

Podstawowe założenia do Reformy Ochrony Zdrowia w Polsce.

Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych
maj 2025 rok

Lek. Andrzej Dronsejko

Dyrektor ZOZ w Oławie

Największą chorobą systemu jest ...

Strach przed zmianą

Czy reforma ochrony zdrowia jest konieczna?

TAK

Mamy jeden z najniższych w Europie poziomów finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych, a koszty leczenia są wysokie i stale rosną.

Deficyt liczony jest już w miliardach PLN i zwiększa się z roku na rok.

Braki lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników medycznych w publicznym sektorze sprawiają, że system nie może w pełni sprostać potrzebom pacjentów.

Dostęp do świadczeń jest ograniczony, a kolejki do specjalistów są dużym problemem.

System ochrony zdrowia potrzebuje stałej modernizacji infrastruktury i wprowadzenia nowych technologii, aby zapewnić opiekę na wysokim poziomie.

Wysokie opłaty za wizyty lekarskie w sektorze prywatnym, są barierą dla pacjentów z niższymi dochodami.

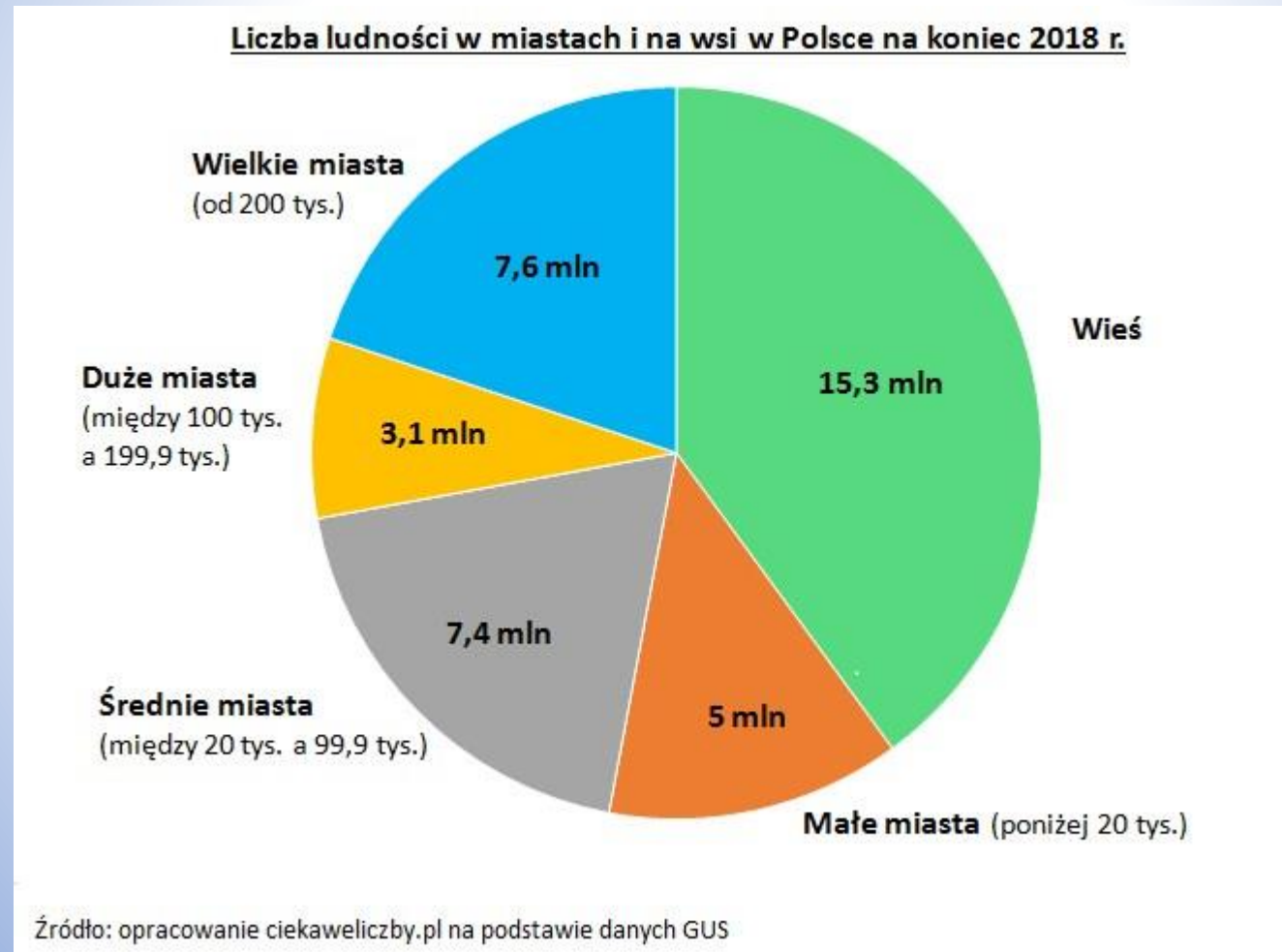
Wszyscy mówią o konieczności zmian, a rozwiązanie problemów ochrony zdrowia jest podstawowym postulatem wyborczym Polaków.

Czy Ogólnopolski Związek Pracodawców
Szpitali Powiatowych musi w tym uczestniczyć?

TAK

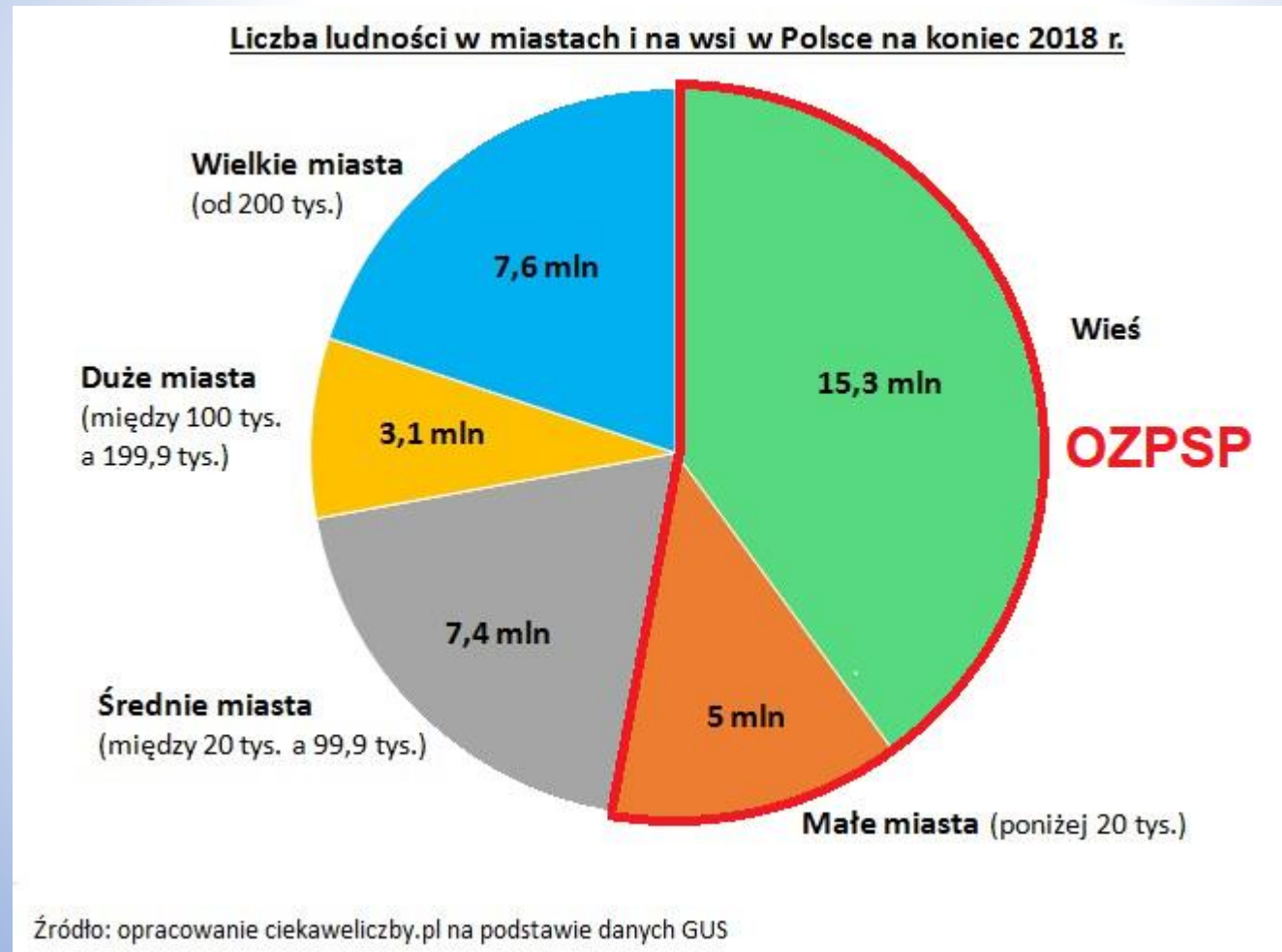
Czy Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych musi w tym uczestniczyć?

TAK



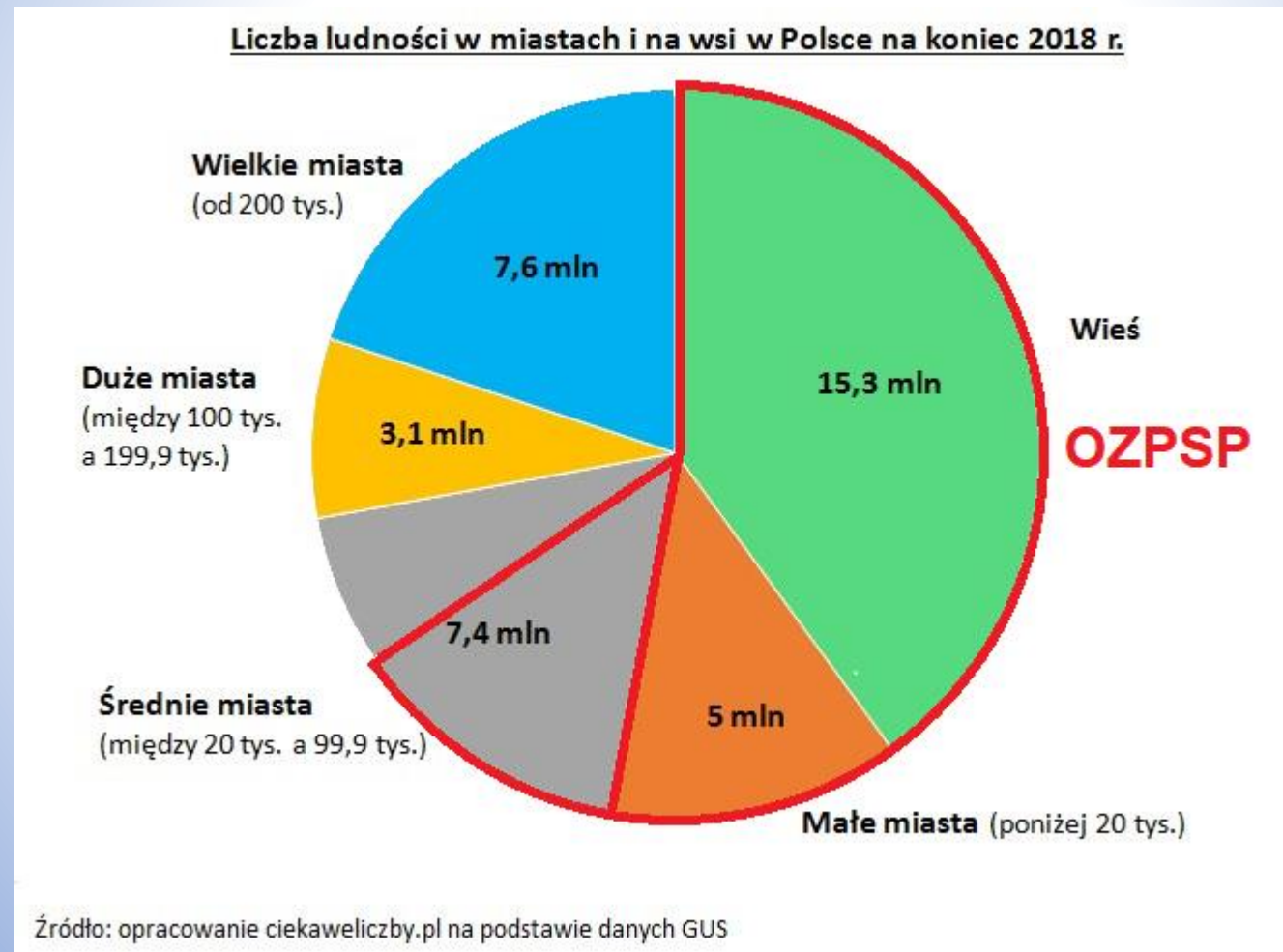
Czy Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych musi w tym uczestniczyć?

TAK



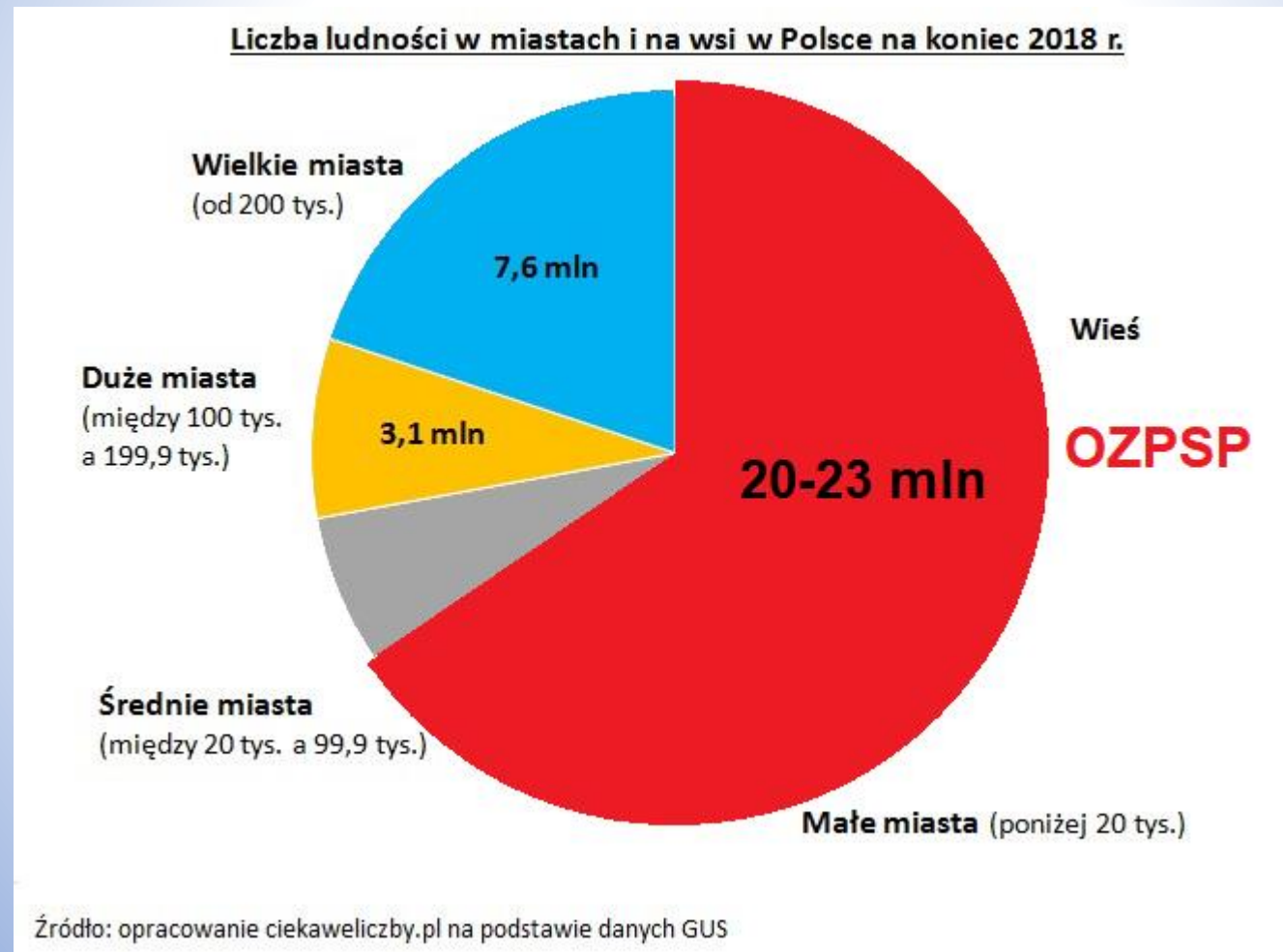
Czy Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych musi w tym uczestniczyć?

TAK



Czy Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych musi w tym uczestniczyć?

TAK



Czy Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych musi w tym uczestniczyć?

TAK

Dla co najmniej 20 mln mieszkańców naszego kraju Szpitale Powiatowe są najbliższym szpitalem

Około 1/3 szpitali w Polsce to Szpitale Powiatowe.

Sytuacja finansowa Szpitali Powiatowych jest bardzo trudna i systematycznie się pogarsza.

Wycena większości procedur realizowanych w Szpitalach Powiatowych nie pokrywa realnych kosztów ich realizacji.

Wsparcie finansowe Szpitali Powiatowych w zakresie realizacji inwestycji i modernizacji jest niewystarczające.

Zespół do spraw Reformy Ochrony Zdrowia w Polsce przy Ogólnopolskim Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych

Pierwsze spotkanie 28 stycznia 2025
roku

W maju 2025 przekazano Zarządowi
opracowane

**PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA DO
REFORMY OCHRONY ZDROWIA**



Jakie warunki są niezbędne, aby skutecznie przeprowadzić reformę ochrony zdrowia w Polsce

Skutecznej reformy systemu opieki zdrowotnej nie przeprowadzi samodzielnie żaden Minister Zdrowia.

Reforma Ochrony Zdrowia wymaga współpracy wielu resortów, a praktycznie całego rządu.

Niezbędny jest lider przedsięwzięcia uwiarygodniający powodzenie reformy.

Konieczne jest porozumienie dotyczące reformy zawarte ponad podziałami politycznymi, tak aby zapewnić stabilność zespołu realizującego reformę przez cały czas potrzebny na wprowadzenie niezbędnych zmian w ochronie zdrowia.

Zmiany w ochronie zdrowia powinny być zaplanowane i wprowadzone we wszystkich obszarach.

Jakie warunki są niezbędne, aby skutecznie przeprowadzić reformę ochrony zdrowia w Polsce

Skutecznej reformy systemu opieki zdrowotnej nie przeprowadzi samodzielnie żaden minister zdrowia.

Reforma Ochrony Zdrowia wymaga współpracy wielu resortów, a praktycznie całego rządu.

Niezbędny jest lider przedsięwzięcia uwiarygodniający powodzenie reformy.

Konieczne jest porozumienie dotyczące reformy zawarte ponad podziałami politycznymi, tak aby zapewnić stabilność zespołu realizującego reformę przez cały czas potrzebny na wprowadzenie niezbędnych zmian w ochronie zdrowia.

Zmiany w ochronie zdrowia powinny być zaplanowane i wprowadzone we wszystkich obszarach.

