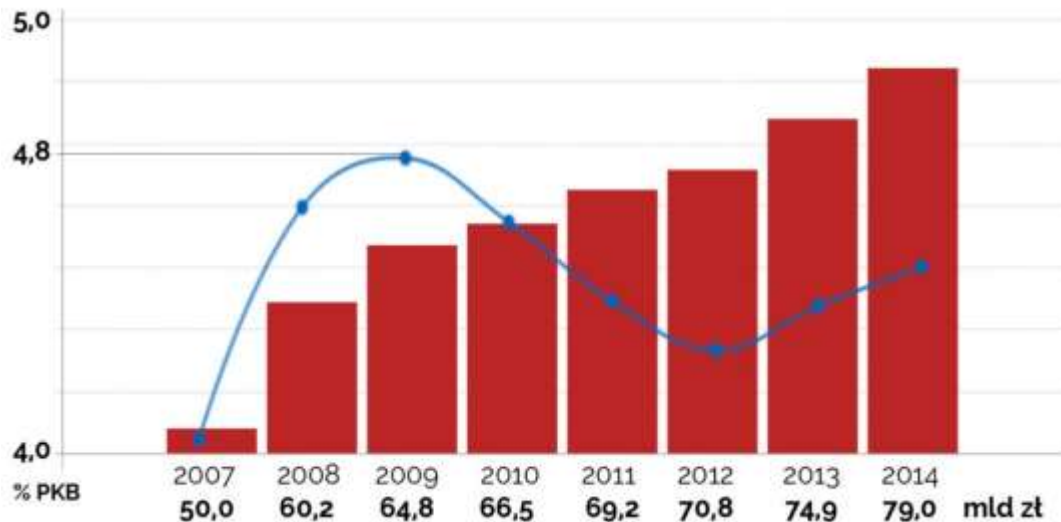


POLSKI SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ - NAJGORSZY W EUROPIE

SKRAJNE NIEDOFINANSOWANIE

A) najwyższym w historii Polski odsetkiem PKB wydatkowanym na ochronę zdrowia ze środków publicznych było 4,8 % w 2009r.

B) w kolejnych latach finansowanie było niższe.



C) wg tzw. ustawy 6,0 finansowanie w 2019 r powinno wynieść 4,89% PKB. De facto w odniesieniu do obecnego PKB w 2019 r jest to zaledwie 4,37% PKB.

z Dz.U. 2018 poz. 1532 USTAWA z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

(...) „1. Na finansowanie ochrony zdrowia przeznaczają się corocznie środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6% produktu krajowego brutto, z zastrzeżeniem że wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018– 2023 nie może być niższa niż:

- 1) 4,78% produktu krajowego brutto w 2018 r.;
- 2) **4,86% produktu krajowego brutto w 2019 r.;**
- 3) 5,03% produktu krajowego brutto w 2020 r.;
- 4) 5,30% produktu krajowego brutto w 2021 r.;
- 5) 5,55% produktu krajowego brutto w 2022 r.;
- 6) 5,80% produktu krajowego brutto w 2023 r.” (...)

4.86% , czy aby na pewno??

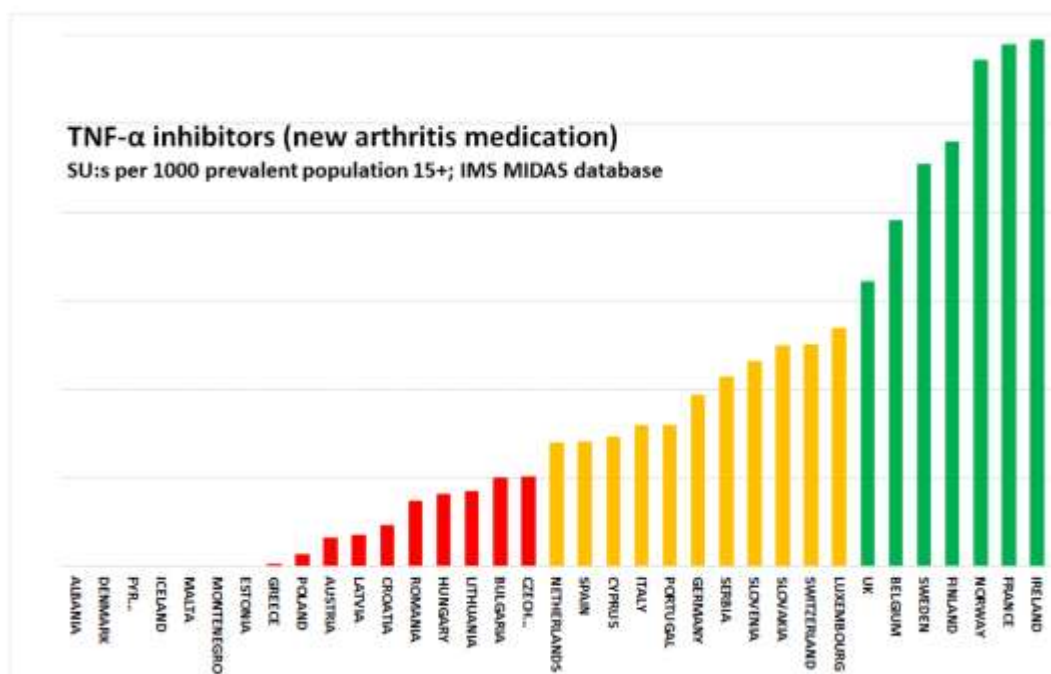
Wg wyliczeń NIL, w związku z obliczaniem odsetka PKB przeznaczanego na ochronę zdrowia w Polsce w porównaniu do 2 lat wstecz, przy obecnym wzroście gospodarczym wydatki w 2019r stanowiły **4,37% PKB**.

W tym dodatkowo zawarte są wydatki na Agencję Oceny Technologii Medycznych oraz świeżo utworzoną Agencję Badań Medycznych, które nie trafiają na świadczenia pacjentów.

