

Paweł Lesiak

Kolegium Gospodarki Światowej
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Aspekty ekonomiczne, prawne i organizacyjne patologii w służbie zdrowia

Streszczenie

Celem opracowania jest uzupełnienie luki w literaturze poświęconej ekonomii służby zdrowia poprzez przedstawienie patologii w służbie zdrowia, możliwości przeciwdziałania im oraz ich wpływu na koszty opieki zdrowotnej. Autor dowodzi, że to głównie środowisko lekarskie wpływa na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. Osłabienie solidarności zawodowej wśród lekarzy oraz zmniejszenie wpływu lobby lekarskiego na kształtowanie uwarunkowań organizacyjnych i prawnych funkcjonowania służby zdrowia jest warunkiem rozpoczęcia skutecznego jej reformowania. Samo zwiększanie nakładów na służbę zdrowia przy jej obecnej mało przejrzystej, korupcyjnej strukturze wcale nie musi rozwiązywać problemów, a może jedynie przyczynić się do jeszcze większego marnotrawstwa publicznych środków.

Słowa kluczowe: ekonomia służby zdrowia, korupcja, błędy lekarskie, system kontrolny
Kody klasyfikacji JEL: H42, H51, I18, I19, K32

1. Wprowadzenie

Głównym nurtem debaty publicznej i literatury fachowej na temat służby zdrowia jest problem niedoboru środków finansowych. Nawet jeśli dyskusje toczą się wokół reorganizacji służby zdrowia, a zwłaszcza systemu jej finansowania, to w większości przypadków zmierzają w kierunku tezy, że bez dodatkowych nakładów z budżetu państwa bądź bez prywatyzacji usług medycznych system opieki zdrowotnej w Polsce nie może ulec poprawie. Natomiast w marginalnym stopniu poruszane jest „wstydlive” dla części białego personelu zjawisko marnotrawstwa środków publicznych, korupcji i oszustw. Mimo braku usystematyzowanej wiedzy na ten temat, czyli braku wiedzy o faktycznej wysokości kosztów funkcjonowania służby zdrowia w Polsce, przeważająca część środowiska medycznego regularnie domaga się podwyższania nakładów na tę dziedzinę, kategorycznie twierdząc, że to główna droga rozwiązania jej problemów¹.

Celem artykułu jest wypełnienie luki w debacie publicznej i literaturze ekonomicznej poświęconej służbie zdrowia w obszarze analizy wpływu patologii wśród białego personelu na koszty świadczeń zdrowotnych. Skupiono się przy tym na scharakteryzowaniu uwarunkowań organizacyjno-prawnych i mechanizmu powstawania patologii w środowisku lekarskim, poddając w wątpliwość ekonomiczny sens zwiększania nakładów na służbę zdrowia bez ustalenia rzeczywistych potrzeb i zapewnienia efektywnej kontroli wydatkowania środków publicznych w tym obszarze.

Analizowanego zjawiska nie badano od strony ilościowej ze względu na brak wiarygodnych danych. W Polsce nie prowadzi się choćby centralnego rejestru zdarzeń niepożądanych, zaś dostęp do istniejących danych jest utrudniony zakresem obowiązywania instytucji prawnej „tajemnicy lekarskiej” i przepisami o ochronie danych osobowych. Ponadto zdecydowana większość pacjentów i ich rodzin, które uważają, że stały się ofiarami zdarzenia niepożądanego, nie zgłasza oficjalnie tego faktu². Zauważyć natomiast należy, że zdarzenia niepożądane, w tym błędy lekarskie, z pewnością powodują wzrost kosztów funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i pogorszenie jego wskaźników jakościowych. Niestety, przeważnie nie wiąże się niepowodzeń terapeutycznych, wysokich kosztów leczenia czy długiego czasu oczekiwania na świadczenia medyczne z nieprzestrzeganiem procedur medycznych i organizacyjnych oraz łamaniem przepisów prawnych przez biały personel. Gdy – przykładowo

¹ Jako przykład może posłużyć debata publiczna wywołana ogólnopolskim protestem lekarzy rezydentów w 2017 r.

² Z Badania opinii publicznej na temat zdarzeń niepożądanych i postrzegania bezpieczeństwa opieki zdrowotnej przeprowadzonego na zlecenie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w 2015 r. na losowej próbie 2942 osób wynika, że spośród respondentów, którzy uważali, że stali się ofiarą zdarzenia niepożądanego, tylko 5% złożyło oficjalną skargę (źródło: *Raporty z polskich badań na temat bezpieczeństwa opieki. Badanie opinii publicznej na temat zdarzeń niepożądanych i postrzegania bezpieczeństwa opieki zdrowotnej*, www.cmj.org.pl/raporty.php, dostęp 14.07.2018; *Zdarzenia niepożądane i postrzeganie bezpieczeństwa opieki zdrowotnej. Wyniki badania opinii publicznej. Fala I–III*, Centrum Badania Opinii Społecznej, listopad 2015 r., s. 27.

– podnoszony jest fakt wyraźnie gorszych, w porównaniu międzynarodowym, wyników leczenia polskich pacjentów w ramach poszczególnych jednostek chorobowych, wskazuje się z dużą dozą pewności na niedoinwestowanie służby zdrowia w naszym kraju, z zasady pomijając możliwość zaistnienia zaniedbań w sferze pozafinansowej.

Ze względu na jakościowy charakter analizy, autor wykorzystał do poznania badanego zjawiska i realizacji opracowania metodę obserwacji wybranych jednostek organizacyjnych z trzech największych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Warszawie w latach 2008–2018, a także pogłębione wywiady indywidualne przeprowadzone w tym samym okresie z: siedmioma lekarzami, kilkunastoma przedstawicielami prokuratury w Warszawie (od szczebla prokuratury rejonowej do regionalnej – wcześniej apelacyjnej), pięcioma pracownikami Ministerstwa Zdrowia, przedstawicielami środowisk pacjentów z fundacji/stowarzyszeń „Alivia”, „Primum Non Nocere” i „MY Pacjenci” oraz portalu internetowego bledylekarskie.pl, kilkudziesięcioma poszkodowanymi pacjentami i członkami ich rodzin, a także dziennikarzami śledczymi, zajmującymi się problematyką medyczną. Powyższe badania skonfrontowano z analizą literatury ekonomicznej i prawnej polsko- i niemieckojęzycznej oraz analizą dokumentów (głównie z lat 2008–2018), w tym dokumentów prokuratorskich i sądowych, dotyczących postępowań w przedmiocie błędów w sztuce lekarskiej, odszkodowań za tego typu błędy oraz postępowań sądowych w przedmiocie zniesławienia lekarzy przez pacjentów i dziennikarzy. Część zbadanych dokumentów jest ogólnodostępna na portalach internetowych zawierających orzeczenia sądowe, część została udostępniona autorowi przez sądy w trybie zapytań dziennikarskich, zaś dokumenty niejawne zostały udostępnione bezpośrednio przez strony postępowań prokuratorskich i sądowych.

