

NARODOWY PROGRAM NAPRAWY OCHRONY ZDROWIA „EFEKTYWNY SYSTEM 2025–2030”

gru 5, 2025

Dokument Strategiczny

Wersja: 2.0 (Rozszerzona)

Cel: Trwała sanacja finansowa i organizacyjna Narodowego Funduszu Zdrowia oraz podmiotów leczniczych poprzez głęboką reformę strukturalną.

WSTĘP: FILOZOFIA ZMIANY I DIAGNOZA STANU ZAPAŚCI

Dotychczasowe próby reformowania polskiej ochrony zdrowia (zarówno w latach 1999, jak i późniejszych korektach) opierały się na błędnym, lecz politycznie wygodnym założeniu, że głównym problemem systemu jest niedofinansowanie, a „dosypanie pieniędzy” rozwiąże problemy strukturalne. Analiza danych z lat 2014–2025 brutalnie weryfikuje tę tezę: mimo nominalnego wzrostu nakładów na zdrowie o ponad 100% w ciągu dekady, zadłużenie szpitali wzrosło dwukrotnie, a dostępność do świadczeń (mierzona czasem oczekiwania) nie uległa systemowej poprawie.

Obecny model funkcjonuje na zasadzie „dziurawego wiadra” – bez uszczelnienia systemu, każde dodatkowe środki są natychmiast konsumowane przez rosnące koszty obsługi długu, inflację medyczną oraz nieefektywne, dublujące się procedury w atomizowanym systemie szpitalnictwa powiatowego.

Niniejszy program odrzuca populizm na rzecz technokracji i przyjmuje ścisłą hierarchię działań naprawczych: **Organizacja -> Technologia -> Kadry -> Prawo -> Finanse**. Dopiero po naprawieniu pierwszych czterech obszarów, zwiększenie finansowania przyniesie efekt zdrowotny dla pacjenta, a nie tylko efekt płacowy dla personelu.

FILAR I: RESTRUKTURYZACJA (ZARZĄDZANIE I ADMINISTRACJA)

Celem nadrzędnym jest likwidacja zjawiska „Polski resortowej” i „udzielnych księstw” w szpitalnictwie powiatowym na rzecz skoordynowanej, racjonalnej opieki regionalnej, opartej na twardych danych demograficznych.

1. Konsolidacja Właścicielska i Utworzenie Regionalnych Grup Szpitalnych (RGS)

Obecny model, w którym na terenie jednego miasta właścicielem szpitali może być starosta (szpital powiatowy), marszałek (wojewódzki), uczelnia medyczna (klinikum), a do tego dochodzą placówki resortowe (MSWiA, MON), generuje chaos, niezdrową konkurencję o kadry i dublowanie drogich oddziałów w promieniu kilku kilometrów. Prowadzi to do kanibalizacji zasobów.

- **Działanie Systemowe:** Przeniesienie nadzoru właścicielskiego nad szpitalami powiatowymi ze szczebla powiatu na szczebel wyższy (Województwo) lub utworzenie państwowych holdingów.
- **Cel operacyjny:** Powstanie w każdym województwie **Regionalnej Grupy Szpitalnej (RGS)**. RGS nie jest luźnym związkiem, lecz podmiotem o strukturze holdingowej, zarządzającym zasobami regionu jako całością.
- **Efekty i Mechanizmy:**

- **Konsolidacja Zakupów:** RGS dokonuje centralnych zakupów leków, energii i sprzętu dla wszystkich szpitali w regionie, uzyskując potężny efekt skali i obniżając koszty jednostkowe nawet o 20-30%.
- **Płynność Kadr:** Lekarz i pielęgniarka są zatrudnieni w RGS, a nie w konkretnym budynku. Pozwala to na elastyczne przesuwanie personelu tam, gdzie jest nagła potrzeba (np. epidemia, wypadek masowy), bez biurokracji i dodatkowych umów.
- **Wspólna Księgowość i IT:** Likwidacja dublujących się działów administracyjnych w każdym małym szpitalu na rzecz Centrów Usług Wspólnych.