Obszary w których powinny nastąpić zmiany

1. Źródła finansowania opieki zdrowotnej w Polsce.
2. Zakres świadczeń objęty ubezpieczeniem zdrowotnym.
3. Odpowiedzialność za organizację ochrony zdrowia i właściciele podmiotów tworzących system ochrony zdrowia.
4. System szpitali, zasady kwalifikacji podmiotów do systemu ochrony zdrowia działającego w ramach NFZ.
5. Sposób finansowania świadczeń ochrony zdrowia.
6. Wycena świadczeń zdrowotnych.
7. Wynagrodzenia w ochronie zdrowia.
8. Kadry medyczne.
9. Finansowanie rozwoju infrastruktury szpitali i innych podmiotów ochrony zdrowia w Polsce.
10. Centralne wsparcie informatyzacji podmiotów ochrony zdrowia w Polsce.

Obszary w których powinny nastąpić zmiany

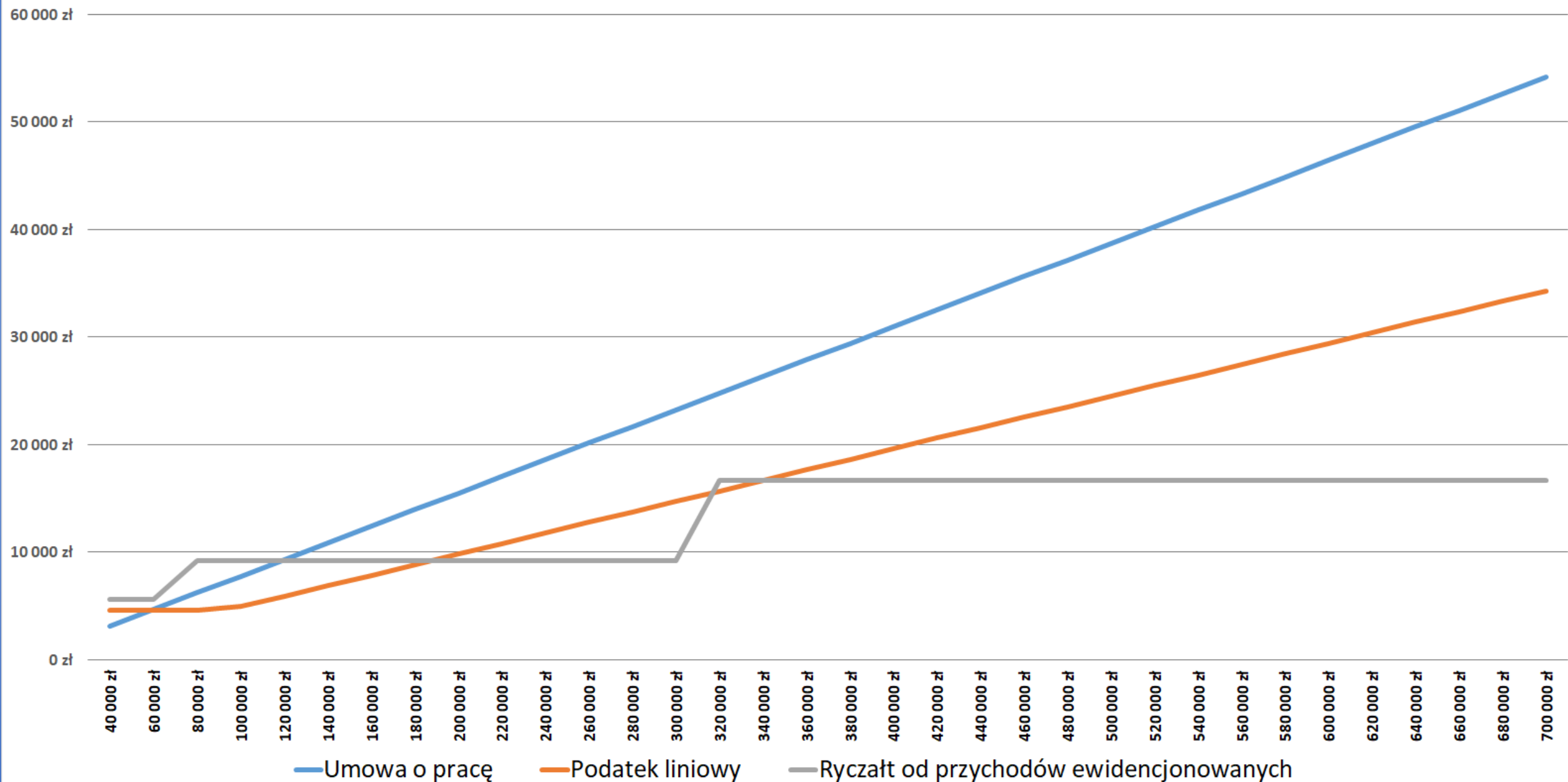
1. Źródła finansowania opieki zdrowotnej w Polsce.
2. Zakres świadczeń objęty ubezpieczeniem zdrowotnym.
3. **Odpowiedzialność za organizację ochrony zdrowia i właściciele podmiotów tworzących system ochrony zdrowia.**
4. System szpitali, zasady kwalifikacji podmiotów do systemu ochrony zdrowia działającego w ramach NFZ.
5. Sposób finansowania świadczeń ochrony zdrowia.
6. **Wycena świadczeń zdrowotnych.**
7. Wynagrodzenia w ochronie zdrowia.
8. Kadry medyczne.
9. Finansowanie rozwoju infrastruktury szpitali i innych podmiotów ochrony zdrowia w Polsce.
10. Centralne wsparcie informatyzacji podmiotów ochrony zdrowia w Polsce.

Źródła finansowania opieki zdrowotnej w Polsce

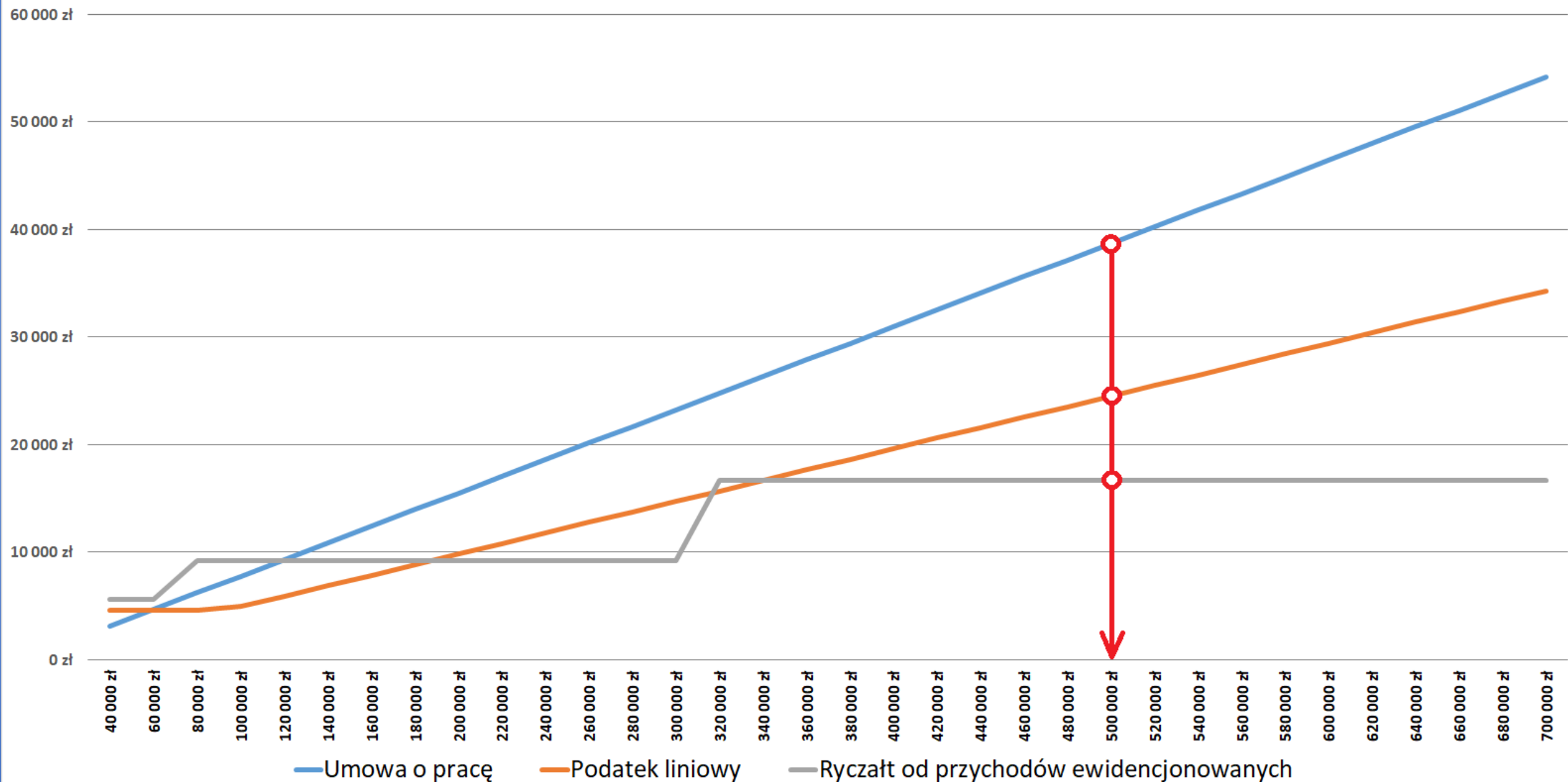
Równomierne, proporcjonalne do dochodu obciążenie składką zdrowotną wszystkich ubezpieczonych. W początkowym okresie wprowadzenie dopłat bezpośrednich.

Składka zdrowotna – równomierne, uzależnione od przychodu obciążenie składką zdrowotną wszystkich obywateli. Likwidacja ulg i zwolnień. Ryczałt w umowach cywilno-prawnych porównywalny ze składką zdrowotną na umowie o pracę.

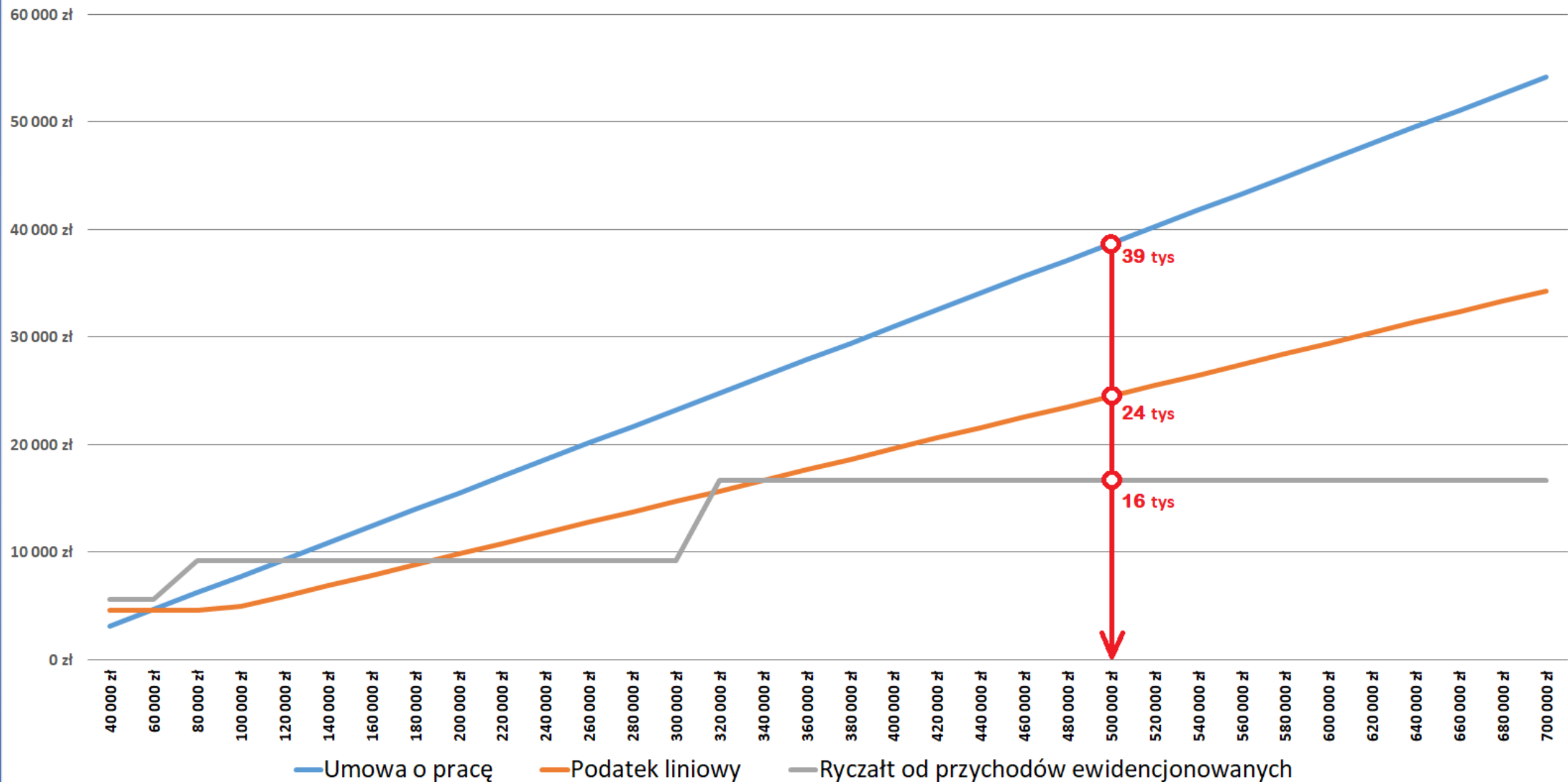
Składka zdrowotna w umowie o pracę i w przypadku jednoosobowej działalności gospodarczej w zależności od rocznych dochodów



Składka zdrowotna w umowie o pracę i w przypadku jednoosobowej działalności gospodarczej w zależności od rocznych dochodów



Składka zdrowotna w umowie o pracę i w przypadku jednoosobowej działalności gospodarczej w zależności od rocznych dochodów



Źródła finansowania opieki zdrowotnej w Polsce

Równomierne, proporcjonalne do dochodu obciążenie składką zdrowotną wszystkich ubezpieczonych. W początkowym okresie wprowadzenie dopłat bezpośrednich.

Składka zdrowotna – równomierne, uzależnione od przychodu obciążenie składką zdrowotną wszystkich obywateli. Likwidacja ulg i zwolnień. Ryczałt w umowach cywilno-prawnych porównywalny ze składką zdrowotną na umowie o pracę.

Dopłaty bezpośrednie – okresowe wprowadzenie dopłat bezpośrednich do wizyt ambulatoryjnych i do pobytu w szpitalu. Praktycznie wszyscy widzą taką konieczność.

Świadczenia odpłatne – umożliwienie szpitalom publicznym wykonywania świadczeń komercyjnych.

Świadczenia finansowane przez samorządy – profilaktyczne szczepienia, programy profilaktyczne

Inne źródła – wpływy od sprzedaży produktów o wysokim ryzyku zdrowotnym alkohol, papierosy. Opłata za nie odwołanie i nie zgłoszenie się pacjenta na wizytę. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne obejmujące większy zakres świadczeń. Odpłatność placówek POZ dla szpitala za „nadmiarowe” korzystanie pacjentów ze świadczeń NiŚOZ.

Zakres świadczeń objęty ubezpieczeniem zdrowotnym

Jasno określony zakres świadczeń objęty podstawowym ubezpieczeniem zdrowotnym z możliwością jego rozszerzenia.

Koszyk świadczeń – dostosowanie koszyka świadczeń do możliwości finansowych systemu. Cykliczna weryfikacja koszyka świadczeń zarówno pod względem kosztów jak i skuteczności leczenia.

Nielimitowane świadczenia w trybach nagłych – gwarancja zapłaty dla podmiotu leczniczego za świadczenia nagłe sfinansowane poza kontraktem, jeżeli na dzień rozliczenia świadczenia nagłego kontrakt został już zrealizowany

Wprowadzenie obowiązkowych świadczeń profilaktycznych.

Możliwość rozszerzenia ubezpieczenia – Wydzielenie świadczeń podstawowych i pakietu szerszego dostępnego po wykupieniu dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. umożliwienie szpitalom publicznym wykonywania świadczeń komercyjnych.

Odpowiedzialność za organizację ochrony zdrowia i właściciele podmiotów tworzących system ochrony zdrowia

Odpowiedzialność za organizację, finansowanie i rozwój ochrony zdrowia na terenie województwa skupiona w jednym miejscu.

Obszar – obszarem powinno być województwo.

Koordynator – koordynatorem powinien być Wojewoda i Wydział Zdrowia w Urzędzie Wojewódzkim lub NFZ. Na chwilę obecną zdania są podzielone, ale większość widzi w tej funkcji Wojewodę. Może to być funkcja jednoosobowa ale raczej zespół ludzi, wśród których byliby przedstawiciele i reprezentanci wszystkich uczestników systemu udzielania świadczeń zdrowotnych na danym terenie. (Wydział Zdrowia Publicznego)

Właściciele podmiotów – nie ma przeszkód, aby było wielu właścicieli podmiotów tworzących podstawową sieć szpitali w województwie niemniej jednak jeden właściciel zdecydowanie usprawniłby zarządzanie taką siecią.

Odpowiedzialność za organizację ochrony zdrowia i właściciele podmiotów tworzących system ochrony zdrowia

Odpowiedzialność za organizację, finansowanie i rozwój ochrony zdrowia na terenie województwa skupiona w jednym miejscu.

Obszar – obszarem powinno być województwo.

Koordynator – koordynatorem powinien być Wojewoda i Wydział Zdrowia w Urzędzie Wojewódzkim lub NFZ. Na chwilę obecną zdania są podzielone, ale większość widzi w tej funkcji Wojewodę. Może to być funkcja jednoosobowa ale raczej zespół ludzi, wśród których byliby przedstawiciele i reprezentanci wszystkich uczestników systemu udzielania świadczeń zdrowotnych na danym terenie. (Wydział Zdrowia Publicznego)

Właściciele podmiotów – nie ma przeszkód, aby było wielu właścicieli podmiotów tworzących podstawową sieć szpitali w województwie niemniej jednak jeden właściciel zdecydowanie usprawniłby zarządzanie taką siecią.

System szpitali, zasady kwalifikacji podmiotów do systemu ochrony zdrowia działającego w ramach NFZ

Utworzenie efektywnie działającego systemu szpitali zapewniającego pomoc doraźną w nagłych wypadkach i zachorowaniach oraz leczenie i diagnostykę planową.

Podstawowa sieć szpitali – konieczne jest utworzenie spójnej sieci szpitali zapewniającej bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców ze szczególnym uwzględnieniem pomocy w przypadkach nagłych.

Szpitala tworzące sieć – Za ostateczną kwalifikację szpitali do sieci odpowiadałby koordynator na terenie danego województwa uwzględniając lokalne uwarunkowania, potrzeby i możliwości finansowe oferowane przez system. Sieć szpitali tworzyłyby zarówno jednostki pełniące ciągły ostry dyżur jak i szpitale wykonujące tylko zabiegi planowe. Szpitale pełniące ostry dyżur powinny mieć dodatkowo finansowane utrzymanie gotowości do udzielania świadczeń. Z punktu widzenia ekonomii i bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów sieć szpitali pełniących ostry dyżur powinny tworzyć jednostki duże, obejmujące swoją opieką powyżej 100 tys. mieszkańców (najlepiej 150-200 tys.) mające możliwość zapewnienia pomocy w większości przypadków nagłych. Jednak nie można wykluczyć konieczności utrzymania gotowości w mniejszych jednostkach. Finansowanie gotowości powinno być proporcjonalne do oferowanego zakresu

Współpraca w sieci – jasno określone role poszczególnych jednostek i proste zasady współpracy niewymagające indywidualnych ustaleń przy przekazywaniu pacjentów.

Inne – rezygnacja z oddzielnych sieci specjalistycznych (kardiologicznych, onkologicznych, psychiatrycznych) i tworzenia nowych sieci specjalistycznych na rzecz kompleksowej opieki w ramach podstawowej sieci szpitali.