2. Istota patologii w polskiej służbie zdrowia

Przez patologie rozumie się nieprawidłowe zjawiska występujące w życiu społecznym³. Pojęciem obejmującym szerszy zakres tego zjawiska są „patologie społeczne”, czyli zachowania jednostek i grup oraz funkcjonowanie instytucji społecznych, pozostające w sprzeczności z wartościami i zasadami akceptowanymi przez dane społeczeństwo⁴. Rozróżnia się przy tym „patologię społeczną indywidualną”, gdy nosicielami i przekaźnikami negatywnych cech i zachowań są jednostki (np. pracownicy służby zdrowia), oraz „patologię życia zorganizowanego”, gdy źródłem ujemnych oddziaływań są struktury społeczne i stosunki międzyludzkie⁵ (w naszym przypadku będzie to system służby zdrowia i korporacyjnie zorganizowane środowisko lekarskie, ze wszystkimi swoimi formalnymi i nieformalnymi powiązaniem z innymi instytucjami społecznymi, np. odpowiedzialnymi za nadzorowanie

³ *Słownik języka polskiego PWN*, <https://sjp.pwn.pl/slowniki/patologia.html>, dostęp 12.12.2017.

⁴ *Encyklopedia PWN*, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/patologie-spoeczne;3955029.html>, dostęp 12.12.2017.

⁵ *Ibidem*.

służby zdrowia). Autorzy *Encyklopedii PWN* do najważniejszych zjawisk patologii społecznych zaliczają przykładowo: przestępczość, pijaństwo i alkoholizm oraz patologię struktur organizacyjnych (np. kliki, nepotyzm, niekompetencję, niejasny podział obowiązków i odpowiedzialności między komórkami organizacyjnymi). Jak widać, pojęcie patologii społecznej dosyć dobrze odzwierciedla struktury społeczne i stosunki międzyludzkie panujące w służbie zdrowia w zakresie objętym analizą w niniejszym opracowaniu⁶.

Przeciwdziałanie patologiom w medycynie jest trudniejsze niż w innych dziedzinach. Nie jest to polska specyfika, lecz cecha medycyny bardziej uniwersalna, wynikająca ze złożonego charakteru usług medycznych czy trudności dowodowych, związanych z odtwarzaniem przebiegu procesu leczenia. Dodatkowo nadzorowanie pracowników medycznych utrudnia asymetria w dostępie do wiedzy specjalnej (medycznej), nadużywanie naturalnego zaufania, jakim pacjenci pragną obdarzać lekarzy jako osoby wykonujące zawód zaufania publicznego, nacechowany powołaniem do pomocy chorym⁷, i wreszcie – powszechna w zawodach medycznych solidarność zawodowa, osadzona w silnie zhierarchizowanej korporacyjnej strukturze.

Sytuację w Polsce pogarszają nieudolne, a czasami wręcz niechętnie pacjentom prokuratura i sądy. Można domniemywać, że ma to związek z formalnymi (poprzez instytucję biegłego sądowego, którym w zakresie medycyny zawsze jest lekarz) i nieformalnymi związkami między korporacją lekarską a prawniczą (ze względu na właściwość miejscową prokuratur i sądów spory karnoprawne o błędy w sztuce lekarskiej z określonych placówek służby zdrowia trafiają z reguły do tych samych prokuratur i sądów rejonowych, co skutkuje powstawaniem znajomości między lekarzami, ich pełnomocnikami prawnymi a prokuratorami i sędziami⁸).

Charakteryzując istotę i przyczyny patologii w polskiej służbie zdrowia, należy wymienić jeszcze inne problemy. Są to:

- przenikanie do instytucji publicznych sprawujących nadzór nad służbą zdrowia i tworzących regulacje prawne dla służby zdrowia członków korporacji lekarskiej,
- sprzyjające patologiom regulacje prawne, jak ustawowy obowiązek zrzeszania się lekarzy w jednej organizacji samorządu lekarskiego, co w połączeniu z niektórymi zapisami Kodeksu Etyki Lekarskiej⁹ (KEL) nadaje środowisku lekarskiemu charakter korporacyjny i sankcjonuje zмовę milczenia,

⁶ Trzeba oczywiście podkreślić, że niecała struktura systemu służby zdrowia i niecałe środowisko medyczne w Polsce są patologiczne.

⁷ Chodzi o pojmowanie powołania w rozumieniu Maxa Webera, który działalność lekarzy wybrał nawet jako najbardziej wyrazisty przykład zawodu uosabiającego koncepcję „zawodu jako powołania” (niem. *Beruf als Berufung*). Według Webera, lekarz to człowiek czujący nieodpartą potrzebę niesienia pomocy osobom chorym, upatrujący w tym zarówno jedyną szansę samorealizacji, jak i spełnienie powołania do bycia użytecznym dla społeczeństwa, patrz: T. Biedermann, *Max Weber: Drei Arbeiten*, Verlag Thomas Biedermann, Hamburg 2011, s. 57.

⁸ W uzupełnieniu należy nadmienić, że zarówno lekarze, jak i prawnicy tworzą z reguły elity lokalnych społeczności, co dodatkowo sprzyja tworzeniu nieformalnych powiązań towarzyskich. Przez to może dochodzić do występowania konfliktów interesów, na przykład gdy rodzina prokuratora prowadzącego postępowanie przygotowawcze w sprawie lokalnego szpitala korzysta z usług lekarzy, zatrudnionych właśnie w tym szpitalu.

⁹ Kodeks Etyki Lekarskiej przyjęto w 1991 r. na Nadzwyczajnym II Krajowym Zjeździe Izb Lekarskich i znowelizowano dwa razy: w 1993 r. na III Krajowym Zjeździe Lekarzy oraz w 2003 r. na Nadzwyczajnym VII Krajowym Zjeździe Lekarzy.

- wykluczenie czynnika społecznego z systemu nadzoru i kontroli służby zdrowia,
- paternalistyczny charakter relacji między lekarzami a pacjentami,
- brak obowiązku ewidencjonowania zdarzeń niepożądanych,
- brak jednolitego systemu informacyjnego, umożliwiającego identyfikację i klasyfikację kosztów służby zdrowia, a także ułatwiającego wykrywanie nadużyć¹⁰.

W debacie publicznej często obarcza się winą za problemy służby zdrowia „system opieki zdrowotnej”. System ten nie jest jednak dziełem przypadku. Trzeba zwrócić uwagę, że po odzyskaniu niepodległości w 1918 r. na 32 osoby kierujące resortem zdrowia kolejno w II RP, PRL i III RP (część z nich piastowała urząd Ministra Zdrowia więcej niż raz) tylko 3 nie posiadały wykształcenia medycznego. Łącznie ministrowie nie-lekarze urzędowali krócej niż 2 lata. Ostatni z nich – ekonomista Marian Czekański – musiał złożyć rezygnację w 2004 r., po 34 dniach pracy na czele resortu, z powodu krytycznych wypowiedzi na temat służby zdrowia¹¹. Dla porównania – na 28 urzędujących ministrów odpowiedzialnych za resort zdrowia w państwach członkowskich UE (według stanu na 17.03.2018 r.), tylko dziewięciu jest lekarzami¹². Gdyby do tego zestawienia dodać kraje powiązane z UE w ramach Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub posiadające umowy o współpracy (Szwajcarię, Norwegię i Islandię), to dysproporcja ta byłaby jeszcze większa. W tym kontekście warto też zwrócić uwagę, że łączenie funkcji ministra zdrowia i lekarza może budzić wątpliwości ze względu na potencjalne występowanie konfliktu interesów – środowiska lekarskiego, pacjentów i publicznego płatnika. R. Mołdach z Instytutu Zdrowia i Demokracji zauważa że, w przypadku ministra zdrowia niebędącego lekarzem zdecydowanie mniejsze jest ryzyko wystąpienia takiego konfliktu interesów¹³. Jego zdaniem, zasady ładu organizacyjnego i publicznego wymagają, aby szczególnie tam, gdzie zaangażowane są środki publiczne oraz decyduje się o zdrowiu i bezpieczeństwie, „dążyć w maksymalnym stopniu do unikania nawet potencjalnego konfliktu interesu”.

