

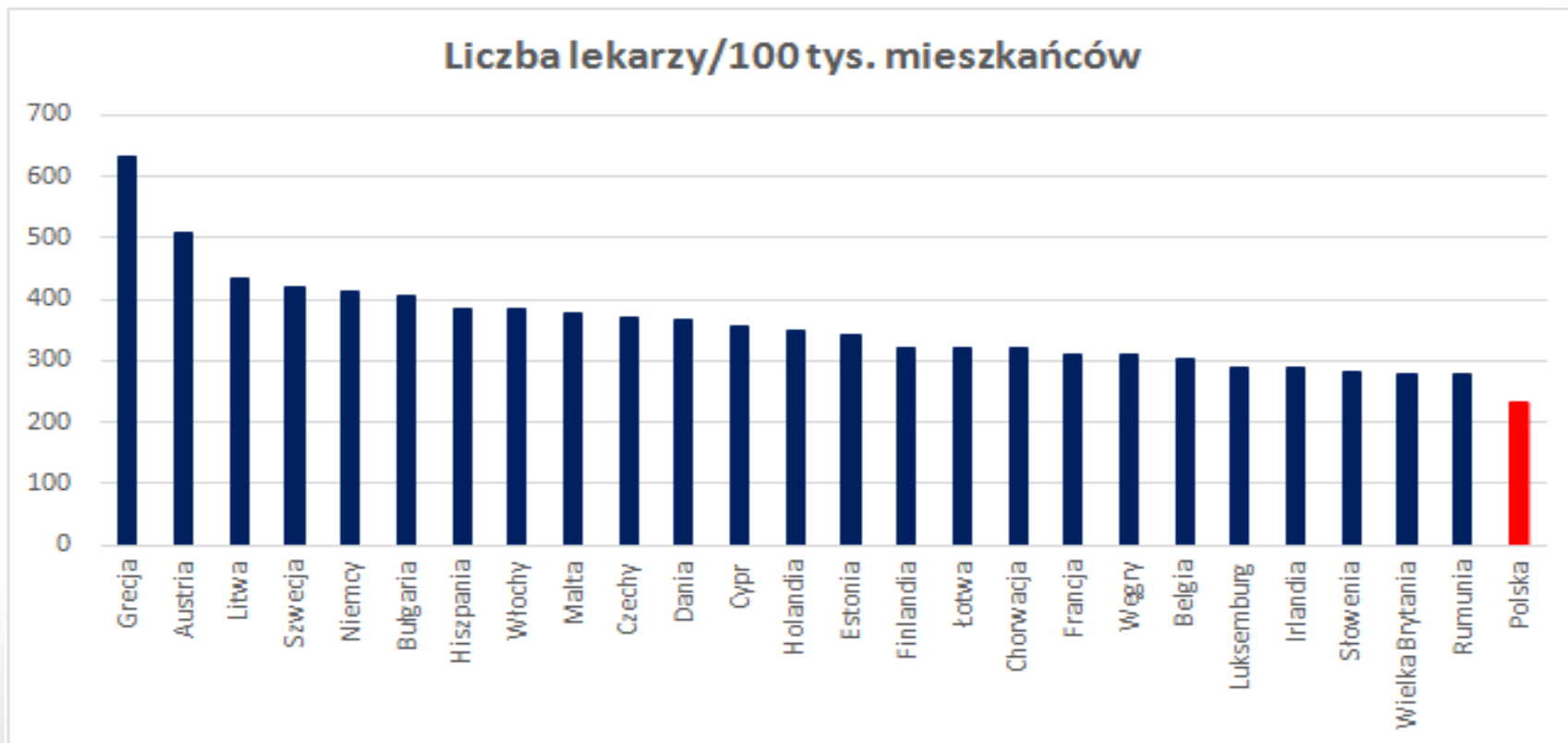
Problemy systemu ochrony zdrowia w Polsce i w województwie opolskim

Powodami mającymi decydujący wpływ na aktualną, trudną sytuację panującą w systemie ochrony zdrowia w naszym kraju i na Opolszczyźnie są:

- niedobór kadry medycznej,
- niewystarczające publiczne nakłady na ochronę zdrowia.

