

21 lutego 2025 r.

STANOWISKO POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY MENEDŻERÓW
w odpowiedzi na toczącą się dyskusję publiczną dotyczącą sytuacji finansowej NFZ

Według raportu Instytutu Finansów Publicznych oraz Federacji Przedsiębiorców Polskich w kolejnych latach deficyt w budżecie funduszu będzie rósł i może przekroczyć nawet 250 mld zł. Niemniej jednak dyskusja nad finansami NFZ, nie powinna przystąpić dyskusji o kształcie systemu, gdyż to właśnie on będzie determinował jego potrzeby finansowe. Sama poprawa finansowa, bez reform systemowych, nie wpłynie znacząco na polepszenie sytuacji pacjentów i nie dostosuje nam go do zmieniającej się sytuacji demograficznej oraz nowych potrzeb pacjentów.

W imieniu Polskiego Towarzystwa Lekarzy Menedżerów apelujemy o **podjęcie pilnych i realnych prac nad kompleksową reformą systemu opieki zdrowotnej** definiującą wizję, cel, czas, metody i nakłady.

W ocenie PTLM obecny system jest **rozdrobniony i nieskoordynowany**, a co za tym idzie nieefektywny, niespójny i niewydolny oraz coraz bardziej wypaczony przez grupy interesów. Stopniowe zmiany doprowadziły do sytuacji, w której priorytetem stało się wykonywanie zyskowych procedur i ponoszenie jak najniższych kosztów, bez kontroli jakości, czy klinicznych kryteriów kwalifikacji. W efekcie, po zrealizowaniu celu ekonomicznego w jednym segmencie, pacjenta odsyła się poza swój rewir, by nie stanowił już odpowiedzialności danej placówki. Pacjent w takim systemie czuje się niepotrzebny, zagubiony i marginalizowany.

Sama reforma części szpitali i ważne punktowe działania nie wystarczą. Pomysł na skrócenie kolejki przez karanie za zbyt małą liczbę pacjentów pierwszorazowych też nie jest rozwiązaniem. Niezbędne jest zintegrowanie wszystkich elementów systemu – w szczególności szpitalnictwa, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej, a także opieki społecznej i zdrowia publicznego.

W ocenie PTLM podstawowe problemy systemu to:

- Niski poziom profilaktyki i edukacji zdrowotnej
- Przerzucanie kosztów w podstawowej opiece zdrowotnej na innych
- Nocna i świąteczna opieka zdrowotna oderwana od POZ
- Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – błędne koło wiecznych rekonsultacji
- Szpitalnictwo: rozchwiana konstrukcja, w której PSZ jest receptą na niedociągnięcia systemu
- Brak koordynacji opieki nad pacjentem
- Brak spójnego systemu informatycznego
- Brak odpowiedzialności rodziny i pacjentów za zdrowie oraz system ochrony zdrowia

Niski poziom profilaktyki i edukacji zdrowotnej

Edukacja zdrowotna i profilaktyka powinny stanowić podstawę systemu. Dziś ta część systemu praktycznie nie istnieje. Niedopuszczalnie niski jest poziom opieki profilaktycznej, która stanowi najskuteczniejsze narzędzie realizacji długofalowych celów zdrowotnych. Mimo że profilaktyka jest zapisana w ustawie o POZ, jej realizacja ma charakter fakultatywny i zależy od dobrej woli poszczególnych podmiotów. Biorąc pod uwagę ostatnie decyzje dotyczące edukacji zdrowotnej w szkołach, jest to przestrzeń do stworzenia od zera w Polsce.

