

W poprzednim numerze *Menedżer Zdrowia* otworzył dyskusję na temat relacji lekarz – firma farmaceutyczna i transparentności polityki lekowej. Dzisiaj prezentujemy kolejny głos w dyskusji. Dr Grzegorz Luboiński, lekarz onkolog, ekspert programu *Przeciw Korupcji* Fundacji im. Stefana Batorego, przedstawia korupcjogenność polskiego systemu ochrony zdrowia.

Patologie systemu ochrony zdrowia

Korupcyjna lustracja

Grzegorz Luboiński

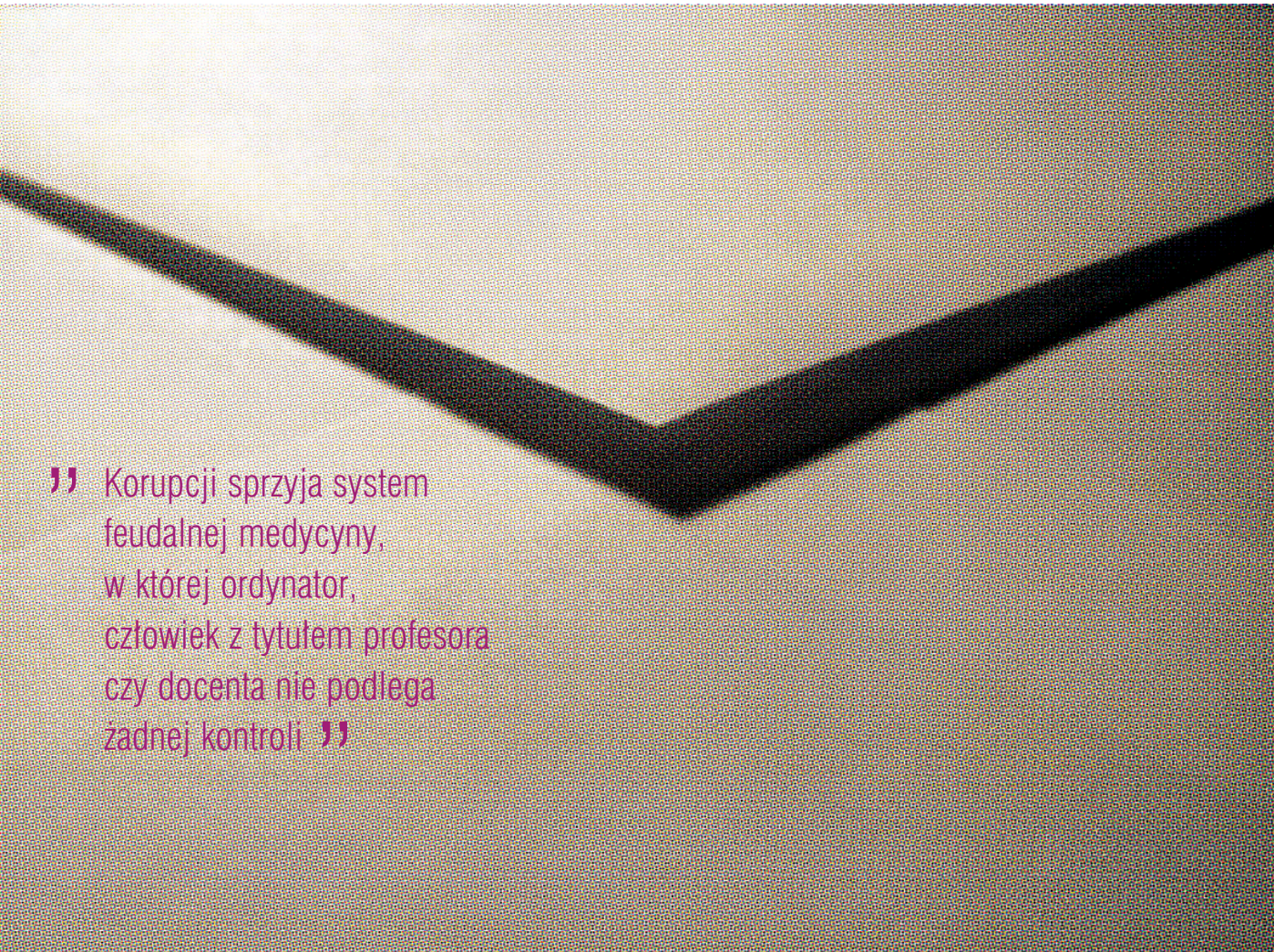
Korupcja w medycynie to przede wszystkim korupcja w środowisku lekarzy. Medycy chcą bowiem być najważniejszym ogniwem w zespołach pracowników ochrony zdrowia. A przejmując kierowniczą rolę w systemie, stali się najbardziej podatnymi na zjawiska korupcyjne, pojawiające się we współczesnym świecie. Jednocześnie lekarze żądają, aby traktowano ich jak funkcjonariuszy publicznych. Oznacza to, że domagając się korzyści za spełnienie obowiązku służbowego, są osobami skorumpowanymi.