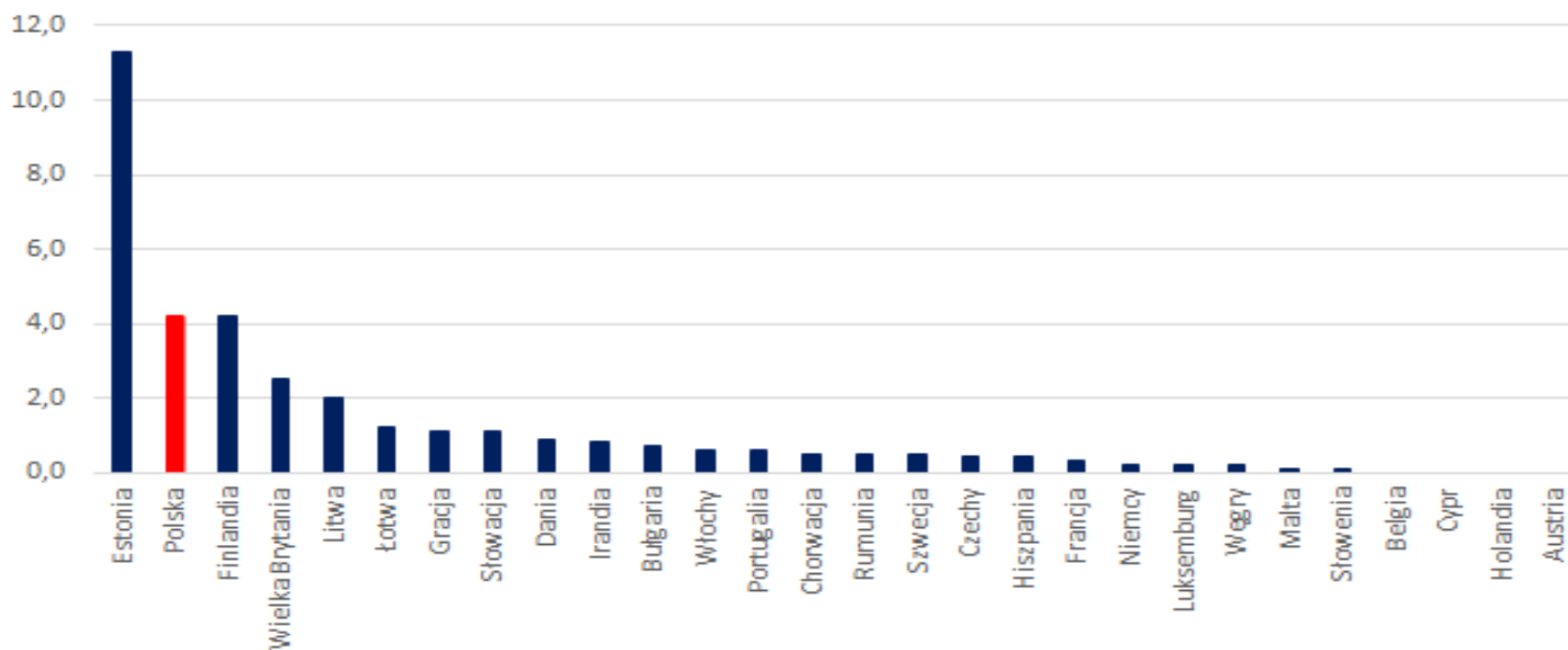
Świadczą o tym liczne dane, w których Polska, jako kraj członkowski Unii Europejskiej, na tle innych państw, wypada bardzo niekorzystnie.

Wg danych *Eurostatu* z roku 2015, Polska z wynikiem 233 praktykujących lekarzy, w rankingu ilości lekarzy przypadających na 100 tysięcy mieszkańców plasuje się na ostatnim miejscu w Unii Europejskiej, w której średnia wynosi 356 lekarzy



Ewidentny brak lekarzy w Polsce widoczny jest także w innym zestawieniu. Wg *Eurostatu* w roku 2015 potrzeby aż 4,2 procent pacjentów w Polsce nie zostały zaspokojone z uwagi na długi czas oczekiwania w kolejce. W tym zestawieniu gorszy wynik w Unii Europejskiej odnotowała jedynie Estonia

Odsetek pacjentów, których potrzeby nie zostały zaspokojone z uwagi na długi czas oczekiwania (%)



Polska wypada bardzo fatalnie na tle krajów zrzeszonych w Unii Europejskiej. Równie niekorzystnie na tle innych województw prezentuje się województwo opolskie.