Podstawowa opieka zdrowotna – przerzucanie kosztów

Podstawowa opieka zdrowotna, która powinna być pierwszym filarem piramidy zdrowia, nie spełnia swoich podstawowych funkcji. Obecna jej konstrukcja zachęca do bezrefleksyjnego nadużywania skierowań do AOS, szpitala lub odsyłania do nocnej opieki zdrowotnej. Sprawa jest tym bardziej szkodliwa, gdy takie skierowania są wystawiane w trybie „pilne”, bez podania kryteriów klinicznych, co tym bardziej utrudnia rozpoznanie pacjentów najpilniej potrzebujących pomocy. Brak wyłoniętego budżetu diagnostycznego w POZ i AOS, powoduje, że system karze finansowo poradnie najlepiej wykonujące swoje zadania, a nagradza te, które wypychają pacjenta do szpitali i AOS, znacznie bardziej obciążając budżet NFZ. Nie da się „odwrócić piramidy zdrowia”, bez usunięcia mechanizmów promujących przerzucanie odpowiedzialności i kosztów diagnostyki oraz leczenia na wyższe, droższe piętra tej piramidy, co destabilizuje funkcjonowanie systemu. Tak stworzony system staje się niestabilny i nieodpowiadający na wyzwania epidemiologiczne oraz społeczne, w aspekcie szybko starzejącego się społeczeństwa. Powinniśmy dążyć do zmiany formy rozliczania z POZ, która nie będzie nagradzała za wypychanie pacjenta. Pozytywnym aspektem działań POZ jest opieka koordynowana, która powinna być przykładem dla pozostałych elementów systemu.

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna oderwana od POZ

Poważnym problemem jest istnienie dwóch, zupełnie odrębnych od siebie systemów podstawowej opieki zdrowotnej: w dni powszednie, w godzinach 8:00-18:00 opiekę sprawują lekarze POZ, a w nocy i weekendy – lekarze szpitalni. To uniemożliwia kompleksową i skoordynowaną opiekę nad pacjentem. W wielu krajach rozwiniętych wykorzystuje się kilka modeli rozwiązań opieki popołudniowej i wieczornej (17:00-21:00) z obowiązkowym udziałem zespołów POZ.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna: błędne koło

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS), stała się miejscem wieloletniego „przetrzymywania” pacjenta, gdzie promuje się utrzymywanie stałego grona pacjentów i przedłużanie recept. Czy taki model funkcjonowania jest właściwy dla AOS? System, w którym na wizytę u specjalisty trzeba czekać miesiące, a czasem nawet lata, jawi się jako karykatura nowoczesnej opieki zdrowotnej. Brak tu kryteriów jakościowych i efektywności systemowej, a w efekcie zyskuje opieka prywatna, która staje się alternatywą w obliczu niedostatecznego zaspokajania potrzeb przez system publiczny – jednak coraz częściej tylko dla najbogatszych, co dodatkowo napędza zbędny wzrost kosztów. AOS powinien stać się miejscem szybkich i jednorazowych konsultacji specjalistycznych. Stały kontakt pacjenta z lekarzem to zadanie dla POZ.

Szpitalnictwo: rozchwiana konstrukcja

O stopień w piramidzie za wysoko. Szpitalnictwo, czyli najdroższa część systemu odpowiadająca za ratowanie życia, zajmuje się wszystkimi pacjentami, którzy nie znaleźli pomocy gdzie indziej niezależnie od ich potrzeb zdrowotnych. Oddziały funkcjonujące w ramach podstawowego systemu zabezpieczenia, zwłaszcza podstawowe – jak internistyczne i chirurgiczne, powinny być ściśle związane z systemem ratownictwa medycznego. Tymczasem, zamiast pozostawać w gotowości dla pacjentów potrzebujących pilnej pomocy, kierowanych z SOR, często są one przepełnione pacjentami kierowanymi na diagnostykę w celu ominięcia wielomiesięcznych kolejek w opiece ambulatoryjnej.

