



WSTĘP DO

VADEMECUM
MINISTRA
ZDROWIA

Krzysztof Łanda

Nie ma znaczenia, czy minister zdrowia będzie lekarzem, ekonomistą, czy prawnikiem. Nie ma dla niego specjalnego uniwersytetu. Pewne jednak jest, że osoba idealnie wpisująca się w to stanowisko powinna posiadać trzy cechy: odpowiednią postawę moralną, mocną pozycję polityczną i szerokie kompetencje.

W koszyku świadczeń gwarantowanych jest ponad 100 tysięcy technologii medycznych, które układają się w niezliczone algorytmy diagnostyczno-terapeutyczne, są stosowane u chorych w różnych stanach zdrowia i często z różnymi chorobami współistniejącymi. Medycyna zawsze będzie sztuką i nie da się jej zapisać w postaci książki kucharskiej¹, ale już system ochrony zdrowia można opisać tak, aby osoba stojąca na czele tego systemu popełniła jak najmniej błędów.

Niestety, polityka w wielu krajach daje prawo do bezkarnego popełniania błędów. Im bardziej system opieki zdrowotnej (SOZ) jest scentralizowany i upolityczniony, tym więcej jest bezkarności za błędy i zaniechania, a jednocześnie tym mniej profesjonalizmu w zarządzaniu systemem. W przeregulowanych SOZ im mniej konkurencji, tym więcej polityki i ręcznego sterowania. Z kolei brak regulacji, jak pokazują liczne przykłady z historii medycyny, może być równie szkodliwy jak nadregulacja.

SOZ jest najbardziej skomplikowaną gałęzią gospodarki. Oprócz ogromnej liczby świadczeń diagnostycznych, terapeutycznych czy profilaktycznych, ani pojęcie klienta, ani pojęcie płatnika nie są jednoznaczne. Rynek świadczeń zdrowotnych jest niezwykle zróżnicowany, a zarządzanie nim wymaga pełnego profesjonalizmu. Problem w tym, że niełatwo znaleźć osoby, które posiadają odpowiednią wiedzę, umiejętności i charakteryzują się właściwą postawą² niezbędną do sprawowania stanowiska ministra zdrowia.

Różnice rynku świadczeń zdrowotnych i rynku doskonale konkurencyjnego

Rynek świadczeń zdrowotnych nie jest rynkiem doskonale konkurencyjnym. Wejście na rynek świadczeń zdrowotnych jest trudne i obwarowane wieloma wymaganiami. Również wyjście z niego nie jest proste. Na różnych poziomach

¹ <https://www.termedia.pl/mz/Kapitan-minister,51818.html> (dostęp: 25.05.2026)

² Na końcu książki przedstawiono Dekalog Mądrego Ministra Zdrowia opracowany w 2005 r. przez prof. Zbigniewa Szawarskiego, Krzysztofa Łandę, Jacka Siwca, Marka Kokota i polityka chcącego zachować anonimowość. <http://www.korektorzdrowia.pl/o-whc/dekalog-madrego-ministra-zdrowia/> (dostęp: 08.06.2026).

i w wielu miejscach mamy do czynienia z lokalnymi lub krajowymi monopolami, a płatnik często, np. w Polsce, jest monopsonem. Nie występuje coś takiego, jak „doskonała informacja” o produkcie czy usłudze medycznej. Ani lekarz, ani producent, regulator, a tym bardziej pacjent, nie mają pełnej informacji o wykonywanym świadczeniu czy stosowanym produkcie, gdyż medycyna opiera się na ocenie prawdopodobieństwa na podstawie niejednorodnych prób.

