



fol. Biuro RPO

Mediator

Rozmowa z Januszem Kochanowskim, rzecznikiem praw obywatelskich

„ Nie chcę prezentować się jako osoba mądrzejsza od prof. Religi. Jako całkowicie apolityczny urzędnik mam prawo mówić rzeczy niepopularne, których minister, członek rządu, nie może wyartykułować bez obaw o konsekwencje polityczne ”

z prawa głosu, praktyki dotychczas niestosowanej, i wygłosiłem swoje *credo*. Jednym z jego założeń jest to, że rzecznik praw obywatelskich będzie występował nie tylko w sprawach indywidualnych skarg obywateli, ale będzie proponował rozwiązania systemowe w dziedzinach, w których dostrzeże nieprawidłowości. Jedną z takich dziedzin jest służba zdrowia. O mojej aktywności w tej materii świadczy liczba wystąpień generalnych, kierowanych do ministra zdrowia oraz wystąpienia parlamentarne. W czerwcu zeszłego roku wystąpiłem w Sejmie po ministrze zdrowia, który prezentował program reform. Mój głos był aktem poparcia koncepcji przedstawionej przez Zbigniewa Religę. Jednak zaraz doszedłem do wniosku, że niezależnie od tego, czy uda mu się zrealizować zapowiadany pakiet reform, kryzys służby zdrowia jest tak głęboki, iż sprawa przeprowadzania zmian będzie do nas wracać. Tak też się stało.

Dlaczego?

Bo w służbie zdrowia musimy zrobić rewolucję. Oczywiście, rewolucja taka powinna przebiegać stopniowo. Dlatego sformułowany został 10-punktowy memoriał, w którym zawarłem założenia reformy. Obecnie program ten jest rozwijany przez zespół kierowany przez panią prof. Ewelinę Nojszewską ze Szkoły Głównej Handlowej.

Program pańskiego zespołu będzie konkurencyjny do programu reform Zbigniewa Religi...

Upieram się jednak, że mogę to robić, ponieważ jestem obywatelem naszego państwa, zarazem urzędnikiem państwowym, który ma prawo do wyrażania własnego zdania. Pragnę także podkreślić, że pan Religa nie odbiera personalnie naszych działań. Zdarzyła się natomiast wypowiedź jednego z podsekretarzy stanu Ministerstwa Zdrowia, który stwierdził, że rzecznik praw obywatelskich wchodzi na nie swoją działkę. Natomiast marszałek Sejmu zapytał mnie, czy tworzenie założeń programu reform należy do moich kompetencji? Ludwik Dorn zapytał mnie także o środki wydatkowane na takie cele, a następnie – choć nie widzę tu związku przyczynowo-skutkowego – pojawiła się w urzędzie RPO kontrola Najwyższej Izby Kontroli.

Przypuszczam, że pańskie działania są na rękę Zbigniewowi Relidze, który funkcjonuje w określonym otoczeniu politycznym i nie dla wszystkich swoich koncepcji znajduje poparcie.

Trafił pan w sedno, bo zawsze podkreślałem, że nie chcę prezentować się jako osoba mądrzejsza od prof. Religi. Jako całkowicie apolityczny urzędnik mam

Niedawno przedstawił pan założenia reformy systemu ochrony zdrowia. Dlaczego w Polsce reformowaniem zajmuje się *ombudsman*?

Tak zadane pytanie wprawia mnie w zakłopotanie, bo coraz więcej osób jest zaniepokojonych moją aktywnością w tej dziedzinie. Jednak pragnę podkreślić, że mam określoną koncepcję sprawowania swojej funkcji. Podczas przysięgi składanej przed Sejmem skorzystałem

prawo mówić rzeczy niepopularne, których minister, członek rządu, nie może wyartykułować bez obaw o konsekwencje polityczne.

Czego zatem nie mogą powiedzieć politycy?

Przede wszystkim tego, że pacjent jest współodpowiedzialny za swoje zdrowie oraz iż konieczne jest wprowadzenie współpłacenia.

Jednak sławny 68. artykuł Konstytucji mówi o powszechnym, darmowym dostępie do służby zdrowia...

Nie ma w nim mowy o darmowym, ale równym i sprawiedliwym dostępie. Darmowa powszechność dostępu do ochrony zdrowia jest sprzeczna ze zdrowym rozsądkiem i możliwościami finansowymi państwa. Proszę zauważyć, że ostatnio w Czechach wprowadzono częściową odpłatność, a w wielu innych krajach Unii Europejskiej współpłacenie jest na porządku dziennym. W państwach tych w prawie do ochrony zdrowia nie mieści się usługa hotelowa oraz żywieniowa.