Korupcja rozwija się na styku kontaktów lekarzy z pacjentami, między pracownikami (kolegami lekarzami lub innymi pracownikami służby zdrowia) i w trakcie współpracy z podmiotami zewnętrznymi (z firmami farmaceutycznymi, producentami sprzętu medycznego). Należy jednak podkreślić, że jest to podział umowy, ponieważ

w każdym działaniu pozaprawnym (przestępczym) dochodzi do zazębienia się tych płaszczyzn.

Lekarz – pacjent

Najbardziej dolegliwa społecznie jest korupcja na styku lekarz – pacjent. Czynnikiem sprzyjającym rozwojowi tej patologii jest niewątpliwie



» Korupcji sprzyja system feudalnej medycyny, w której ordynator, człowiek z tytułem profesora czy docenta nie podlega żadnej kontroli »

graf. (3x) notasha

pozostałość po poprzednich systemach panujących w Polsce. System feudalnej medycyny, w której ordynator, człowiek z tytułem profesora czy docenta nie podlega żadnej kontroli, a źle pojęta solidarność środowiska, w której zatracono miejsce na zdrową rywalizację i konkurencję doprowadziła do tego, że pacjent czuje się przedmiotem w trybach odhumanizowanej maszyny. Pacjent jest utrzymywany w wierze, że narażenie się lekarzowi, a zwłaszcza luminarzowi medycyny doprowadzić może jedynie od tego, że całe środowisko medyczne będzie przeciwko niemu.

Ten irracjonalny na pozór lęk świadczy o tym, jak nisko oceniane jest morale środowiska lekarskiego i jak głęboko zakorzeniona w społeczeństwie wiara, że z *nimi* nikt nie wygra. W słuszności takiego rozumowania utwierdza fakt nieskuteczności działań sądów korporacyjnych czyli izb lekarskich

Kopertowy rynek

Reglamentacja usług medycznych doprowadziła do tego, że pacjent wie, iż o przyjęciu do szpitala, operacji (lub odstąpieniu od niej) lub kwalifikacji do leczenia decyduje lekarz. Powoduje to przemożną chęć wpłynięcia na decydenta, by podjął decyzję korzystną dla przedmiotu, którym faktycznie jest pacjent. Jeszcze niedawno

przychylność pozyskiwano przez ułatwianie dostępu do dóbr reglamentowanych (zartobliwie mówiąc – cielęciny, jajek czy butelki koniaku). Przy bardziej skomplikowanych zabiegach przychylność pozyskiwano przydziałem na samochód lub mieszkanie. Obecnie wytworzył się *normalny* rynek i giełda informacji. Na giełdzie tej można uzyskać wyczerpujące informacje, u którego lekarza najlepiej się leczyć, a u którego chirurga operować. Niestety, często informacje te są nieprawdziwe. Zdarza się bowiem, że miernoty kryją się za szyldem utytułowanej firmy (kliniki, instytutu). Tutaj solidarność luminarzy powoduje, że kierownik kliniki, mając świadomość mierności swego kolegi (czemu wyraz daje w rozmowach prywatnych), na zewnątrz będzie piał na jego cześć peany, licząc na wzajemność.