Wszyscy chcą robić dobrze wycenianą procedurę. Nie ma miejsca dla pacjentów z ciężkimi schorzeniami i wielochorobowością. Szpitalnictwo zostało podzielone na wysokospecjalistyczne, dobrze wycenione procedury i programy lekowe oraz PSZ, który zwłaszcza na pierwszym i drugim poziomie referencji stanowi niechciany i kosztowny dodatek. Nasz system motywuje do wykonania intratnej procedury i wypchnięcia pacjenta dalej. Obserwujemy pogoń placówek o niższej referencyjności za wykonywaniem lepiej płatnych procedur, a także systemową dziurę dotyczącą pacjenta, który nie jest idealnie profilowy dla żadnej konkretnej specjalizacji. Dodatkowym problemem jest wykorzystywanie szpitali do zapewnienia pacjentowi opieki niedostatecznie pełnionej przez system opieki społecznej, czy brak miejsc w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Nie ma modelu współpracy pionowej szpitali o różnych poziomach referencyjności, gdyż utrudniają to czynniki ekonomiczne.

Osobodni – sposób na upadek. Osobnym problemem są niedofinansowane świadczenia rozliczane w formie osobodni, takie jak psychiatria i rehabilitacja lecznicza. Zamiast skutecznie rehabilitować pacjentów w prewencji pierwotnej, system promuje leczenie operacyjne, a następnie usprawnianie pooperacyjne, które jest całościowo wielokrotnie droższe. Natomiast w lecznictwie psychiatrycznym bardziej opłaca się otwierać oddziały detoksykacyjne niż psychiatryczne dla dzieci i młodzieży.

Niezbędne jest zweryfikowanie wszystkich wycen procedur szpitalnictwa oraz stworzenie modelu współpracy pionowej między kolejnymi szczeblami referencyjności szpitali.

Brak koordynacji opieki nad pacjentem

Największą frustrację pacjentów wywołuje nie jakość leczenia — gdy już trafią do odpowiedniego ośrodka — ale skomplikowana i czasochłonna droga, którą muszą samotnie pokonać, by do niego dotrzeć. Problemem jest brak koordynacji pionowej, czyli kompleksowego prowadzenia pacjenta na wszystkich etapach leczenia. Powoduje to powstawanie wąskich gardeł w przepływie pacjentów, zwłaszcza na styku: POZ – PSZ i POZ – AOS, oraz oddziałów szpitali powiatowych lub miejskich z placówkami wysokospecjalistycznymi i klinicznymi. Podobnie jak rozwiązaniem problemu przepływu pacjentów pomiędzy POZ a AOS jest opieka koordynowana, tak obecnie brakuje regulacji umożliwiających taką koordynację między POZ a PSZ. Konieczna jest również integracja opieki długoterminowej, aby odciążyć szpitale w przyjmowaniu nagłych przypadków oraz ścisła współpraca opieki środowiskowej z POZ w ramach spójnego systemu.

W międzynarodowym środowisku zdrowia publicznego cele operacyjne definiuje się poprzez mierzalne wskaźniki, takie jak:

- przyrost liczby lat życia w zdrowiu,
- odsetek populacji objętej profilaktyką (np. badania przesiewowe),
- wskaźnik objęcia opieką grup wysokiego ryzyka,
- proporcja wcześniej wykrytych nowotworów do przypadków zaawansowanych.

Tak precyzyjne określanie celów zarządczych, oparte na twardych danych, nie tylko zwiększa efektywność systemu, ale też buduje zaufanie społeczne do instytucji ochrony zdrowia.

Brak spójnego systemu informatycznego

Polski system to wiele nie widzących się lub słabo działających rozwiązań informatycznych. Klamrą skoordynowanego systemu powinien być jeden skoordynowany system informatyczny, w którym znajdują się wszystkie dane, wyniki badań i leki pacjenta, który ułatwi zapisanie się na wizytę i badania oraz zwróci uwagę pacjentowi i lekarzowi na możliwe zagrożenia.