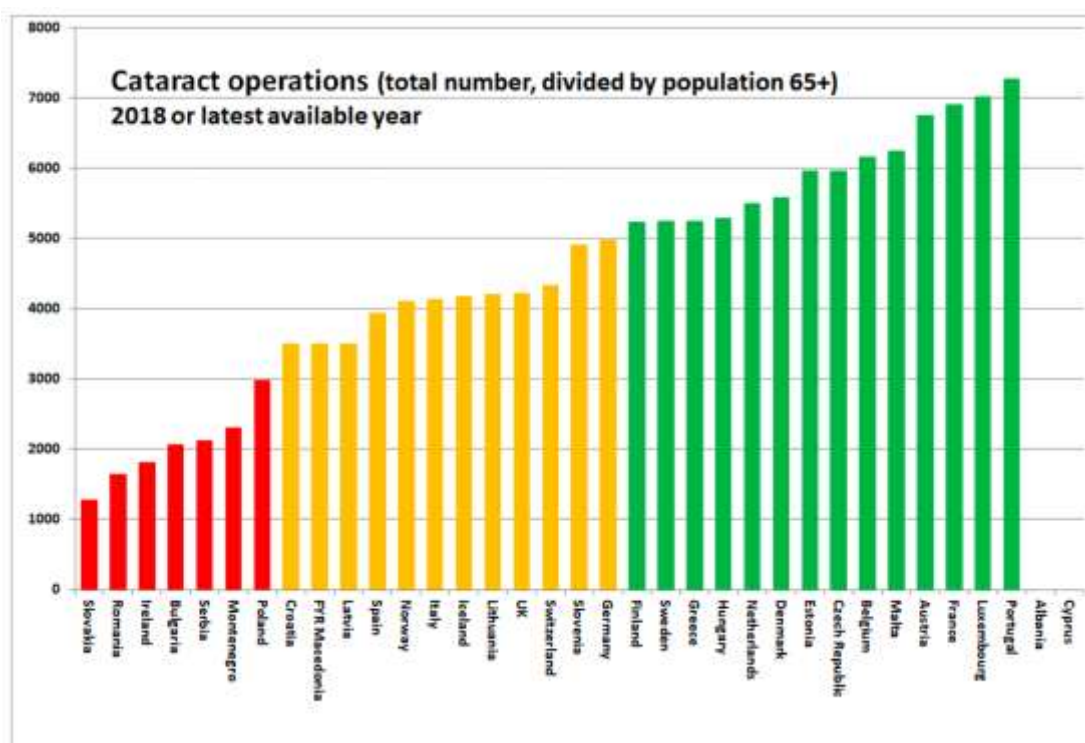
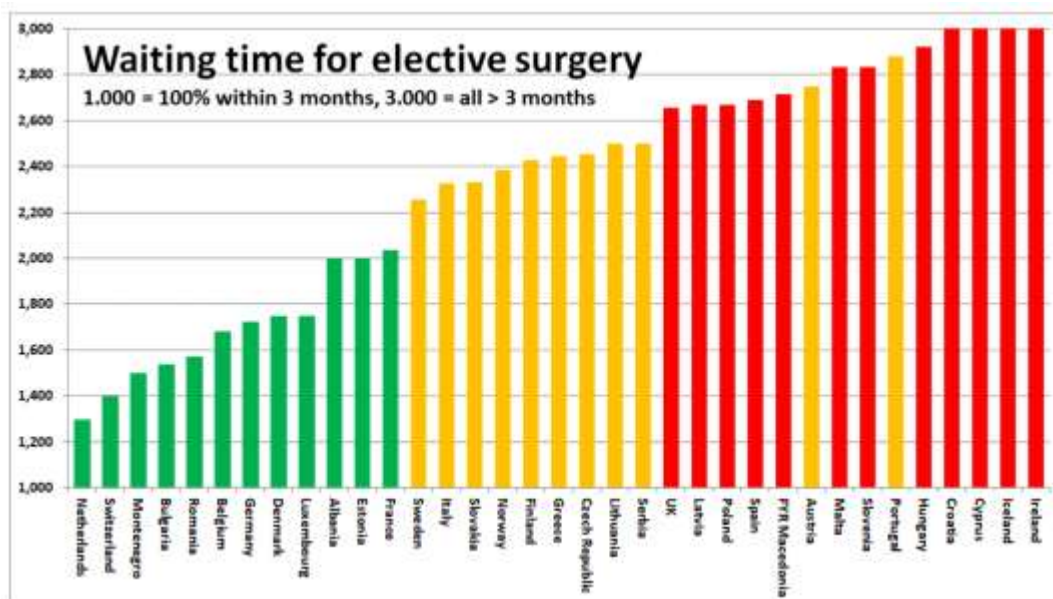
D) Średnie nakłady w ochronie zdrowia w krajach europejskich wynoszą ponad 7,2% PKB w 2018 roku w odniesieniu do 2018 roku. W Polsce w perspektywie czasowej najbliższego pięcioletnia nie dojdziemy nawet do 6% (odsetek jest odliczany do 2 lat wstecz).

SPOWODOWANA SKRAJNYM NIEDOFINANSOWANIEM NISKA JAKOŚĆ OPIEKI NAD PACJENTEM (dane z Euro Health Consumer Index 2018)

A) NISKIE NAKŁADY = BRAK NOWOCZESNYCH LEKÓW

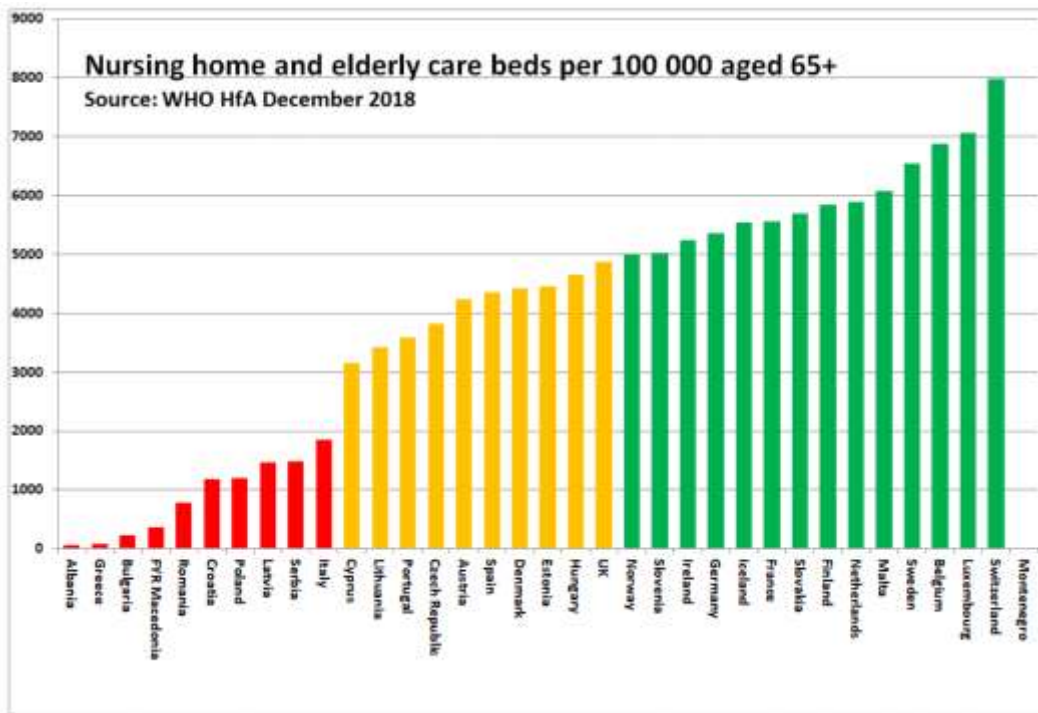


B) NISKIE NAKŁADY = DŁUGI CZAS OCZEKIWANIA



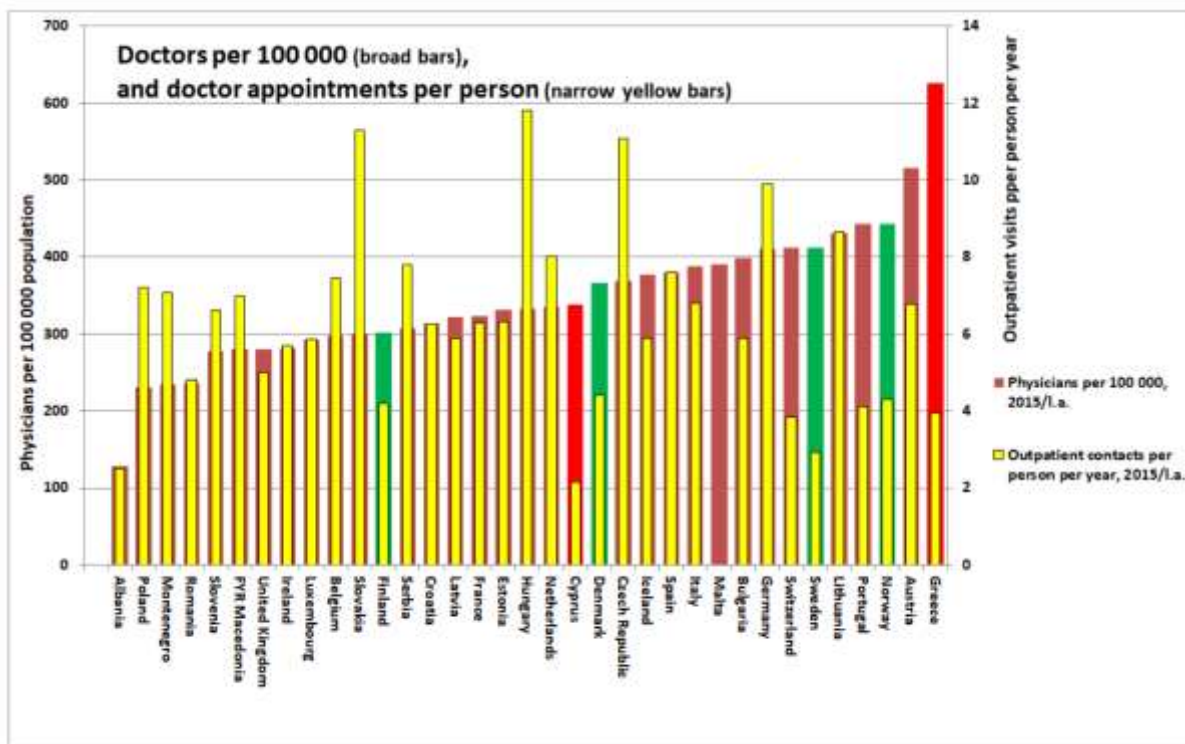
Warto zwrócić uwagę, że zniesienie limitów na operację zaćmy doprowadziło do skrócenia czasu oczekiwania na operację w zasadzie do zera. Czyli **znaczące dołożenie środków finansowych i intensywna praca personelu** spowodowały, że nierozwiązalny problem stał się rozwiązany.