Skoro występuje tak wiele poważnych różnic pomiędzy rynkiem doskonale konkurencyjnym i rynkiem świadczeń zdrowotnych, to ten drugi musi być regulowany. Konkurencja jest zdrowa, ale na rynku świadczeń zdrowotnych z tak licznymi niedoskonałościami powinna być ona regulowana. Na pytanie, po co regulować i jak dalece ingerować w rynek, polityka w zależności od kraju daje różne odpowiedzi. Zbyt duże i za daleko idące regulacje są szkodliwe, ale ich brak na rynku świadczeń zdrowotnych, któremu daleko do doskonałości, trudno sobie wyobrazić. Politycy powinni więc dążyć do optimum regulacji, biorąc pod uwagę cele i wartości różnych interesariuszy SOZ, które często stoją wobec siebie w oczywistym konflikcie. W Vademecum stawiamy tezę, że regulacje w SOZ powinny przede wszystkim zmierzać w kierunku funkcjonalnego zbliżenia rynku świadczeń zdrowotnych do rynku doskonale konkurencyjnego – innymi słowy, regulacje powinny niwelować wpływ niedoskonałości rynku świadczeń zdrowotnych w danym segmencie w celu zachowania zdrowej konkurencji oraz zapewnienia dobrej podaży najważniejszych świadczeń zdrowotnych. Rynek świadczeń zdrowotnych powinien być regulowany, ale tylko w niezbędnym stopniu. Zasada minimalnej koniecznej regulacji powinna przyświecać każdemu ministrowi zdrowia.

Zgodnie z kryteriami refundacyjnymi i zasadami *Value Based Health Care* (VBHC; system opieki zdrowotnej oparty na wartościach) gwarantowane powinny być najważniejsze świadczenia zdrowotne z perspektywy pacjenta, a więc:

- najbardziej istotne dla poprawy lub zachowania zdrowia populacji (podejście utylitarne) lub jednostki (podejście egalitarne),
- o udowodnionej, wysokiej efektywności klinicznej,
- o największej sile interwencji (z opcjonalnych) w danym wskazaniu medycznym przy akceptowalnym koszcie wykonania – biorąc przy tym pod uwagę koszty alternatywne,
- możliwe do sfinansowania w ramach planu zabezpieczenia lub w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Przyjęcie zasady minimalnej, lecz koniecznej regulacji (w celu niwelowania niedoskonałości rynku świadczeń zdrowotnych) prowadzi do wniosku, że warunkiem

sine qua non prawidłowo funkcjonującego SOZ oraz rzeczywistego upodmiotowienia pacjenta jest istnienie regulowanej konkurencji. Konkurencja jest zjawiskiem pożądanym, ponieważ jej brak zawsze prowadzi do negatywnych konsekwencji. Powinna ona obejmować nie tylko świadczeniodawców na każdym poziomie referencyjnym, ale także rynek podstawowych i dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Konkurencja w SOZ musi jednak podlegać odpowiednim regulacjom. Zarówno brak regulacji, ich niedostateczny poziom, jak i nadmierna, zbyt restrykcyjna regulacja mogą prowadzić do niekorzystnych rezultatów. Kluczowe znaczenie ma zatem poszukiwanie optymalnego jej poziomu, zapewniającego równowagę między swobodą działania uczestników rynku a ochroną interesu publicznego. Regulacje powinny pozostawać elastyczne, ponieważ optymalny model funkcjonowania systemu zmienia się w czasie wraz z ewolucją systemu ochrony zdrowia, rozwojem technologii medycznych, zmianami kosztów i cen świadczeń gwarantowanych, a także przemianami demograficznymi i epidemiologicznymi populacji.

Dla kogo jest to Vademecum?

Vademecum ministra zdrowia jest podręcznikiem dla osób, które pełnią lub w przyszłości mogą pełnić tę zaszczytną funkcję. Vademecum jest także dla osób, które obserwują prace ministrów zdrowia i dokonują oceny ich działalności, a więc dla osób, które chcą sobie wyrobić ocenę na temat pracy danego ministra na tym stanowisku.

Minister zdrowia przeczyta w Vademecum, jakie narzędzia wpływu ma do dyspozycji, jaki jest zakres użycia poszczególnych instrumentów i jakie będą skutki ich zastosowania. Ponadto, w jaki sposób wykorzystanie jednego instrumentu oddziałuje na funkcjonowanie SOZ, ale też jak takie czy inne użycie instrumentu wpłynie na zastosowanie i rezultaty użycia powiązanych instrumentów zarządzania SOZ.