Przez środowisko lekarskie zdominowana jest także Sejmowa Komisja Zdrowia, która odgrywa kluczową rolę w merytorycznym przygotowaniu procesu legislacyjnego w odniesieniu do problematyki zdrowotnej¹⁴. Według stanu na 15.10.2017 r. na 38 członków komisji 23 posiadało wykształcenie medyczne, zaś 6-osobowe prezydium komisji w całości składało się z absolwentów wydziałów lekarskich uczelni medycznych. W przeszłości ton obradom tej Komisji również nadawali przedstawiciele środowiska lekarskiego.

¹⁰ Por. E. Nojszewska, *Reforma służby zdrowia. Pomysły rządu ocenia ekspert SGH*, www.youtube.com/watch?v=KN17oAFMQeQ (patrz fragment wypowiedzi od 0:51 do 1:50), 12.09.2016.

¹¹ L. Sulikowska, *Jak minister, to nie lekarz? Polska jest wyjątkiem*, „Gazeta Lekarska”, <http://gazetalekarska.pl/?p=40432>; Wikipedia, hasło: Marian Czekański, https://pl.wikipedia.org/wiki/Marian_Czaka%C5%84ski, dostęp 13.12.2017.

¹² L. Sulikowska, *Jak minister...*, op.cit.

¹³ Ibidem.

¹⁴ Zgodnie z art. 17 Regulaminu Sejmu RP (Uchwała Sejmu RP z 30.07.1992 r. Regulamin Sejmu RP, M.P. 1992 nr 26 poz. 185) zadaniem komisji sejmowych jest rozpatrywanie i przygotowywanie spraw stanowiących przedmiot prac Sejmu oraz kontrola sejmowa.

Podkreślenia wymaga fakt, że instytucje publiczne odpowiedzialne za nadzór nad prawidłowością funkcjonowania służby zdrowia i przeprowadzanie kontroli placówek zdrowia (np. Ministerstwo Zdrowia czy Narodowy Fundusz Zdrowia – NFZ) również nie mogą funkcjonować bez przedstawicieli środowiska lekarskiego. Wynika to wprost z regulacji prawnych stanowiących, że w praktyce wyłącznie lekarze (osoby wykonujące zawód medyczny) mogą kontrolować pracę innych lekarzy pod względem merytorycznym oraz w dużym stopniu także formalnym i organizacyjnym¹⁵. O ile niewątpliwie do fachowej oceny leczenia niezbędna jest wiedza specjalna z zakresu medycyny, to wątpliwym jest już, aby brak takiej wiedzy uniemożliwił obserwację zabiegów medycznych, sprawdzanie prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej pod względem formalnym czy ocenę dostępności świadczeń zdrowotnych. Wylimitowanie czynnika niezależnego od środowiska lekarskiego (czyli *de facto* korporacji zawodowej) ze współuczestniczenia w procesie kontroli i nadzoru nad służbą zdrowia oznacza pozbawienie pacjentów możliwości sprawowania społecznej kontroli nad służbą zdrowia. Taka sytuacja prowadzi do konfliktu interesów. Lekarz kontrolujący kolegów po fachu z natury rzeczy nie jest zainteresowany wykryciem błędu lekarskiego, co kłóci się z interesem pacjentów oraz publicznego płatnika pokrywającego koszty leczenia.

W tym kontekście nadmienić trzeba, że lekarze zobligowani są do członkostwa w samorządzie lekarzy, który jest tylko jeden, reprezentowany przez Naczelną Izbę Lekarską (NIL), pod którą w strukturze organizacyjnej znajdują się Okręgowe Izby Lekarskie (OIL). Tworzy to silne podstawy do istnienia hermetycznej, opartej na zмовie milczenia, dbającej głównie o własne interesy struktury korporacyjnej. Trwałość tej struktury jest wzmacniana uprawnieniami, jakie ustawodawca jej nadał. Zgodnie z art. 5 Ustawy o izbach lekarskich z 2.12.2009 r.¹⁶ w związku z art. 17 Konstytucji RP z 2.04.1997 r.¹⁷, samorząd lekarzy sprawuje pieczę nad należytym wykonywaniem zawodu lekarza, ustanawia zasady etyki lekarskiej spisane w KEL, a także ma uprawnienia do przyznawania i odbierania prawa wykonywania zawodu oraz uznawania kwalifikacji lekarzy na terenie Polski.

Z kolei KEL ma typowo korporacyjny i alienacyjny charakter, czego nie zmieniają użyte w jego wstępie ogólnikowe sformułowania o powołaniu lekarza do ochrony życia i zdrowia ludzkiego (art. 2). Z punktu widzenia interesu publicznego o wiele ważniejsze są bowiem zapisy precyzyjnie regulujące postępowanie lekarzy w sytuacjach konfliktowych. Najbardziej kontrowersyjny zapis, zawarty w art. 52 KEL, wyraża tzw. zasadę lojalności, nakazującą zachowanie należytej ostrożności przy formułowaniu opinii o działalności innego lekarza

¹⁵ Zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej z 15.04.2011 r. (Dz.U. z 2011 r. nr 112, poz. 654 z późn. zm., art. 111 ust. 4 oraz art. 118 ust. 4) takie czynności kontrolne i nadzorcze, jak: obserwowanie czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, wgląd do dokumentacji medycznej oraz jej ocena, ocena realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym lub statucie podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, mogą być realizowane wyłącznie przez osobę wykonującą zawód medyczny. Podobne przepisy zawarte były w Ustawie o zakładach opieki zdrowotnej z 30.08.1991 r., która straciła moc wraz z wejściem w życie wyżej wymienionej ustawy.

¹⁶ Dz.U. z 2009 r. nr 219, poz. 1708 z późn. zm.

¹⁷ Dz.U. z 1997 r. nr 78, poz. 483.

oraz zakazującą jego publicznej dyskredytacji¹⁸. Na podstawie art. 52 KEL dochodziło już do skazywania lekarzy przez sądy lekarskie, a także do ostracyzmu i pozbawiania w praktyce niektórych lekarzy możliwości wykonywania zawodu (choć nieformalnie, gdyż sądy lekarskie takiej kary przeważnie nie orzekały). Z tego powodu lekarze obawiają się publicznie kwestionować postępowanie kolegów czy wypowiadać o wątpliwych etycznie zjawiskach w służbie zdrowia¹⁹. Często też lekarze nie zgadzają się występować w roli świadków pokrzywdzonych pacjentów w postępowaniach sądowych o odszkodowanie z tytułu błędu w sztuce lekarskiej, pomimo że „prywatnie” przyznają pacjentom rację. Niektórzy z tej samej przyczyny odmawiają sporządzania opinii sądowo-lekarskich w przypadku zaistnienia błędów lekarskich.