C) NISKIE NAKŁADY = BRAK ADEKWATNEJ OPIEKI

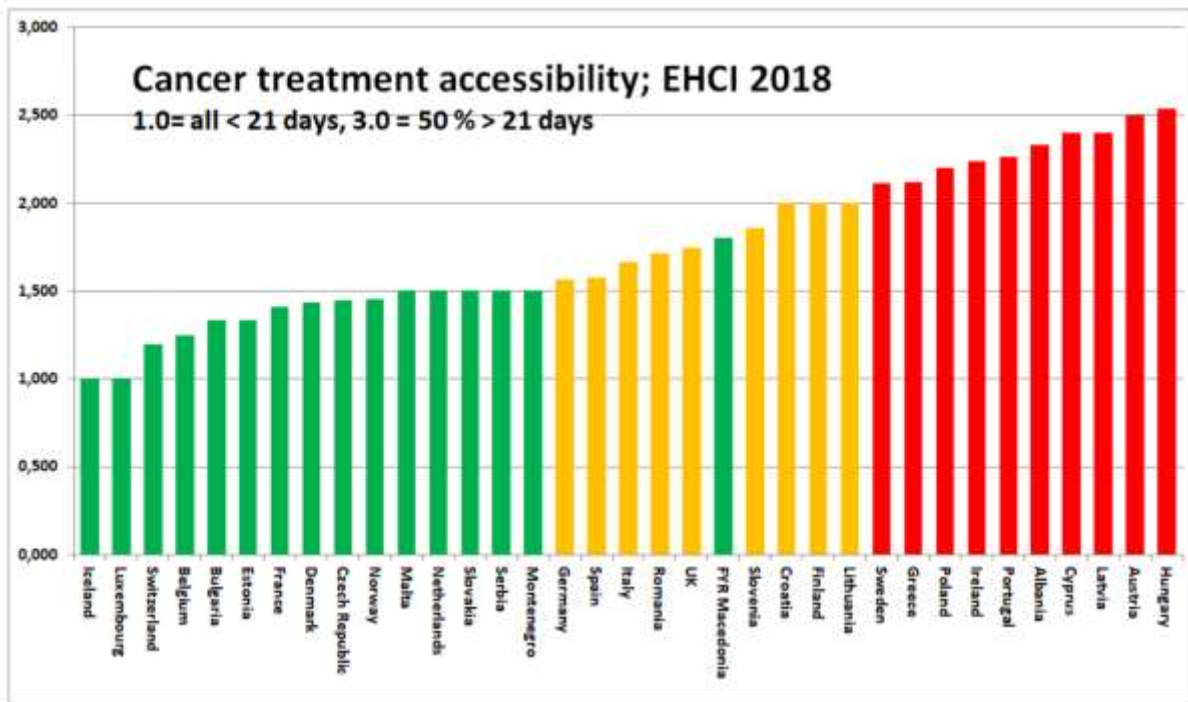


Czynnikiem dodatkowo utrudniającym opiekę jest mała liczba pielęgniarek uprawiających zawód i kształcących się (dokładne dane w pkt.) czego powodem są m.in. niskie wynagrodzenia, duża odpowiedzialność i obciążenie pracą oraz niewielkie perspektywy rozwoju.