Sposób finansowania świadczeń ochrony zdrowia

**Finansowanie świadczeń zdrowotnych uwzględniające zarówno konieczność utrzymania gotowości do udzielania świadczeń jak również ilość i jakość udzielanych świadczeń.
Jasne zasady płacenia za świadczenia wykonane ponad limit określony w umowie.**

POZ – likwidacja kapitacyjnego finansowania i wprowadzenie mieszanego finansowania uwzględniającego część kapitacyjną zapewniającą środki na utrzymanie personelu i infrastruktury, część za liczbę i rodzaj udzielanych świadczeń, budżet na szczepienia i profilaktykę, budżet na diagnostykę.. itd. Zawieszenie finansowania na czas pobytu pacjenta w szpitalu, ZOL lub hospicjum.

AOS – utrzymanie obecnego finansowania, ale odejście od sztywnych ram czasowych warunkujących uzyskanie kontraktu na daną poradnię.

Szpital – utrzymanie obecnego finansowania uwzględniającego wykonane świadczenia oraz dodatkowo zapewnienie osobnego finansowania utrzymania gotowości szpitali pełniących ostry dyżur w ramach sieci szpitali.

Świadczenia wykonane ponad limit ustalony w umowie – Wprowadzenie jasnych zasad finansowania świadczeń wykonanych ponad ustalony limit. Ustalenie w umowie procentowej stawki zapłaty za świadczenia ponad limitowe.

Kary za opóźnienia płatności z NFZ – pojawił się taki głos. Myślę, że powinno to być uregulowane na etapie zawierania umowy z NFZ

Wycena świadczeń zdrowotnych

Realna, modelowa, zrobiona od nowa, wycena wszystkich świadczeń uwzględniająca rzeczywiste koszty ich realizacji z mechanizmem waloryzacji.

Wycena świadczeń – kompleksowa rewizja i ponowna wycena wszystkich świadczeń zdrowotnych zarówno szpitalnych jak i ambulatoryjnych w oparciu o rzeczywiste koszty ich realizacji. W szczególności weryfikacja wycen świadczeń wysokospecjalistycznych które niejednokrotnie są znacznie przeszacowane.

Sposób wyceny świadczeń – odejście od wyceny wykonywanej w oparciu o dane zbierane ze szpitali i opracowanie nowoczesnego modelowego systemu wycen dostosowanego do zmieniających się warunków rynkowych.

Waloryzacja wycen – regularna waloryzacja uwzględniająca inflację, wzrost kosztów wynagrodzeń, leków i sprzętu medycznego.

Wycena świadczeń zdrowotnych

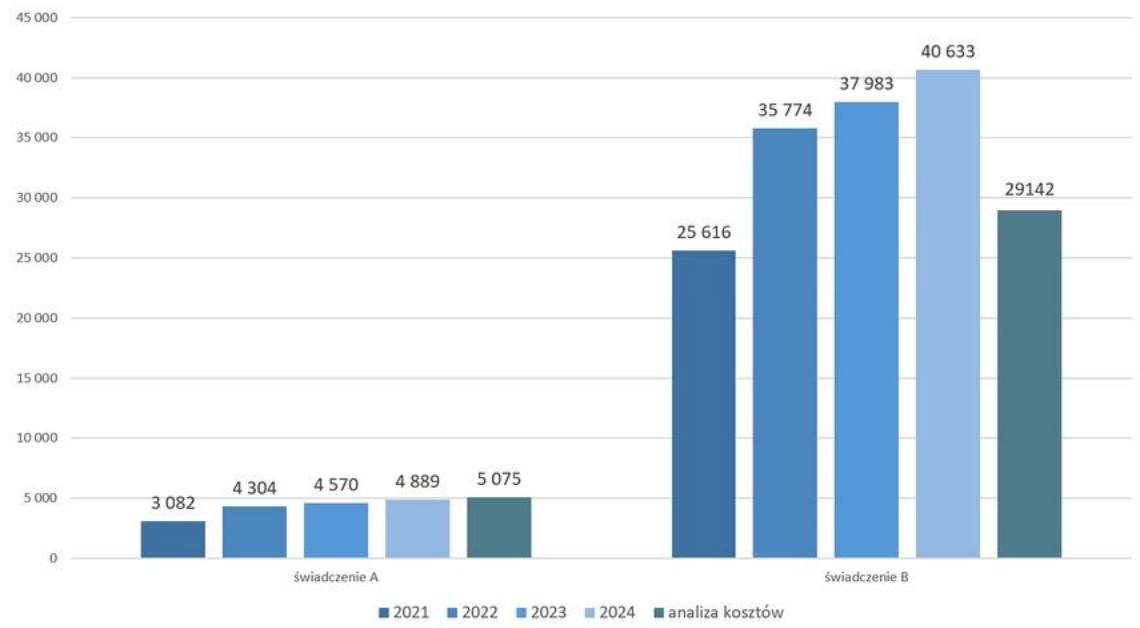
Realna, modelowa, zrobiona od nowa, wycena wszystkich świadczeń uwzględniająca rzeczywiste koszty ich realizacji z mechanizmem waloryzacji.

Wycena świadczeń – kompleksowa rewizja i ponowna wycena wszystkich świadczeń zdrowotnych zarówno szpitalnych jak i ambulatoryjnych w oparciu o rzeczywiste koszty ich realizacji. W szczególności weryfikacja wycen świadczeń wysokospecjalistycznych które niejednokrotnie są znacznie przeszacowane.

Sposób wyceny świadczeń – odejście od wyceny wykonywanej w oparciu o dane zbierane ze szpitali i opracowanie nowoczesnego modelowego systemu wycen dostosowanego do zmieniających się warunków rynkowych.

Waloryzacja wycen – regularna waloryzacja uwzględniająca inflację, wzrost kosztów wynagrodzeń, leków i sprzętu medycznego.

Rekomendacja – konsekwencje dla taryfikacji świadczeń



2 657 pkt

22 083 pkt

Aleksandra Świdarska (Niezweryfikowany)

Pyt. i odp.

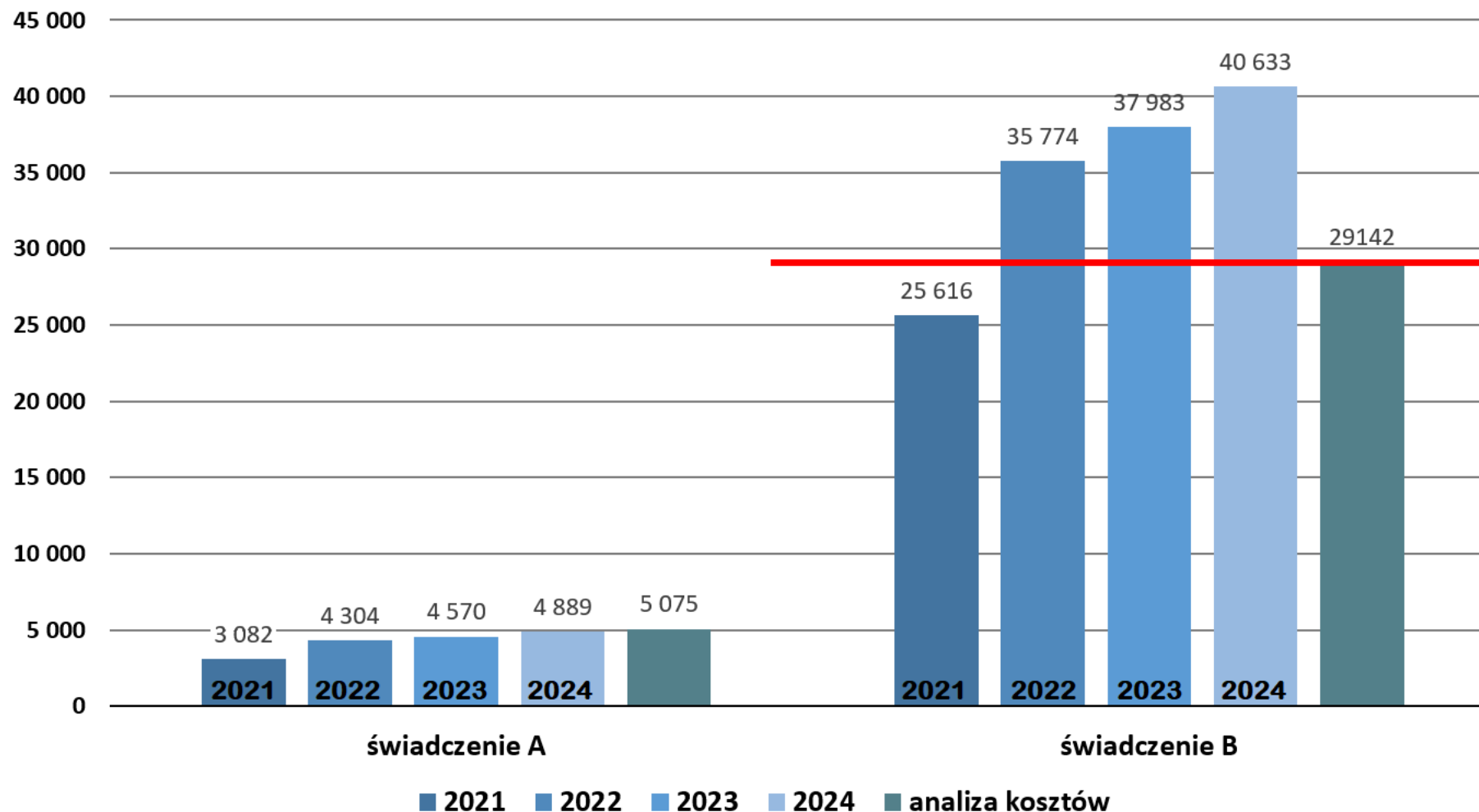
AK Zadaj pytanie

Wszystkie Moje wpisy

AK 12 min temu

Gdzie w koscie procedur zabiegowych znajdzie się gotowość bloku operacyjnego?

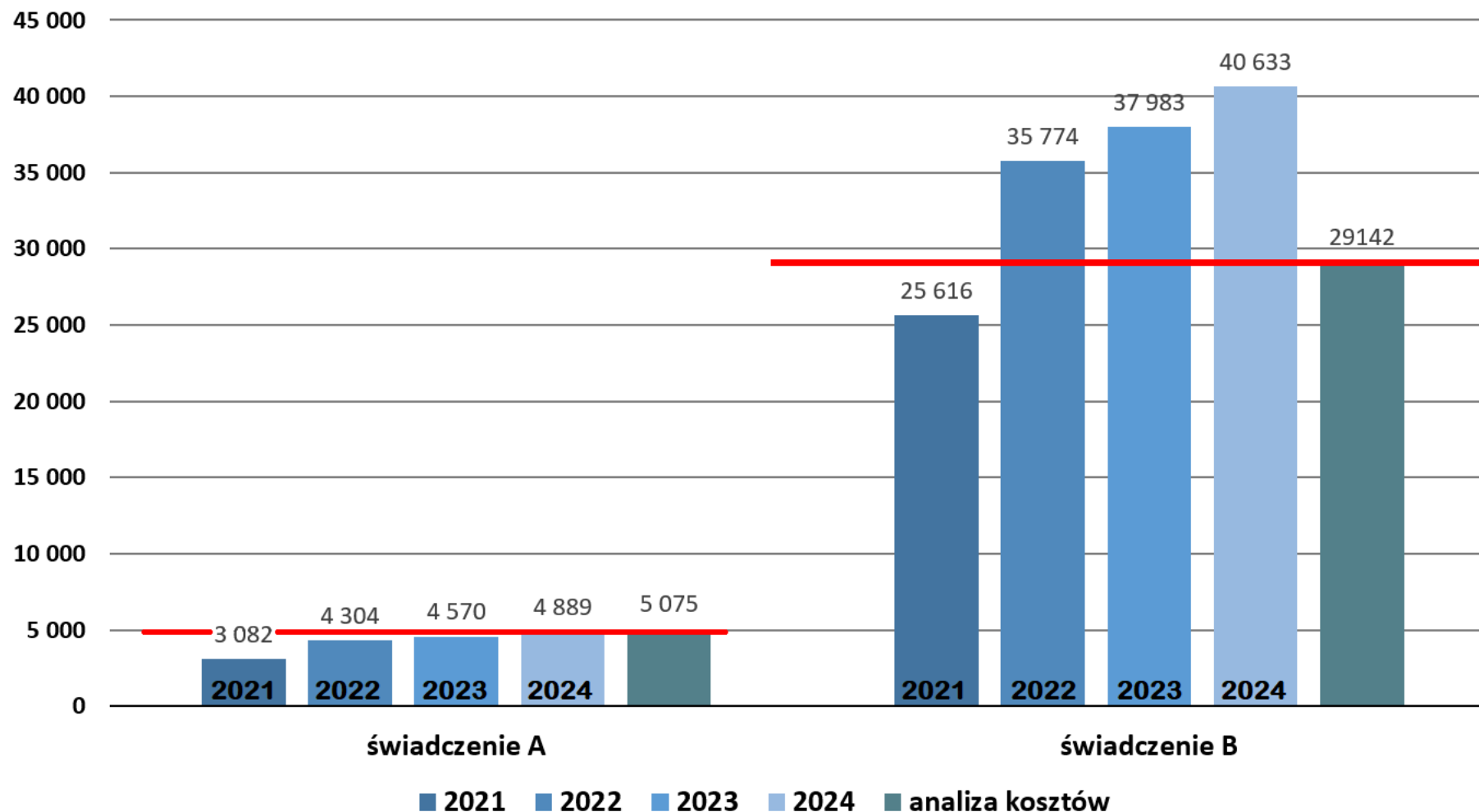
Rekomendacja – konsekwencje dla taryfikacji świadczeń



2 657 pkt

22 083 pkt

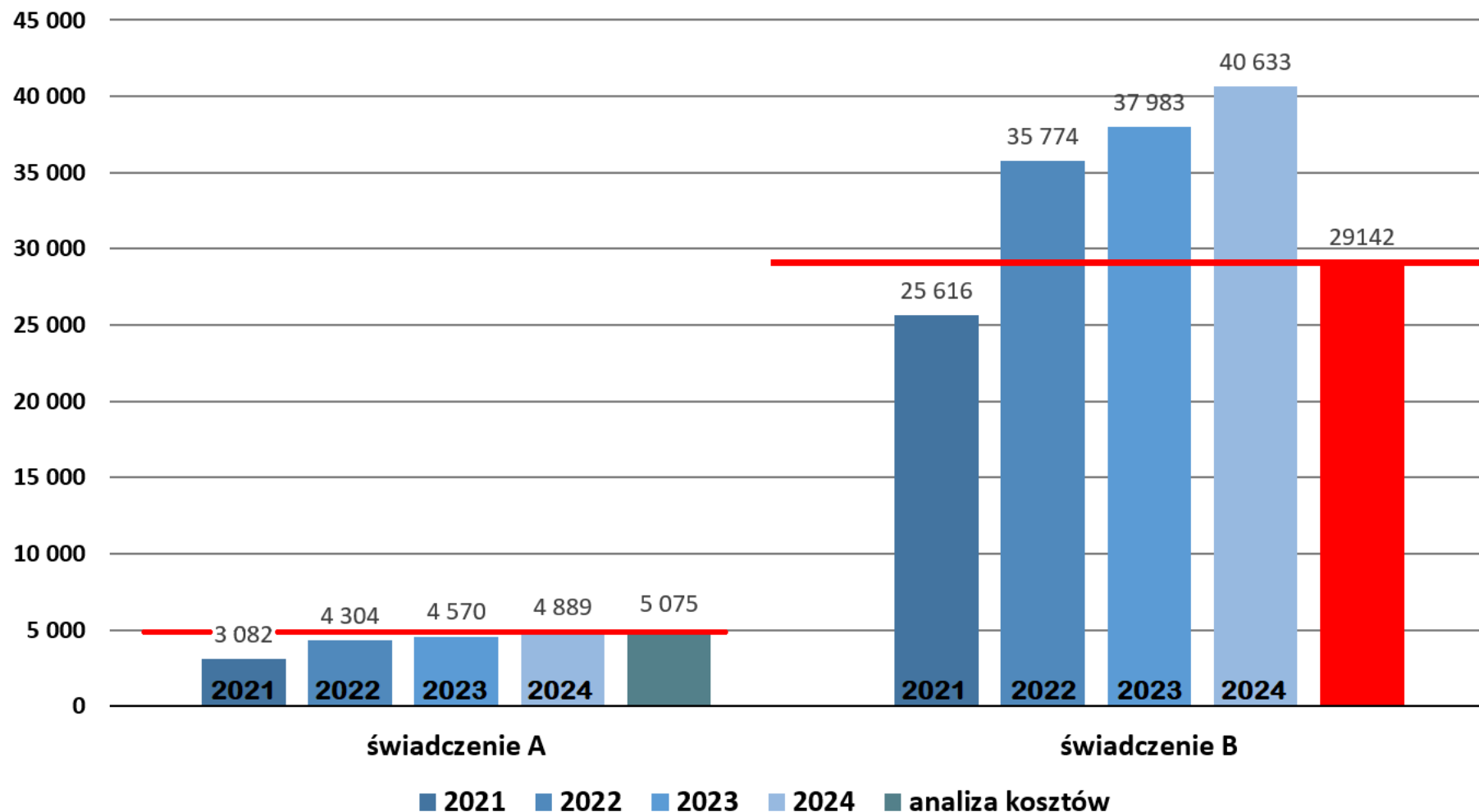
Rekomendacja – konsekwencje dla taryfikacji świadczeń



2 657 pkt

22 083 pkt

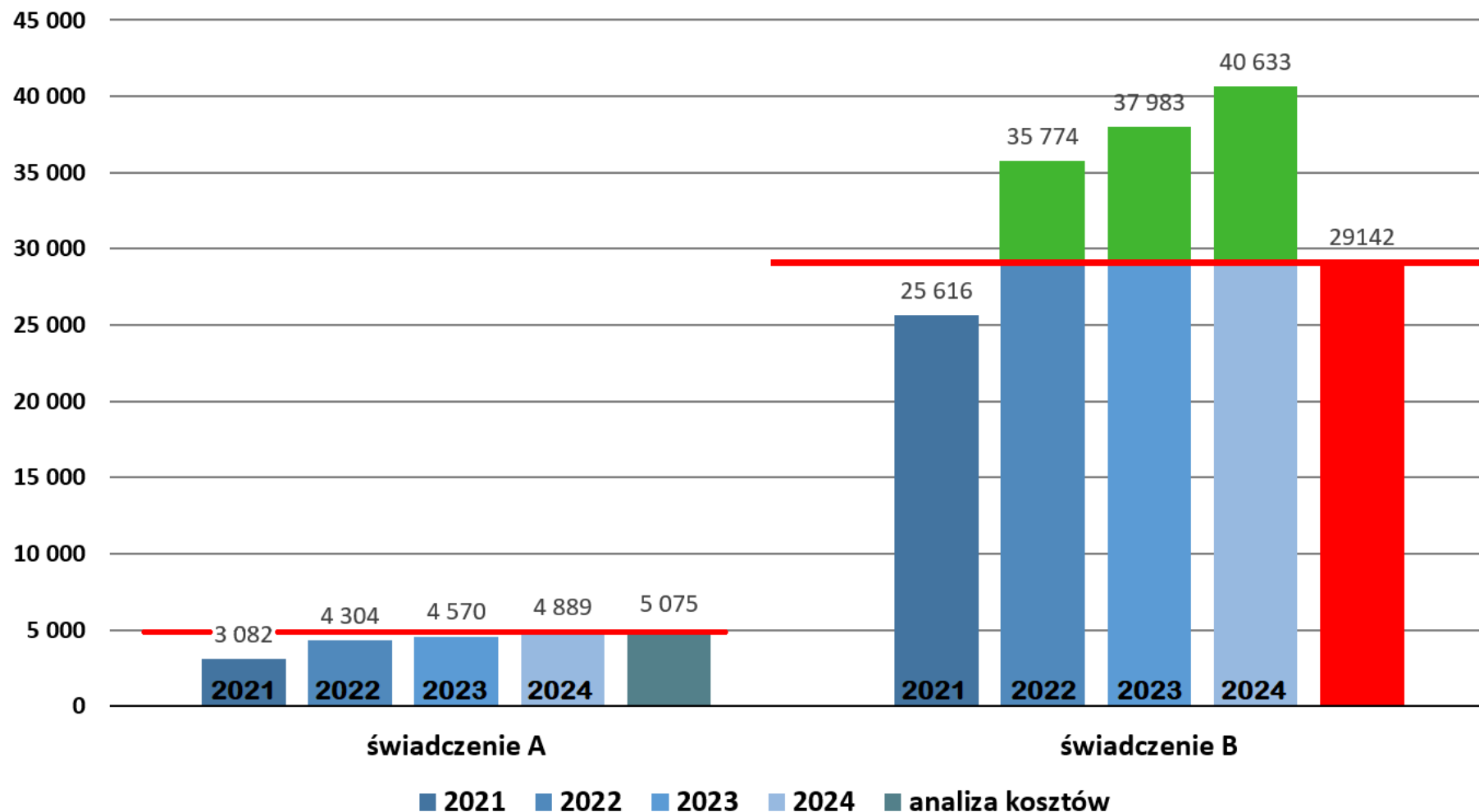
Rekomendacja – konsekwencje dla taryfikacji świadczeń