SOZ jak wielki żaglowiec

System opieki zdrowotnej można porównać do wielkiego pełnomorskiego statku żaglowego, a ministra zdrowia do kapitana tego okrętu. Statek ma różne podzespoły i tysiące elementów tworzących złożony układ o wielu różnych

funkcjach. Na niektóre z tych elementów, np. kształt kadłuba, rodzaj silnika, typ ożaglowania czy liczba masztów, kapitan, który wypłynął w morze, nie ma wpływu. Ma natomiast wpływ na różnego rodzaju podzespoły i ich funkcjonowanie, m.in. na liczbę i rodzaj rozwiniętych żagli, stopień ich wybrania, pracę silnika czy wychylenie steru, na światła, wachty, strukturę dowodzenia i standardowe procedury operacyjne załogi. Trudno sobie wyobrazić kapitana, który miałby dowodzić okrętem, nie znając się na nawigacji i nie wiedząc, jakie instrumenty ma do dyspozycji. Groziłoby to katastrofą, a w SOZ chodzi przecież o życie ludzkie.

Najważniejsze instrumenty w ręku ministra

System opieki zdrowotnej jest wielowymiarowy, a minister ma możliwość posługiwania się ograniczonym zestawem instrumentów. Minister może użyć niektórych z nich szybko i łatwo, zwykle bez zmian ustawowych (dalej przedstawione jako „domeny wertykalne”), natomiast użycie innych instrumentów wymaga czasu, nie jest proste i często wiąże się z koniecznością zmian ustawowych (dalej zostały przedstawione jako „domeny horyzontalne”).

Domeny wertykalne – instrumenty wpływu na SOZ w ręku ministra

Domeny wertykalne to instrumenty zarządcze w ręku ministra zdrowia, które pozwalają na niemal natychmiastowy wpływ i dokonanie zmian funkcjonowania SOZ. Zgodnie z prezentacją kolejnych rozdziałów Vademecum, może on wpływać na:

- koszyk i jego zawartość – chodzi tu także o refundację leków,
- ceny i taryfy – z lub bez współpłacenia określonego rodzaju i określonej wysokości,
- sposoby płacenia świadczeniodawcom – przy ewentualnym uwzględnieniu hazardu moralnego,
- sieci i usieciowienie w zakresach,
- inwestycje w nową infrastrukturę i inwestycje odnowieniowe,
- qualitykę, czyli najważniejsze narzędzia monitorowania jakości, zapewniania jakości i zarządzania jakością,
- ubezpieczenia podstawowe i dodatkowe: suplementarne i komplementarne,
- wybór narzędzi wsparcia rozwoju przemysłu medycznego,
- mechanizmy selekcji pozytywnej lub negatywnej urzędników w urzędach centralnych zajmujących się SOZ,
- cyfryzację.

Minister zdrowia ma prawo wpisać technologię medyczną do koszyka świadczeń gwarantowanych. Podjęcie takiej decyzji sprawia, że dana technologia staje się dostępna dla pacjentów, lekarze mogą wykonywać procedury z jej użyciem, a producenci sprzedają swoje wyroby i leki. Jeśli coś nie zostanie wpisane do koszyka, to sprzedaż zwykle będzie minimalna bądź żadna.

Minister może ustalić bardzo korzystną taryfę, a więc maksymalizować podaż i popyt na dane świadczenie zdrowotne, albo ustalić taryfę poniżej kosztów wykonania ze wszystkimi tego konsekwencjami jak kolejki i minimalizacja stosowania. Dodatkowo może zastosować jeden z trzech rodzajów współpłacenia i mimo korzystnej taryfy ograniczyć albo wzmocnić wykonywanie określonych świadczeń w konkretnych wskazaniach medycznych. Może zastosować współpłacenie świadomie, w związku z wysokim hazardem moralnym albo bez związku z nim, w celu pozyskania dodatkowych środków finansowych czy dla ograniczenia podaży i popytu na konkretną technologię medyczną.