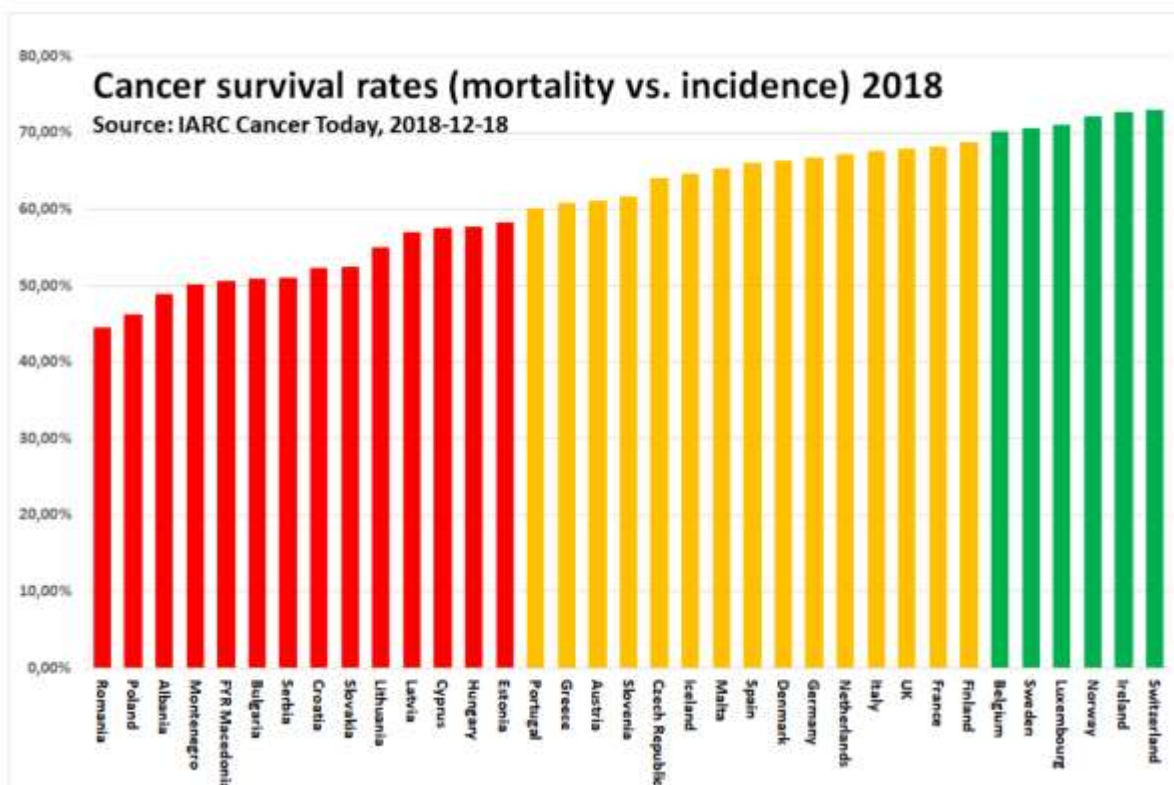
D) MAŁA LICZBA LEKARZY = DUŻO PRACY

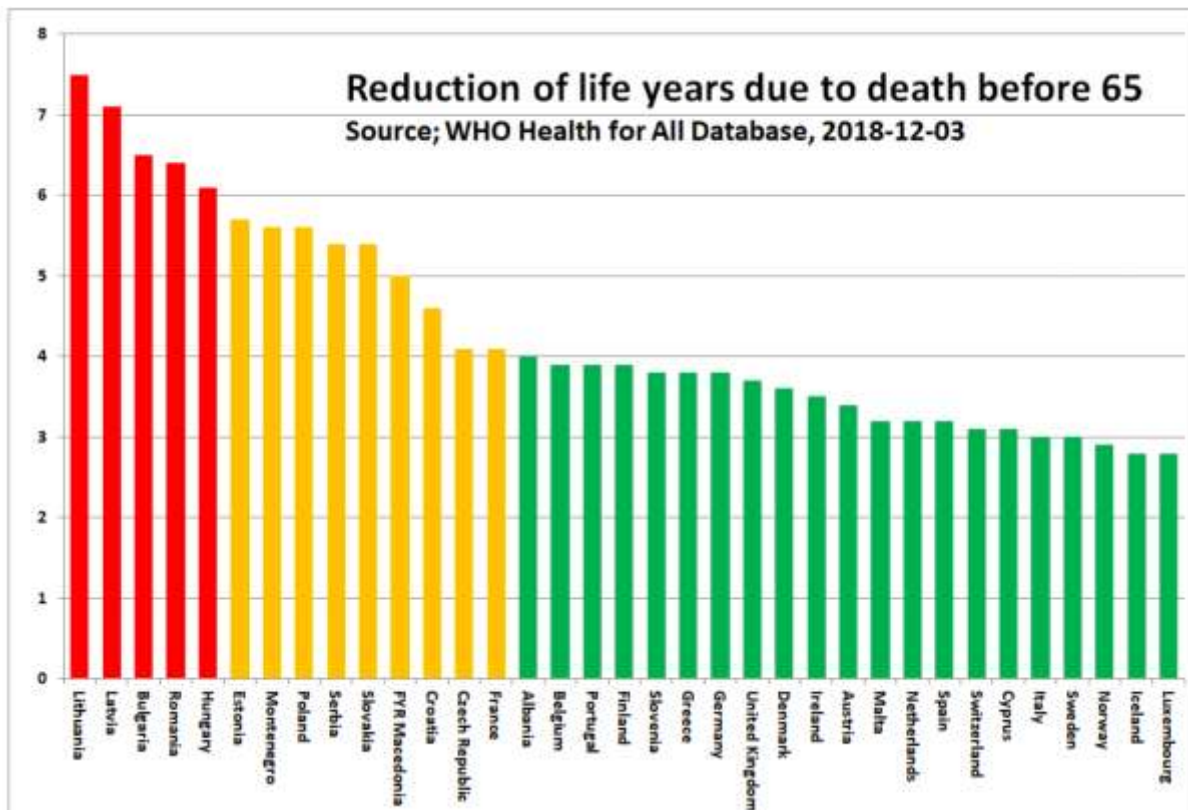


E) NISKIE NAKŁADY + MAŁA LICZBA LEKARZY = ZAPASĆ W DOSTĘPIE DO LECZENIA

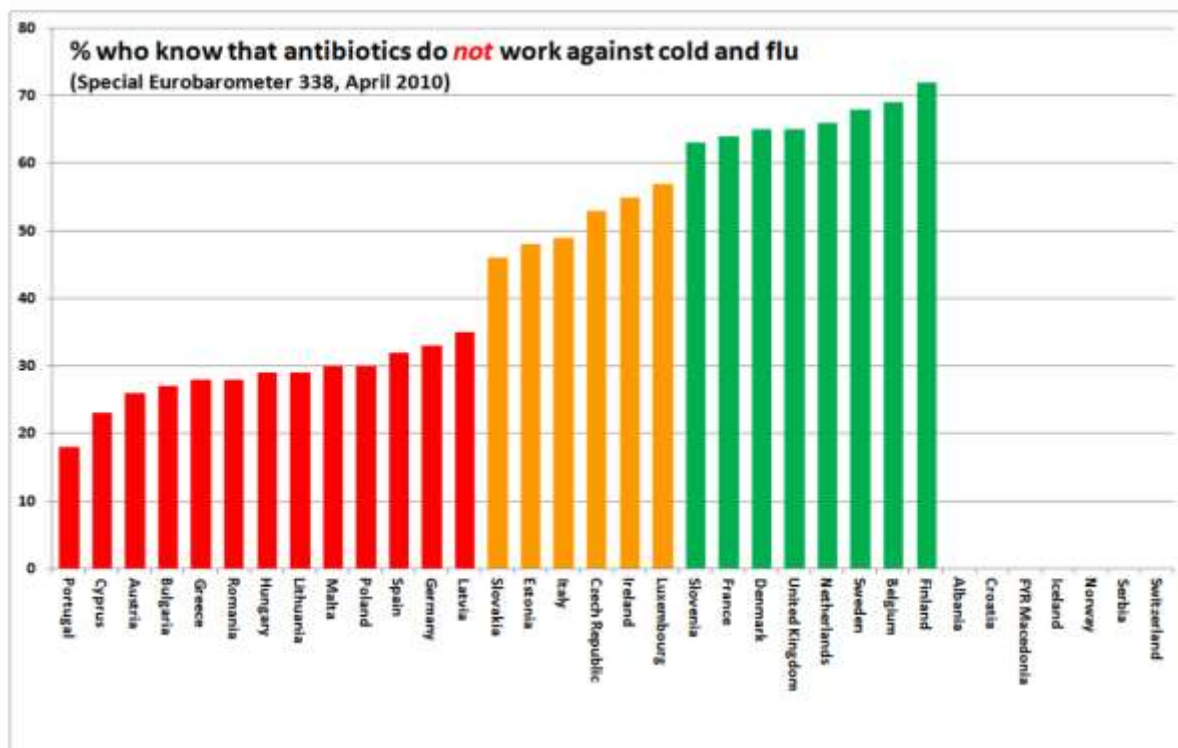


D) WSZYSTKIE POWYŻEJ PUNKTY = PRZEDWCZESNE ZGONY POLAKÓW

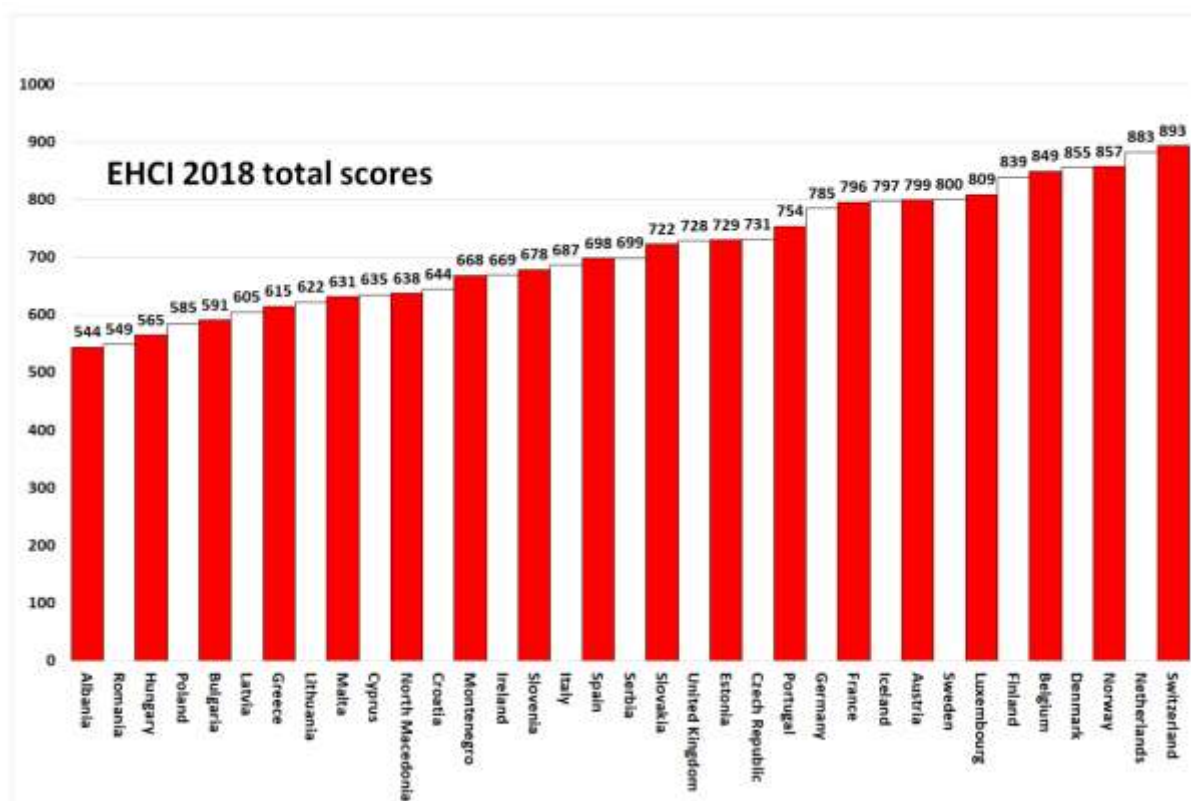




E) BRAK ŚRODKÓW NA EDUKACJĘ I PROMOCJĘ ZDROWIA = Niska świadomość społeczna



F) BRAK ŚRODKÓW + BRAKI PERSONELU + ZŁĄ ORGANIZACJA SYSTEMU = jedna z najgorszych ocen systemu