2 657 pkt

22 083 pkt

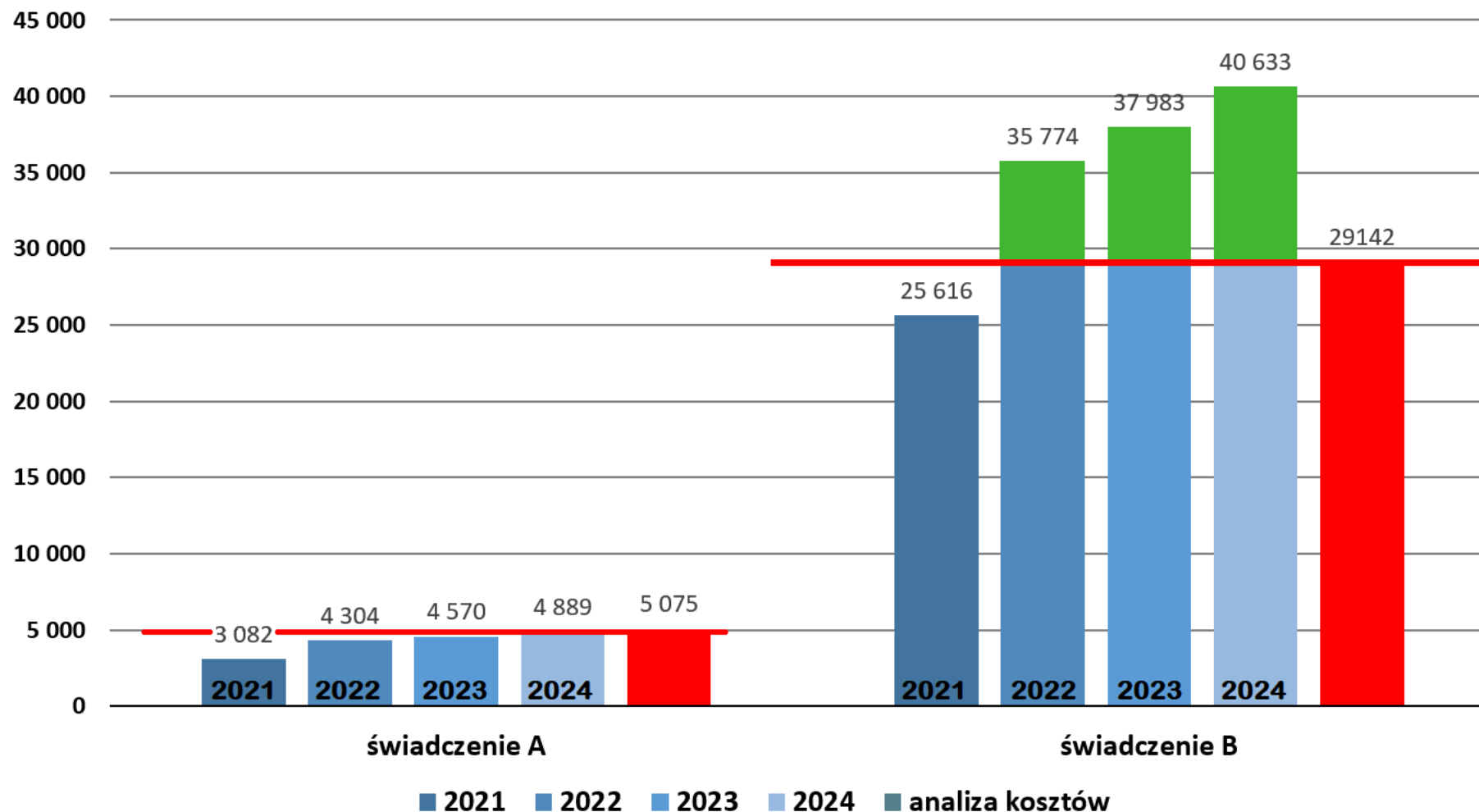
Rekomendacja – konsekwencje dla taryfikacji świadczeń



2 657 pkt

22 083 pkt

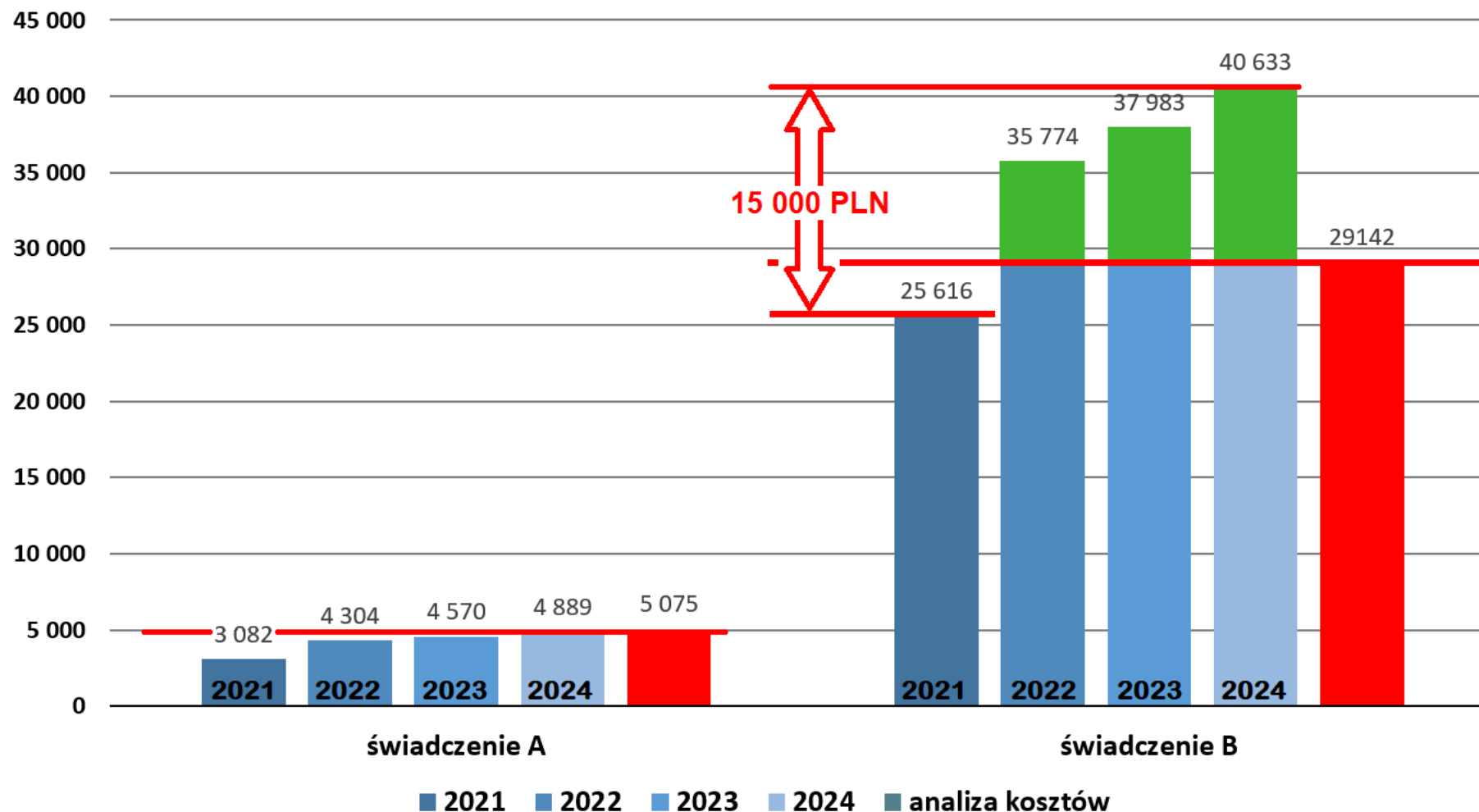
Rekomendacja – konsekwencje dla taryfikacji świadczeń



2 657 pkt

22 083 pkt

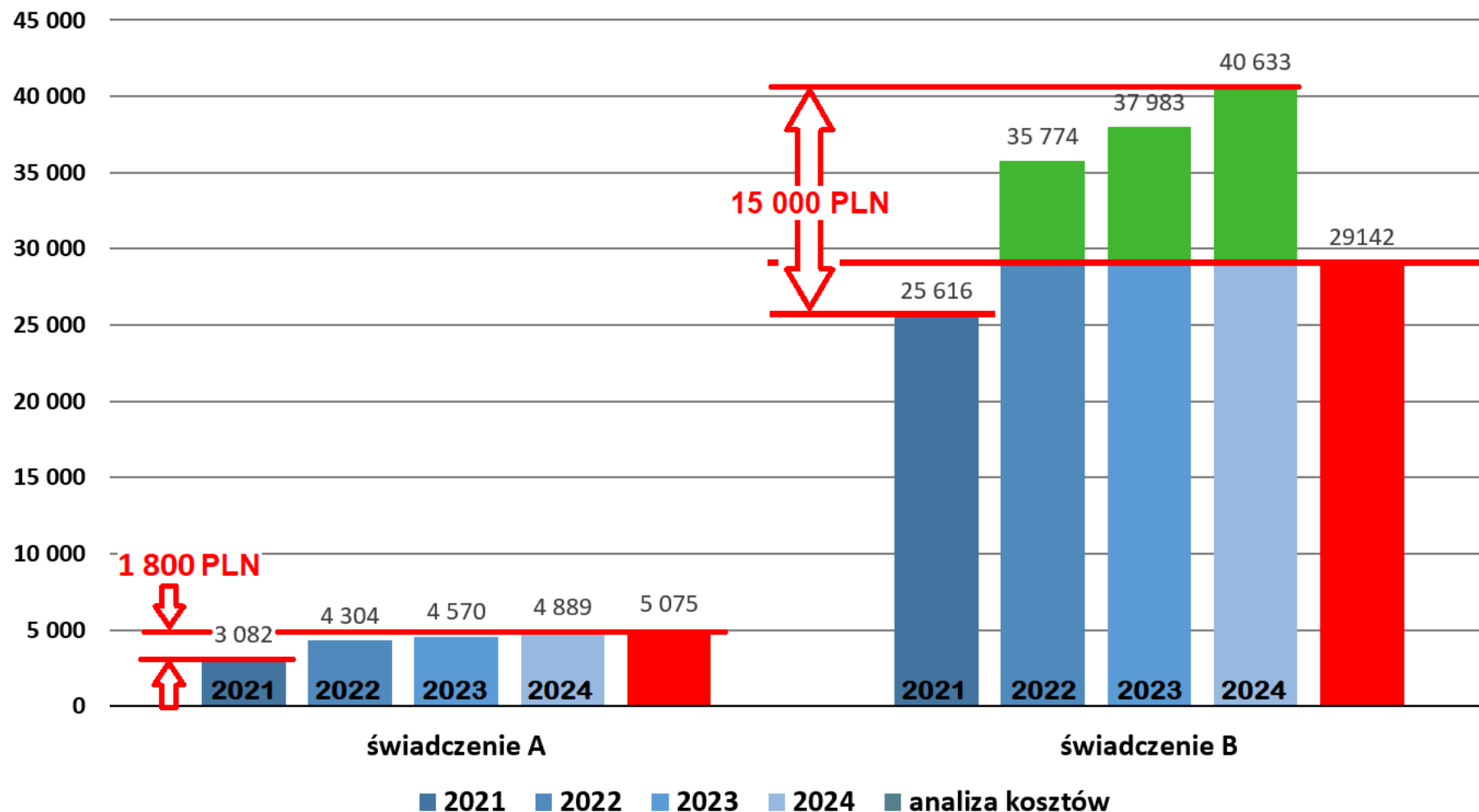
Rekomendacja – konsekwencje dla taryfikacji świadczeń



2 657 pkt

22 083 pkt

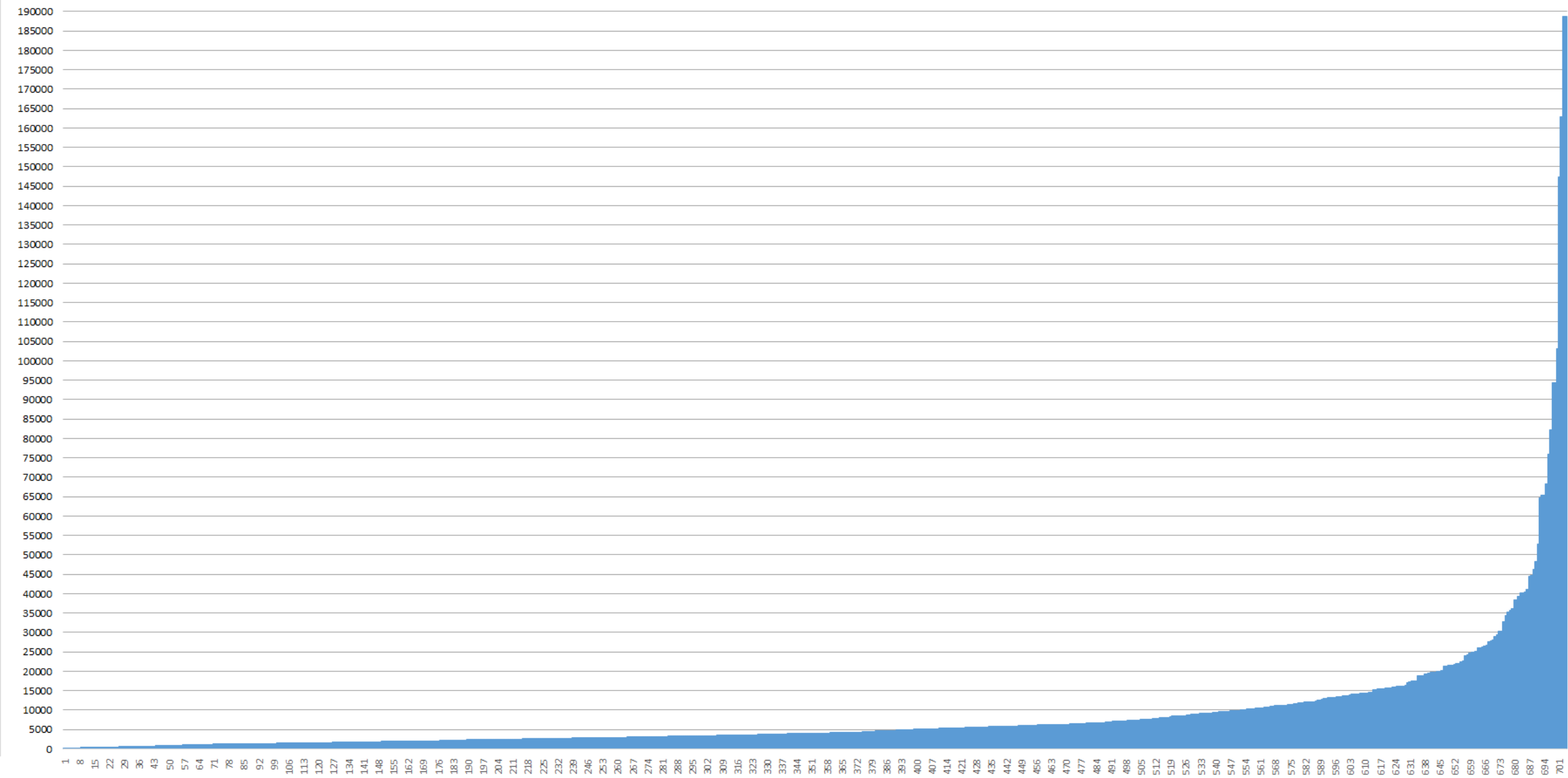
Rekomendacja – konsekwencje dla taryfikacji świadczeń



