

# Mediator

## Rozmowa z Januszem Kochanowskim, rzecznikiem praw obywatelskich

**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 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 wy-

stąpien 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.



Przedruk  
z *Menedżera Zdrowia*  
nr 6/2007  
[www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)



foto: Biuro RPO

**”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 ”**

### 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 Nojszewska 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 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 rozsąd-

kiem 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 moją jest o konieczności przełamania monopolu NFZ. W jaki sposób doszliście do wniosku, że monopolistyczna pozycja Funduszu jest hamulcem reformy systemu ochrony zdrowia?

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, trwa ją 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.

### Co jest jego *clou*?

Na pewno powstający koszyk świadczeń gwarantowanych, który jest podstawą do okreolenia 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 momen-

**”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 ”**



foto: Agencja Gazeta

## ”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”

tem 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 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 przygotuje ostateczny kształt dokumentu, czyli plan reformy systemu ochrony zdrowia. Nie będziemy zabierali głosu w czasie kampanii wyborczej. Jeoli jednak będzie trwał strajk, to spotkanie może nie dojść do skutku. Dlaczego? Bo mam wrażenie, że motorem strajku jest próba wydarcia określonych pieniędzy 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