Wypada w tym miejscu zauważyć, że KEL nie nakazuje lekarzom zachowywania szczególnej ostrożności w formułowaniu opinii na temat zachowania pacjentów czy ich rodzin, nawet pogrążonych w żałobie po śmierci bliskiej osoby. Jest to przejawem zakorzenionego w środowisku lekarskim paternalistycznego stosunku do pacjentów²⁰. Personel medyczny mający poczucie wyższości uważa, że tylko eksperci mają kompetencje do ustalania rozpoznania i wyboru metody leczenia, a wszystkie decyzje powinny zależeć wyłącznie od ich wiedzy. Dlatego też pacjent powinien biernie poddawać się opiece lekarskiej i nie ingerować w proces diagnostyczno-terapeutyczny²¹. Światowa Organizacja Zdrowia promuje jednak odmienny model relacji lekarz–pacjent, w którym w procesie diagnostyczno-terapeutycznym wykorzystuje się wiedzę pacjenta o jego własnym ciele, świadomość potrzeb i oczekiwań oraz większą otwartość do współpracy z lekarzem w warunkach partnerskiego stosunku²². Taki model relacji określany jest mianem „zaangażowania pacjenta”, „partnerstwa”, „wzmocnienia roli pacjenta” czy „opieki zorientowanej na pacjenta” (ang. *patient collaboration, patient involvement, partnership, patient empowerment, patient-centered care*)²³. Można pokusić się

¹⁸ Art. 52 KEL stanowił nawet przedmiot skargi do Trybunału Konstytucyjnego, który w wyroku z 23.04.2008 r. uznał go za niezgodny z art. 63 Konstytucji. Trybunał stwierdził, że „Osiągnięcie pożądanego rezultatu może nastąpić przez zmianę wykładni art. 52 ust. 2 KEL, dokonywanej w orzecznictwie sądów lekarskich, w kierunku zgodnym z treścią wyroku Trybunału Konstytucyjnego. Jednakże jest pożądana taka zmiana treści art. 52 KEL, która uniemożliwiłaby wypaczenie sensu tego postanowienia podczas jego stosowania” (Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 23 kwietnia 2008 r., SK 16/07 Wolność słowa a etyka lekarska, OTK ZU 2008, nr 3A, poz. 45). Mimo upływu niemalże dekady od wydania tego wyroku, treść kwestionowanego zapisu KEL nie uległa żadnej zmianie.

¹⁹ Informacje uzyskane od kilkunastu osób – głównie lekarzy, adwokatów, dziennikarzy oraz pacjentów w latach 2009–2017.

²⁰ Wyraża się to choćby w niechętnym używaniu pojęcia **służba** zdrowia i preferowaniu określenia **ochrona** zdrowia lub **opieka** zdrowotna. Interesujące rozważania na ten temat zawarto w: *Służba czy ochrona zdrowia?*, „Rynek Zdrowia”, www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Sluzba-czy-ochrona-zdrowia,167586.html, 18.11.2016 r. W dokumentach Ministerstwa Zdrowia pojęć służba i ochrona zdrowia używa się wymiennie – patrz np. *Wspólnie dla zdrowia – narodowa debata o zdrowiu. Ogólnonarodowa debata o kierunkach zmian w ochronie zdrowia*, www.gov.pl/zdrowie/wspolnie-dla-zdrowia, 19.04.2018

²¹ Y. Longtin, H. Sax, L.L. Leape, S.E. Sheridan, L. Donaldson, D. Pittet, *Zaangażowanie pacjenta: stan wiedzy i wpływ na bezpieczeństwo opieki* (tytuł oryginału: *Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety*), tłum. K. Kurek, „Medycyna po Dyplomie” 2010, nr 6.

²² Pacjent przestraszony okolicznościami własnej słabości i choroby, niewysłuchiwany, często potrafi np. przemilczeć ważne z diagnostycznego punktu widzenia objawy choroby.

²³ Y. Longtin, H. Sax, L.L. Leape, S.E. Sheridan, L. Donaldson, D. Pittet, *Zaangażowanie...*, op.cit.

o stwierdzenie, że większe zaangażowanie pacjenta w szeroko pojęty proces leczenia stanowi czynnik kontrolny, nie tylko utrudniający łamanie prawa przez biały personel, ale także zwiększający bezpieczeństwo pacjenta dzięki zmniejszeniu ryzyka popełnienia błędów diagnostyczno-terapeutycznych.

Innym kontraproduktywnym (z punktu widzenia interesu publicznego i możliwości zapobiegania patologiom) zapisem KEL jest art. 55. Zgodnie z nim „Lekarz kontrolujący pracę innych lekarzy powinien, w miarę możliwości, zawiadomić ich wcześniej, aby umożliwić im obecność w czasie kontroli i bezpośrednie przekazanie uwag o jej wynikach”. Przepisowi temu należy zarzucić po pierwsze to, że łamie zasadę anonimowości i zaskoczenia. Aby kontrola była skuteczna, powinna być przeprowadzona bez zapowiedzi, a kontroler nie powinien zawczasu na ten temat rozmawiać z kontrolowanym podmiotem i ujawniać swojej tożsamości. Biorąc pod uwagę wysoce naganne i nierzadkie zjawisko absencji lekarzy w miejscu pracy²⁴, treść omawianego przepisu można *de facto* uznać za nakłanianie do udzielania pomocy w zacieraniu śladów przestępstwa. Po drugie, art. 55 KEL jest sprzeczny z art. 120 Ustawy o działalności leczniczej. Zgodnie z nim to minister zdrowia ma informować podmiot tworzący palcówkę zdrowia o wynikach przeprowadzonej kontroli, a nie bezpośrednio po przeprowadzeniu kontroli osoba kontrolująca osoby kontrolowane.

Kolejnym problemem znacząco zmniejszającym możliwości zapobiegania patologiom poprzez nadzorowanie procesu leczenia jest ograniczony dla rodziny chorego dostęp do indywidualnej dokumentacji medycznej. Zasada, że rodzina może mieć dostęp do dokumentacji medycznej bliskiej osoby tylko pod warunkiem udzielenia przez tę osobę wyraźnej imiennej zgody, jest nieżyciowa i tworzy duże pole do nadużyć ze strony personelu medycznego, który dzięki temu może łatwiej ukrywać błędy lekarskie. W praktyce zasada ta jest traktowana jako przywilej lekarzy związany z tzw. tajemnicą lekarską. Stan prawny wygląda jednak odwrotnie. Zachowanie tajemnicy lekarskiej jest obowiązkiem lekarza, zaś przywilej stanowi dla pacjenta i jego rodziny. Co więcej, opaczne interpretowanie tajemnicy lekarskiej i odmawianie dostępu do dokumentacji medycznej zmarłej osoby może w niektórych przypadkach stanowić zagrożenie zdrowotne dla rodziny zmarłego, chociażby w przypadku chorób uwarunkowanych genetycznie, jak nowotwory złośliwe. Z tych względów zasady dostępu do dokumentacji medycznej powinny zostać zmienione w tym kierunku, żeby dokumentacja medyczna była co do zasady udostępniana najbliższej rodzinie chorego, chyba że chory zdecydowałby inaczej i z grona osób uprawnionych wykluczyłby niektórych bądź wszystkich członków rodziny.