Minister zdrowia może wybrać różne sposoby finansowania świadczeniodawców i przez to kreować ich zachowania ukierunkowane na maksymalizację zysku lub minimalizację strat. Może wybrać proste sposoby finansowania ze wszystkimi ich konsekwencjami albo tworzyć rozwiązania hybrydowe, które pozwolą lepiej wpływać na świadczeniodawców, aby realizowali cele polityki zdrowotnej i cele strategiczne rządu.

Minister zdrowia może świadomie kreować bazę świadczeniodawców w odpowiedzi na potrzeby zdrowotne populacji, ale i ograniczać podaż w danym zakresie świadczeń, np. z przyczyn politycznych. Dalej, może on budować sieci szpitali albo tworzyć sieci oddziałów, przy czym powinien wiedzieć, że te ostatnie łatwiej dostosować do zmapowanych potrzeb zdrowotnych. Wreszcie może też wprowadzić usieciowienie w zakresach na kształt *Breast Cancer Units* (BCU) bez dodatkowych kryteriów albo z kryteriami demograficzno-geograficznymi, które pozwalają na bardzo precyzyjne dostosowanie niezbędnej bazy świadczeniodawców i lekarzy do dokładnie określonego, wąskiego zakresu świadczeń czy rozpoznąń.

Rozwój bazy świadczeniodawców i sprzętu może być wzmocniony albo ograniczony decyzjami inwestycyjnymi. Minister zdrowia może wpływać na podział środków inwestycyjnych. Może tworzyć i rozdzielać budżety inwestycyjne na nową infrastrukturę i na odnowienia, w odpowiedzi na zapotrzebowanie polityczne lub w sposób przejrzysty i racjonalny przy użyciu narzędzi MCDA (*Multiple-Criteria Decision Analysis*, analiza wielokryterialna), takich jak IOWISZ (instrument oceny wniosków inwestycyjnych w sektorze zdrowia) w Polsce.

Minister zdrowia ma pełne spektrum możliwości wpływania na rynek i konkurencję w zakresie ubezpieczeń podstawowych i dodatkowych. Może kreować

rynki ubezpieczeń oparte na konkurencji albo wprowadzać monopsony płatników, poddanych scentralizowanemu wpływom politycznym ze wszystkimi tego konsekwencjami. Może próbować oszukiwać społeczeństwo, że „wszystko należy się wszystkim” w ramach składki podstawowej albo poddać grze rynkowej ubezpieczeń komplementarnych świadczenia spoza koszyka. Może też przyznać, że są technologie medyczne, których nie wpisał do koszyka albo schować głowę w piasek i udawać, że takich technologii nie ma.

Wreszcie minister zdrowia ma cały arsenał możliwości kreowania i wpływu na stosowanie narzędzi jakości. Może nie tylko monitorować jakość opieki zdrowotnej, ale też zarządzać jakością. Aby w ogóle mieć wpływ na jakość świadczeń zdrowotnych, musi wiedzieć, jakimi narzędziami jakości dysponuje i w jakim celu oraz w jaki sposób może ich użyć.

Domeny horyzontalne

Domeny horyzontalne to elementy konstrukcji wspomnianego wcześniej okrętu, na które kapitan nie ma wpływu po wypłynięciu w morze. „Przenikają” one przez wszystkie domeny wertykalne i w większym bądź mniejszym stopniu warunkują ich funkcjonowanie. Ograniczenia domen horyzontalnych przekładają się na ograniczenia możliwości (zakres i szybkość reakcji) stosowania domen wertykalnych. Niestety, dokonanie zmian w ich zakresie to praca rozłożona na lata, wymagająca często prowadzenia kosztownych projektów, oczywiście najlepiej ponad podziałami politycznymi. Zmiany w zakresie domen horyzontalnych są trudne, a minister zdrowia nie jest w stanie wprowadzić ich tak szybko, jak w przypadku regulacji dokonywanych w zakresie domen wertykalnych.