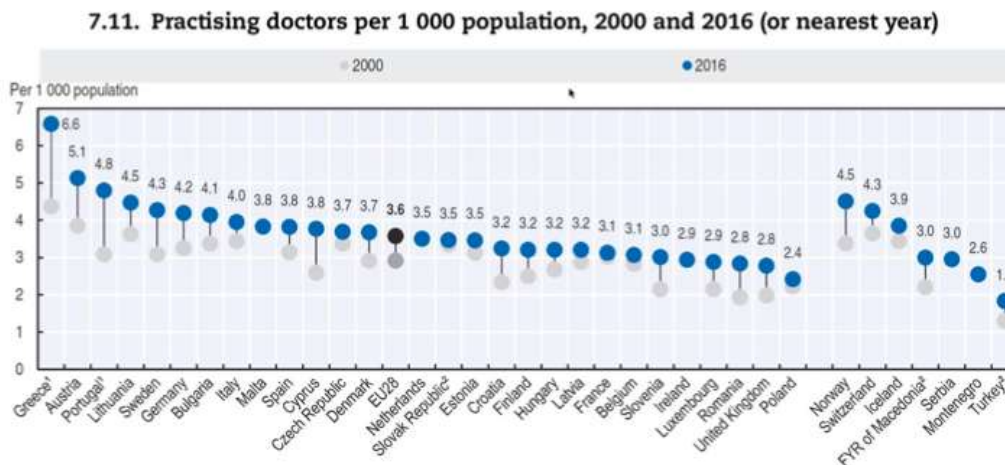
PODSUMOWANIE:

- ▶ 20 LAT SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE – OD 27 MLD ZŁ DO OK. 100 MLD ZŁ
- ▶ POGORSZENIE SYTUACJI PACJENTÓW W POLSCE
- ▶ POGORSZENIE WARUNKÓW PRACY PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH
- ▶ POGORSZENIE SYTUACJI FINANSOWEJ I TRUDNOŚCI W ZARZĄDZANIU PLACÓWKAMI OCHRONY ZDROWIA
- ▶ SZYBKO ROSNĄCE WYDATKI PACJENTÓW NA LECZENIE Z PRYWATNYCH ŚRODKÓW, Z TZW. „KIESZENI”
- ▶ „REFORMA” SYSTEMU GONI „REFORMĘ” – BRAK SPÓJNEJ WIZJI SYSTEMU NAWET WŚRÓD MINISTRÓW WYWODZĄCYCH SIĘ Z JEDNEJ PARTII
- ▶ POLITYKA „GASZENIA POŻARÓW” I DOSYPYWANIA ŚRODKÓW

KADRY MEDYCZNE

1) LEKARZE

A) Najniższy wskaźnik lekarzy na 1000 mieszkańców w krajach UE i niemal najniższy w krajach OECD - 2,4, przy średniej UE 3,6



Najgorsza sytuacja dotyczy lekarzy POZ. W Polsce pracuje ok. 10 000 lekarzy ze specjalizacją medycyna rodzinna. Zapotrzebowanie, szacując, że 1 lekarz przypada na 2 000 osób, można wyznaczyć na 19 000 lekarzy. Brakuje więc ok. 9 000 lekarzy rodzinnych. Zakładając, że wszyscy będą nadal pracować, nikt nie umrze i nie zachoruje, przy optymistycznym założeniu kształcenia 500 specjalistów rocznie już za ok. 20 lat zapewnimy podstawowe bezpieczeństwo zdrowotne Polaków.

B) 1/5 LEKARZY SPECJALISTÓW JEST W WIEKU EMERYTALNYM, WG PROGNOZ DO ROKU 2030 BĘDZIE TO NAWET 1/2 LEKARZY.



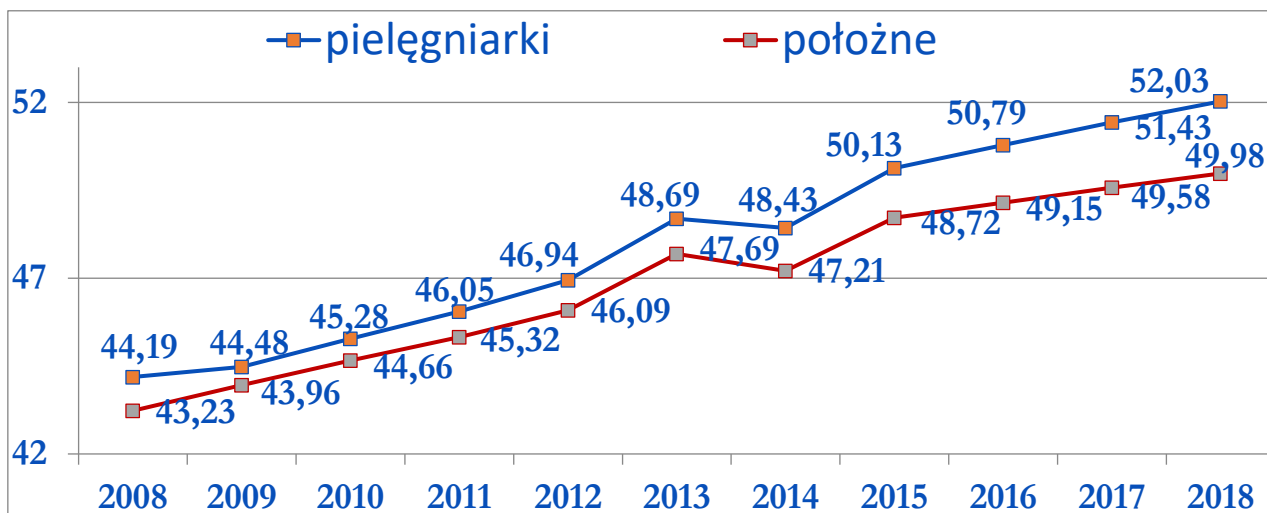
*8% lekarzy specjalistów jest w wieku powyżej 71 lat

2) PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNE

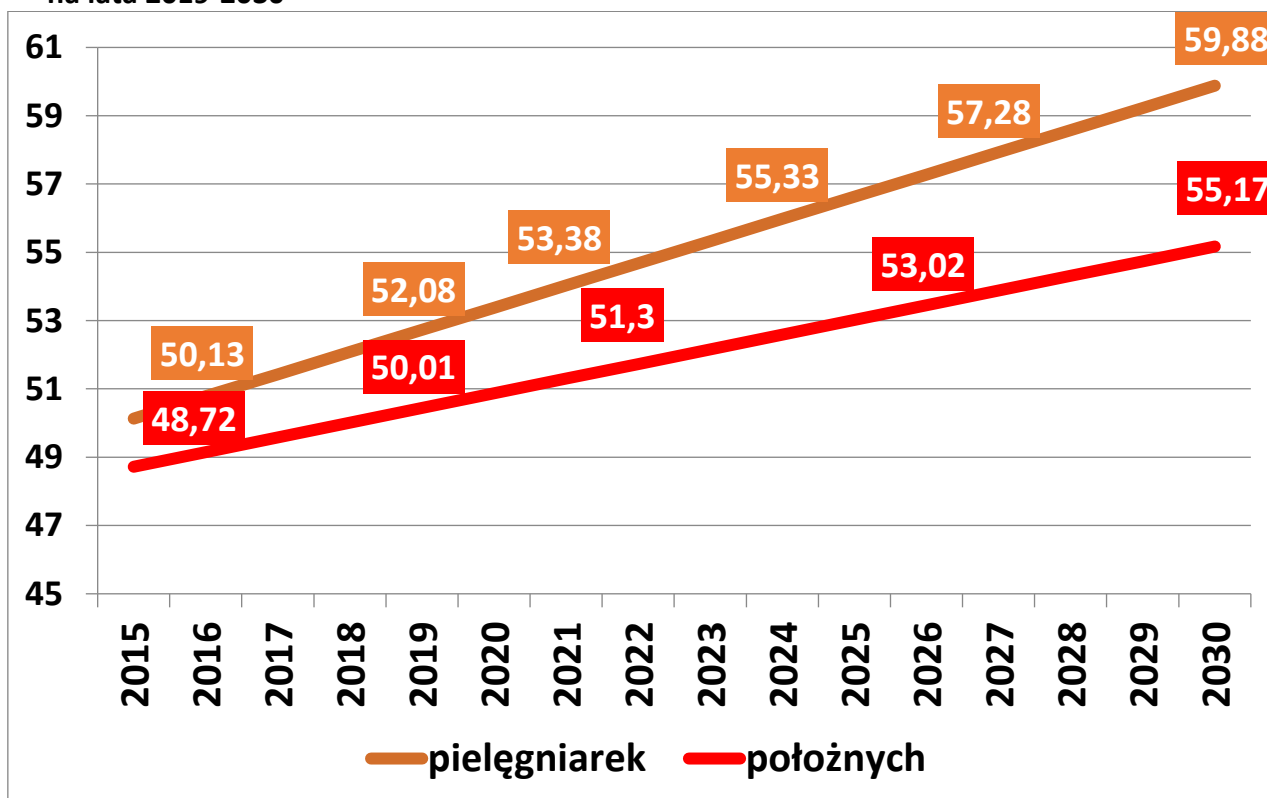
A) BEZWZGLĘDNA LICZBA ZATRUDNIENIA: PIEŁĘGNIARKI – 23 3012, POŁOŻNE – 28 368

B) STRUKTURA WIEKOWA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH NA PRZESTRZENI LAT:

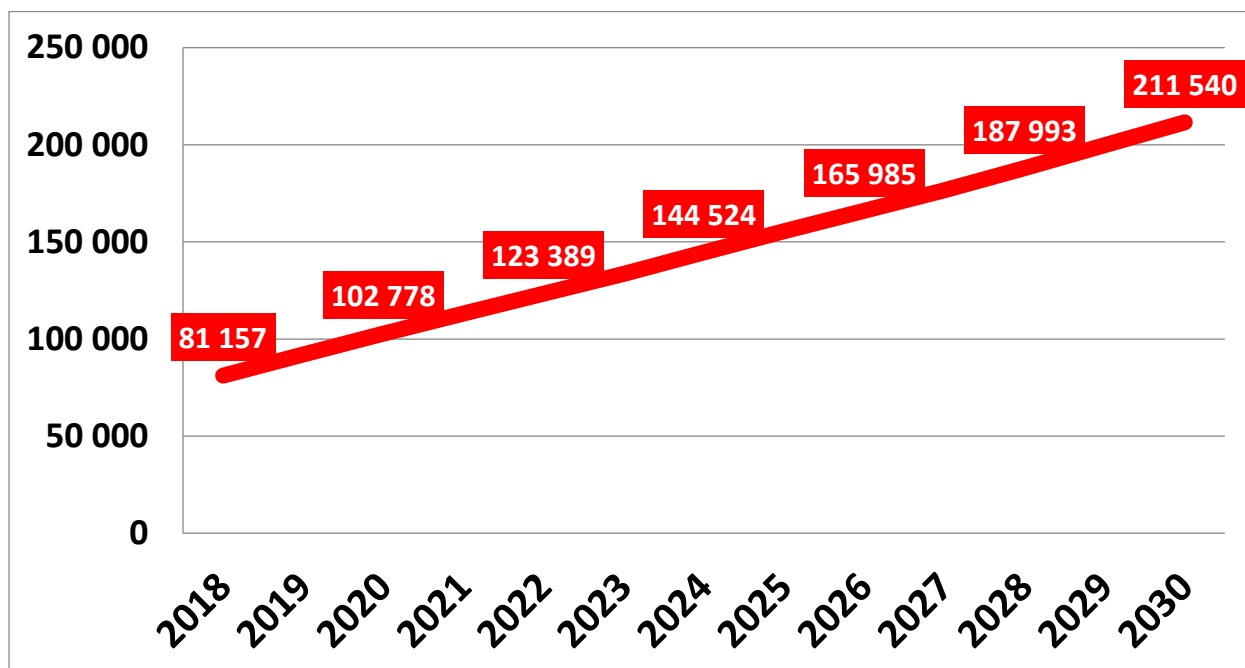
Średnia wieku pielęgniarek – 52,1; średnia wieku położnych – 50,0



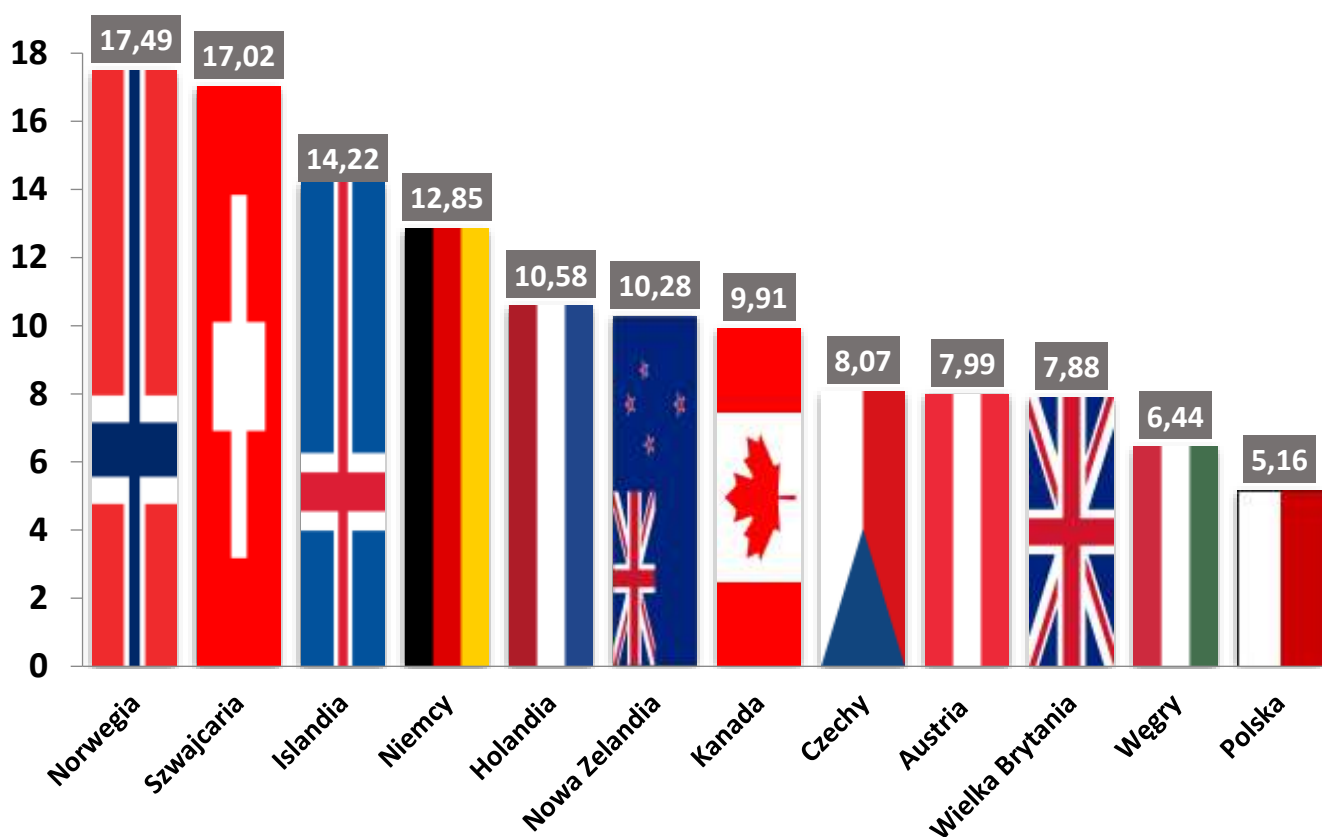
Średnia wieku zarejestrowanych pielęgniarek i położnych w latach 2015 – 2018 z prognozą na lata 2019-2030