Skutkiem funkcjonowania tak specyficznie ukształtowanego systemu służby zdrowia (w szerokim znaczeniu, obejmującym również instytucje stworzone do nadzorowania służby zdrowia, tworzenia prawa medycznego i odpowiadające za resort zdrowia w ramach struktur

²⁴ Zdarza się przykładowo, że niektórzy lekarze w tym samym czasie świadczą usługi zdrowotne w kilku odległych od siebie miejscach albo są nieobecni na dyżurze, niezaznaczając jednak tego w dokumentacji.

administracji rządowej i samorządowej) są wysokie koszty leczenia pacjentów w Polsce. Przykładami ukrytych źródeł kosztów w służbie zdrowia w naszym kraju są:

- podwójne wynagrodzenia wypłacane za jedną i tę samą pracę czy świadczenie zdrowotne, np. na podstawie umowy o pracę i z tytułu umowy zlecenia;
- rozliczanie jednej i tej samej pracy czy świadczenia zdrowotnego u pacjenta (prywatnie) i drugi raz u płatnika publicznego;
- rozliczanie fikcyjnych prac i świadczeń zdrowotnych²⁵;
- rozliczanie świadczeń zdrowotnych wykonanych w tym samym czasie przez jednego lekarza, ale w kilku różnych placówkach zdrowia;
- tuszowanie błędów lekarskich i organizacyjnych²⁶;
- popełnianie tragicznych w skutkach acz prostych błędów w wyniku tzw. błędów pisarskich i bałaganu organizacyjnego²⁷;
- nieuzasadnione nieobecności lekarzy w pracy, skracanie dyżurów;
- przeprowadzanie kosztownych o wątpliwej skuteczności ogólnopolskich akcji na rzecz profilaktyki zdrowotnej czy badań przesiewowych.

Niegospodarność i marnotrawstwo środków publicznych powodowane są też przez niewłaściwie ukształtowaną politykę wyceny procedur medycznych. Prowadzi to – ogólnie rzecz ujmując – do upubliczniania kosztów leczenia i prywatyzacji zysków. Dochodzi do sytuacji, gdy lekarze i placówki zdrowia skupiają się na leczeniu pacjentów, których leczenie jest najbardziej opłacalne. Tacy pacjenci są w niektórych przypadkach nawet kierowani do prywatnych placówek zdrowia (gdzie nie muszą oczekiwać na diagnostykę i leczenie w sztucznie wygenerowanych kolejkach²⁸), a wracają do publicznej służby zdrowia w wypadku wystąpienia komplikacji w leczeniu.

²⁵ Doniesienia o takich procederach zaczęły pojawiać się na dużą skalę po uruchomieniu przez NFZ internetowego Zintegrowanego Informatora Pacjenta. Do najbardziej kuriozalnych przykładów nadużyć należą operacje kobiecych narządów płciowych u mężczyzn czy rehabilitacja osoby nieżyjącej od 12 lat.

²⁶ Tuszowanie błędów oznacza, że nie analizuje się ich zespołowo, np. w ramach oddziału, i nie wyciąga się z nich wniosków na przyszłość, a także że nie informuje instytucji centralnych, np. Ministerstwa Zdrowia. Przez to nie zapobiega się ich powtarzaniu. W tym kontekście warto przypomnieć, że w okresie 2011–2016 w Polsce stwierdzono w trzech różnych szpitalach przypadki omyłkowego wycięcia zdrowych nerek z powodu pomylenia strony lewej z prawą. Można przypuszczać, że gdyby po pierwszym takim przypadku dokonano dogłębnej analizy procedur, to do kolejnych przypadków by już nie doszło.

²⁷ Przykładem są wycięcia zdrowych organów, w przypadku chorób organów parzystych, wskutek pomylenia strony lewej z prawą.

²⁸ W opinii autora, powszechne utrudnienia w dostępie do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych mogą wynikać z chęci przekierowywania potoku pacjentów do prywatnej płatnej służby zdrowia. Osiągać to można dzięki manipulowaniu listami osób oczekujących na zabiegi (listami kolejkowymi), nieobecności personelu medycznego w placówkach publicznej służby zdrowia w okresach, gdy powinni oni tam pracować w ramach umów z NFZ, wykorzystywaniu infrastruktury i sprzętu publicznej służby zdrowia do celów prywatnych, pobieraniu od pacjentów opłat za świadczenia finansowane przez NFZ.

3. Możliwości przeciwdziałania patologiom w służbie zdrowia dzięki wykorzystaniu „tajemniczego pacjenta”

Żeby przeciwdziałać jakimkolwiek patologiom, trzeba najpierw posiłkować wiedzę o ich istnieniu, a następnie o ich przyczynach. Niestety, jak już to przedstawiono, system służby zdrowia w Polsce jest ukierunkowany na nieujawnianie zarówno błędów lekarskich, jak i generalnie zdarzeń niepożądanych. Żle pojęta solidarność zawodowa w połączeniu z silnym ostracyzmem wobec lekarzy łamiących pisane czy zwyczajowe zasady współzycia w środowisku lekarskim²⁹ powodują, że do rzadkości należą przypadki wydostawania się poza to środowisko informacji o niewłaściwym postępowaniu jego członków. W pewnym sensie można tu mówić o zмовie milczenia. Biorąc ponadto pod uwagę fakt, że zgodnie z prawem tylko lekarz może kontrolować pracę innych lekarzy, szanse na ujawnienie przez sam system służby zdrowia własnych niedociągnięć są raczej nikłe, nawet przy wykorzystaniu powołanych w tym celu instytucji³⁰.

Dlatego działania mogące przełamać opór systemu powinny wykorzystywać elementy pozasystemowe; innymi słowy – powinny być prowadzone przy wykorzystaniu zasobów ludzkich niezwiązanych bezpośrednio ze środowiskiem medycznym. Ponieważ tradycyjne metody nadzorowania służby zdrowia, jak kontrole, również dlatego zawodzą, że są oficjalnie z góry zapowiadane, działania nadzorcze powinny móc być prowadzone także w ukryciu. Metodą spełniającą wymienione kryteria jest kontrola poprzez tzw. tajemniczego klienta. Stanowi ona kombinację prawnej instytucji „prowokacji kontrolowanej” oraz badania marketingowego metodą *mystery shopping*. Niestety, dotychczas z powodu braku odpowiednich regulacji prawnych, „metoda na tajemniczego klienta” w ogóle nie jest stosowana w Polsce w odniesieniu do kontrolowania pracy lekarzy.

Prowokacja kontrolowana jest wykorzystywana w Polsce przez służby policyjne od lat 90. XX w. Wtedy to do polskiego systemu prawnego wprowadzono takie narzędzia operacyjno-rozpoznawcze jak „łapówka kontrolowana” (kontrolowane wręczenie korzyści majątkowej), „zakup kontrolowany” (inaczej „transakcja pozorna”), „przesyłka niejawnie nadzorowana”

²⁹ Patrz: A. Skibniewska, *Spisek lekarzy*, „NIE” 2010, nr 29, 36, <http://skibniewska.blogspot.com/2013/02/spisek-lekarzy-nie-292010-oraz-nie.html>, 28.02.2013; P. Stauffer, *Doktor Szychowska. Czarna owca wśród białych kitlów*, „Nowa Trybuna Opolska”, www.nton.pl/magazyn/reportaz/art/4503877, doktor-szychowska-czarna-owca-wsrod-bialych-kitlow,id,t.html, 9.06.2012; K. Bartman, *Kodeks nie zabrania krytykować lekarzy*, *dziennik.pl*, http://wiadomosci.dziennik.pl/wydarzenia/artykuly/126940_kodeks-nie-zabrania-krytykowac-lekarzy.html, 22.04.2008.