Do domen horyzontalnych, które wpływają na wszystkie przedstawione w Vademecum instrumenty, należą m.in.:

- wielkość budżetu na SOZ,
- Public Relations (PR) i zasady oraz praktyka zarządzania kryzysowego,
- informatyzacja systemowa i centralne rozwiązania cyfrowe,
- zasady zarządzania zasobami ludzkimi (HRM, Human Resources Management, podaż, kształcenie pracowników w SOZ),
- logistyka: łańcuchy dostaw, zasady i praktyka magazynowania, transportu i dystrybucji,
- tworzenie prawa w zgodzie lub wbrew zasadom dobrej legislacji,
- możliwości i zasady zarządzania strategicznego,
- zasady i praktyka zarządzania finansami,
- zasady i praktyka zarządzania projektami i procedurami administracyjnymi,

- zasady i praktyka relacji międzynarodowych,
- zasady i praktyka marketingu, w tym marketingu politycznego,
- zasady i praktyka zbierania oraz analizy danych.

Powyższe elementy mają duże znaczenie i bezpośredni wpływ na funkcjonowanie wszystkich domen wertykalnych, czyli możliwości użycia najważniejszych instrumentów w ręku ministra zdrowia. Zakres tematów poruszonych w Vademecum został ograniczony do przedstawienia najważniejszych instrumentów wpływu, natomiast jedynie ogólnie odnosi się do domen horyzontalnych, ale z dwoma wyjątkami.

W Vademecum znajduje się rozdział dotyczący wybranych aspektów zarządzania zasobami ludzkimi (HRM) oraz rozdział dotyczący zasad informatyzacji i cyfryzacji z perspektywy ministra zdrowia. Rozdział o zarządzaniu zasobami ludzkimi traktuje o implikacjach występowania warunków selekcji pozytywnej lub selekcji negatywnej podwładnych ministra, którzy mają realizować jego polecenia lub mu doradzać. Dotyczy to także pracowników urzędów centralnych w SOZ, w których tworzone jest prawo i którzy pełnią kluczową rolę w egzekwowaniu obowiązującego prawa. Zagadnienie to jest szczególnie ważne, gdyż bez doświadczonej i posiadającej odpowiednie umiejętności załogi, żaden kapitan nie dopłyne do celu, choćby wydawał najbardziej trafne i sensowne komendy czy polecenia. Rozdział dotyczący informatyzacji i cyfryzacji porusza aspekty praktyczne związane z wprowadzaniem nowoczesnych rozwiązań dotyczących przepływu i zarządzania informacją.

Wpływ polityki na SOZ

Kontynuując porównanie SOZ do żaglowca, a ministra zdrowia do jego kapitana, wpływ polityki na SOZ jest podobny do wpływu armatora na losy okrętu. Armator może wybrać kapitana, a po jakimś czasie odwołać go z tej funkcji. Armator określi miejsca destynacji, a nawet, w porozumieniu z kapitanem, z grubsza wytyczy trasę. Ale to kapitan odpowiada za funkcjonowanie żaglowca na morzu. Armator często nie zna się na żegludze, manewrowaniu okrętem, zarządzaniu załogą ani na nawigacji – i nie musi. To kapitan powinien posiadać wiedzę o „instrumentach” znajdujących się na pokładzie, a także umiejętności do ich używania. Bez tego ryzyko katastrofy morskiej znacząco rośnie i choć dryfowanie także jest rodzajem podróży, to raczej nie o to w tym wszystkim chodzi.

Armator może działać lepiej lub gorzej. Jednak armatorem i polityką w Vademecum nie będziemy się zajmować. Na ograniczonej objętości tekstu przedstawiamy zasady

prawidłowej żeglugi i możliwości wykorzystania podstawowych instrumentów, które kapitan ma do dyspozycji w czasie żeglugi. Jest nadzieja, że również niejeden armator skorzysta ze wskazówek zawartych w tym Vademecum, co przełoży się na zadowolenie całego społeczeństwa.

Wszystkim przyszłym i obecnym ministrom zdrowia życzę pouczającej lektury, a następnie pomyślnych wiatrów i stopy wody pod kilem.

Lek. Krzysztof Łanda

*PS Szczególnie serdecznie dziękuję
wszystkim współautorom Vademecum
oraz Milenie, która motywowała mnie do pracy nad nim.
Bez nich ta książka nigdy by nie powstała.*