokumentami potwierdzającymi ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia są:

Dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę:

- druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualnie potwierdzony raport miesięczny ZUS RMUA wydany przez pracodawcę (nie dotyczy osób na urlopie bezpłatnym powyżej 30 dni)
- aktualne zaświadczenia z zakładu pracy,
- legitymacja ubezpieczeniowa z aktualną datą i pieczętką pracodawcy - w całej Polsce, z wyjątkiem Śląska. W województwie śląskim wystarczy karta chipowa wydana przez wcześniejszą instytucję ubezpieczenia zdrowotnego, Śląską Regionalną Kasę Chorych, poprzedniczkę NFZ.

Dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą

- druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Dla osoby ubezpieczonej w KRUS:

- zaświadczenie lub legitymacja aktualnie podstemplowaną przez KRUS (dowód wpłaty w przypadku prowadzenia działów specjalnych produkcji rolnej)

Dla emerytów i rencistów:

- legitymacja emeryta/rencisty (w przypadku legitymacji wydanej przez ZUS powinna zawierać oznaczenia oddziału wojewódzkiego NFZ: 3 i 4 cyfra numeru legitymacji)
- zaświadczenie z ZUS lub KRUS (Wojskowe Biuro Emerytalne, Zakład Emerytalno Rentowy, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji)
- aktualny odcinek emerytury lub renty
- zgodnie z art.240 ust.2 może być to wyciąg bankowy (ze wskazaniem w tytule przelewu kwoty potrąconej składki i kodu oddziału NFZ)

Dla osoby zarejestrowanej jako bezrobotna:

- aktualne zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego

Dla osoby dobrowolnie ubezpieczonej:

- Umowa zawarta z NFZ i dokument ZUS potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej

Dla członka rodziny ubezpieczonego

- dowód opłacenia składki przez głównego płatnika oraz dowód zgłoszenia do ubezpieczenia członka rodziny (np. druki: ZUS RMUA, ZUS ZCNA)
- legitymacja rodzinna z aktualną datą i pieczętą zakładu pracy;
- aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę
- legitymacja emeryta/rencisty oraz dowód zgłoszenia do ubezpieczenia członka rodziny

Ponadto uprawnienia do korzystania ze świadczeń mają osoby spełniające kryteria dochodowe, o których mowa w art. 8 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (dotyczy osób o bardzo niskich dochodach lub bez dochodów).

Osoby uprawnione do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji (dotyczy obcokrajowców) – w tej sytuacji należy przedstawić poświadczenie wydane przez NFZ (w przypadku zamieszkiwania na terenie Polski) lub Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego EKUZ (lub certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ) wydana przez inny niż Polska kraj członkowski UE lub EFTA.

Brak dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej jest najczęstszym powodem odmowy udzielenia świadczenia albo przyczyną obciążenia pacjenta kosztami leczenia. Dlatego tak ważne jest posiadanie wszystkich dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń w momencie ubiegania się o to świadczenie. Od tej reguły jest jednak bardzo ważny wyjątek: w stanie nagłym pomoc musi być udzielona, a jeśli pacjent przebywa w szpitalu, dokument potwierdzający ubezpieczenie może zostać przedstawiony nie później niż w 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia lub w ciągu 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej. Niedostarczenie dokumentu w wyżej wymienionych terminach skutkuje obciążeniem pacjenta kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.

Świadczenia zdrowotne udzielane są bezpłatnie pacjentom innym niż ubezpieczeni, którzy nie ukończyli 18 roku życia (ale muszą być zgłoszeni do ubezpieczenia) lub są w okresie ciąży, porodu lub połogu.

Ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych zapewnia ubezpieczonym bezpłatną realizację następujących świadczeń:

badania diagnostyczne, w tym medyczną diagnostykę laboratoryjną,

świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego

wykrywania chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne, podstawową opiekę

zdrowotną, świadczenia w środowisku nauczania i wychowania, ambulatoryjne

świadczenia specjalistyczne, rehabilitację leczniczą, świadczenia stomatologiczne,

leczenie szpitalne, świadczenia wysokospecjalistyczne, leczenie w domu chorego,

badanie i terapię psychologiczną, badanie i terapię logopedyczną, świadczenia

pielęgniacyjne i opiekuńcze, w tym opiekę paliatywno-hospicyjną, pielęgnację

niepełnosprawnych i opiekę nad nimi, opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i

połogu, opiekę nad kobietą w okresie karmienia piersią, opiekę prenatalną nad płodem i

opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia,

opiekę nad zdrowym dzieckiem, w tym ocenę stanu zdrowia i rozwoju dziecka do lat

18, leczenie uzdrowiskowe, zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze, transport sanitarny oraz- ratownictwo medyczne.

W tym miejscu należy nadmienić, że orzeczenia lub zaświadczenia związane z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, orzekaniem o niepełnosprawności, ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych są finansowane przez podmiot, na którego zlecenie zostaje przeprowadzone badanie, wydane orzeczenie lub zaświadczenie. Oznacza to, że orzekanie o niezdolności do pracy dla celów ustalania uprawnień do świadczeń należy do zadań lekarzy orzeczników i komisji lekarskich Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

8. ZASADY KORZYSTANIA Z PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

W celu skorzystania z publicznej opieki medycznej każda osoba powinna zacząć od wyboru lekarza oraz pielęgniarki/położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ). Świadczeniobiorca lub jego opiekun ma prawo wybrać lekarza rodzinnego, pielęgniarkę, położną a także zmienić ich dwa razy w roku kalendarzowym.

Każda kolejna zmiana wiąże się z koniecznością wniesienia na konto właściwego oddziału NFZ opłaty w wysokości 80,00 zł. Opłaty nie trzeba wносить, jeśli wybór nowego lekarza, pielęgniarki lub położnej wynika na przykład ze zmiany miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zmiany miejsca wykonywania świadczeń przez lekarza/pielęgniarkę/położną. Wyboru lub zmiany dokonuje się bezpośrednio w nowej przychodni. O przyjęciu pacjenta na swoją listę decyduje lekarz/pielęgniarka/położna, uzależniając to od liczby już zadeklarowanych osób, a także od realnych możliwości objęcia opieką kolejnego pacjenta. Wyboru dokonuje się za pomocą druku deklaracji wyboru.

8.1. Podstawowa opieka zdrowotna w dzień:

Świadczenia POZ wykonywane są od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00, z wyłączeniem sobót, niedziel i innych dni ustawowo wolnych od pracy, w miejscu wykonywania praktyki oraz poprzez świadczenie wizyt domowych. Świadczenia POZ udzielane są przez lekarza, pielęgniarkę i położną. W schorzeniach ostrych i nagłych zachorowaniach, a także w innych stanach wymagających pilnej interwencji, gdy wymaga tego stan pacjenta, porada lekarza udzielana jest w dniu zgłoszenia. W schorzeniach przewlekłych świadczenia udzielane są w terminie uzgodnionym z pacjentem przez lekarza. Świadczeniodawca ma obowiązek zapewnić

funkcjonowanie gabinetu zabiegowego od poniedziałku do piątku W godzinach od 8:00 do 18:00 z wyłączeniem sobót, niedziel i innych dni ustawowo wolnych od pracy, w tym punktu szczepień - minimum 1 raz w tygodniu po godzinie 15:00.

Z powyższych usług może korzystać każda osoba, która złożyła deklarację wyboru.

Informacja na temat podstawowej opieki zdrowotnej w dzień wraz z rodzajem świadczonych usług i listą teled adresową Zakładów Opieki Zdrowotnej znajduje się na stronie NFZ, Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego w Katowicach w zakładce „Gdzie się leczyć, wyszukiwanie według usług”

8.2. Podstawowa opieka zdrowotna w dni świąteczne i w nocy

W dni ustawowo wolne od pracy i w święta po godzinie 18:00, lekarz POZ zapewnia opiekę ubezpieczonym samodzielnie lub poprzez współpracę z innymi podmiotami. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej mogą być wykonywane w przychodni lub w wyjątkowych przypadkach w domu chorego. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki lekarskiej są bezpłatne i udzielane bez skierowania.