³⁰ Na podstawie analiz spraw korupcyjnych eksperci policyjni twierdzą, że w środowisku lekarzy, podobnie jak wśród urzędników, prawników, poborców podatkowych i celników, piętnowanie „kolegów po fachu” za przestępcze działania należy do rzadkości. Poczucie lojalności powstrzymuje te grupy zawodowe przed współpracą z Policją, która nie tylko natrafia na zмовę milczenia, lecz także spotyka się wręcz z usprawiedliwianiem przestępczych zachowań i obroną kolegów przed zarzutami. Szerzej na ten temat w: *Policja w walce z korupcją. Opis sposobu działania sprawców w wybranych sprawach*, Biuro Kryminalne Komendy Głównej Policji, 9.12.2010; P. Krzemiński, *Kontrola operacyjna a tajemnica lekarska. Stosowanie środków techniki operacyjnej wobec osób podejrzanych wykonujących zawody medyczne*, „Medyczna Wokanda” 2013, nr 5, s. 152.

i „dostawa kontrolowana”³¹. Są one wykorzystywane głównie do zwalczania przestępczości gospodarczej, w sprawach o łapownictwo, korupcję. Stąd też znajdują zastosowanie wobec typowej przestępczości spotykanej w służbie zdrowia – przyjmowania korzyści majątkowych przez lekarzy w zamian za obietnicę preferencyjnego taktowania pacjenta, przyjęcia do publicznego bezpłatnego szpitala, skrócenia oczekiwania na świadczenie zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

Jednak narzędzia te są niewystarczające do pełnego wyeliminowania przestępczości w służbie zdrowia, gdyż specyfika działalności medycznej stwarza dużo większe pole do nadużyć niż wyłącznie łapownictwo czy „ustawianie” przetargów na sprzęt medyczny. Chodzi np. o niezgodne ze stanem faktycznym rozliczanie świadczeń zdrowotnych oraz niewłaściwą jakość obsługi pacjentów i leczenia.

Z tej przyczyny właśnie ustawodawca powinien zainteresować się stworzeniem instytucji prawnej tajemniczego pacjenta. W jego rolę mogliby wcielić się np. funkcjonariusze publiczni. Pozorując pacjenta, mogliby o wiele skuteczniej weryfikować podejrzenia o nieuczciwe praktyki lekarskie, nie budząc podejrzliwości kontrolowanych osób.

Pojęcie tajemniczego pacjenta zapożyczono zostało z marketingu, gdzie do badania jakości usług sklepów detalicznych wykorzystywani są tzw. tajemniczy klienci względnie tajemniczy nabywcy (ang. *secret client* lub *mystery shopper*)³².

W przypadku kontrolowania personelu medycznego rola tajemniczego pacjenta łączy w sobie obserwację uczestniczącą z elementami bardziej aktywnej postawy pozoranta, dzięki możliwości przeprowadzenia „kontrolowanej prowokacji”. Innymi słowy, funkcjonariusz udający pacjenta nie tylko biernie przypatruje się poczynaniom personelu medycznego, lecz także sam może wystawiać na próbę (testować) uczciwość tegoż personelu poprzez prowokowanie niezgodnych z prawem zachowań. Kwestią do rozstrzygnięcia pozostaje, czy taka metoda może być stosowana w dowolnych przypadkach (na zasadzie badań przesiewowych), czy tylko wtedy, gdy występują uzasadnione podejrzenia łamania prawa.

Instytucja tajemniczego pacjenta funkcjonuje od 1.01.2016 r. w Austrii na podstawie ustawy o zwalczaniu oszustw ubezpieczeniowych w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych (niem. *Sozialbetrugsbekämpfungsgesetz*)³³. Zgodnie z tą ustawą tamtejsze kasy chorych mają prawo delegowania pracowników z fałszywymi kartami ubezpieczeniowymi *e-card* (karta chiłpowa potwierdzająca posiadanie austriackiego ubezpieczenia chorobowego, wypadkowego,

³¹ Patrz J. Mąka, *Prowokacja jako narzędzie działania służb policyjnych*, „Przegląd Bezpieczeństwa Wewnętrznego” 2010, nr 3, Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego, s. 70–71; W. Gontarski, *Granice legalności prowokacji policyjnej – opinia prawna sporządzona na zlecenie Kancelarii Sejmu RP 13 lipca 2007 roku*, „Gazeta Sądowa” 2017, listopad, s. 13.

³² Rola tajemniczego klienta polega *de facto* na obserwacji uczestniczącej, w trakcie której osoba prowadząca takie badanie występuje w miejscu sprzedaży w charakterze kupującego, skrywając swoją prawdziwą tożsamość i cel badania. Samą metodę badawczą określa się angielskim mianem *mystery shopping*. Patrz E. Duliniec, *Marketing międzynarodowy*, PWE, Warszawa 2007, s. 165.

³³ Bundesgesetz zur Verbesserung der Sozialbetrugsbekämpfung (Sozialbetrugsbekämpfungsgesetz SBBG), Bundesgesetzblatt I Nr. 113/2015.

emerytalnego i na wypadek bezrobocia) do placówek służby zdrowia celem weryfikowania uzasadnionych podejrzeń wobec wskazanych lekarzy, podejrzewanych o wystawianie zwolnień lekarskich osobom zdrowym albo recept bez zbadania pacjentów³⁴.

Warto odnotować, że przeciwko ukrytym kontrolom lekarzy i placówek służby zdrowia bardzo ostro protestuje samorząd lekarski w Austrii, grożąc strajkami i publicznie dezawuuując tę metodę jako „szpiclowanie” czy tworzenie „NRD 2.0”³⁵. Natomiast kasy chorych i samorząd gospodarczy popierają taką formę kontrolowania środków przeznaczanych na ochronę zdrowia.

Wprowadzenie instytucji tajemniczego (pozornego) pacjenta powinno być połączone z wprowadzeniem systemu informacyjnego, gromadzącego i przetwarzającego statystycznie dane o jakości pracy personelu medycznego oraz jakości funkcjonowania placówek zdrowia. Dane pochodzące z tego systemu stanowiłyby później podstawę do inicjowania postępowań kontrolnych.

Dane na temat jakości usług medycznych powinny obejmować subiektywne opinie pacjentów oraz zobiektywizowane dane dotyczące efektów leczenia pacjentów przez poszczególnych lekarzy i ośrodki zdrowia, oczywiście w zakresie takich schorzeń, gdzie efekty są mierzalne. Przykładowo, w systemie można by gromadzić dane o 5-letniej przeżywalności pacjentów onkologicznych w podziale na placówki zdrowia i lekarzy prowadzących. Dane musiałyby być oczywiście ustrukturyzowane pod względem co najmniej rodzaju nowotworów (typu histopatologicznego), stopnia zaawansowania klinicznego i patologicznego choroby, a także (wedle potrzeby) ogólnego stanu zdrowia pacjentów, ich wieku i płci. Nie można bowiem porównywać skuteczności leczenia pacjenta chorego na najcięższą odmianę raka, który rozpoczął leczenie w dużym stopniu zaawansowania klinicznego choroby ze skutecznością leczenia pacjenta cierpiącego na nowotwór o małej złośliwości, którego leczenie rozpoczęto relatywnie wcześnie. Zatem porównywane ze sobą byłyby tylko przypadki podobnie rokujące na początku leczenia, o tym samym bądź zbliżonym stopniu zaawansowania choroby, sklasyfikowane na podstawie jednolitych kryteriów medycznych i klasyfikacji, takich jak klasyfikacja TNM w przypadku chorób nowotworowych. Za wzór metodyczny mogą służyć badania kliniczne leków przeciw rakowi, z tą różnicą, że tu nie analizowałoby się skuteczności testowanych leków, tylko skuteczność (jakość pracy) nadzorowanych lekarzy.