W programie przygotowanym przez urząd RPO mowa jest o konieczności przełamania monopolu NFZ. W jaki sposób doszłicie do wniosku, że monopolistyczna pozycja Funduszu jest hamulcem reformy systemu ochrony zdrowia?

Co jest jego *clou*?

Na pewno powstający koszyk świadczeń gwarantowanych, który jest podstawą do określenia procedur finansowanych przez państwo. Fundamentem reformy powinien też być trzyfilarowy system opłacania świadczeń – ze składki zdrowotnej, dodatkowych ubezpieczeń oraz współpłacności.

Ależ żadna partia nie zgodzi się na to!

Zapewne niedługo będziemy mieli wybory i niezależnie od tego, kto utworzy nową koalicję, najlepszym momentem na wprowadzenie zmian, o których mówię, jest okres zaraz po ukonstytuowaniu się nowego rządu. Dlatego projekty zmian w ochronie zdrowia oraz innych obszarach życia społecznego zaprezentuję nowemu rządowi jak szybko się da.

Ma pan także koncepcję okrągłego stołu zdrowotnego...

W istotę funkcji Rzecznika Praw Obywatelskich wpisany jest mediacyjny charakter urzędu, o ile takiego mediatora chcą wszystkie strony sporu. Nie mogę stać się rzecznikiem tylko jednej grupy. Dlatego powstał pomysł okrągłego stołu. Można by przy nim rozstrzygnąć wreszcie problem ukrytej prywatyzacji, która najbardziej oburza, bo jest nienormalną sytuacją, w której ordynatorzy traktują

„ Konstytucja nie mówi o darmowym, ale równym i sprawiedliwym dostępie. Darmowa powszechność dostępu do ochrony zdrowia jest sprzeczna ze zdrowym rozsądkiem i możliwościami finansowymi państwa ”

Spotkałem się z zarzutem, że stwierdzając takie rzeczy, nie mówię nic nowego. Oczywiście, wielu ekspertów i ministrów już o tym mówiło. Jednak rozbicie monopolu NFZ jest elementem założeń reformy, która musi być spójna i logiczna.

Na razie jednak reforma została zahamowana, trwają strajki lekarzy i kryzys się pogłębia...

Powiem coś niepopularnego: kryzys może działać ozdrowieńczo. Podobnie bardzo odpowiadają mi strajki lekarzy. Dlaczego? Bo upublicznienie tych zjawisk pozwala na organizowanie debat i społecznych dyskusji. Dlatego np. trzecią już debatę zapowiedziałem na 19 września. Przy jej okazji chcę *upiec własną pieczęć* – czyli skierować zainteresowanie opinii publicznej na nasz program reform.

oddziały jak własne szpitale, czerpiąc z tego niebagatelne dochody, a ryzyko i koszty przerzucając na placówkę. Równie istotne jest włączenie do systemu ubezpieczeń rolników, którzy dotychczas traktowani są na specjalnych prawach.

Jak wygląda kalendarz prezentacji pańskiego programu?

Jak wspomniałem, 19 września ma odbyć się trzecia debata, a potem – na koniec grudnia, zespół przygotowuje ostateczny kształt dokumentu, czyli plan reformy systemu ochrony zdrowia. Nie będziemy zabierali głosu w czasie kampanii wyborczej. Jeśli jednak będzie trwał strajk, to spotkanie może nie dojść do skutku. Dlaczego? Bo mam wrażenie, że motorem strajku jest próba wydarcia określonych pieniędzy

” W Sejmie wystąpiłem po ministrze zdrowia, który prezentował program reform. Mój głos był aktem poparcia koncepcji przedstawionej przez Zbigniewa Religę. Jednak zaraz doszedłem do wniosku, że niezależnie od tego, czy uda mu się zrealizować zapowiedziany pakiet reform, kryzys służby zdrowia jest tak głęboki, iż sprawa przeprowadzania zmian będzie do nas wracać ”



lot. Agencja Gazeta

dzy dla jednej grupy zawodowej. Tymczasem powinniśmy rozmawiać o zmianach systemowych, a uczestnikami tej debaty muszą być też lekarze i my, czyli pacjenci.

Jaki będzie scenariusz rozwoju sytuacji w ochronie zdrowia w najbliższych miesiącach?