2. Profilowanie Szpitali (Koniec z fikcją „szpitala wielospecjalistycznego w każdym powiecie”)

Utrzymywanie pełnoprofilowych szpitali w powiatach o malejącej populacji jest niebezpieczne dla pacjentów (lekarz wykonujący mało zabiegów traci wprawę) i rujnujące finansowo. W oparciu o Mapy Potrzeb Zdrowotnych (które stają się dokumentem wiążącym prawnie), szpitale zostaną podzielone na trzy ścisłe kategorie:

- **Poziom A (Centra Opieki Diennej i Diagnostyki - tzw. Szpitale Blisko Domu):**
 - Są to dawne szpitale powiatowe, które nie mają kadry do pełnienia ostrych dyżurów 24/7.
 - **Transformacja:** Przekształcenie w nowoczesne centra diagnostyki obrazowej, chirurgii jednego dnia (proste zabiegi planowe: zaćma, artroskopia, przepuklina) oraz rozbudowane Zakłady Opiekuńczo-Lecnicze (ZOL) dla seniorów.
 - **Korzyść:** Pacjent ma blisko do rehabilitacji i diagnostyki, ale nie jest tam operowany w stanie zagrożenia życia, co zwiększa jego bezpieczeństwo.
- **Poziom B (Szpitale Rejonowe - Centra Ostrego Przyjęcia):**
 - Placówki zapewniające pełną „ostrą” medycynę: sprawny SOR z lądowiskiem, Interna, Chirurgia Ogólna, Ortopedia, Neurologia Udarowa, Położnictwo.
 - **Zagęszczenie:** Jeden taki szpital przypada na 3-4 powiaty (populacja ok. 150-200 tys. mieszkańców), co gwarantuje odpowiedni wolumen zabiegów i doświadczenie kadry.
- **Poziom C (Centra Specjalistyczne i Uniwersyteckie):**
 - Szpitale kliniczne i wojewódzkie dedykowane wyłącznie najtrudniejszym, wysokospecjalistycznym procedurom (kardiochirurgia, neurochirurgia, onkologia wielonarządowa). Nie powinny zajmować się prostymi przypadkami, które blokują miejsca.

3. Profesjonalizacja Kadry Zarządczej

- **Wprowadzenie Licencji Menedżera Ochrony Zdrowia:** Zarządzanie szpitalem to nie administrowanie urzędem. Dyrektorem szpitala w sieci publicznej może zostać tylko osoba z państwową licencją (wymagany trudny egzamin państwowy + udokumentowane portfolio sukcesów w restrukturyzacji).
- **Odpolitycznienie:** Kadencja dyrektora trwa 5 lat i jest całkowicie rozłączna z kadencją samorządu terytorialnego.
- **Mechanizm bezpiecznika:** Odwołanie dyrektora jest możliwe *wyłącznie* w przypadku złamania dyscypliny finansowej (potwierdzonego przez RIO) lub rażących błędów wskaźnikowych (wzrost śmiertelności szpitalnej), a nie na podstawie decyzji politycznej nowego starosty czy marszałka.

FILAR II: ASPEKT TECHNICZNY (CYFRYZACJA I ZARZĄDZANIE DANYMI)

Technologia w tym programie nie jest gadżetem, lecz narzędziem uszczelniania systemu i bezwzględnego zarządzania popytem.

1. Centralny System Zarządzania Slotami (e-Kolejka)

Obecny system kolejek jest fikcją, w której pacjenci zapisują się „na zapas” do wielu placówek, blokując miejsca. Wdrażamy system analogiczny do globalnych systemów rezerwacji linii lotniczych (GDS).