Obecnie w Polsce nie są prowadzone analizy porównujące jakość pracy personelu medycznego, w tym lekarzy czy placówek zdrowia. Nie ma również oficjalnych statystyk dotyczących

³⁴ Patrz M. Straub, *Was Scheinpatienten der Kassen (nicht) dürfen*, derStandard.at, dostęp 28.11.2016; H. Blasius, *Verdeckte Ermittler der Kassen gegen Sozialmissbrauch. „Mystery shopping” in Österreich*, Deutsche Apotheker Zeitung, DAZ.online, dostęp 3.05.2016.

³⁵ Por.: *Ärztammer gegen Bespitzelung von Ärzten und Patienten*, oświadczenie Austriackiej Izby Lekarskiej (Österreichische Ärztekammer), www.aerztekammer.at/home/-/asset_publisher/er/777cp2QuE8rt/content/id/5270526, dostęp 12.12.2017; *Informationsoffensive gegen „Mystery Shopping”*, oświadczenie Austriackiej Izby Lekarskiej (Österreichische Ärztekammer), www.aerztekammer.at/nft-gesundheitspolitik/-/asset_publisher/gBt5/content/id/21684596, dostęp 30.05.2016.

zdarzeń niepożądanych³⁶. Według wiedzy autora przyczyną takiego stanu rzeczy jest opór środowiska lekarskiego.

Jeśli zaś chodzi o opinie pacjentów o lekarzach, to są one gromadzone głównie na prywatnych portalach internetowych, takich jak rankinglekarzy.pl czy znanylekarz.pl. Niestety administratorzy tych portali coraz mniej chętnie zezwalają na umieszczanie opinii negatywnych. Ma to związek z groźbami zarówno ze strony zainteresowanych lekarzy, jak i przedstawicieli samorządu lekarskiego, którzy uważają, że negatywne opinie są przeważnie niezasłużone i podważają zaufanie do lekarzy³⁷. Jako argument podnoszony jest też fakt bezprawnego przetwarzania danych osobowych lekarzy.

W takiej sytuacji warte zastanowienia jest stworzenie urzędowego portalu internetowego, na którym pacjenci, bez obawy o konsekwencje prawne (np. oskarżenie przez lekarza o zniesławienie, naruszenie dóbr osobistych), mogliby zgłaszać krytyczne uwagi dotyczące pracy lekarzy. Ze względu na interes prawny zarówno lekarzy, jak i pacjentów portal służyłby tylko do przyjmowania opinii, a nie ich upubliczniania. Obsługę techniczną przedsięwzięcia można by zapewnić dzięki wykorzystaniu istniejącej infrastruktury informatycznej Zintegrowanego Informatora Pacjenta, poszerzając obecne funkcjonalności systemu o opcję komentowania i oceniania świadczeń zdrowotnych widniejących na indywidualnych kontaktach pacjentów. Jak już wyżej zasygnalizowano, mnożenie się negatywnych opinii skutkowałoby uruchamianiem procedury kontroli lekarza czy placówki służby zdrowia, np. z wykorzystaniem pozorowanych pacjentów.

4. Podsumowanie

Uogólniając, można stwierdzić, że to środowisko lekarskie kształtuje system służby zdrowia w Polsce, w tym regulacje prawne, na podstawie których członkowie korporacji lekarskiej prowadzą działalność zawodową. Środowisko lekarskie *de facto* też samo się nadzoruje, a także ma decydujący wpływ na rozstrzygnięcia sporów sądowych o błędy w sztuce lekarskiej – sądy opierają bowiem swoje rozstrzygnięcia na opiniach biegłych sądowych, którymi zawsze są lekarze. Innymi słowy jest to modelowy przykład zjawiska określanego mianem „państwa w państwie”, które istnieje wskutek przekazania nadmiaru kompetencji w ręce jednej zwartej i zdyscyplinowanej korporacji zawodowej. Zatem osłabienie solidarności zawodowej wśród lekarzy oraz zmniejszenie wpływu lobby lekarskiego, a także farmaceutycznego,

³⁶ Przykładowo, Centrum Onkologii w Warszawie – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, który jest największym szpitalem onkologicznym w kraju oraz ośrodkiem referencyjnym, prowadzącym oprócz działalności leczniczej także działalność naukowo-badawczą, nie gromadzi danych o zdarzeniach niepożądanych i skuteczności/jakości pracy lekarzy.

³⁷ Patrz B. Lisowska, *Opinie o lekarzach pod lupą sądu: Internauta oceni lekarza, ale za jego zgodą?*, „Gazeta Prawna”, <http://prawo.gazetaprawna.pl/artykuly/793561,opinie-o-lekarzach-pod-lupa-sadu-internauta-oceni-lekara-ale-za-jego-zgoda.html>, dostęp 29.04.2014 r.; list otwarty Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej M. Hamankiewicza z dnia 14.09.2017 r. (sygn. NRL/ZRP/MBK/604/1592/2017) skierowany do lekarzy.

na kształtowanie uwarunkowań organizacyjnych i prawnych funkcjonowania służby zdrowia jest warunkiem rozpoczęcia skutecznego jej reformowania. Wymowna jest pod tym względem opinia Banku Światowego, iż „korupcja w sektorze służby zdrowia [w Polsce – przyp. autora] jest tak wielka, że reformy służby zdrowia nie zadziałają”³⁸.

Reformy niekoniecznie muszą odbywać się drogą rewolucyjną, co warto zaznaczyć w kontekście powtarzającego się szantażowania społeczeństwa protestami białego personelu przy próbach zaostrzenia nadzoru nad jego pracą. W niektórych przypadkach wycinkowe działania również mogą przynosić wymierne efekty, nie powodując przy tym wzburzenia pracowników medycznych. Przykładowo, niewielka zmiana kodeksu karnego, poprzez wprowadzenie penalizacji tzw. błędów pisarskich, mogłaby zredukować liczbę prostych acz nierządno brzemienne w skutki błędów lekarskich. Podobne rezultaty może przynieść odchodzenie od biurokracji papierowej na rzecz informatyzacji obiegu dokumentów i informacji medycznych w ramach administracji publicznej, co zapowiedział w swoim *exposé* z 12.12.2017 r. premier Mateusz Morawiecki. Warte poważnego rozważenia jest wprowadzenie do przepisów prawa, na wzór austriacki, instytucji tajemniczego pacjenta. Jest to rozwiązanie stosunkowo proste od strony organizacyjnej, a pozwalające szybko i bezpośrednio reagować na podejrzenia łamania prawa w służbie zdrowia. Poza tym nie do przecenienia jest jego znaczenie prewencyjne.