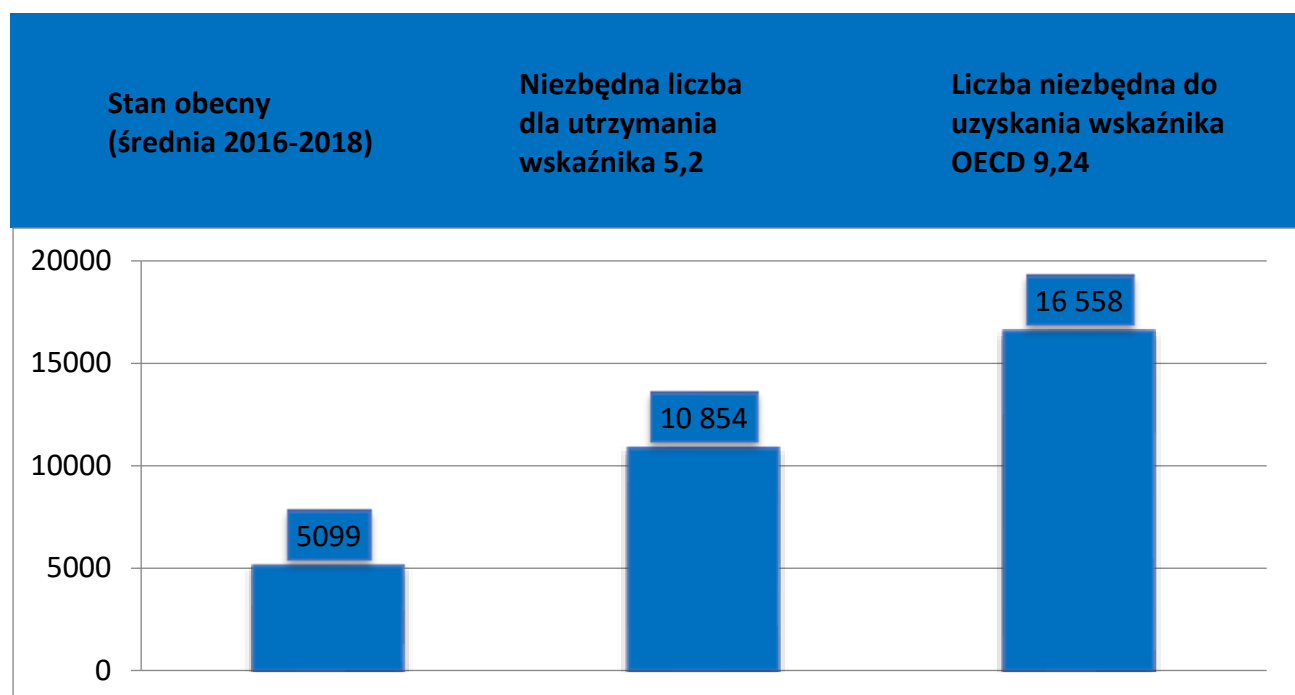
Liczba pielęgniarek i położnych, które w okresie 2018-2030 uzyskają uprawnienia do emerytury



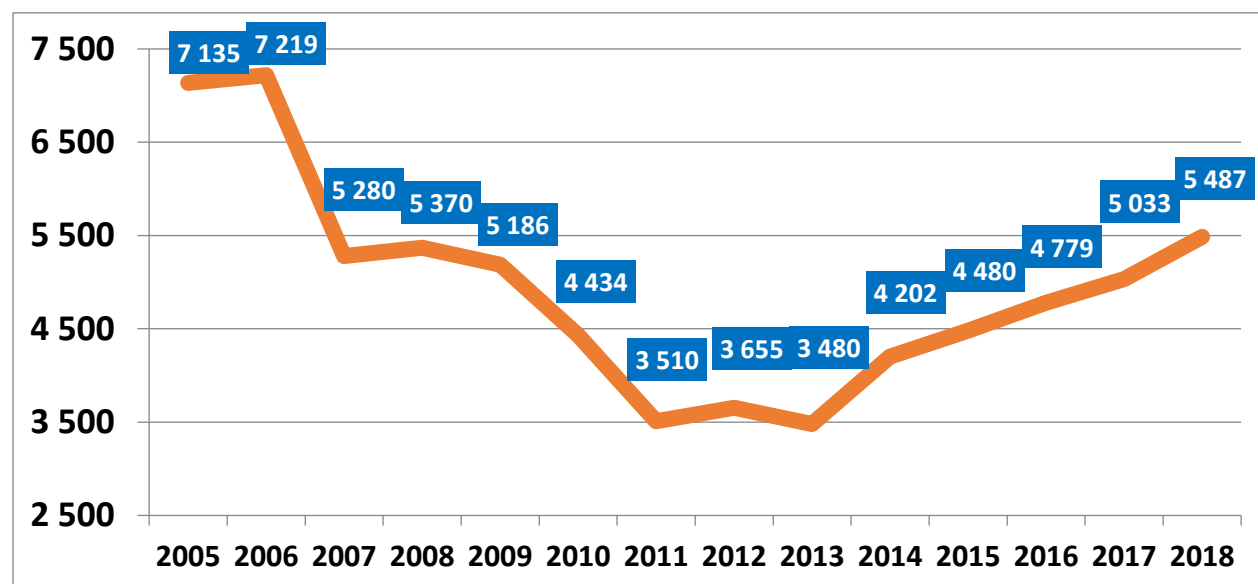
Wskaźnik pielęgniarek zatrudnionych na 1 tys. mieszkańców w wybranych krajach OECD



Liczba osób uzyskujących p wz pielęgniarki, położnej



Liczba stwierdzonych praw wykonywania zawodu w latach 2005-2018



3) FIZJOTERAPEUCI

- a. W Polsce pracuje ponad 66tys. fizjoterapeutów
- b. To najmłodsza grupa wśród zawodów medycznych – średnia wieku 36 r.ż., ale średnia wieku pracujących w publicznym systemie opieki zdrowotnej > 50 r.ż.
- c. Ok.50% fizjoterapeutów pracuje w sektorze prywatnym i około 50% w sektorze publicznym
- d. W sektorze publicznym mamy do czynienia z najciężej chorymi i wymagającymi najbardziej kompleksowej fizjoterapii, a pracujący tam fizjoterapeuci są najgorzej finansowani i najbardziej wypaleni zawodowo.

4) DIAGNOŚCI LABORATORYJNI

- a. W Polsce pracuje 16 474 diagnostów laboratoryjnych, z czego specjalistów jest zaledwie 3910.
- b. Wszyscy mają wyższe wykształcenie i tytuł magistra.
- c. Średnia wieku 46,6 rż
- d. Samodzielnie ponoszą koszty szkolenia specjalizacyjnego.
- e. Średnia wynagrodzenia diagnostów bez specjalizacji wynoszą poniżej 2900 zł brutto /mies., a specjalistów < 3300zł brutto /mies.
- f. Około połowa absolwentów kierunku Analityka medyczna nie podejmuje pracy w laboratoriach ze względu na niskie wynagrodzenia; zjawisko to ma tendencję wzrostową.

PODSUMOWANIE:

1. Zawód pielęgniarki, położnej oraz lekarza w najbliższej dekadzie stanie na krawędzi kryzysu demograficznego i znacząco pogłębi już istniejące niedobory kadrowe.
2. Z uwagi na bardzo niskie wynagrodzenia w stosunku do wykształcenia, odpowiedzialności i trudnych warunków pracy struktura zatrudnienia przesuwa się szybko w kierunku rynku komercyjnego, co uniemożliwia znalezienie odpowiedniej ilości personelu do pracy w publicznym systemie, przez co już w 2018 roku zamknięto kilkadziesiąt oddziałów w Polsce, a sytuacja ta będzie się szybko pogarszać w najbliższych 2 latach.
3. Wszystkie samorządy zawodów medycznych zwracają uwagę na exodus kadr zawodow do krajów UE – od 30% w przypadku fizjoterapeutów, przez ok. 18-20% spośród pielęgniarek, do ok. 10 % lekarzy. Wśród lekarzy ze szczególnym niepokojem obserwujemy zjawisko wyjazdu lekarzy bezpośrednio po ukończeniu studiów lub stażu podyplomowego.
4. **Zwiększenie obecnych, najniższych w UE i jednych z najniższych w krajach OECD wskaźników zasobności kadr medycznych, przy obecnym poziomie kształcenia i zachęty (finansowej i warunków pracy) do wykonywania zawodów medycznych jest całkowicie niemożliwe. Prawdopodobnie utrzymanie w/w wskaźników jest również niemożliwe.**

FINANSOWANIE SZPITALI POWIATOWYCH W POLSCE

(na podstawie danych z 73 szpitali)

Po wprowadzeniu sieci szpitali przez MZ Konstantego Radziwiłła zastosowano ich ryczałtowe finansowanie. Oznacza to, że w roku 2018 szpitale finansowane były na podstawie wykonanych świadczeń dla roku 2015, a wykonanie większej liczby świadczeń (leczenie większej liczby chorych, czyli tzw. nadwykonania) **nie jest finansowane w ogóle**.

Dodatkowo, w ryczałcie są też zawarte koszty świadczeń ratujących życie, takich jak intensywna terapia i leczenie udarów mózgowych niezależnie od liczby tego typu świadczeń.

Taki sposób finansowania hamuje rozwój usług, uniemożliwia planowanie inwestycji infrastrukturalnych bądź personalnych placówek i mimo prowadzenia drakońskich oszczędności prowadzi do zadłużania się placówek.