- **Mechanizm działania:** Pacjent otrzymujący e-skierowanie nie dzwoni po przychodniach. Loguje się do IKP (lub robi to za niego rejestrator), a system centralny automatycznie proponuje 3 terminy w najbliższej okolicy, uwzględniając pilność przypadku.
- **Likwidacja „sztucznego tłoku”:** Zapisanie się na wizytę w jednym miejscu automatycznie i natychmiastowo blokuje możliwość zapisu do innego lekarza tej samej specjalizacji na podstawie tego samego e-skierowania w całym kraju.
- **SMS/Push Reminder & Confirmation:** System wysyła automatyczne prośby o potwierdzenie wizyty. Brak potwierdzenia (kliknięcia w link) na 24h przed terminem powoduje automatyczne anulowanie wizyty i uwolnienie slotu dla pacjenta z listy rezerwowej.

2. Algorytmy AI i Big Data w kontroli NFZ

Przejście od kontroli „papierowej” (sprawdzanie dokumentacji po fakcie) do kontroli prewencyjnej i analitycznej w czasie rzeczywistym.

- **Wykrywanie fraudów (nadużyć):** Algorytmy wyłapują anomalie, np. „upcoding” (celowe wykazywanie droższych procedur niż wykonane), pacjentów wykazanych w dwóch placówkach jednocześnie, czy nierealistyczną liczbę świadczeń wykonaną przez jednego lekarza w ciągu doby.
- **Analiza ścieżki pacjenta (Process Mining):** Identyfikacja „wąskich gardeł”. Jeśli system wykryje, że w danym regionie czas od wystawienia karty DİLO (onkologicznej) do konsylium przekracza 14 dni, automatycznie wszczyna procedurę wyjaśniającą w RGS, zanim pacjent złoży skargę.

3. Telemedycyna jako triaż (selekcja) i odciążenie SOR

- **Obowiązkowa teleporada wstępna:** Dla wybranych ścieżek (przedłużenie recepty, lekkie infekcje sezonowe, zwolnienia L4 przy krótkich infekcjach) system wymusza najpierw kontakt zdalny. Fizyczna wizyta jest dostępna, jeśli lekarz podczas teleporady uzna ją za konieczną.
- **Platforma Państwowa:** Stworzenie jednolitej, państwowej platformy telemedycznej zintegrowanej z IKP, dostępnej 24/7, która działa jak „wirtualna przychodnia” odciążająca nocną pomoc lekarską i SOR-y.

FILAR III: ASPEKT SPECJALISTÓW (KADRY I KOMPETENCJE)

Problem braku lekarzy jest często problemem ich złej alokacji i wykonywania przez nich czynności biurokratycznych. Rozwiązaniem jest maksymalizacja efektywności obecnych zasobów.

1. Uwolnienie zasobów (Task Shifting - Przesunięcie Kompetencji)

Zasada nadrzędna: „Lekarz leczy, asystent administruje, pielęgniarka opiekuje się i edukuje”.

- **Asystent Medyczny / Sekretarka Medyczna:** Wdrożenie standardu akredytacyjnego: 1 asystent na 2 lekarzy (FTE) w poradniach i szpitalach.
- *Rola:* Asystent wprowadza dane do systemu, wystawia e-zwolnienia, e-recepty na kontynuację, umawia badania diagnostyczne, pisze epikryzy pod dyktando.
- *Uzasadnienie:* Godzina pracy asystenta jest 5-krotnie tańsza niż godzina pracy specjalisty. Uwolnienie lekarza od biurokracji zwiększa jego przepustowość o 30-40%.
- **Rozszerzenie kompetencji Pielęgniarek i Ratowników:** Nadanie pełnych uprawnień do samodzielnego prowadzenia pacjentów z chorobami przewlekłymi o stabilnym przebiegu (nadciśnienie, cukrzyca, astma) w POZ, włącznie z modyfikacją dawek leków w ramach ustalonych protokołów.

2. Regionalizacja Rezydentur i Planowanie Kadr

Koniec z losowym przydzielaniem miejsc specjalizacyjnych.

- **Sterowanie centralne:** Miejsca rezydenckie (szkoleniowe) nie będą przydzielane tam, gdzie „chcą profesorowie” (w dużych ośrodkach akademickich), ale tam, gdzie brakuje lekarzy wg Map Potrzeb Zdrowotnych.
- **Bon Patriotyczny:** Wprowadzenie systemu stypendialnego. Rezydent otrzymuje wysoki dodatek do pensji (finansowany z budżetu państwa) w zamian za podpisanie „lojalki” zobowiązującej do pracy w szpitalu powiatowym (poziom B) przez 5 lat po zakończeniu specjalizacji. Niewywiązanie się z umowy skutkuje koniecznością zwrotu środków z odsetkami.