-Wg danych GUS w województwie opolskim na 1 lekarza przypada 269 pacjentów,

-średnio w kraju na 1 lekarza przypada 187 pacjentów,

-specjalistów z dziedziny chorób wewnętrznych mamy w województwie opolskim, wg danych OIL ok. 146 osób

Kolejną przyczyną są niewystarczające publiczne nakłady na ochronę zdrowia.

-Ponad wszelką wątpliwość poziom finansowania świadczeń medycznych objętych kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia jest zbyt niski.

-Ryczałt naliczony zgodnie z mechanizmem ustawowym określa poziom finansowania w wysokości wykonania świadczeń za rok 2015. Minęły 3 lata!!!

-Działalność medyczna bez jednoczesnego zadłużania się szpitali wchodzących w skład sieci szpitali publicznych, finansowanych w roku 2018 kwotą z roku 2015, przy obowiązku zrealizowania takiej samej ilości świadczeń, nie jest możliwa.

Postulat zwiększenia nakładów na system ochrony zdrowia jest absolutnie słuszny.

Widać to bardzo wyraźnie na podstawie danych przedstawionych przez Najwyższą Izbę Kontroli w raporcie, nt. realizacji świadczeń przez NFZ za 2016 rok.

- Po raz kolejny szczególnie źle wypada tutaj Województwo Opolskie.

Przychody i koszty NFZ

Pomimo zwiększenia w 2016 r. wartości umów zawartych ze świadczeniodawcami o 3,2 mld zł, dostęp pacjentów do świadczeń nie poprawił się. Blisko połowę z tych środków (45,2 proc.) przeznaczono na podwyżki wynagrodzeń personelu medycznego.

Wprowadzone przez Ministra Zdrowia regulacje prawne nie wiązały tych wypłat z realizacją świadczeń i zwiększeniem ich dostępności.

Przychody NFZ w 2016 r. wyniosły 73,8 mld zł i były o 4,9 proc. wyższe niż w 2015 r.

(blisko 70,4 mld zł). Największy udział w przychodach stanowiły przychody z tytułu składek na ubezpieczenia zdrowotne z ZUS i KRUS (bez składek z lat ubiegłych), które wyniosły łącznie nieco ponad 70,1 mld zł (94,8 proc. przychodów). Zrealizowane przez NFZ w 2016 r. koszty ogółem wyniosły prawie 74 mld zł i stanowiły 98,5 proc. planu. Były one o 4,8 proc. wyższe niż w 2015 r. (prawie 70,6 mld zł). **Poniesione przez NFZ w 2016 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły prawie 71 mld zł (stanowiły blisko 99 proc. wielkości zaplanowanej) i były one o 4,74 proc. wyższe niż w 2015 r. (67,8 mld zł).**

RAPORT NIK

źródło: www.nik.gov.pl

NFZ nie przeznaczył w 2016 r. ponad 700 mln zł z niewykorzystanych środków na deficytowe świadczenia opieki zdrowotnej (m.in. z rezerwy transgranicznej oraz koordynacyjnej - prawie 410 mln zł) oraz z dodatkowych przychodów (m.in. uregulowanie zobowiązania przez Ministra Zdrowia w wysokości 312 mln zł). Fundusz nie dokonując zmian planu w powyższym zakresie, zmniejszył zaplanowaną stratę w 2016 r. do 121 mln zł, przy pierwotnie planowanej 926 mln zł. **W ocenie NIK, Fundusz mógł zwiększyć finansowanie w newralgicznych obszarach świadczeń, jak miało to miejsce w 2015 r., lub sfinansować nierozliczone świadczenia wykonane ponad limit określony w umowach (417 mln zł).**