Ryczałt nie uwzględnia wzrastających kosztów udzielania świadczeń zdrowotnych ani wzrostu płac pracowników. W efekcie wszystkich w/w zadłużenie szpitali wzrasta w tempie lawinowym. Przedstawiamy dane dotyczące finansowania 73 szpitali, zrzeszonych w Ogólnopolskim Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych.

Rok	L. łózek	Zobowiązania w tys.zł.	Wymagalne ok.	Strata ok.
2015	ok. 18050	ok. 790 000 000	305 000 000	23 000 000
2016	ok. 18050	ok. 805 000 000	362 000 000	27 000 000
2017	ok. 18300	ok. 895 000 000	326 000 000	19 000 000
2018	ok. 18300	ok. 1 018 000 000	391 000 000	118 000 000
2019 (30 06)	ok. 16600	ok. 1 070 000 000	432 000 000	105 000 000
Razem				293 000 000

Organy założycielskie szpitali, czyli samorządy terytorialne są zobowiązane do częściowego pokrycia strat ponoszonych przez szpitale i jednoznacznie zgłaszają, że tych środków mieć nie będą.

Szacunkowe straty do pokrycia przez organy założycielskie z badanych 73 szpitali w całym roku 2018 wynosiły już ponad 33 000 000 zł. W pierwszym półroczu **2019 roku** wynosiły już ponad 24 000 000 zł co przy corocznych tendencjach wydatków oznacza **stratę 45 000 000 - 50 000 000 zł**.

Od 1.01.2020 roku minimalna płaca w kraju wzrasta z 2 250 zł (liczonych wraz z pochodnymi, głównie wysługą lat) do 2 450 zł bez pochodnych. Oznacza to wzrost płac o ok. 650 zł na etat dla znacznej liczby

pracowników technicznych, obsługi i niższego personelu medycznego. W ślad za tym muszą nastąpić proporcjonalne podwyżki płac pozostałego personelu. Szacujemy, że dla 550 łóżkowego szpitala, zatrudniającego ponad 1000 pracowników, z budżetem ok. 120 000 000 zł wzrost funduszu płac będzie wynosił ok. 10 000 000 zł. Bez zwiększonego finansowania żaden szpital w Polsce nie dysponuje i nie będzie dysponował takimi środkami.

Straty finansowe szpitali powiatowych w 2020 r., które nie mają już możliwości zwiększenia cięć (bo te zostały poczynione w ostatnich latach) na pewno przekroczą miliard złotych i doprowadzą do zamykania placówek.

WNIOSEK:

PODWYŻSZENIE PŁACY MINIMALNEJ DO 2450 zł ZABIJE FINANSOWO POLSKIE SZPITALA.

Warto zauważyć, że przytoczone powyżej dane świadczą o tym, na jakich warunkach są tam zatrudnieni pracownicy. Dlatego też zauważalny przez Pracodawców jest również szybko narastający problem ze znalezieniem chętnych do pracy za tak niskie wynagrodzenia zarówno wśród personelu medycznego jak i personelu technicznego i administracyjnego.

Dokładny raport dotyczący szpitali powiatowych w Polsce zostanie przedstawiony 17 września br. podczas Konferencji organizowanej przez Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych, która odbędzie się w PKiN w Warszawie.

RZĄDZĄCY OSZUKUJĄ PROTESTUJĄCYCH DLA DOBRA PACJENTÓW LEKARZY

INFOGRAFIKA SKRÓTOWO OBRAZUJE NIE-REALIZACJĘ POROZUMIENIA Z REZYDENTAMI; POMIJA NAJWAŻNIEJSZY PUNKT, KTÓRY JEST JASNY DLA WSZYSTKICH INTERESARIUSZY OPIEKI ZDROWOTNEJ – BRAK FINANSOWANIA 6% PKB W UJĘCIU ROK DO ROKU



W ZWIĄZKU Z TYM OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY LEKARZY WRAZ Z POROZUMIENIEM REZYDENTÓW ORGANIZUJE AKCJĘ OGRANICZAJĄCĄ PRACĘ LEKARZY PONIŻEJ 48H/TYDZ.



WWW. AKCJAZDROWAPRACA.PL

Postulaty akcji protestacyjnej NIE dotyczą wynagrodzeń.

1. 6,8% PKB (w 3 lata, szacunek PKB na dany rok)
2. Rozwiązanie problemu niedoboru kadr
3. Likwidacja kolejek
4. Redukcja biurokracji.

To chyba pierwsza akcja protestacyjna w Polsce, która walczy o uratowanie *de facto* innych interesariuszy niż protestujący – pacjentów, a do siebie odnosi poprawę warunków swojej pracy i normalizację a także możliwość prowadzenia nowoczesnego procesu leczenia.


Jak bardzo ogranicza nas biurokracja niech pokaże poniższy przykład (cytat ze strony www.akcjazdrowapraca.pl):

„Aż 15 minut z 20 minutowej wizyty lekarz poświęca na obowiązkowe czynności organizacyjne takie jak szukanie, wypełnianie historii choroby, wypisywanie recept itd. (raport LekSeek 2017 Raport E-zdrowie oczami Polaków – wiedza i opinie Polaków na temat sytuacji e-zdrowia i telemedycyny w Polsce.). Bez intensyfikacji działań mogących ograniczyć nieefektywne zarządzanie personelem medycznym polscy pacjenci skazani są na wizyty u lekarzy, których głównym obowiązkiem wg kontrolujących ich urzędników jest np. numerowanie stron historii choroby, a nie badanie lekarskie...”

Pokłosiem akcji jest list Prezesa NRL przypominający o wciąż obowiązującym Apelu Naczelnej Rady Lekarskiej z 2017 roku.

Prezes NRL: apel z 2017 r. nadal aktualny

Koleżanki i Koledzy,

w związku z akcją protestacyjną przeciwko niedofinansowaniu ochrony zdrowia w Polsce, organizowaną przez OZZL, pragnę przypomnieć treść  Apelu Naczelnej Rady Lekarskiej z 27 października 2017 r.

„Naczelna Rada Lekarska, uwzględniając głosy środowiska lekarzy, którzy słusznie dostrzegają, że nadmierne obciążenie pracą wpływa negatywnie zarówno na jakość udzielanych pacjentom świadczeń zdrowotnych, jak i na możliwość regeneracji sił przez samych lekarzy, zwraca się do lekarzy o ograniczenie w najbliższym czasie gotowości do świadczenia pracy i wykonywania świadczeń zdrowotnych, również w ramach umów cywilnoprawnych, do maksymalnie 48 godzin w tygodniu.”

W obliczu braku radykalnych zmian w finansowaniu ochrony zdrowia ze środków publicznych i pogarszania się warunków pracy lekarzy, apel ten nie stracił na aktualności. Jest dla nas wiążący i zachęcam do zastosowania się do jego zapisów.

Z koleżeńskimi pozdrowieniami,

Andrzej Matyja

Prezes NRL

APEL Nr 9/17/IIV
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 27 października 2017 r.

do lekarzy

Naczelna Rada Lekarska, uwzględniając głosy środowiska lekarzy, którzy słusznie dostrzegają, że nadmierne obciążenie pracą wpływa negatywnie zarówno na jakość udzielanych pacjentom świadczeń zdrowotnych, jak i na możliwość regeneracji sił przez samych lekarzy, zwraca się do lekarzy o ograniczenie w najbliższym czasie gotowości do świadczenia pracy i wykonywania świadczeń zdrowotnych, również w ramach umów cywilnoprawnych, do maksymalnie 48 godzin w tygodniu.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz

ORGANIZACJE PACJENCKIE

A) W załączeniu prezentacje multimedialne Fundacji „ALIVIA” I „MY PACJENCI”

B) NAJWAŻNIEJSZE ASPEKTY:

- „WROGI” PACJENTOWI SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ
- BRAK DOSTĘPNOŚCI TERAPII
- PRZEDSTAWIENIE MOŻLIWYCH DO SZYBKIEJ REALIZACJI ELEMENTÓW POPRAWIAJĄCYCH KOMUNIKACJĘ ŚWIADCZENIODAWCÓW Z ŚWIADCZENIOBIORCAMI
- PRZYTOCZENIE EWENTUALNYCH DRÓG POZYSKIWANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA OCHRONĘ ZDROWIA
- NIEPOKÓJ O ZNIKAJĄCE KADRY MEDYCZNE I ZMNIJSZAJĄCĄ SIĘ LICZBĘ ŚWIADCZENIODAWCÓW