W ramach opieki wyjazdowej do świadczeń tych należą też zabiegi pielęgniarskie wynikające z ciągłości leczenia, np. zlecone iniekcje czy też inne zabiegi pielęgnacyjne. Z nocnej i świątecznej podstawowej opieki zdrowotnej należy korzystać wyłącznie w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, gdy oczekiwanie na otwarcie przychodni może znacząco niekorzystnie wpłynąć na stan zdrowia, gdy zastosowane środki domowe lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy.

Uzasadnieniem dla skorzystania ze świadczeń POZ w nocy i święta mogą być następujące sytuacje: zaostrzenie lub nasilenie dolegliwości znanej choroby przewlekłej (np. kolejny napad astmy oskrzelowej z umiarkowaną dusznością), infekcja dróg oddechowych z wysoką gorączką (>39 °C), szczególnie u małych dzieci i osób w podeszłym wieku, bóle brzucha, nasilone bóle głowy, nie ustępujące mimo stosowania leków przeciwbólowych, nasilona biegunka lub wymioty, szczególnie u dzieci lub osób w podeszłym wieku, zatrzymanie wiatrów, stolca lub moczu, nagłe bóle krzyża, kręgosłupa, stawów, kończyn itp. Lub zaburzenia psychiczne, z wyjątkiem agresji lub dokonanej próby samobójczej.

W ramach nocnej i świątecznej opieki lekarskiej nie można uzyskać: wizyty kontrolnej w związku z wcześniej rozpoczętym leczeniem, recepty na stosowane

stale leki w związku ze schorzeniem przewlekłym, rutynowego zaświadczenia o stanie zdrowia ani- skierowania do specjalisty. Każdy pacjent powinien zawnoczu dowiedzieć się u swojego lekarza rodzinnego, kto i gdzie sprawuje całodobową opiekę medyczną. Informacja ta powinna być dostępna w domu i znana każdemu członkowi rodziny.

Lista miast w których można uzyskać Podstawową Opiekę Zdrowotną w nocy oraz dni świąteczne: Bielsko-Biała, Brudowice, Bytom, Chorzów, Cieszyn, Czechowice-Dziedzice, Czeladź, Czerwionka-Leszczyny, Częstochowa, Dąbrowa Górnicza, Dąbrowa Zielona, Gliwice, Jastrzębie-Zdrój, Jaworzno, Katowice, Kłobuck, Kłomnice, Knurów, Kobiernice, Koniecpól, Krzepice, Łędziny, Lubliniec, Mikołów, Milówka, Mysłowice, Myszków, Piekary Śląskie, Pszczyna, Pyskowice, Racibórz, Ruda Śląska, Rybnik, Rydułtowy, Siemianowice Śląskie, Skoczów, Sosnowiec, Świętochłowice, Szczyrk, Tarnowskie Góry, Tychy, Wisła, Wodzisław Śląski, Zabrze, Zawiercie, Żory, Żywiec. Wykaz wszystkich placówek udzielających takie świadczenia dostępne są na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia [10].

Informacja na temat podstawowej opieki zdrowotnej w nocy wraz z listą teled adresową Zakładów Opieki Zdrowotnej znajduje się na stronie NFZ, Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego w Katowicach w zakładce „Nocna i świąteczna opieka zdrowotna”

8.3. Porada specjalistyczna

Porada specjalistyczna lub diagnostyczno-zabiegowa obejmuje badanie pacjenta oraz inne świadczenia opieki zdrowotnej, których wykonanie lekarz uznał za niezbędne w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

8.4. Zasady korzystania z porad lekarzy specjalistów

W celu uzyskania świadczenia niezbędne jest skierowanie od lekarza POZ lub innego lekarza udzielającego świadczeń w ramach umowy z NFZ. Skierowanie nie jest wymagane do stomatologa, ginekologa-położnika, wenerologa, onkologa, psychiatry. Skierowania do specjalisty nie muszą okazywać inwalidzi wojenni i osoby represjonowane, cywilne niewidome, ofiary działań wojennych, uprawnieni żołnierze lub pracownicy, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas

wykonywania zadań poza granicami państwa, chorzy na gruźlicę, zakażeni wirusem HIV oraz osoby uzależnione od alkoholu, środków odurzających i substancji psychoaktywnych w zakresie leczenia odwykowego.