3. System No-Fault (Kultura Bezpieczeństwa zamiast Kultury Strachu)

- **Zmiana paradygmatu:** Wprowadzenie rzeczywistego systemu *No-Fault* (nieorzekania o winie w sprawach karnych). Lekarz, który dobrowolnie zgłosi swój błąd nieumyślny do rejestru zdarzeń niepożądanych, nie podlega odpowiedzialności karnej.
- **Cel:** Odejście od „medycyny asekuracyjnej” (zlecenia setek niepotrzebnych badań TK/MRI „na wszelki wypadek, dla prokuratora”), która kosztuje NFZ miliardy złotych rocznie i zatyka kolejki. System ma uczyć się na błędach, analizując przyczyny systemowe, a nie szukać kozła ofiarnego.

FILAR IV: ASPEKT PRAWNY (LEGISLACJA)

Wymienione wyżej zmiany są niemożliwe bez „opcji atomowej” w prawie. Niezbędne jest uchwalenie pakietu ustaw „Konstytucja dla Zdrowia 2.0”.

1. Specustawa o Restrukturyzacji Podmiotów Leczniczych

- **Cel:** Przełamanie oporu lokalnych samorządów przed racjonalizacją sieci szpitali.
- **Nowe uprawnienia:** Nadanie Ministrowi Zdrowia (lub Wojewodzie jako organowi nadzoru) uprawnień do odgórnego łączenia, likwidacji lub zmiany profilu oddziałów szpitalnych **niezależnie od woli samorządu lokalnego**.
- *Kryterium:* Decyzja jest obligatoryjna, jeśli wskaźniki obłożenia łóżek w oddziale są poniżej 60% przez 2 lata z rzędu lub liczba zabiegów jest niższa niż minimum bezpieczeństwa określone przez konsultanta krajowego.

- **Transakcja wiązana:** Przejęcie gigantycznych długów szpitali powiatowych przez Skarb Państwa jest możliwe *wyłącznie* w zamian za zrzeczenie się praw właścicielskich przez samorząd na rzecz holdingu regionalnego (RGS).

2. Nowelizacja Ustawy o Świadczeniach Opieki Zdrowotnej

- **Weryfikacja Koszyka Świadczeń:** Wprowadzenie prawnego mechanizmu „sunset clause” (klausuli wygaszania) dla procedur medycznych. AOTMiT (Agencja Oceny Technologii Medycznych) zyskuje uprawnienie do automatycznego wykreślenia z koszyka procedur uznanych za przestarzałe lub nieskuteczne. Obecnie system marnuje środki na terapię, których świat już nie stosuje.
- **Opłata za niestawienie się (No-show fee):** Przełamanie tabu politycznego. Wprowadzenie ustawowej opłaty administracyjnej (zryczałtowanej, np. 50 zł), pobieranej od pacjenta, który nie odwołał wizyty u specjalisty na min. 12h przed terminem i na nią nie przyszedł.
- *Interpretacja prawna:* Nie jest to opłata za leczenie (co byłoby sprzeczne z Konstytucją), ale opłata sankcyjna za blokowanie dostępu do systemu innym obywatelom.

3. Ustawa o Jakości i Bezpieczeństwie Pacjenta

- **Płatność za wynik (P4P - Pay for Performance):** Powiązanie wysokości kontraktu z NFZ z wynikami leczenia (np. odsetek reoperacji, śmiertelność okołoperacyjna, liczba powikłań). Szpital „bezpieczny” otrzymuje wyższą stawkę za punkt. Szpital „niebezpieczny” traci kontrakt, nawet jeśli jest jedynym w powiecie.
- **Obowiązkowe rejestry:** Szpital, który nie raportuje rzetelnie zdarzeń niepożądanych i wyników leczenia do centralnych rejestrów, traci prawo do kontraktu z NFZ.