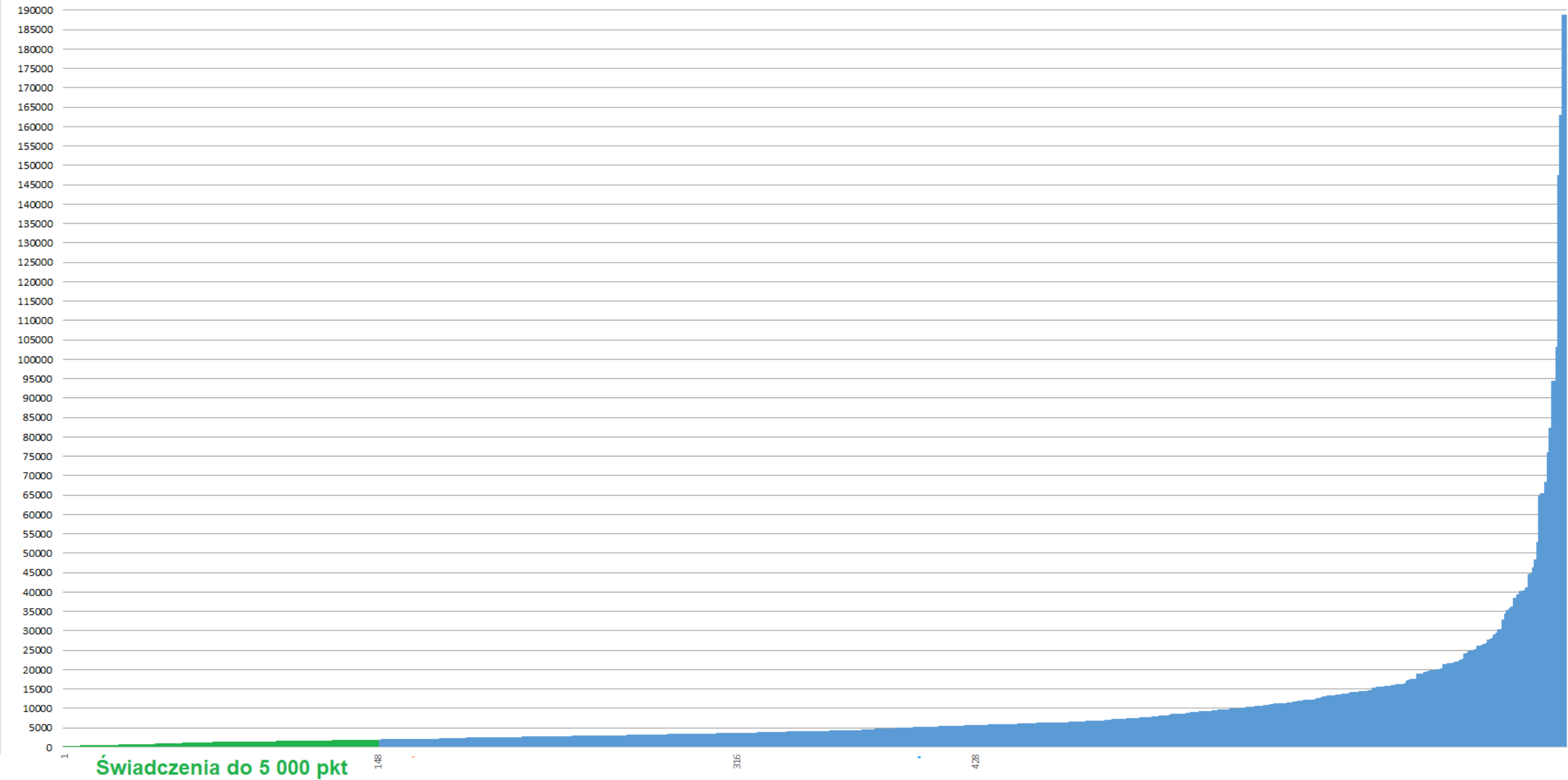
2 657 pkt

22 083 pkt

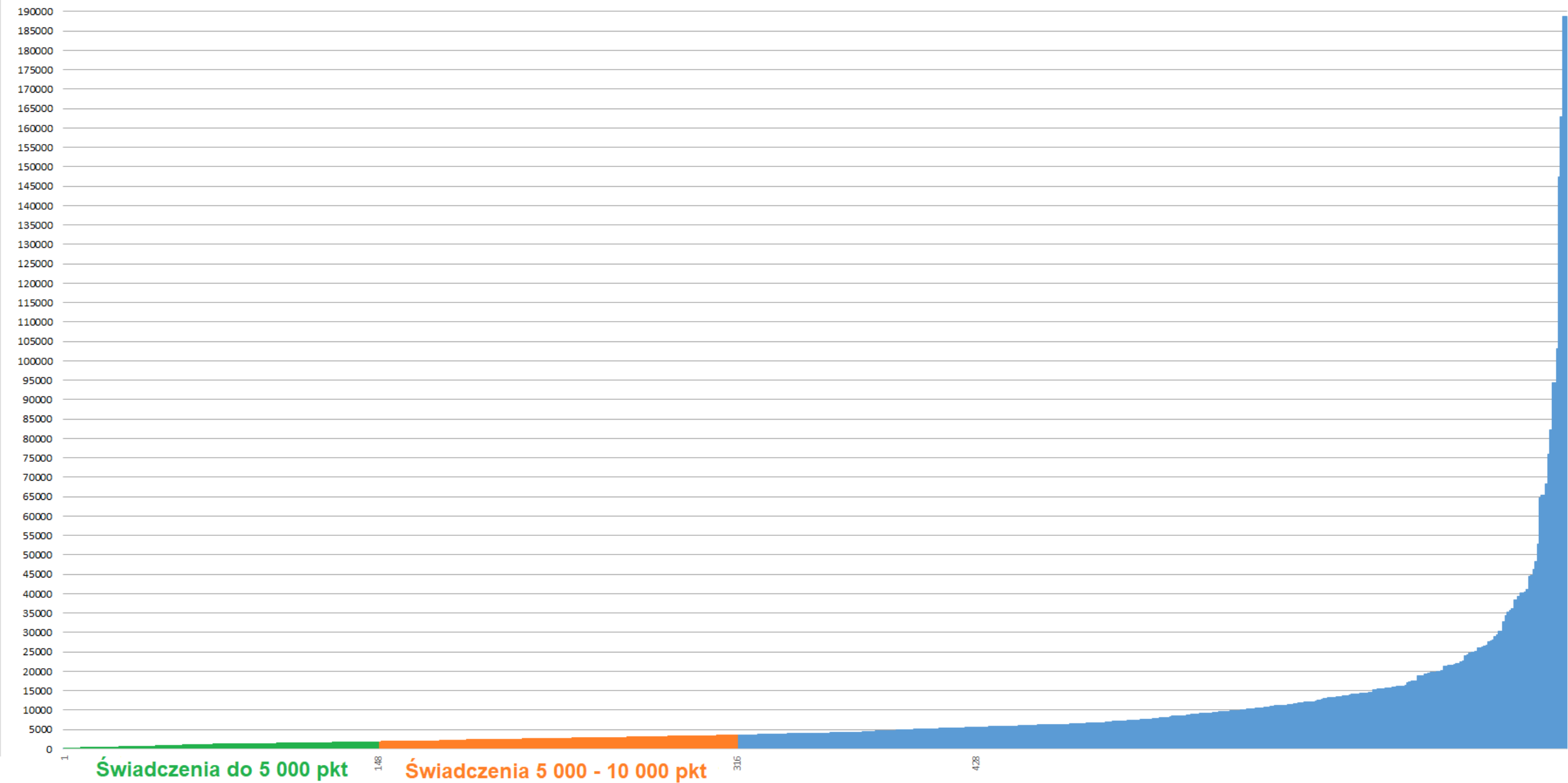
WZROST WYCENY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZALEŻNOŚCI OD ICH WARTOŚCI W OKRESIE OD LIPCA 2022 ROKU DO LIPCA 2025 ROKU



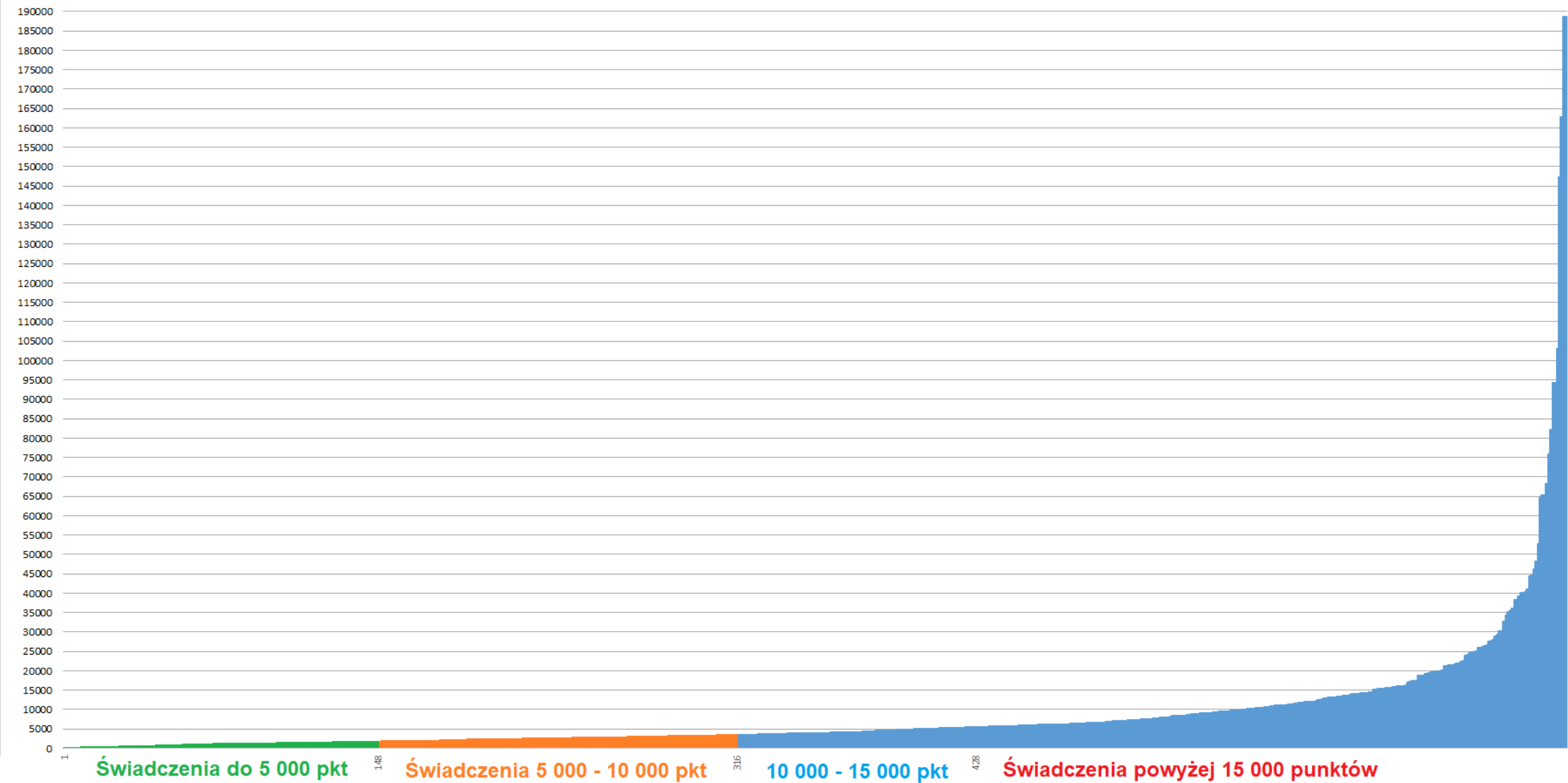
WZROST WYCENY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZALEŻNOŚCI OD ICH WARTOŚCI W OKRESIE OD LIPCA 2022 ROKU DO LIPCA 2025 ROKU



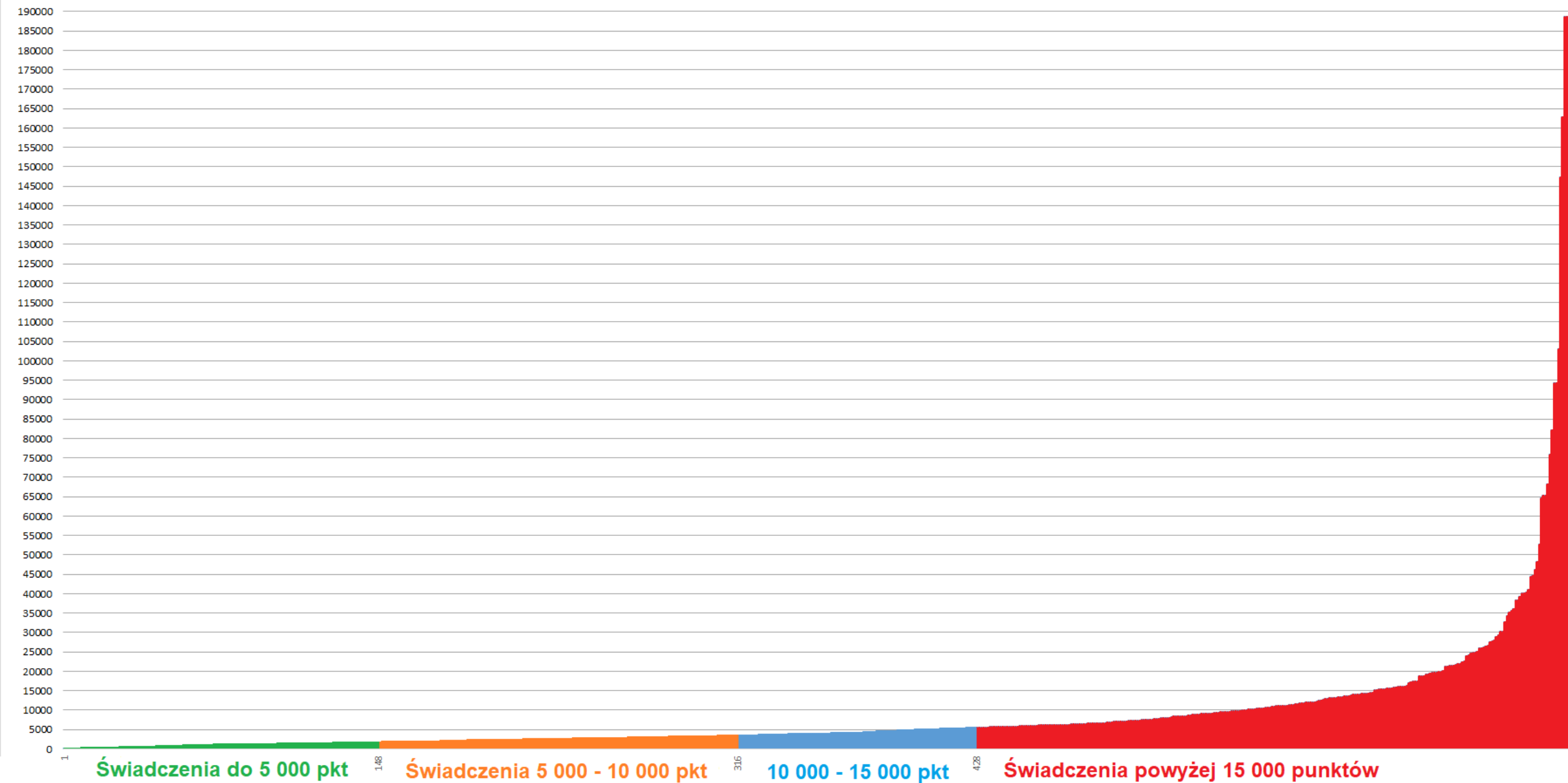
WZROST WYCENY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZALEŻNOŚCI OD ICH WARTOŚCI W OKRESIE OD LIPCA 2022 ROKU DO LIPCA 2025 ROKU



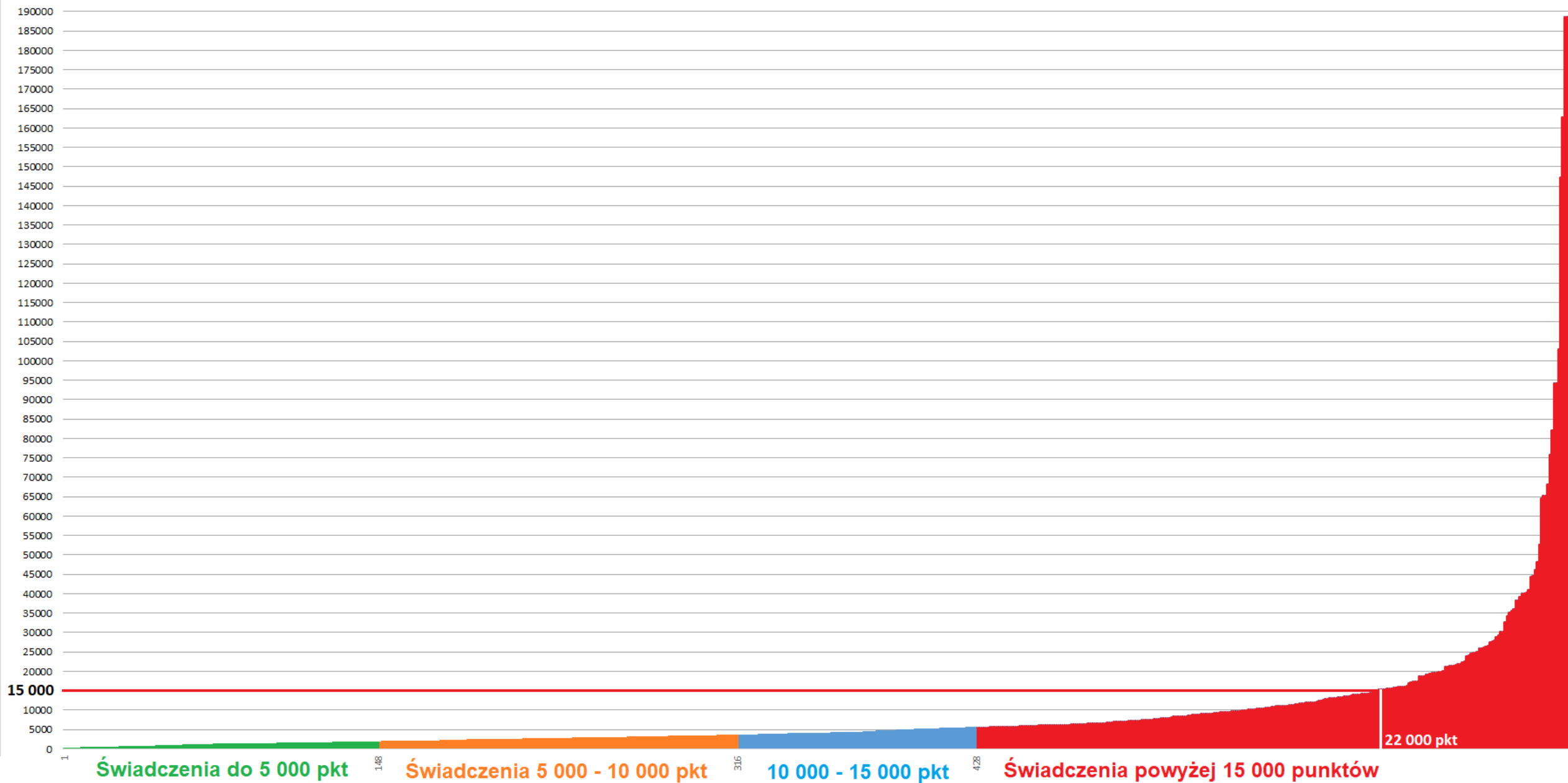
WZROST WYCENY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZALEŻNOŚCI OD ICH WARTOŚCI W OKRESIE OD LIPCA 2022 ROKU DO LIPCA 2025 ROKU



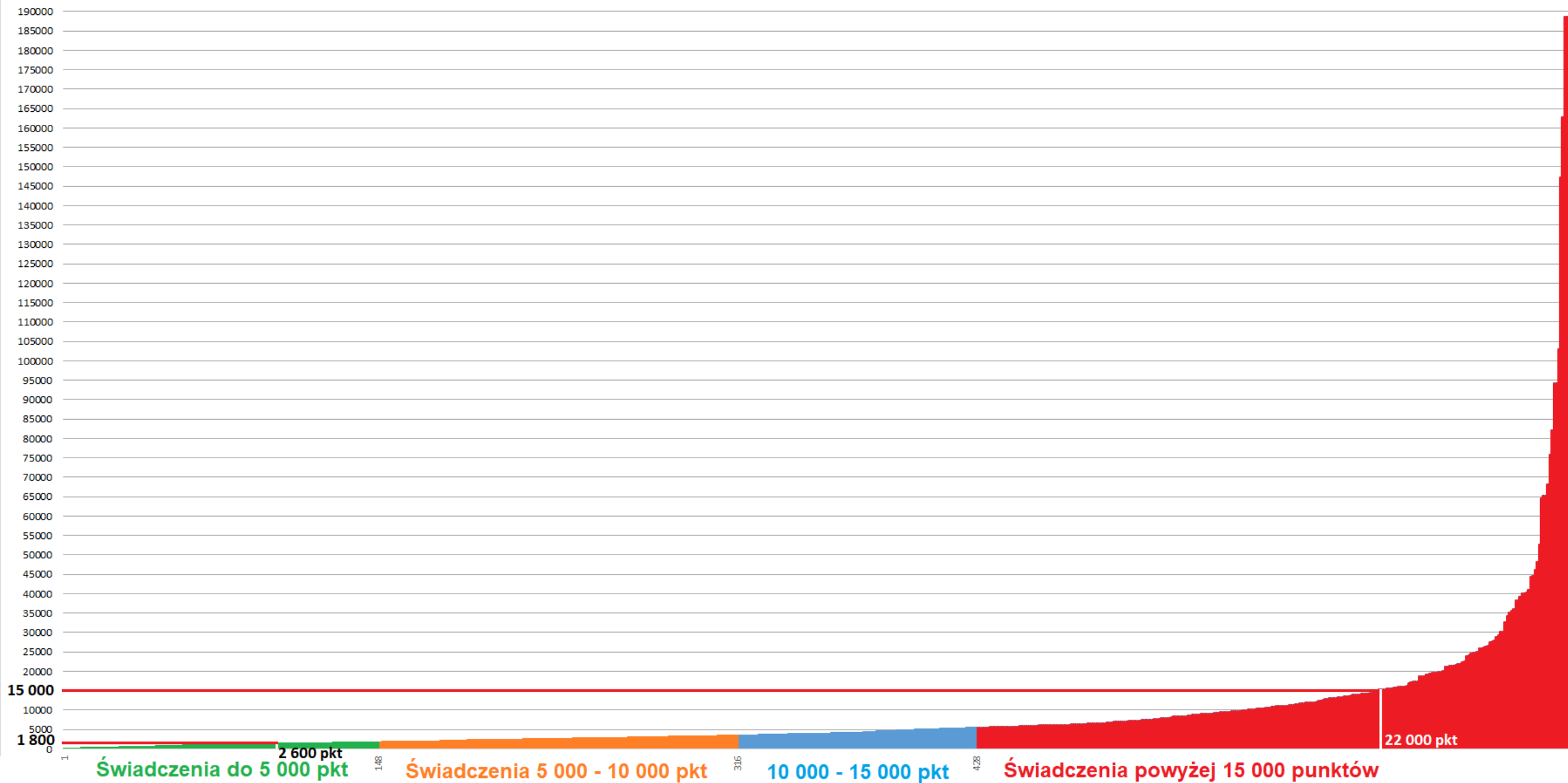
WZROST WYCENY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZALEŻNOŚCI OD ICH WARTOŚCI W OKRESIE OD LIPCA 2022 ROKU DO LIPCA 2025 ROKU



WZROST WYCENY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZALEŻNOŚCI OD ICH WARTOŚCI W OKRESIE OD LIPCA 2022 ROKU DO LIPCA 2025 ROKU



WZROST WYCENY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZALEŻNOŚCI OD ICH WARTOŚCI W OKRESIE OD LIPCA 2022 ROKU DO LIPCA 2025 ROKU



Wynagrodzenia w ochronie zdrowia

Zawieszenie lub nowelizacja obecnej ustawy o minimalnych wynagrodzeniach i wprowadzenie regulacji wynagrodzeń określającej zarówno minimalne jak i maksymalne stawki oraz mechanizm ich waloryzacji.