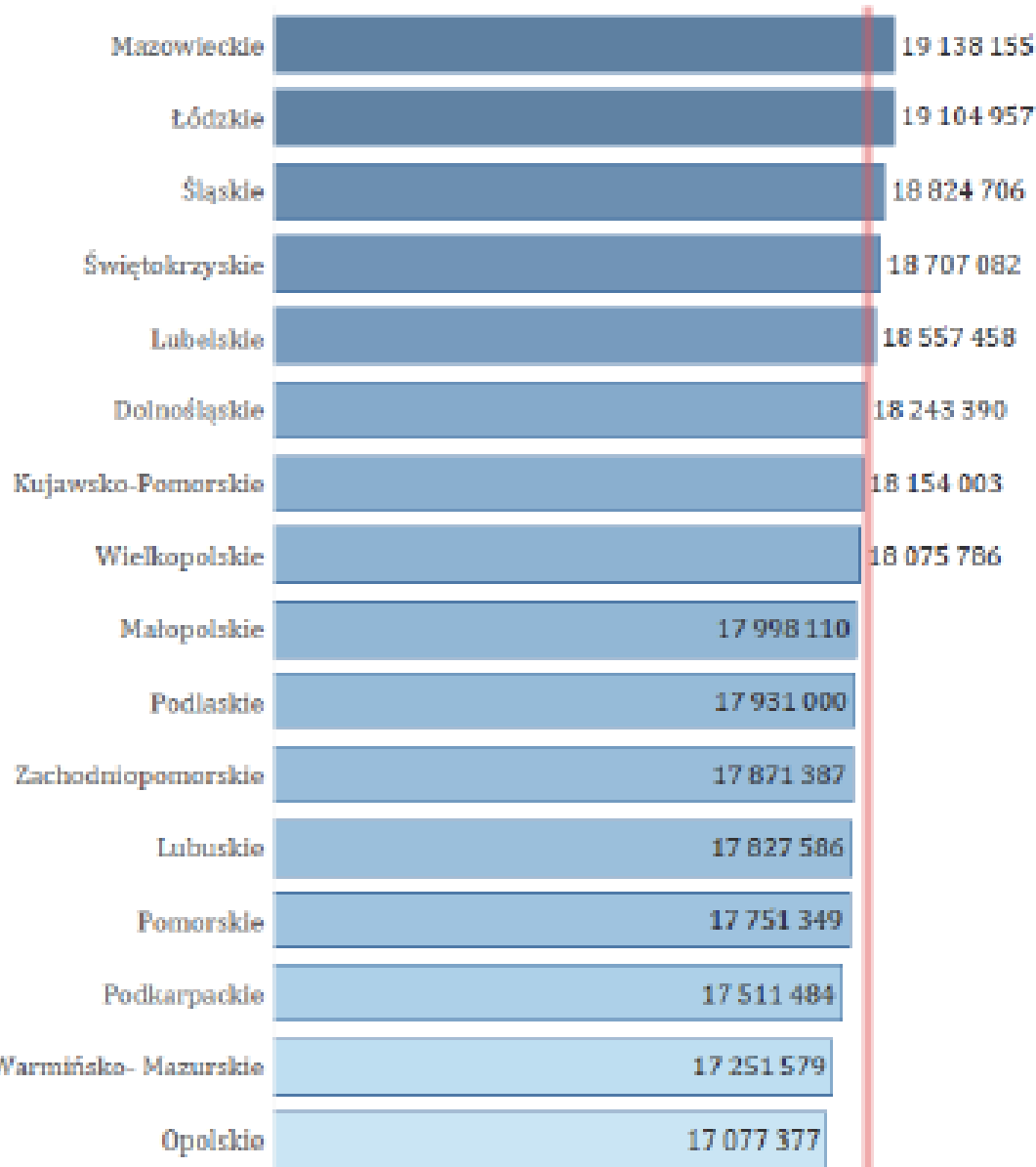
Różnice w dostępie do świadczeń

Podobnie jak w latach ubiegłych (2011-2015), w 2016 r. nadal utrzymywały się dysproporcje w dostępie do świadczeń, pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ, mierzone zarówno ich liczbą i wartością przypadającą na 10 tys. uprawnionych, jak i czasem oczekiwania na ich udzielenie.