Brak odpowiedzialności rodziny i pacjentów

Ostatnim elementem destabilizującym system ochrony zdrowia jest brak odpowiedzialności pacjentów za racjonalne korzystanie z systemu. To sami pacjenci bardzo często dublują wizyty u lekarzy rodzinnych celem wypisywania kolejnych recept, zamiast je kumulować, wymuszają kierowanie do lekarzy specjalistów i szpitali. W efekcie kolejki do AOS pełne są pacjentów oczekujących wyłącznie na przepisanie recept, a szpitale stają się często darmową alternatywą dla opieki długoterminowej, w której współpłacącym jest pacjent i jego rodzina.

Apel PTLM

Tylko spojrzenie z góry na cały system i pacjenta w jego centrum pozwoli na jego uzdrowienie. Wymaga to jednak szczerzej i otwartej dyskusji oraz wyjścia poszczególnych środowisk ze swoich stref komfortu i takie zbudowanie systemu, w którym świadczenia nagłe, zabezpieczające i ratujące życie będą w centrum, a wynik zdrowotny, nieekonomiczny będzie celem. System wymaga **fundamentalnej reformy i strategicznego podejścia oraz współpracy**. Kluczem do naprawy systemu ochrony zdrowia jest **całościowe spojrzenie** uwzględniające wszystkie jego struktury, z pacjentem jako centrum działań. Niezbędne jest jednak podjęcie odważnego, opartego na faktach **dialogu między wszystkimi środowiskami**, które muszą wyjść poza dotychczasowe przywileje i partykularne interesy. Nowy model powinien priorytetowo traktować świadczenia ratujące życie i zdrowie, a za nadrzędny cel uznać poprawę wyników klinicznych, nie zaś krótkowzroczne kryteria ekonomiczne. Kluczowymi elementami reformy powinny być:

1. Zbudowanie systemu profilaktyki zdrowotnej, opartego o rzetelną edukację zdrowotną
2. Koordynacja wszystkich pięter systemu, w tym lecznictwa szpitalnego z poszpitalną opieką w AOS, aby unikać powtarzalnych hospitalizacji
3. Zmiana wyceny świadczeń w POZ tak, aby promowały diagnostykę i leczenie, zamiast kierowanie do kolejnych poziomów systemu

4. Urealnienie wycen świadczeń w szpitalnictwie tak, aby nie promować jedynie niektórych zabiegów
5. Urealnienie wyceny świadczeń nad pacjentem starszym, z wielochorobowością
6. Stworzenie spójnego systemu informatycznego
7. Właściwa alokacja zasobów, oparta o dane demograficzne i epidemiologiczne
8. Wprowadzenie mechanizmów nagradzania efektywności systemowej i jakość leczenia
9. Wprowadzenie mechanizmów kontroli zasobów przeznaczonych na profilaktykę i diagnostykę
10. Wprowadzenie mechanizmów aktywności oraz odpowiedzialności pacjenta i rodziny
11. Zrównoważenie wyceny wszystkich świadczeń tak, aby o alokacji świadczeń decydowało przede wszystkim zapotrzebowanie zdrowotne, a nie intratność procedury

Apelujemy o pilne działanie napędzane wyzwaniem cywilizacyjnymi, a nie cyklem wyborczym. Demografia, postęp medycyny oraz zmiany ekonomiczne to czynniki, które nie mogą czekać na polityczne koniunktury. Personel medyczny, mimo rosnących kompetencji w zakresie zarządzania, wciąż działa w sztywnych ramach narzuconych przez państwo. Te ramy muszą ewoluować, by umożliwić wykorzystanie potencjału kadr i innowacyjnych rozwiązań.

Jako PTLM zgłaszamy swoją gotowość do współpracy w reformowaniu i budowie opieki zdrowotnej opartej o efektywność.

ZARZĄD i RADA NACZELNA
Polskiego Towarzystwa Lekarzy Menedżerów

Marcin Karolewski
Wojciech Rożdżeński
Katarzyna Kamińska
Anna Gołębicka
Artur Prusaczyk