Regulacja wysokości wynagrodzeń – Ustalenie minimalnych i maksymalnych stawek wynagrodzeń dla personelu medycznego we wszystkich obszarach finansowanych ze składek zdrowotnych, bez względu na rodzaj zatrudnienia. Sposób ustalania stawek do przemyślenia może być centralny lub regionalny w poszczególnych województwach na przykład na podstawie układów zbiorowych pracy (umowa między pracodawcami, a związkami zawodowymi).

Waloryzacja wynagrodzeń – zapewnienie stałego corocznego mechanizmu waloryzacji wynagrodzeń z zabezpieczeniem ich finansowania w pełnej wysokości.

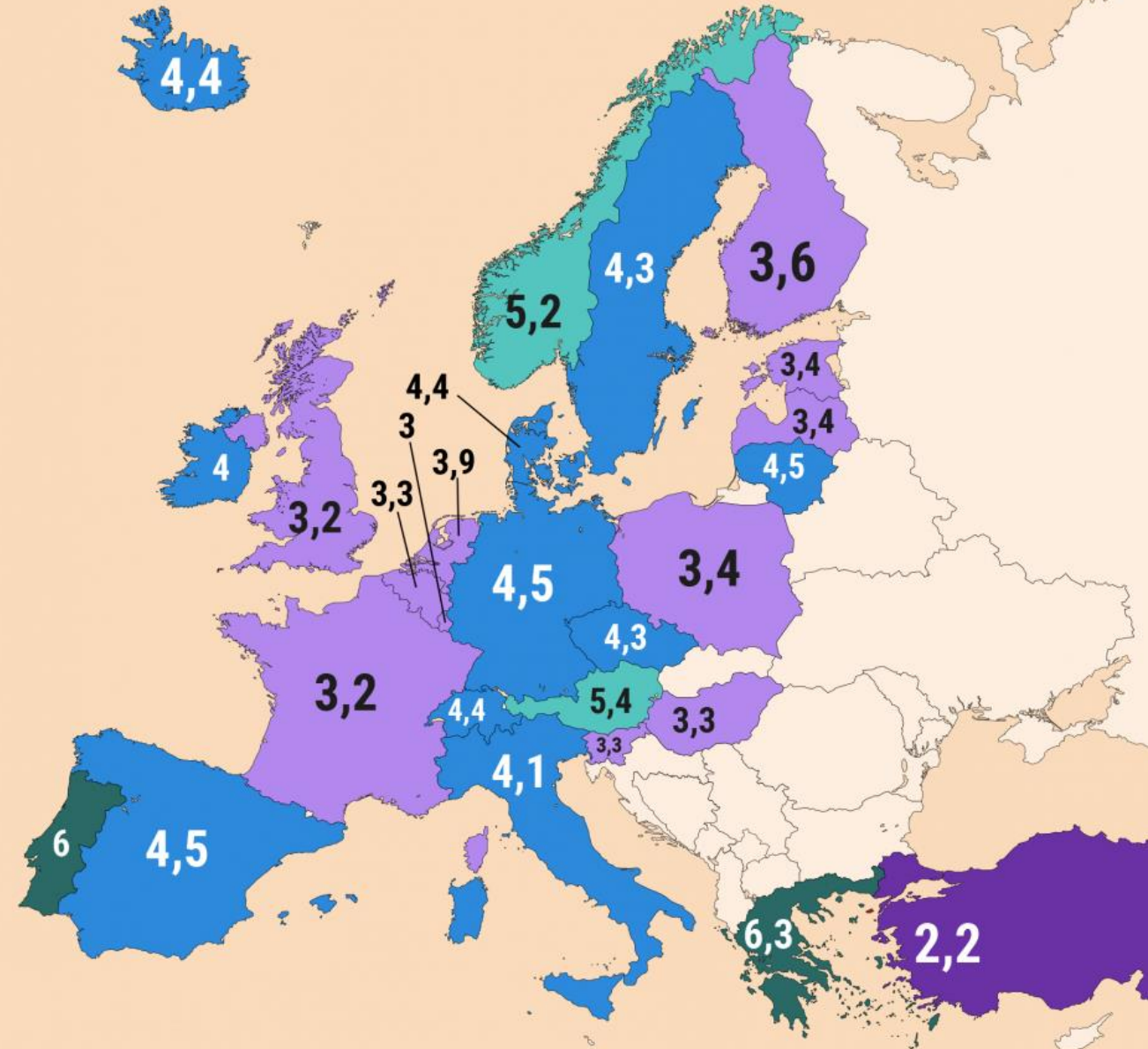
Kadry medyczne

Powrót do specjalności podstawowych lekarzy. Ułatwienie uznawania specjalizacji lekarzy z zagranicy. Rozszerzenie kompetencji opiekunów medycznych i uwzględnienie ich w normach zatrudnienia. Zwiększenie ilości zajęć praktycznych w szkoleniach personelu medycznego.

Personel lekarski – czy trzeba więcej kształcić? Na pewno ułatwić dostęp do specjalizacji szczególnie w szpitalach powiatowych. Jako pierwsza zawsze specjalizacja ogólna/podstawowa. Uprościć uznawanie specjalizacji lekarzy z zagranicy. Stworzyć zachęty do pracy w mniejszych miejscowościach. Upraszczać nierealne do spełnienia wymogi obsad lekarskich.

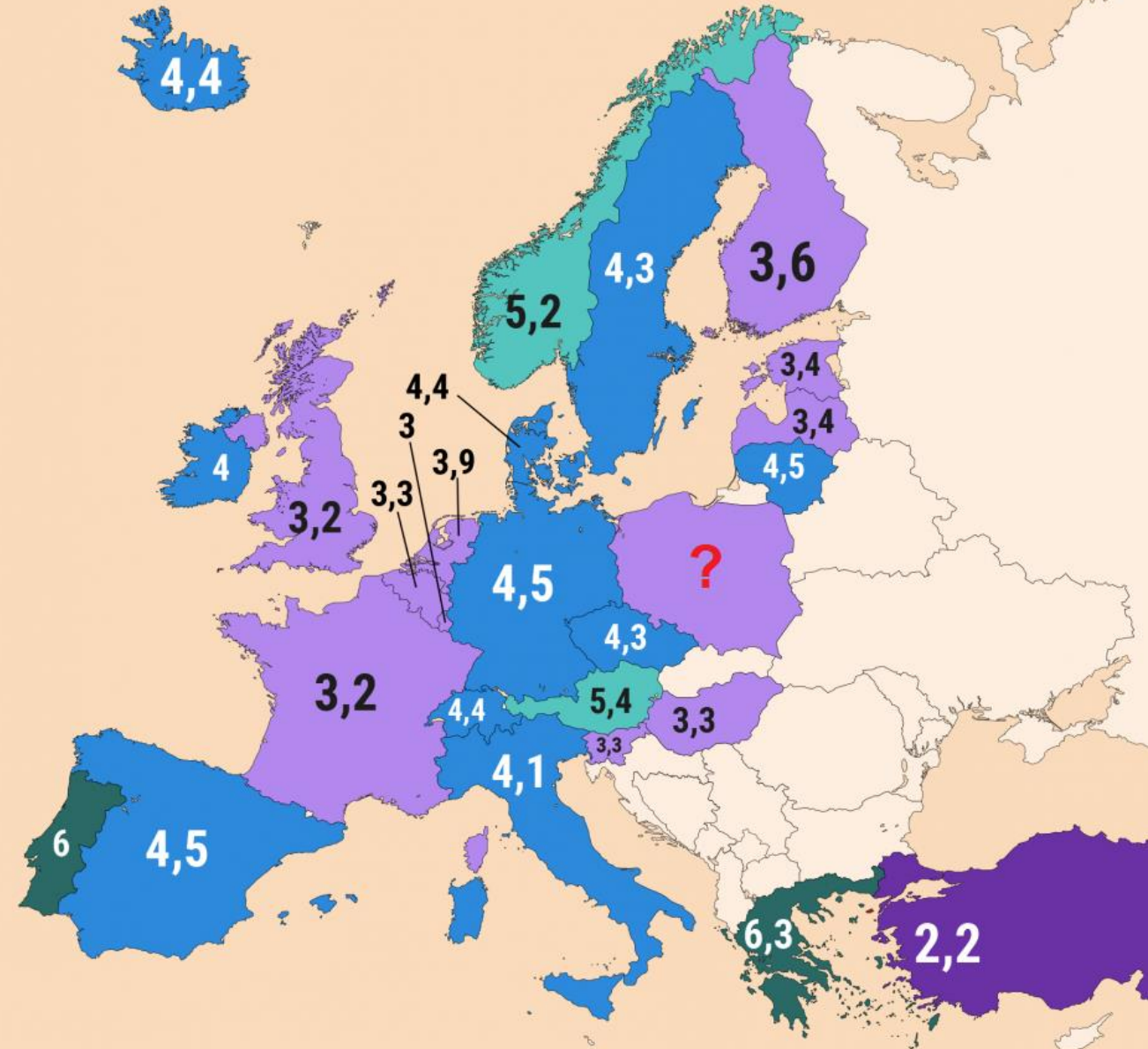
Liczba lekarzy w Europie

na 1000 osób w 2021 roku



Liczba lekarzy w Europie

na 1000 osób w 2021 roku



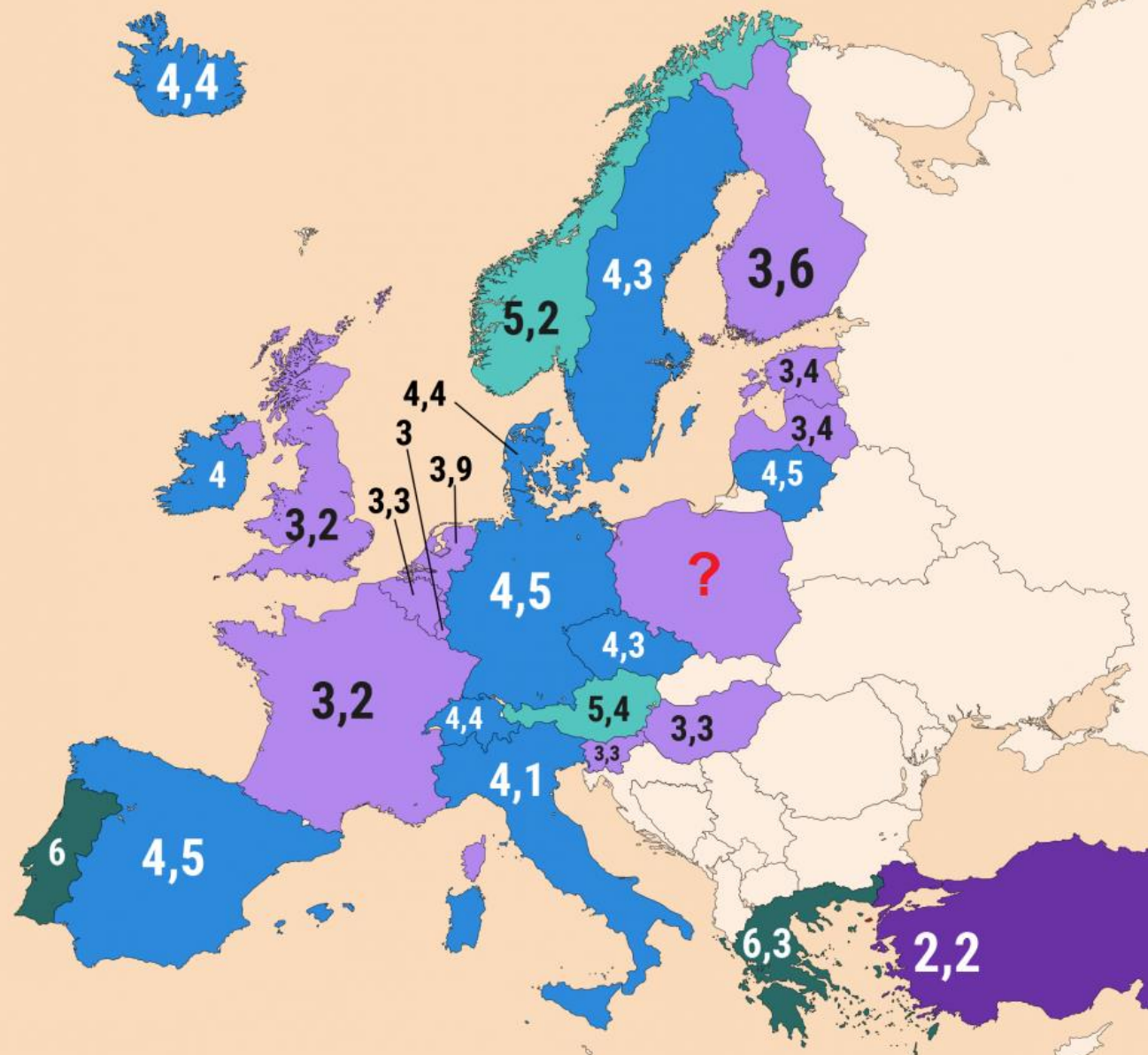
Dane na 31 października 2025 roku

Lekarze nie wykonujący zawodu	9 525
PWZ Lekarza	149 682
PWZ Lekarza na czas stażu	10 057
PWZ Lekarza cudzoziemcy	32
PWZ Lekarza cudzoziemcy czas określony lub nieok.	2 082
PWZ Lekarza cudzoziemcy z UE	430
PWZ Lekarza cudzoziemcy spoza UE zakres czynności	716
PWZ Lekarza cudzoziemcy spoza UE warunkowe	2 384
PWZ Lekarza prawo ograniczone	51
PWZ Lekarza prawo zawieszone	158

175 117

Liczba lekarzy w Europie

na 1000 osób w 2021 roku



Dane na 31 października 2025 roku	
Lekarze nie wykonujący zawodu	9 525
PWZ Lekarza	149 682
PWZ Lekarza na czas stażu	10 057
PWZ Lekarza cudzoziemcy	32
PWZ Lekarza cudzoziemcy czas określony lub nieok.	2 082
PWZ Lekarza cudzoziemcy z UE	430
PWZ Lekarza cudzoziemcy spoza UE zakres czynności	716
PWZ Lekarza cudzoziemcy spoza UE warunkowe	2 384
PWZ Lekarza prawo ograniczone	51
PWZ Lekarza prawo zawieszone	158
	175 117
Liczba ludności Polski 30 września 2025 r	37 376 000

Liczba ludności Polski 30 września 2025 r	37 376 000

Liczba lekarzy w Europie

na 1000 osób w 2021 roku

Państwo	Liczba lekarzy na 1000 osób
Islandia	4,4
Irlandia	4
Wielka Brytania	3,2
Francja	3,2
Hiszpania	6
Portugalia	4,5
Włochy	4,1
Chorwacja	3,3
Słowacja	4,4
Węgry	4,5
Polonia	3,9
Czechy	3,3
Niemcy	4,4
Austria	4,3
Szwajcaria	5,4
Szwecja	4,3
Finlandia	3,6
Łotwa	3,4
Litwa	3,4
Łuksemburg	4,5
Belgia	4,3
Wojna	?
Grecja	6,3
Turcja	2,2