Spowodowane to było w szczególności deficytem lekarzy specjalistów oraz nierównomiernym rozmieszczeniem kadry i placówek medycznych na terenie kraju. Ponadto w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej oraz profilaktycznych programach zdrowotnych zakupiono mniejszą liczbę świadczeń, zarówno ogółem, jaki i w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych, niż w roku 2015.

RAPORT NIK

źródło: www.nik.gov.pl



Polska: 18 309 316

WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE



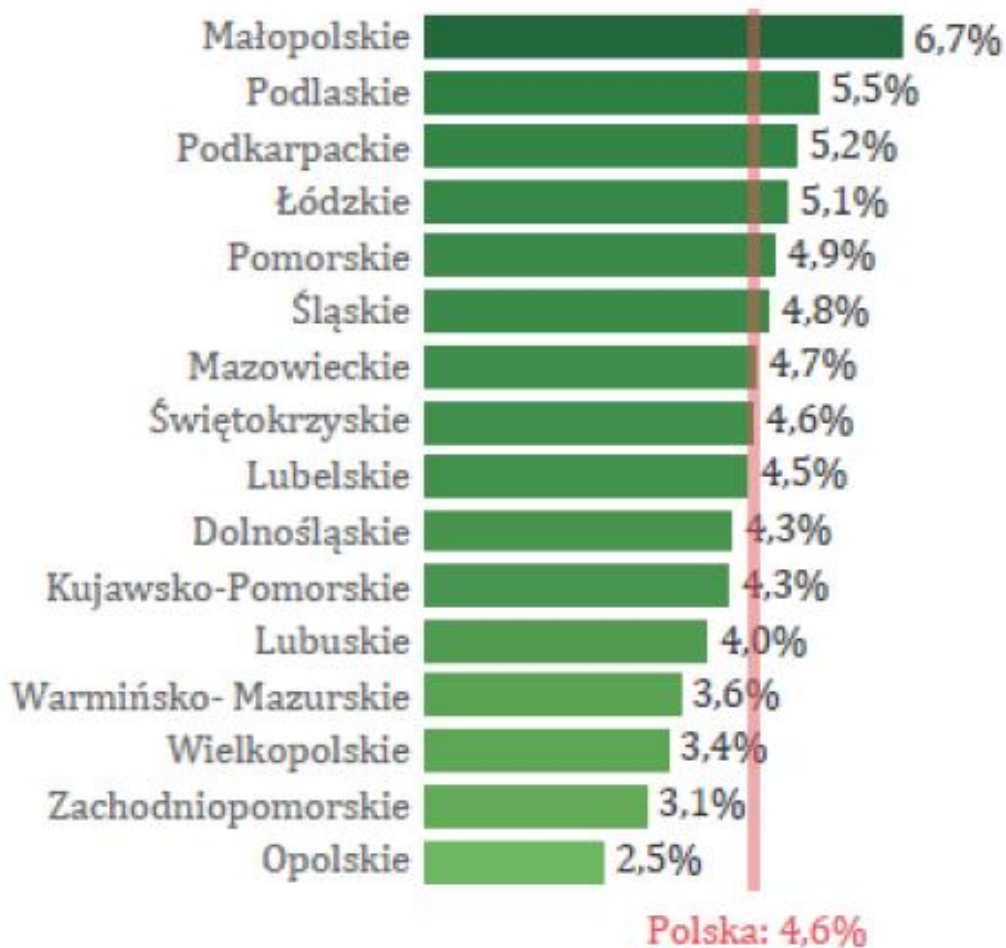
koszty świadczeń
opieki zdrowotnej w województwie

1,7 mld zł

2,4% kosztów świadczeń NFZ

2,6% uprawnionych do świadczeń z NFZ

Wzrost/spadek wartości świadczeń w stosunku do 2015 r.



WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE

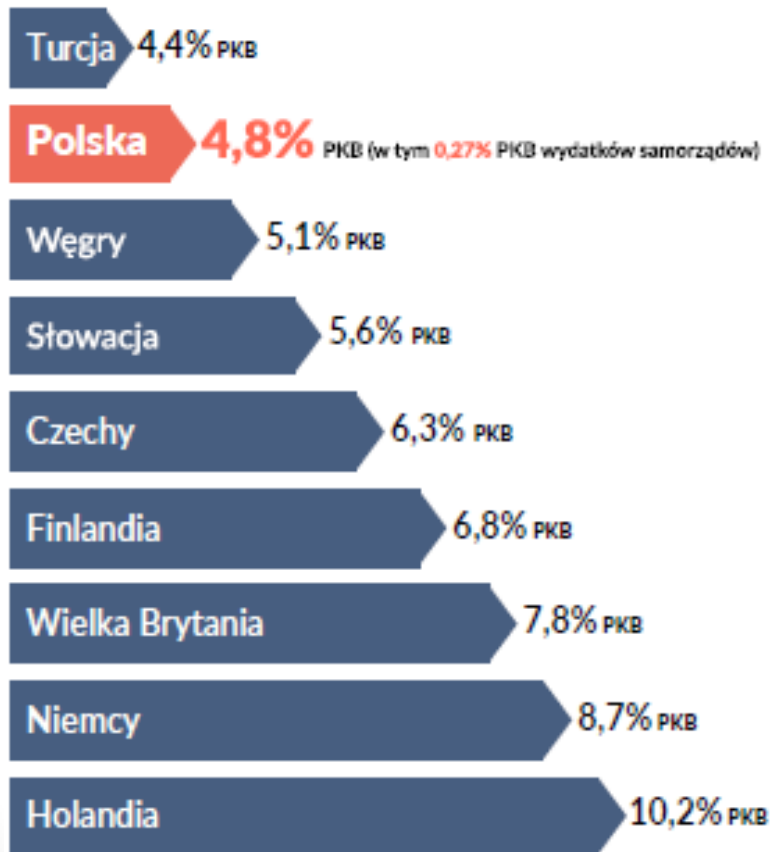
otrzymało w roku 2016
względem 2015 roku
najmniejszy, wynoszący
zaledwie 2,5% wzrost
świadczeń, przy średniej kraju
na poziomie 4,6%.

Problem niedofinansowania ochrony zdrowia widoczny jest także w dokumentach ministerialnych, a w szczególności w:

NARODOWA
SŁUŻBA ZDROWIA

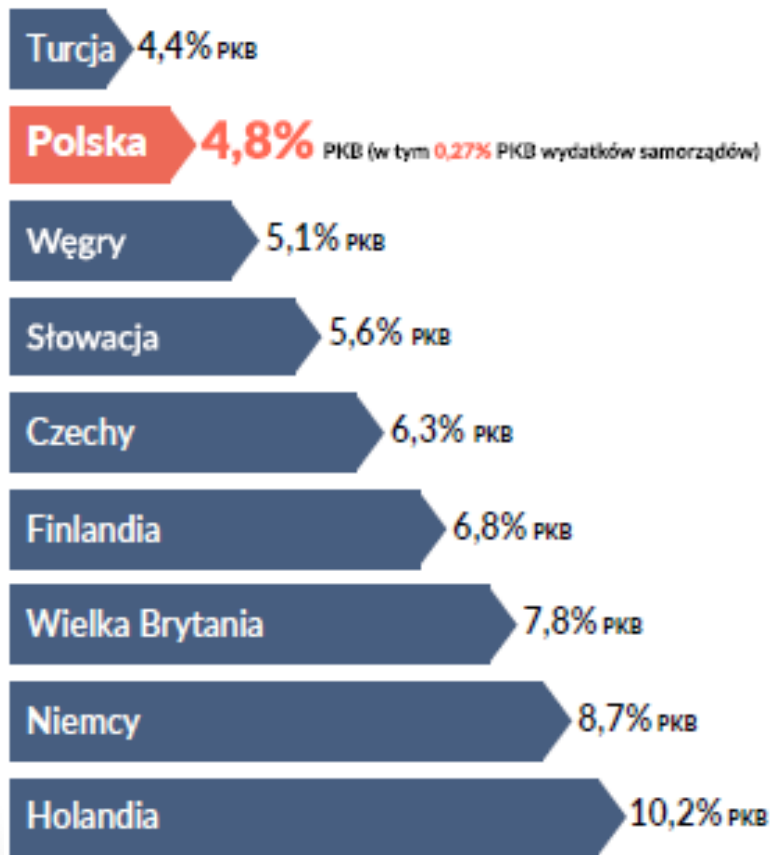


Nakłady publiczne w państwach OECD



W którym m.in. stwierdza się, że nakłady publiczne na ochronę zdrowia w Polsce na tle innych krajów wyglądają bardzo niekorzystnie