Poza tymi osobami wszyscy muszą mieć skierowanie. Pacjent ma prawo wyboru lekarza specjalisty spośród wszystkich lekarzy przyjmujących w poradniach, które mają umowy z NFZ. W przypadku nagłych zachorowań lub pogorszenia stanu zdrowia świadczenie w poradni specjalistycznej winno być zrealizowane w trybie nagłym, czyli w dniu zgłoszenia. Decyzję o przyjęciu pacjenta w trybie nagłym podejmuje lekarz.

8.5. Zasady kierowania do specjalisty

Lekarz POZ kierujący pacjenta do lekarza specjalisty lub do szpitala zobowiązany jest dołączyć do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych, zgodnie z rozpoznaniem schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną, umożliwiającym potwierdzenie wstępnego rozpoznania.

Badania diagnostyczne, na które kieruje lekarz specjalista, finansowane są w ramach porady, za którą płaci NFZ. Badania kosztowne, wysokospecjalistyczne, takie jak rezonans magnetyczny czy tomografia komputerowa, są przez NFZ kontraktowane i finansowane odrębnie. Pacjent nie płaci za badania diagnostyczne, o ile wykona je na pisemne zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w miejscu (laboratorium, pracowni) wskazanym przez lekarza. O potrzebie kierowania na badanie decyduje lekarz. Lekarz specjalista może kierować na wszystkie badania diagnostyczne niezbędne do rozpoznania choroby, postawienia diagnozy i prowadzenia terapii. Specjalista, do którego skierowanie nie jest wymagane, sam zleca wykonanie potrzebnych mu badań.

8.6. Skierowanie do szpitala

W przypadku, gdy leczenie w przychodni nie jest wystarczające i pacjent wymaga leczenia szpitalnego, lekarz dołącza do skierowania wyniki badań diagnostycznych zgodnie z rozpoznaniem schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną, umożliwiającą potwierdzenie wstępnego rozpoznania.

Po leczeniu szpitalnym świadczeniodawcy zobowiązani są do wystawienia pacjentowi odrębnego skierowania, które stanowi indywidualną dokumentację

pacjenta. Skierowanie na leczenie szpitalne może być wystawione przez każdego lekarza.

W przypadku braku możliwości przyjęcia pacjenta do szpitala w dniu zgłoszenia pacjent wpisywany jest na listę oczekujących. W razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, wskazującego na potrzebę wcześniejszego (niż w ustalonym terminie) udzielenia świadczenia, ustalany jest nowy termin przyjęcia pacjenta do szpitala.

8.7. Zasady korzystania ze świadczeń poza kolejnością:

Nagminnym problemem nękającym osoby korzystające ze świadczeń zdrowotnych z tytułu ubezpieczenia są wszechobecne kolejki oczekujących. Dotyczy to także osób niepełnosprawnych i dzieci, które nie są uprawnione do korzystania ze świadczeń poza kolejką oczekujących. Do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach mają prawo jedynie osoby, które posiadają tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”, inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatanci. Osoby niepełnosprawne nie mają możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych z tytułu ubezpieczenia bez kolejki [11].

9. ZAKOŃCZENIE

Celem mojej pracy była z jednej strony charakterystyka sektora usług medycznych, działającego na terenie województwa śląskiego, podkreślenie jak wysoki standard usług medycznych, profesjonalną kadrę i najnowocześniejsze wyposażenie oferuje nasz region z drugiej zaś przedstawienie liczby głównych podmiotów leczniczych, działających na terenie województwa śląskiego.

Do powyższego użyłam metod porównawczych dzięki którym w prosty sposób można przedstawić sektor usług medycznych województwa śląskiego na tle podmiotów leczniczych na terenie kraju.

Pierwszą część pracy poświęciłam na przedstawienie definicji systemu zdrowotnego oraz zasad jego funkcjonowania, który jako spójna całość powiązanych z sobą części, wpływa pozytywnie na stan zdrowia ludzi, natomiast końcową część prawom pacjenta do spraw zdrowotnych oraz zasadom korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce, które każdy obywatel powinien znać i nauczyć się z nich korzystać.