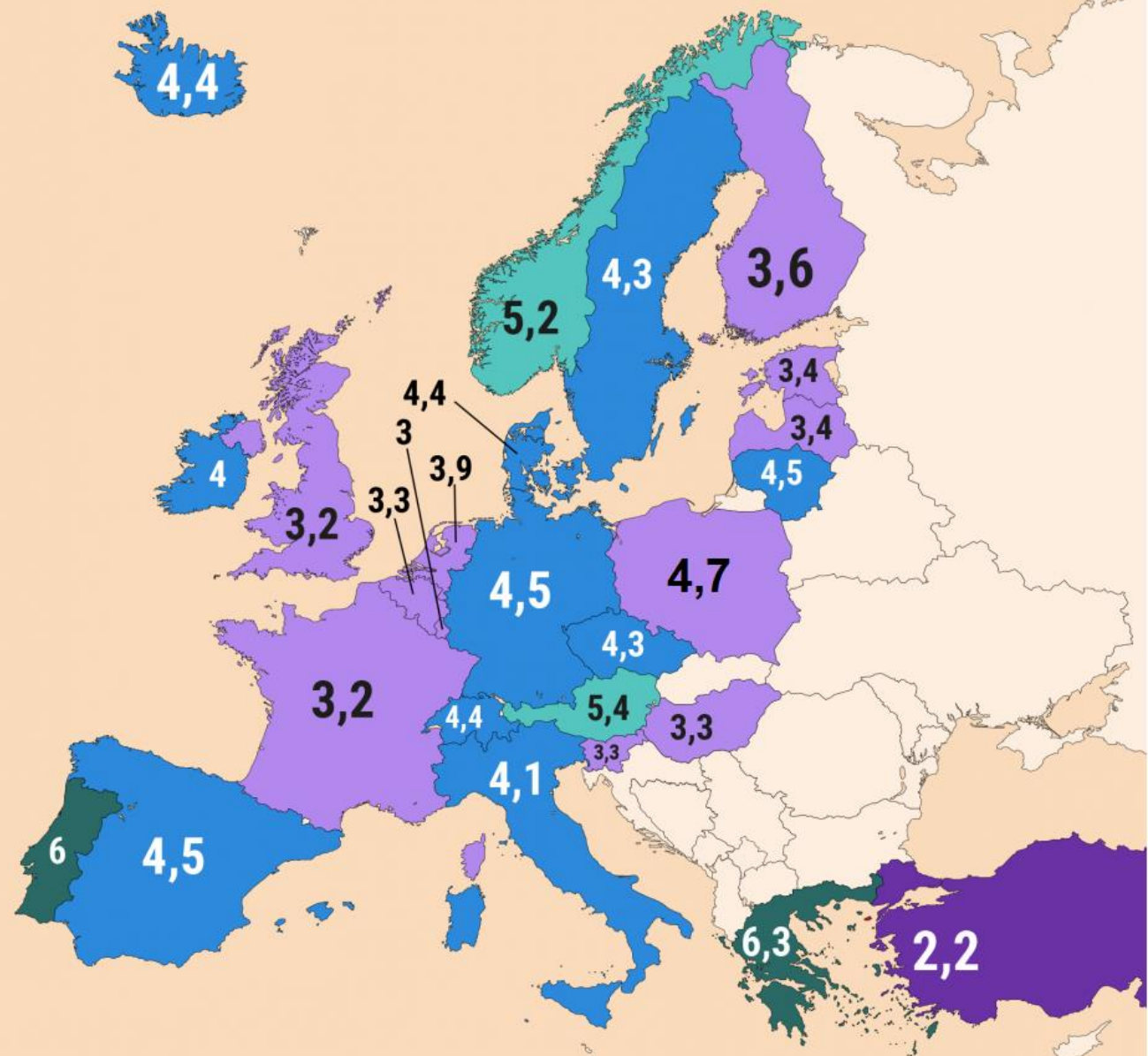
Źródło: OECD

Dane na 31 października 2025 roku

Lekarze nie wykonujący zawodu	9 525
PWZ Lekarza	149 682
PWZ Lekarza na czas stażu	10 057
PWZ Lekarza cudzoziemcy	32
PWZ Lekarza cudzoziemcy czas określony lub nieok.	2 082
PWZ Lekarza cudzoziemcy z UE	430
PWZ Lekarza cudzoziemcy spoza UE zakres czynności	716
PWZ Lekarza cudzoziemcy spoza UE warunkowe	2 384
PWZ Lekarza prawo ograniczone	51
PWZ Lekarza prawo zawieszone	158
	175 117
Liczba ludności Polski 30 września 2025 r	37 376 000

Liczba lekarzy w Europie

na 1000 osób w 2021 roku

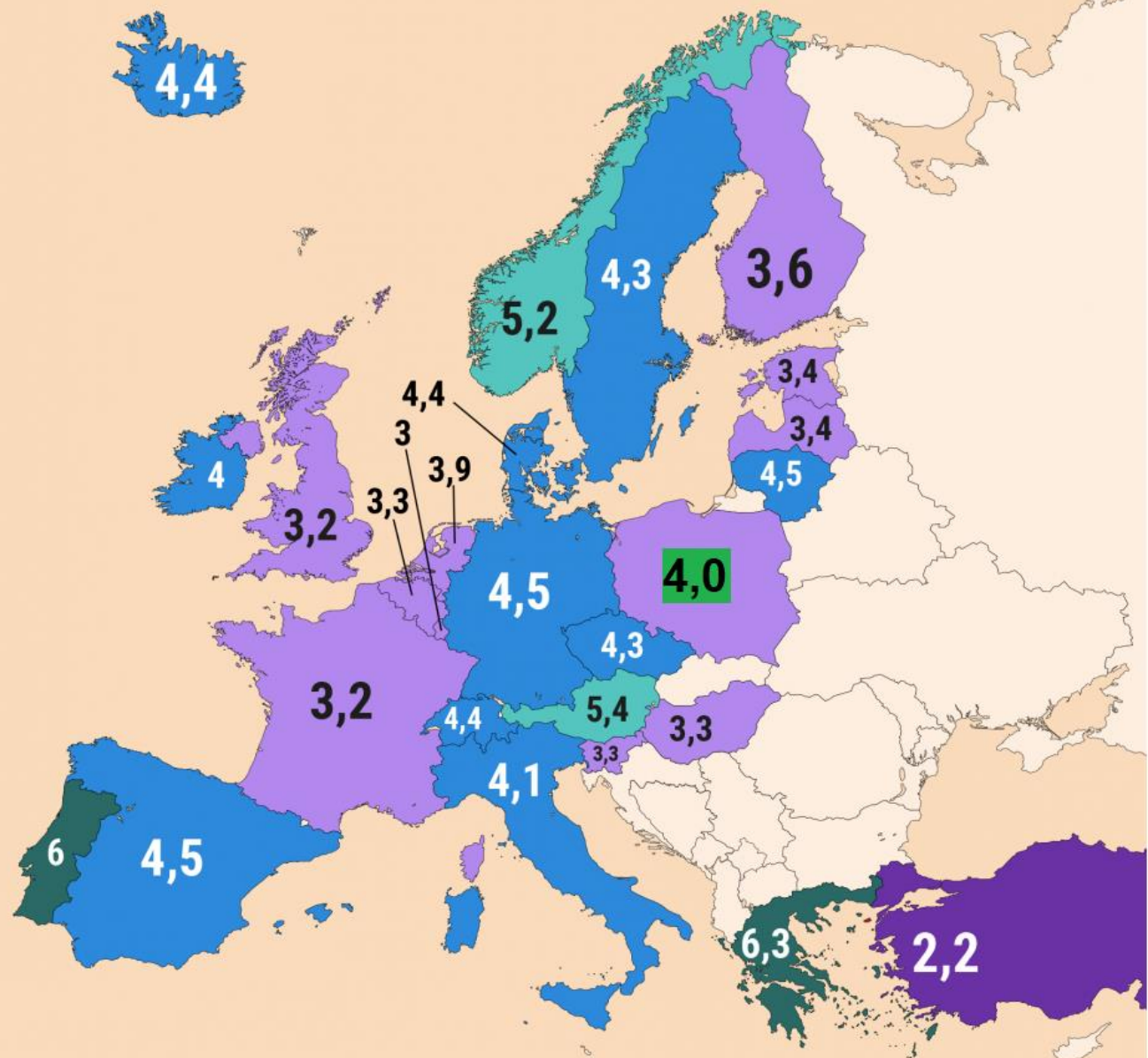


Dane na 31 października 2025 roku

Lekarze nie wykonujący zawodu	9 525
PWZ Lekarza	149 682
PWZ Lekarza na czas stażu	10 057
PWZ Lekarza cudzoziemcy	32
PWZ Lekarza cudzoziemcy czas określony lub nieok.	2 082
PWZ Lekarza cudzoziemcy z UE	430
PWZ Lekarza cudzoziemcy spoza UE zakres czynności	716
PWZ Lekarza cudzoziemcy spoza UE warunkowe	2 384
PWZ Lekarza prawo ograniczone	51
PWZ Lekarza prawo zawieszone	158
	175 117
Liczba ludności Polski 30 września 2025 r	37 376 000
Liczba lekarzy na 1000 osób	
Pracujący polscy lekarze	4,00

Liczba lekarzy w Europie

na 1000 osób w 2021 roku



Dane na 31 października 2025 roku

Lekarze nie wykonujący zawodu	9 525
PWZ Lekarza	149 682
PWZ Lekarza na czas stażu	10 057
PWZ Lekarza cudzoziemcy	32
PWZ Lekarza cudzoziemcy czas określony lub nieok..	2 082
PWZ Lekarza cudzoziemcy z UE	430
PWZ Lekarza cudzoziemcy spoza UE zakres czynności	716
PWZ Lekarza cudzoziemcy spoza UE warunkowe	2 384
PWZ Lekarza prawo ograniczone	51
PWZ Lekarza prawo zawieszone	158

175 117

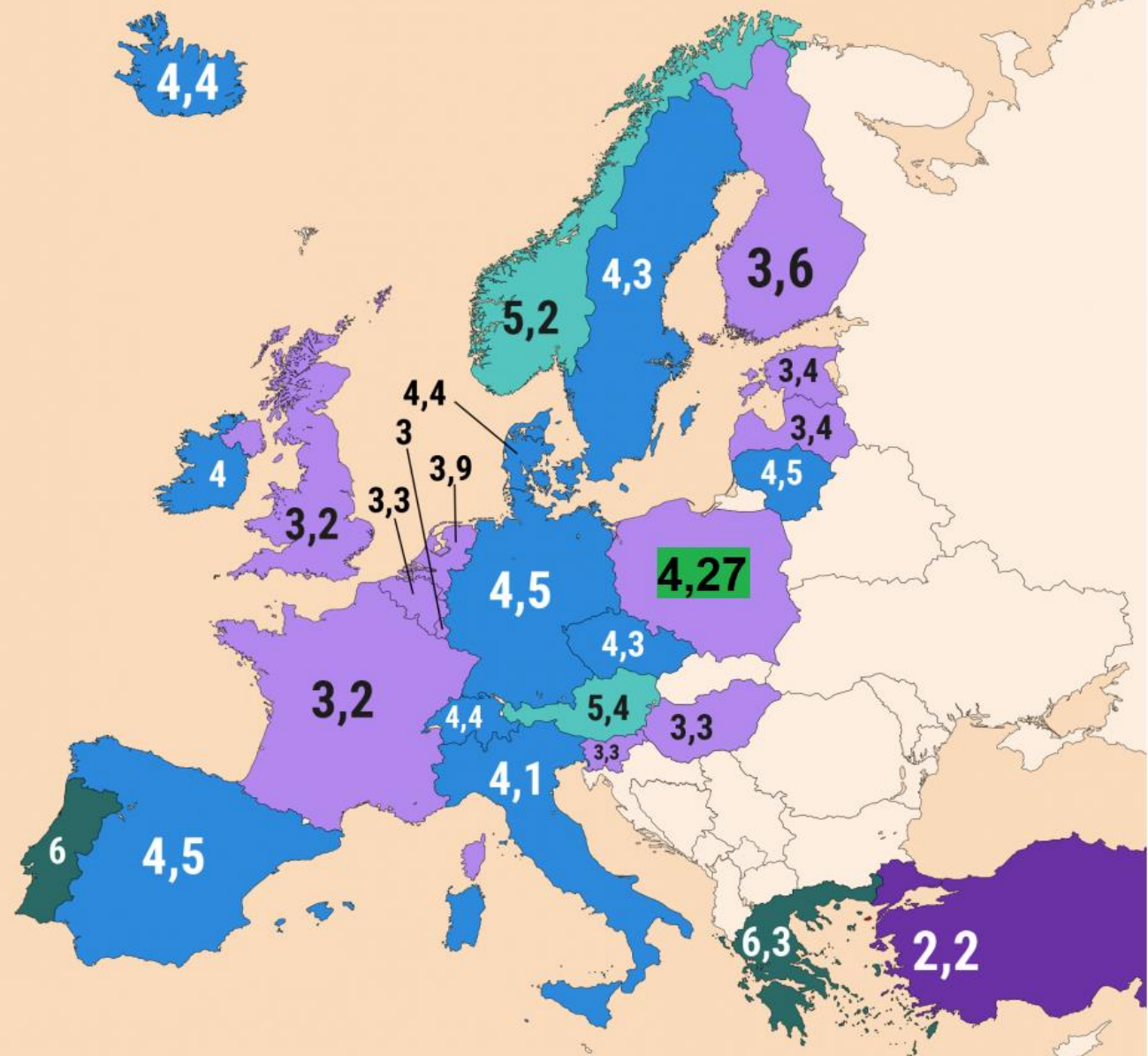
Liczba ludności Polski 30 września 2025 r	37 376 000
---	------------

Liczba lekarzy na 1000 osób

Pracujący polscy lekarze	4,00
Pracujący polscy lekarze ze stażystami	4,27

Liczba lekarzy w Europie

na 1000 osób w 2021 roku

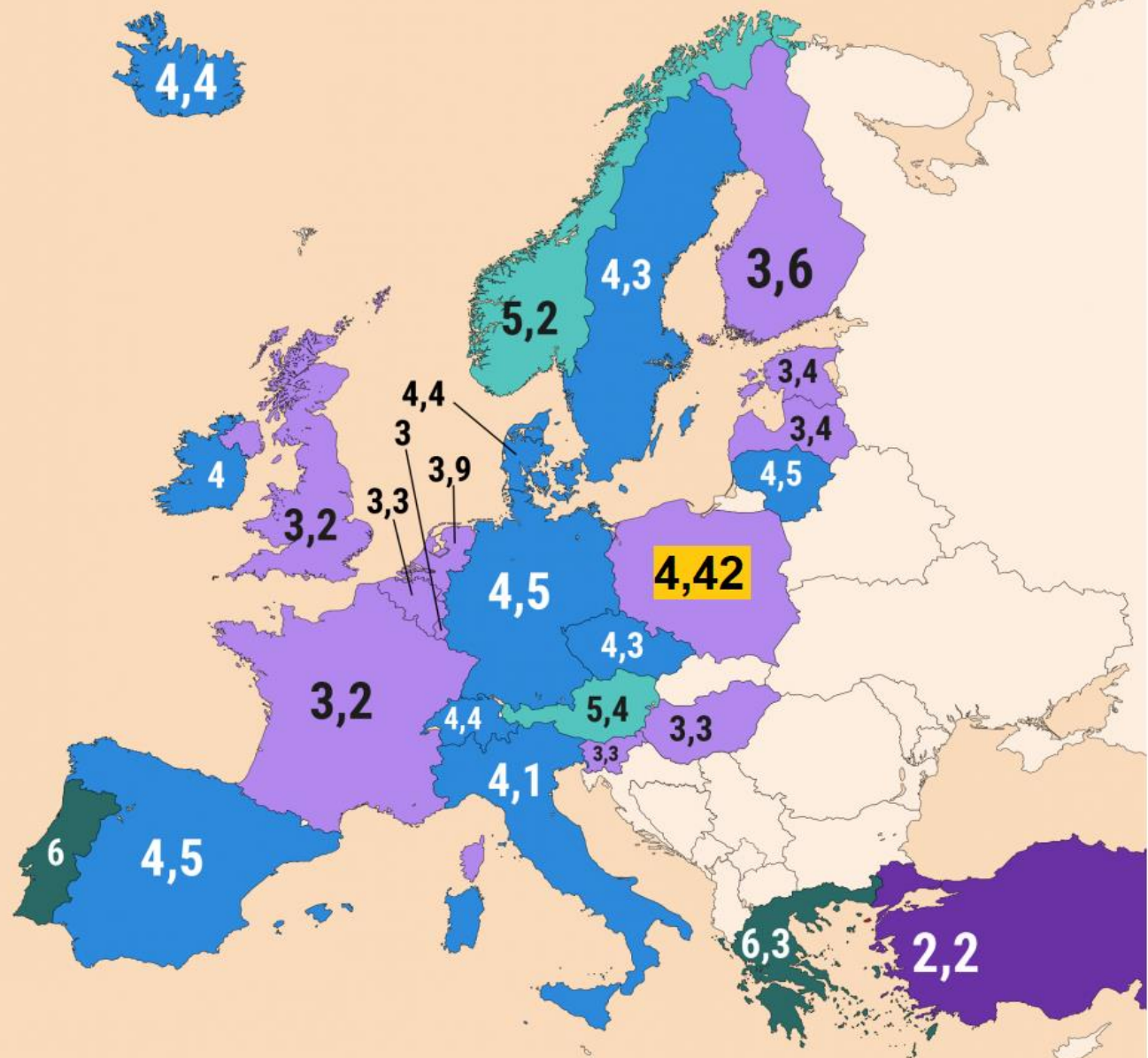


Dane na 31 października 2025 roku

Lekarze nie wykonujący zawodu	9 525
PWZ Lekarza	149 682
PWZ Lekarza na czas stażu	10 057
PWZ Lekarza cudzoziemcy	32
PWZ Lekarza cudzoziemcy czas określony lub nieok..	2 082
PWZ Lekarza cudzoziemcy z UE	430
PWZ Lekarza cudzoziemcy spoza UE zakres czynności	716
PWZ Lekarza cudzoziemcy spoza UE warunkowe	2 384
PWZ Lekarza prawo ograniczone	51
PWZ Lekarza prawo zawieszone	158
	175 117
Liczba ludności Polski 30 września 2025 r	37 376 000
Liczba lekarzy na 1000 osób	
Pracujący polscy lekarze	4,00
Pracujący polscy lekarze ze stażystami	4,27
Pracujący polscy lekarze ze stażystami i lekarze cudzoziemcy	4,42

Liczba lekarzy w Europie

na 1000 osób w 2021 roku



Źródło: OECD

Kadry medyczne

Powrót do specjalności podstawowych lekarzy. Ułatwienie uznawania specjalizacji lekarzy z zagranicy. Rozszerzenie kompetencji opiekunów medycznych i uwzględnienie ich w normach zatrudnienia. Zwiększenie ilości zajęć praktycznych w szkoleniach personelu medycznego.

Personel lekarski – więcej kształcić ? Na pewno ułatwić dostęp do specjalizacji szczególnie w szpitalach powiatowych. Jako pierwsza zawsze specjalizacja ogólna/podstawowa. Uprościć uznawanie specjalizacji lekarzy z zagranicy. Stworzyć zachęty do pracy w mniejszych miejscowościach. Upraszczać nierealne do spełnienia wymogi obsad lekarskich.

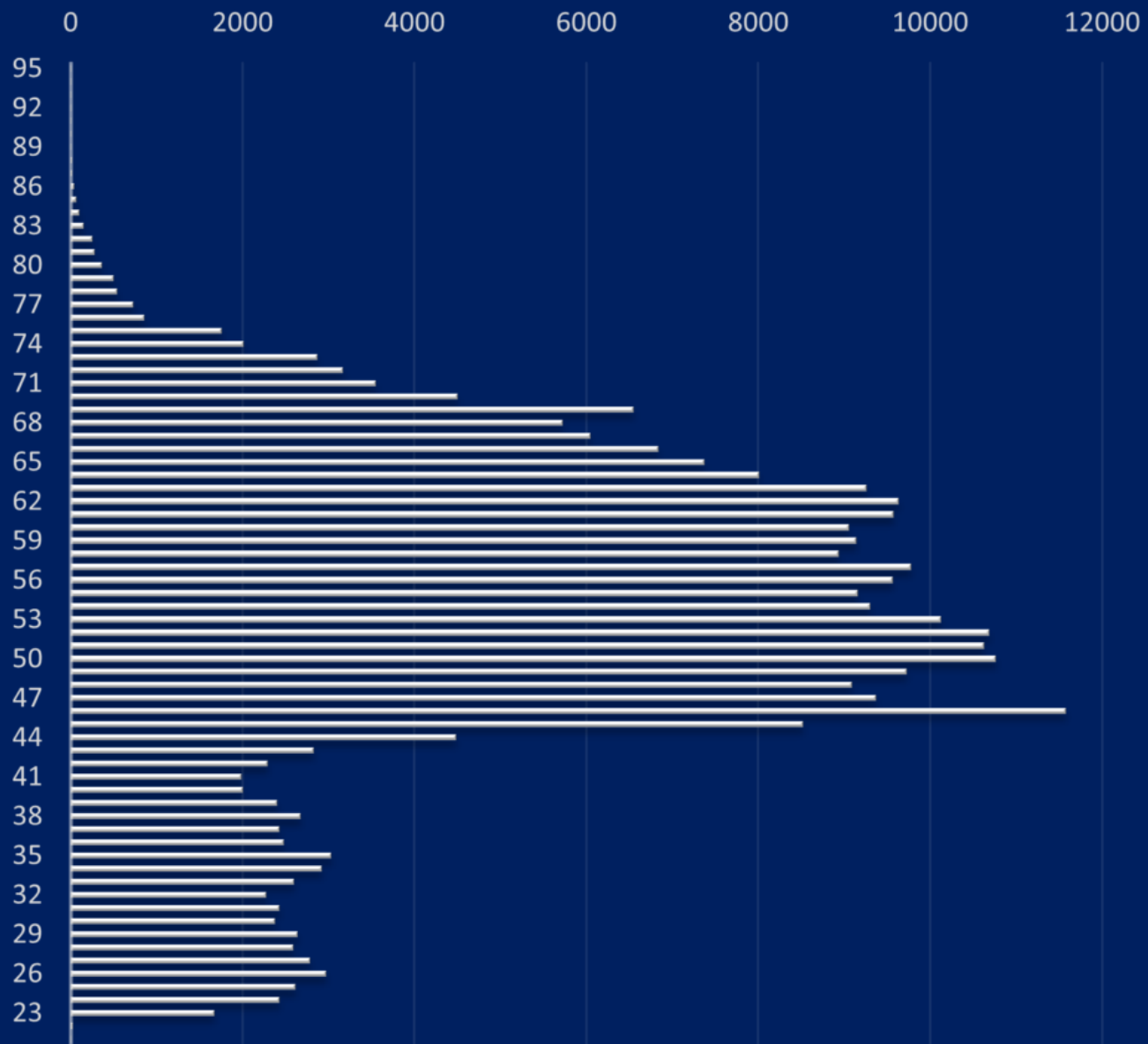
Personel pielęgniarski – więcej kształcić. Jeśli nie da się wrócić do kształcenia pielęgniarek w szkołach średnich to rozszerzyć uprawnienia opiekunom medycznym tak, aby docelowo zastąpili pielęgniarki ze średnim wykształceniem. Innego pomysłu nie widzę. Uwzględniać w normach zatrudnienia pielęgniarek również inne zawody medyczne jak ratowników i opiekunki/opiekunów medycznych.