Nakłady publiczne w państwach OECD



W którym m.in. stwierdza się, że nakłady publiczne na ochronę zdrowia w Polsce na tle innych krajów wyglądają bardzo niekorzystnie.

„Publiczne wydatki na służbę zdrowia w Polsce oscylują wokół 4,6% – 4,8% PKB Polski, podczas gdy średnia państw OECD to 6,7% PKB. Nasz kraj jest pod tym względem nie tylko w ogonie Unii Europejskiej (przedostatnie miejsce), ale także w Europie Środkowo - Wschodniej. W naszej części kontynentu mniej od Polski na zdrowie w przeliczeniu na głowę obywatela wydaje tylko Estonia.”

Proponujemy działania zaradcze, które zawarto w stanowiskach Konwentu Starostów Województwa Opolskiego a mianowicie:

- Zwiększenie nakładów finansowych dedykowanych lecznictwu zamkniętemu, co umożliwi szpitalom funkcjonowanie na bezpiecznym poziomie, co w obecnej sytuacji nie jest zagwarantowane.
- Zminimalizowanie dysproporcji w podziale środków finansowych dla poszczególnych Oddziałów NFZ z jednoczesnym zwiększeniem o 0,2% (z poziomu 2,4 do 2,6%) nakładów finansowych na ochronę zdrowia dla województwa opolskiego.

Proponujemy działania zaradcze, które zawarto w stanowiskach Konwentu Starostów Województwa Opolskiego a mianowicie:

-Zwiększenia limitów przyjęć na wydziałach lekarskich.

Na podstawie danych *Eurostatu*, okazje się, iż w Polsce występuje zbyt mała liczba absolwentów studiów medycznych opuszczających mury polskich uczelni. W Polsce co roku egzaminy zdaje około 3,8 tys. nowych lekarzy, czyli niecałe 10 w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców. Mniej lekarzy w całej Unii Europejskiej od nas kształcą jedynie Bułgaria, Grecja, Cypr i Luksemburg.

Proponujemy działania zaradcze, które zawarto w stanowiskach Konwentu Starostów Województwa Opolskiego a mianowicie:

-Zacieśnienia współpracy pomiędzy przychodniami i szpitalami.
Rozwiązanie dotyczy zintensyfikowania działań mających na celu wykorzystanie potencjału podstawowej opieki zdrowotnej w procesie leczenia pacjentów. Konwent Starostów Województwa Opolskiego zwraca uwagę, iż w obecnie funkcjonującym systemie finansowania POZ-ty stanowią konkurencję dla szpitali w zakresie zapewniania lekarzom lepszych warunków zarówno pracy jak i płacy.

Proponujemy działania zaradcze, które zawarto w stanowiskach Konwentu Starostów Województwa Opolskiego a mianowicie:

-Otwarcia naszego rynku na lekarzy z krajów spoza Unii Europejskiej z jednoczesnym złagodzeniem procedury nostryfikacji dyplomu. Niniejsze rozwiązanie głównie dotyczy osób zza wschodniej granicy. Z uwagi na mniejsze, niż w przypadku osób pochodzących z innych krajów, bariery językowe, przy jednoczesnym braku rodzimej kadry medycznej, wnosi się o dokonanie analizy przyczyn faktu, iż niewielki odsetek osób, które zdobyły wykształcenie i już wykonywały zawód medyczny na Ukrainie czy Białorusi, w obecnym czasie posiada prawo do wykonywania zawodu w Polsce. Racjonalnym rozwiązaniem byłaby możliwość zapraszania lekarzy do konkretnego szpitala, z ograniczonym prawem wykonywania zawodu co do miejsca i określeniem terminu na uzupełnienie kwalifikacji.