Jak widać, problematyka kontroli i nadzoru nad służbą zdrowia wymaga wielowątkowego i interdyscyplinarnego podejścia. Niniejsze opracowanie przedstawia tylko wybrane elementy tego zagadnienia. Intencją autora nie jest bowiem przedstawienie prostej i całościowej recepty na reformę służby zdrowia w postaci zwiększenia i zaostrzenia kontroli. O wiele bardziej chodzi o zainteresowanie uczestników dyskusji naukowej i debaty publicznej tezą, iż nieustanne zwiększanie nakładów na służbę zdrowia przy jej obecnej mało przejrzystej, korupcjogennej strukturze wcale nie musi rozwiązywać problemów, a może jedynie przyczynić się do jeszcze większego marnotrawstwa publicznych środków.

Bibliografia

Dokumenty prawne

1. Bundesgesetz zur Verbesserung der Sozialbetrugsbekämpfung (Sozialbetrugsbekämpfungsgesetz SBBG), Bundesgesetzblatt I Nr. 113/2015.
2. Kodeks Etyki Lekarskiej z 1991 r., wersja z 2003 r.
3. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. z 1997 r. nr 78, poz. 483.
4. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 kwietnia 2008 r., sygn. akt SK 16/07.
5. Uchwała Sejmu RP z dnia 30.07.1992 r. Regulamin Sejmu RP, M.P. z 1992 r. nr 26, poz. 185.
6. Ustawa z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. z 1991 r. nr 91, poz. 408.

³⁸ *Korupcja w Polsce: przegląd obszarów priorytetowych i propozycji przeciwdziałania zjawisku*, Warszawskie Biuro Banku Światowego, cyt. za: P. Krzemiński, *Kontrola operacyjna...*, op.cit., s. 152.

7. Ustawa z dnia 2.12.2009 r. o izbach lekarskich, Dz.U. z 2009 r. nr 219, poz. 1708.
8. Ustawa z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011 r. nr 112, poz. 654.

Wydawnictwa zwarte

1. Biedermann T., *Max Weber: Drei Arbeiten*, Verlag Thomas Biedermann, Hamburg 2011.
2. Dulinić E., *Marketing międzynarodowy*, PWE, Warszawa 2007.
3. Longtin Y., Sax H., Leape L.L., Sheridan S.E., Donaldson L., Pittet D., *Zaangażowanie pacjenta: stan wiedzy i wpływ na bezpieczeństwo opieki*, tłum. K. Kurek, „Medycyna po Dyplomie” 2010, nr 6.
4. Mąka J., *Prowokacja jako narzędzie działania służb policyjnych*, „Przegląd Bezpieczeństwa Wewnętrznego” 2010, nr 3.
5. *Policja w walce z korupcją. Opis sposobu działania sprawców w wybranych sprawach*, Biuro Kryminalne Komendy Głównej Policji, 9.12.2010.
6. *Zdarzenia niepożądane i postrzeganie bezpieczeństwa opieki zdrowotnej. Wyniki badania opinii publicznej. Fala I–III*, Centrum Badania Opinii Społecznej, listopad 2015 r.

Artykuły prasowe

1. Bartman K., *Kodeks nie zabrania krytykować lekarzy*, *dziennik.pl*, 22.04.2008.
2. Blasius H., *Verdeckte Ermittler der Kassen gegen Sozialmissbrauch. „Mystery shopping“ in Österreich*, *Deutsche Apotheker Zeitung*, DAZ.online, 3.05.2016.
3. Gontarski W., *Granice legalności prowokacji policyjnej – opinia prawna sporządzona na zlecenie Kancelarii Sejmu RP 13 lipca 2007 roku*, „Gazeta Sądowa” 2007, listopad.
4. Krzemiński P., *Kontrola operacyjna a tajemnica lekarska. Stosowanie środków techniki operacyjnej wobec osób podejrzanych wykonujących zawody medyczne*, „Medyczna Wokanda” 2013, nr 5.
5. Stauffer P., *Doktor Szychowska. Czarna owca wśród białych kitlów*, „Nowa Trybuna Opolska”, 9.06.2012.
6. Straub M., *Was Scheinpatienten der Kassen (nicht) dürfen*, *derStandard.at*, 28.11.2016.

Materiały internetowe

1. *Ärztammer gegen Bespitzelung von Ärzten und Patienten*, oświadczenie Austriackiej Izby Lekarskiej (Österreichische Ärztekammer), www.aerztammer.at/home/-/asset_publisher/777cp2QuE8rt/content/id/5270526
2. *Encyklopedia PWN*, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/patologie-spoleczne;3955029.html>
3. *Informationsoffensive gegen „Mystery Shopping“*, oświadczenie Austriackiej Izby Lekarskiej (Österreichische Ärztekammer), www.aerztammer.at/nft-gesundheitspolitik/-/asset_publisher/gBt5/content/id/21684596, 30.05.2016.
4. Lisowska B., *Opinie o lekarzach pod lupą sądu: Internauta oceni lekarza, ale za jego zgodą?*, „Gazeta Prawna”, http://prawo.gazetaprawna.pl/artykuly/793561_opinie-o-lekarzach-pod-lupa-sadu-internauta-oceni-lekarza-ale-za-jego-zgoda.html, 29.04.2014.

5. Nojszewska E., *Reforma służby zdrowia. Pomysły rządu ocenia ekspert SGH*, www.youtube.com/watch?v=KN17oAFMQeQ, 12.09.2016 r.
6. *Raporty z polskich badań na temat bezpieczeństwa opieki. Badanie opinii publicznej na temat zdarzeń niepożądanych i postrzegania bezpieczeństwa opieki zdrowotnej*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, www.cmj.org.pl/raporty.php, dostęp 14.07.2018.
7. Skibniewska A., *Spisek lekarzy*, „NIE” 2010, nr. 29 i 36, <http://skibniewska.blogspot.com/2013/02/spisek-lekarzy-nie-292010-oraz-nie.html>.
8. *Słownik języka polskiego PWN*, <https://sjp.pwn.pl/slowniki/patologia.html>
9. *Służba czy ochrona zdrowia?*, „Rynek Zdrowia”, www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Sluzba-czy-ochrona-zdrowia,167586.html, 18.11.2016.
10. Sulikowska L., *Jak minister, to nie lekarz? Polska jest wyjątkiem*, „Gazeta Lekarska”, <http://gazetalekarska.pl/?p=40432>, 18.05.2018.
11. Wikipedia, hasło: Marian Czeakański, https://pl.wikipedia.org/wiki/Marian_Czaka%C5%84ski.
12. *Wspólnie dla zdrowia – narodowa debata o zdrowiu. Ogólnonarodowa debata o kierunkach zmian w ochronie zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia, www.gov.pl/zdrowie/wspolnie-dla-zdrowia, 19.04.2018.

Inne materiały

1. Hamankiewicz M., *List otwarty Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej do lekarzy z 14.09.2017 r.*, sygn. NRL/ZRP/MBK/604/1592/2017.

Economic, Legal and Organisational Aspects of Pathologies in the Healthcare Sector

Summary

The aim of the study is to fill the gap in the literature devoted to health care economics by presenting pathologies in the health service, the possibilities of counteracting them and their impact on the costs of health care. The author proves that it is mainly the medical community that influences the functioning of the health care system in Poland. The weakening of professional solidarity among doctors and the reduction of the influence of the medical lobby on shaping the organizational and legal conditions of the functioning of health care is a prerequisite for starting reforming it effectively. Just increasing the outlays on health services with its current lack of transparent corruption-related structure does not have to solve problems, but can only contribute to even greater wastage of public funds.

Keywords: health care economics, corruption, medical errors, control system