Z uwagi na to, że jednostki lecznicze dotyka aktualnie wiele problemów natury organizacyjnej i finansowej w treści pracy wskazałam priorytety władz samorządowych województwa śląskiego jakim jest niewątpliwie poprawa stanu bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców i zapewnienie kompleksowej i wysokiej jakości opieki zdrowotnej.

Problemy te wynikają jednak przede wszystkim z wad funkcjonującego w Polsce systemu ochrony zdrowia, a do najważniejszych czynników determinujących sytuację jednostek ochrony zdrowia należy silne uzależnienie od Narodowego Funduszu Zdrowia jako jedyne publicznego płatnika finansującego usługi medyczne.

Prawie 90% budżetów podmiotów leczniczych stanowią wpływy z NFZ, a biorąc pod uwagę krótkoterminowość kontraktów na udzielanie świadczeń zdrowotnych, niezwykle trudne staje się opracowanie długofalowych planów rozwoju tych jednostek, przede wszystkim szpitali.

Obecnie łatwy dostęp Polaków do informacji o standardach usług medycznych obowiązujących w krajach Unii Europejskiej przekłada się na wzrost oczekiwań co do poziomu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Książka Antoniego Maziarza – Śląskie Samarytanki, zainspirowała mnie do zamieszczenia w tekście pracy licencjackiej informacji na temat zdrowia Ślązaków na przełomie XIX i XX wieku.

10. PIŚMIENNICTWO.

[1] Strona internetowa Urzędu Statystycznego w Katowicach. Informacje o województwie – ludność, wyznania religijne. Plik pdf. Ostatnie dane z 2013 roku. Dostęp: www.katowice.stat.gov.pl

[2]. Antoni Maziarz, Śląskie samarytanki- Opieka zdrowotna rodzimych żeńskich zgromadzeń zakonnych na Śląsku w latach 1842-1914 , Instytut Historii Uniwersytetu Opolskiego, Warszawa 2009

[3]. dr Alfred Puzio , red. Słownik medycyny i farmacji Górnego Śląska, Tom 2 biograficzny (A-Z). Śląska Akademia Medyczna - Biblioteka Główna, Katowice 1995. Rozdział „ Rys historyczny lecznictwa na Śląsku w XIX i XX wieku”. ISBN 83-902300-7-0

[5]. Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego „KIERUNKI RESTRUKTURYZACJI SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ, DLA KTÓRYCH PODMIOTEM TWORZĄCYM JEST WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE NA LATA 2014-2018”, Katowice, marzec 2014 r.

[6]. Zespół Badawczy ASM, Analiza potencjału rozwojowego funkcji metropolitalnych obszarów aglomeracji miejskich województwa śląskiego, będących ośrodkami wzrostu gospodarczego województwa śląskiego w kontekście procesów zachodzących na regionalnym rynku pracy – specjalizacja medyczna regionu, w tym wysokospecjalistyczne usługi zdrowo - *RAPORT KOŃCOWY* Przygotowany przez Zespół Badawczy ASM – Centrum Badań i Analiz Rynku Sp. z o.o, 2012

[7]. Serwis Regionalnego Programu Województwa Śląskiego „Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2007-2013 na poprawę jakości i zwiększenie dostępności świadczeń zdrowotnych na terenie województwa śląskiego”. Dostęp: <http://rpo.slaskie.pl/zalaczniki/2012/10/25/1351153733.pdf>

[8]. dr Alfred Puzio, red. Słownik medycyny i farmacji Górnego Śląska, Tom 3 monograficzny (A-Z). Śląska Akademia Medyczna - Biblioteka Główna, Katowice 1997. Rozdział „ Akademicka służba zdrowia”. ISBN 83-902300-7-0.

[9] „Biuletyn Informacyjny Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia – jednostka Ministra Zdrowia”, Wydanie dwudzieste , maj 2015r.tytuł artykułu „Koordynacja projektów e-Zdrowie”

[10]. Strona internetowa Narodowego Funduszu Zdrowia Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego w Katowicach. Dostęp: <http://www.nfz-katowice.pl/>

[11]. Anna Rogowska, Wczesne wspomaganie – opieka medyczna. Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego.. Kraków 2009