Przyznam, że w ogóle mnie to nie zajmuje. Wypełniając obowiązek obywatelski, przygotowaliśmy program reform. Przedstawimy go w najbardziej dogodnym momencie, tak aby presja wywarta na decydentów doprowadziła do jego realizacji.

Rozmawiał Janusz Michalak

Reforma wg RPO

Tezy Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczące zmian systemowych w organizacji i finansowaniu ochrony zdrowia.

1. Wprowadzenie konkurencji pomiędzy płatnikami w obszarze usług medycznych dostępnych w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych i dodatkowych.
2. Wprowadzenie ubezpieczeń dodatkowych, które powinny gwarantować dostęp do szerszego zakresu świadczeń, a nie omijania kolejki, wyższego standardu pobytowego, wyboru lekarza itp.
3. W stosunku do ściśle określonej grupy osób, takich jak chorzy psychicznie, dzieci i młodzież do 18. roku życia oraz osoby niedołążne, o ile nie podlegają ubezpieczeniu z innych tytułów, obowiązek objęcia ubezpieczeniem i odprowadzenia składki musi obciążać z urzędu gminę.
4. Wprowadzenie częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w szpitalach, wg zasad stosowanych w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, w celu zapewnienia pacjentom należytych standardów utrzymania.
5. Wprowadzenie zasady pełnego refundowania jedynie procedur skutecznych klinicznie i efektywnych kosztowo, zawartych w koszyku świadczeń gwarantowanych. Pozostałe procedury powinny być refundowane do poziomu kosztu procedury najbardziej skutecznej klinicznie i efektywnej kosztowo.
6. Wprowadzenie standardów wykonywania procedur medycznych i ustalenie poziomu referencyjnego szpitali w zależności od ich spełnienia. Sieć szpitali powinna być wyznaczona odpowiednio do jakości wykonywanych usług, a nie wg klucza akademickiego. Podniesieniu jakości świadczonych usług służyć będzie m.in. wprowadzenie obowiązku powtarzania co 5 lat egzaminu specjalizacyjnego przez lekarzy wykonujących zawód.
7. Wprowadzenie zasady współodpowiedzialności pacjenta za swoje zdrowie i ograniczenie w ten sposób roszczeniowej postawy niektórych pacjentów w zamian za realny dostęp do świadczeń medycznych.
8. Partycypacja obywateli w systemie ochrony zdrowia winna być obowiązkowa i zgodna z zasadą *każdy stosownie do możliwości bez względu na zakres potrzeb zdrowotnych*.
9. Każdy obywatel winien ponosić ryzyko związane z ewentualnym nieprzystąpieniem do systemu, przez co podkreśla się suwerenność podejmowanych decyzji i konieczność ponoszenia ich konsekwencji.
10. Wprowadzanie nowych zasad w systemie ubezpieczeniowym powinno nastąpić etapowo. Nowy system powinien być zaproponowany obywatelom, którzy jeszcze są na tyle młodzi, że rzadko korzystają z usług medycznych, np. do 45. roku życia. Pozostali pacjenci winni mieć gwarancje finansowania świadczeń medycznych na dotychczasowych zasadach.

Janusz Kochanowski



Janusz Kochanowski dla *Menedżera Zdrowia*

O reformie systemu zdrowia

Działania reformatorskie pana prof. Zbigniewa Religi obserwuję z życzliwą uwagą i poparciem. Muszę jednakże powiedzieć, iż podejmowane działania reformatorskie zmierzają raczej w kierunku uporządkowania, a nie zmiany obecnego systemu, zaś wyniki tych działań nie przynoszą – jak dotąd – wymiernych rezultatów. To jest właśnie skutek braku zgody elit medycznych i politycznych w sprawie podstawowego kierunku reform ochrony zdrowia. Właśnie dlatego chcę oderwać dyskusję o pożądanym modelu ochrony zdrowia od bieżącej polityki. Okrągły stół w sprawie reformy systemu ochrony zdrowia – jest to pewna idea, pewien zamysł, którego celem jest wyłączenie problematyki ochrony zdrowia z obszaru walki politycznej i zainicjowanie merytorycznej dyskusji w tej materii. Byłoby przy nim miejsce dla polityków wszystkich opcji, działaczy samorządowych, menedżerów oraz pracowników medycznych ochrony zdrowia, instytucji ubezpieczeniowych, a także pacjentów. Najważniejsze jest, by taka dyskusja uwolniona została z bagażu interesów partyjnych, by nie ograniczała jej wzgląd na pozyskiwanie popularności i sympatii elektoratu, ale by wolna była także od interesów korporacyjnych. Chodzi więc o taką dyskusję, która mogłaby doprowadzić do stworzenia obiektywnie racjonalnego, efektywnego i sprawnego systemu finansowania ochrony zdrowia oraz udzielania świadczeń zdrowotnych. Systemu, w którym dobrze czułby się pacjent, ale także lekarz i pielęgniarka znaleźli satysfakcję ze swej pracy, nie tylko w wymiarze zawodowym, ale i materialnym.