STRUKTURA WIEKOWA PIELĘGNIAREK W POLSCE (2020 r.)



NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

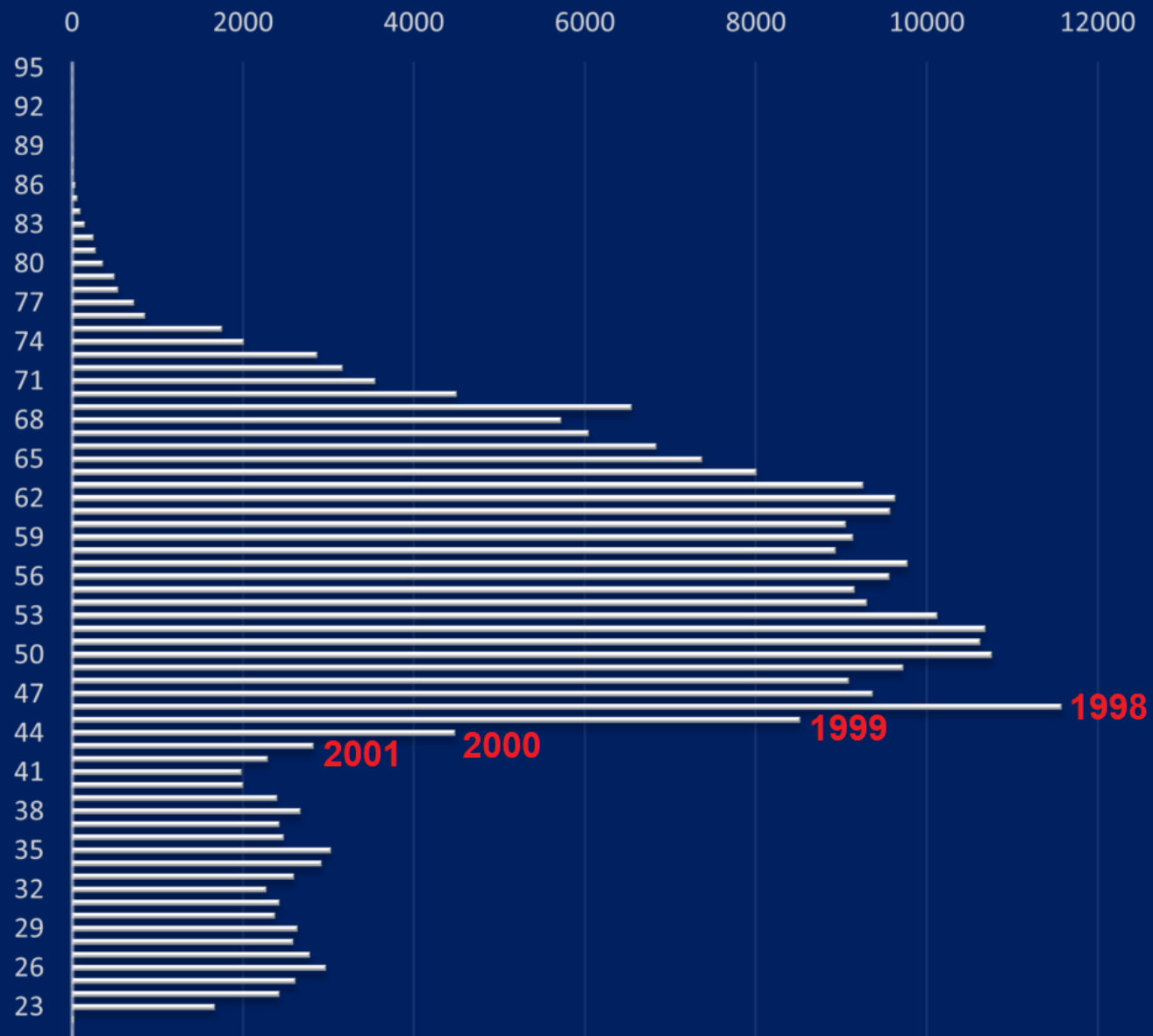




STRUKTURA WIEKOWA PIELĘGNIAREK W POLSCE (2020 r.)



NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

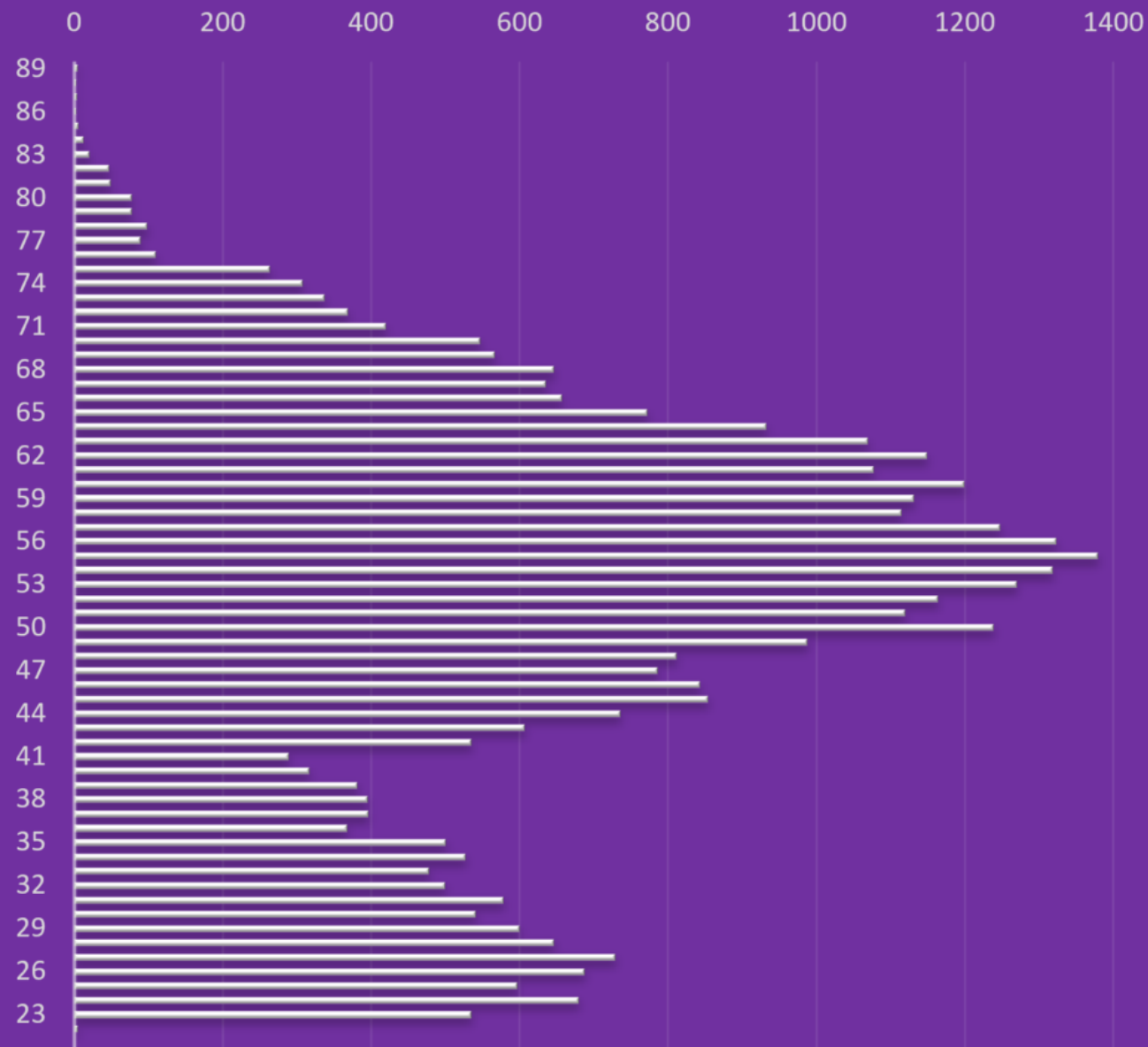




STRUKTURA WIEKOWA POŁOŻNYCH W POLSCE (2020 r.)



NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

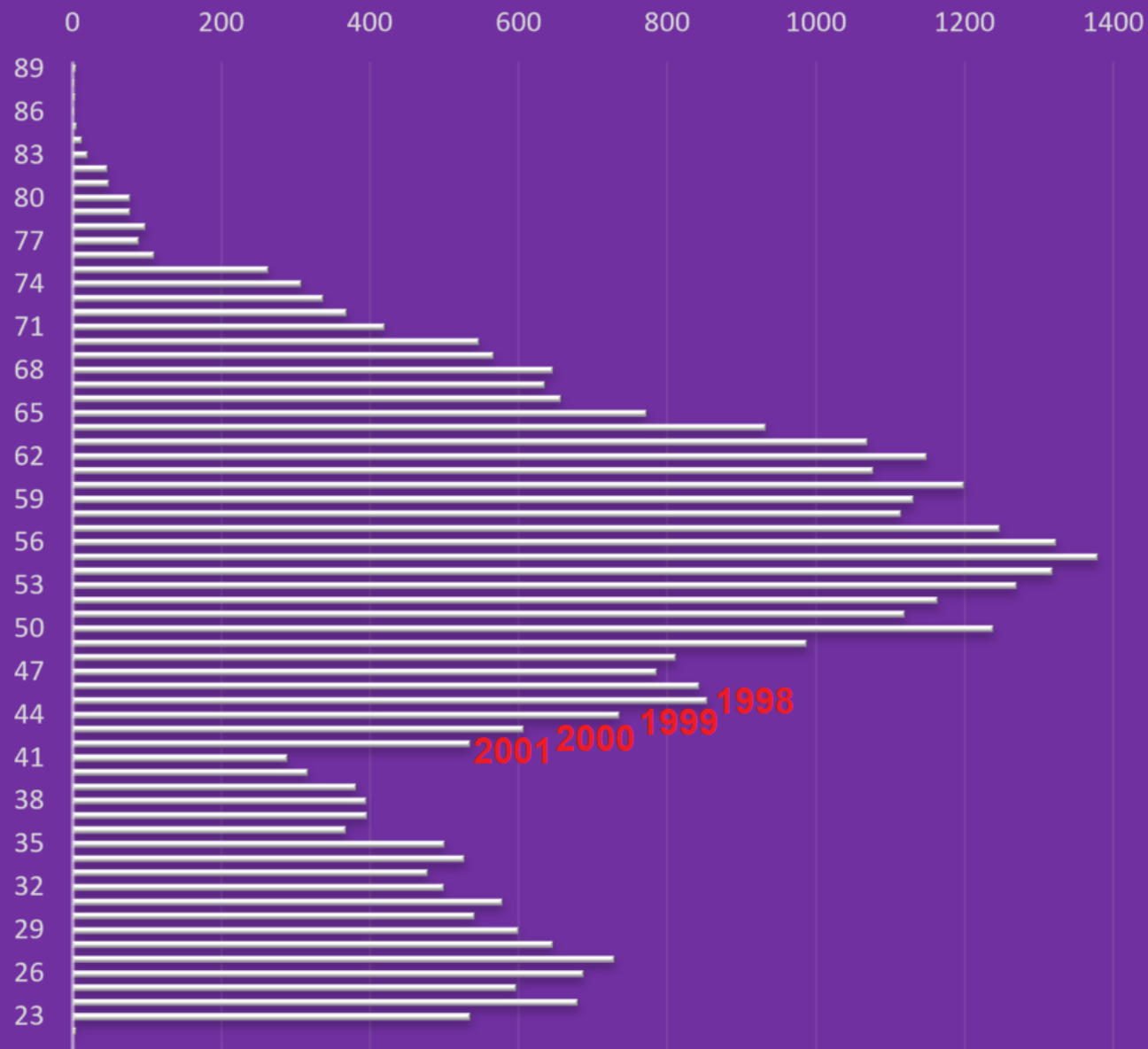




STRUKTURA WIEKOWA POŁOŻNYCH W POLSCE (2020 r.)



NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



Kadry medyczne

Powrót do specjalności podstawowych lekarzy. Ułatwienie uznawania specjalizacji lekarzy z zagranicy. Rozszerzenie kompetencji opiekunów medycznych i uwzględnienie ich w normach zatrudnienia. Zwiększenie ilości zajęć praktycznych w szkoleniach personelu medycznego.

Personel lekarski – więcej kształcić ? Na pewno ułatwić dostęp do specjalizacji szczególnie w szpitalach powiatowych. Jako pierwsza zawsze specjalizacja ogólna/podstawowa. Uprościć uznawanie specjalizacji lekarzy z zagranicy. Stworzyć zachęty do pracy w mniejszych miejscowościach. Upraszczać nierealne do spełnienia wymogi obsad lekarskich.

Personel pielęgniarski – więcej kształcić. Jeśli nie da się wrócić do kształcenia pielęgniarek w szkołach średnich to rozszerzyć uprawnienia opiekunom medycznym tak, aby docelowo zastąpili pielęgniarki ze średnim wykształceniem. Innego pomysłu nie widzę. Uwzględniać w normach zatrudnienia pielęgniarek również inne zawody medyczne jak ratowników i opiekunki/opiekunów medycznych.

Łączenie pracy w sektorze publicznym i prywatnym – uważam, że bezwzględnie powinno się rozdzielić pracę personelu medycznego, a szczególnie lekarzy w sektorze publicznym i prywatnym. Praktycznie większość widzi taką konieczność.

Normy zatrudnienia – czy powinny być uzależnione od łóżek czy od ilości pacjentów.

Kadry medyczne

Powrót do specjalności podstawowych lekarzy. Ułatwienie uznawania specjalizacji lekarzy z zagranicy. Rozszerzenie kompetencji opiekunów medycznych i uwzględnienie ich w normach zatrudnienia. Zwiększenie ilości zajęć praktycznych w szkoleniach personelu medycznego.

Personel lekarski – więcej kształcić ? Na pewno ułatwić dostęp do specjalizacji szczególnie w szpitalach powiatowych. Jako pierwsza zawsze specjalizacja ogólna/podstawowa. Uprościć uznawanie specjalizacji lekarzy z zagranicy. Stworzyć zachęty do pracy w mniejszych miejscowościach. Upraszczać nierealne do spełnienia wymogi obsad lekarskich.

Personel pielęgniarski – więcej kształcić. Jeśli nie da się wrócić do kształcenia pielęgniarek w szkołach średnich to rozszerzyć uprawnienia opiekunom medycznym tak, aby docelowo zastąpili pielęgniarki ze średnim wykształceniem. Innego pomysłu nie widzę. Uwzględniać w normach zatrudnienia pielęgniarek również inne zawody medyczne jak ratowników i opiekunki/opiekunów medycznych.

Łączenie pracy w sektorze publicznym i prywatnym – uważam, że bezwzględnie powinno się rozdzielić pracę personelu medycznego, a szczególnie lekarzy w sektorze publicznym i prywatnym. **Praktycznie większość widzi taką konieczność.**

Normy zatrudnienia – czy powinny być uzależnione od łóżek czy od ilości pacjentów.

Finansowanie rozwoju infrastruktury szpitali

Utworzenie funduszu na rozwój i modernizację infrastruktury jednostek ochrony zdrowia oraz mechanizmu rozdziału środków zapewniającego równomierny rozwój wszystkich jednostek należących do sieci szpitalnej.

Źródła finansowania – Utworzenie funduszu zapewniającego środki na modernizację, rozbudowę, przebudowę szpitali i placówek medycznych. Środki zewnętrzne obejmujące Fundusze Unijne i inne fundusze europejskie. (Pojawił się głos, aby środki na remonty i modernizacje włączyć w wycenę świadczeń, ale według mnie nie jest to dobry pomysł).

Sposób przyznawania środków – rozdział środków powinien zapewnić równomierny rozwój infrastruktury jednostek ochrony zdrowia. W pierwszej kolejności powinien uwzględniać jednostki sieci szpitali. Finansowanie modernizacji i rozwoju jednostek tworzących sieć szpitalną nie powinno opierać się o konkursy, ale i realne potrzeby zdrowotne mieszkańców danego terenu.

Odpowiedzialność – za wyposażenie, równomierny rozwój jednostek ochrony zdrowia na danym terenie, równomierny sposób przyznawania środków na utrzymanie i rozwój infrastruktury powinien być odpowiedzialny koordynator, czyli przedstawiciel Wojewody.

Wsparcie informatyzacji podmiotów ochrony zdrowia

Ujednolicenie systemów lub standaryzacja procesów związanych z obsługą pacjentów gwarantująca wymianę danych pomiędzy podmiotami. Centralne wsparcie systemów cyberbezpieczeństwa.

Informatyzacja – Ujednolicenie systemów. Standaryzacja procesów związanych z obsługą pacjentów gwarantująca wymianę danych pomiędzy podmiotami. Ewentualnie centralne zakupy systemów informatycznych.

Cyberbezpieczeństwo – Centralne zakupy systemów cyberbezpieczeństwa i ich udostępnianie wraz z aktualizacjami dla podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne w systemie publicznego zabezpieczenia. Udostępnianie usług bezpłatnych centralnie w zakresach wspólnych dla grup odbiorców Security Operation Center (SOC), wsparcie w zakresie prowadzenia SZBI i audytowania. Rozważenie zintegrowanej sieci WAN z redundancją łączy i przede wszystkim dedykowaną infrastrukturą, w ramach której podmiot mógłby otrzymać usługi SOC i inne.

Dokumentacja medyczna – Bezwzględne zastępowanie dokumentacji papierowej elektroniczną dokumentacją medyczną.

PAMIĘTAJMY!

NIE ZMIENIAJĄC NICZEGO - RYZYKUJEMY
WSZYSTKO,

a

*Reforma nie jest ryzykiem.
Ryzykiem jest jej brak.*

Dziękuję za uwagę.