FILAR V: ASPEKT FINANSOWY (OSTATNI KROK - ZASILENIE SYSTEMU)

Dopiero po uszczelnieniu „dziurawego wiadra” (wdrożeniu Filarów I-IV) następuje zmiana strumienia pieniędzy.

1. Rewolucja w modelu płacenia: Od „Fee for Service” do „Bundled Payments”

Obecny system (płacenie za usługę) zachęca szpitale do mnożenia procedur i hospitalizacji.

- **Nowy Model:** NFZ płaci **Ryczałt za Proces Leczenia (Bundle)**.
- **Przykład:** Szpital wygrywa konkurs na „wyleczenie endoprotezy biodra”. Dostaje ryczałt 25 tys. zł. W tej cenie musi zmieścić: kwalifikację, badania, operację, implant, pobyt i 6 tygodni rehabilitacji.
- *Bodziec:* Jeśli szpital źle zoperuje i pacjent wróci z zakażeniem – szpital leczy go dalej na własny koszt (w ramach otrzymanego już ryczałtu). Opłaca się więc leczyć dobrze i skutecznie za pierwszym razem.

2. Fundusz Celowy „Podatek od Cukru i Tytoniu”

Pełna, ustawowa gwarancja (tzw. znaczenie środków), że 100% wpływów z akcyzy na alkohol, wyroby tytoniowe oraz opłaty cukrowej („podatek od małych”) trafia bezpośrednio na wyodrębnione konto NFZ, z pominięciem budżetu centralnego. Środki te są dedykowane *wyłącznie* na leczenie chorób cywilizacyjnych (onkologia, kardiologia, cukrzyca), które te używki powodują.

3. Oddłużenie Warunkowe

Program oddłużeniowy (wykup obligacji szpitalnych przez Bank Gospodarstwa Krajowego) dostępny **tylko i wyłącznie** dla placówek, które:

1. Weszły do struktury Regionalnej Grupy Szpitalnej.
 2. Zrealizowały plan restrukturyzacji (np. zamknęły dublujące się oddziały).
- **Zasada żelazna:** „Ani złotówki na bezwarunkową spłatę długów”. Oddłużenie jest nagrodą za bolesną reformę, a nie prezentem.

4. Nowy mechanizm kształtowania płac

Odejście od politycznego ustalania pensji minimalnych w ochronie zdrowia ustawą, bez pokrycia w planie finansowym NFZ.

- **Mechanizm:** Płace są negocjowane w ramach Układów Zbiorowych Pracy na poziomie RGS, z uwzględnieniem kondycji finansowej holdingu.
- **Motywacja:** Wprowadzenie komponentu premiowego – personel medyczny partycypuje w zysku wypracowanym przez RGS dzięki efektywności.

PODSUMOWANIE HARMONOGRAMU (ROADMAP)

1. **Rok 1 (2025 - Rok Legislacji i Audytu):** Przeprowadzenie pełnego audytu zadłużenia, uchwalenie pakietu ustaw „Konstytucja 2.0”, powołanie zarządów Regionalnych Grup Szpitalnych. Wdrożenie e-kolejki w pilotażu.
2. **Rok 2 (2026 - Rok Konsolidacji):** Fizyczne łączenie szpitali w holdingi, zmiana profili (przekształcanie szpitali A w ZOL-e), masowe szkolenia i wdrożenie asystentów medycznych.
3. **Rok 3 (2027 - Rok Nowych Płatności):** Wdrożenie płatności za wynik (Bundled Payments), pełna teleinformatyzacja, uruchomienie systemu No-Fault.
4. **Lata 4-5 (2028-2030 - Stabilizacja i Wzrost):** Warunkowe oddłużenie zrestrukturyzowanych podmiotów, osiągnięcie realnego wskaźnika 7% PKB na zdrowie w uszczelnionym systemie, widoczne skrócenie kolejek dzięki efektom skali i lepszej organizacji.