O współpłaceniu

Pomysł wprowadzenia częściowej odpłatności pacjentów za usługi typu hotelowego oraz wyżywienie w czasie pobytu w szpitalu wiąże się z przyjęciem założenia, że jednym z warunków powodzenia reformy systemowej winno być rozszerzenie zakresu współpłacenia za niektóre świadczenia zdrowotne. Współpłacenie istnieje i dobrze funkcjonuje już w obecnym systemie. Wszak cały obrót lekami odbywa się w warunkach współpłacenia. Podobnie dzieje się w zakresie leczenia stomatologicznego. W świetle pozytywnych doświadczeń w tych dziedzinach, traktowanie współpłacenia jako hamulca popytu na świadczenia zdrowotne wydaje się nieporozumieniem. Nieporozumieniem jest też przyrównywanie sytuacji odmiennych w swej istocie. Nie ma żadnej kolizji między ewentualnym wprowadzeniem do systemu prawnego zasady współpłacenia za usługi hotelowo-gastronomiczne w szpitalach a nakładaniem na pacjentów obowiązku wnoszenia opłat nieprzewidzianych w prawie. Po prostu – to pierwsze jest legalne, a drugie nie.

O sieci szpitali

Nie jestem przeciwnikiem utworzenia sieci, jednak pod pewnymi warunkami. Warunkiem podstawowym i podstawowym kryterium tworzenia takiej sieci jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. O tym, czy konkretna placówka ochrony zdrowia winna istnieć, czy też nie – musi przesądzać realne zapotrzebowanie na jej świadczenia, a nie targi i naciski polityczne albo interesy korporacyjne. Niezależnie od gry różnych interesów, powinno dążyć się do zachowania właściwych proporcji między ambicjami, rzeczywistymi potrzebami i rachunkiem ekonomicznym. Dla ilustracji posłużę się bardzo prostym przykładem. Jeśli w jakiejś miejscowości istnieją trzy szpitale, a w każdym z nich są identyczne, bardzo drogie urządzenia (choćby np. supernowoczesna aparatura diagnostyczna), a każde z tych urządzeń wykorzystywane jest w 1/3 możliwości, czyli w takiej części następuje rzeczywista amortyzacja tego sprzętu, to nasuwa się jeden wniosek, że jest to oczywiste marnotrawstwo – niezależnie od czyichkolwiek ambicji. Jak się oprzeć *układowi*? Wydaje się, że jedyną drogą do uporządkowania finansów placówek ochrony zdrowia oraz wyeliminowania marnotrawstwa jest konkurencja na rynku ubezpieczeń oraz świadczeń zdrowotnych – konkurencja, która zdecydowanie karcie nieuzasadnioną rozrzutność czy bez troskę.

O przyszłości

Cykliczne powtarzanie się kryzysowej sytuacji w ochronie zdrowia dobitnie wskazuje na potrzebę zdynamizowania działań o charakterze systemowym. Tempo reformowania systemu ochrony zdrowia, a także systemu finansów publicznych, które determinuje zasób pieniądza przeznaczony na finansowanie leczenia i wynagrodzenia pracowników służby zdrowia, wydaje się dalece odbiegające od społecznych potrzeb i oczekiwań, nie stwarza pacjentom oraz środowisku medycznemu podstaw do nadziei na rychłe pokonanie sytuacji kryzysowej. Rzecz jasna, reformy systemowe to domena władzy publicznej. Tworzenie pozytywnego klimatu społecznego wokół potrzeby reformy oraz jej założeń, to także rola mediów publicznych. Bardzo liczę na to, że podjęte przeze mnie działania zmierzające do wywołania publicznej dyskusji nad reformą systemową w ochronie zdrowia oraz przedstawione do publicznej wiadomości założenia tej reformy przyniosą w najbliższym roku oczekiwane owoce.