Giełda zwykle dostarcza też wyczerpujących informacji, jak przekazać dowód wdzięczności. Czy wręczyć kopertę osobiście, czy pozostawić ją u sekretarki tuza, czy wręcz uzgodnić z nią cenę (w ten sposób szef pozostaje czysty).

W wielu szpitalach, zwłaszcza wymagających planowych przyjęć, *ostateczna* kwalifikacja jest zastrzeżona dla kierownika lub wskazanej przez niego osoby gwarantującej lojalność. Przyjęcie nie przesądza jeszcze o podjęciu leczenia. Czasem szczególnych zabiegów wymaga

wykonanie deficytowych badań dodatkowych, otrzymanie deficytowych leków, zakwalifikowanie do programu takiego czy innego leczenia, czy wreszcie wpisanie do planu operacyjnego. Rozłożone na raty postępowanie wymaga dodatkowych zabiegów, związanych z wyborem operatora lub lekarza leczącego.

Często wybory te są dokonywane w przeddzień operacji lub zaraz po przyjęciu do szpitala. Rodzina lub sam pacjent muszą się zgłosić *na rozmowę* do ordynatora i uzgodnić szczegóły i zakres operacji, a czasem osobę operatora. W czasie rozmowy w cztery oczy wymieniana bywa należna kwota. Niejednokrotnie dopiero po tej rozmowie pacjent jest umieszczony w planie operacyjnym.

NZOZ w kieszeni

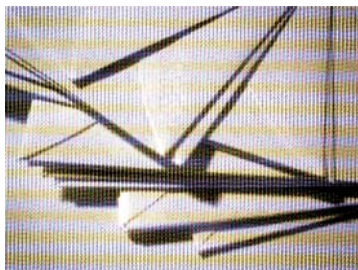
Korupcyjne są również tzw. przychodnie, spółdzielnie i gabinety prywatne. Tu zwykle sekretarka kliniki lub oddziału wyczerpująco in-

bezpośredniego związku wizyty i przyjęcia do szpitala. Są kliniki, w których nawet w karcie informacyjnej zalecane jest badanie kontrolne w fundacji czy spółdzielni.

Lekarz bez VAT

Giędy zwykle dostarczają szczegółowych informacji o cenach zabiegów. Bywa też, że sekretarka podaje adres sklepu z antykami lub antykwariatu, w którym szef wybrał dla siebie kilka drobiazgów bądź interesujący starodruk. Doświadczony antykwariusz wie, co będzie wystarczającym ekwiwalentem trudu lekarza.

Podobno zdarzają się lekarze kategorycznie odmawiający przyjmowania kopert (czy są tacy?). W takich sytuacjach kopertę zastępuje łańcuszek z drogiego kruszcu, markowy zegarek lub papierośnica. Niektórym lekarzom, z zupełnie niezrozumiałych względów, taka forma wdzięczności wydaje się bardziej etyczna. Zwykle jednak ekwiwalentem za przychyłność jest



„ System reglamentacji usług medycznych doprowadził do sytuacji, w której pacjent wie, że decyzje o przyjęciu do szpitala, operacji (lub odstąpieniu od niej) czy kwalifikacji do leczenia są w rękach lekarza „

formuje, w jakiej przychodni przyjmuje szef (najczęściej docent lub profesor), lub gdzie ma prywatny gabinet. W gabinecie prywatnym zatrudniona bywa sekretarka szefa, która zapisuje pacjentów w czasie pracy w jednostce. W prywatnych gabinetach zatrudnione bywają również pielęgniarki z oddziału (dzięki temu można od razu zdobyć przychyłność personelu średniego). To jest już klasyczny przykład zaszewiania się płaszczyzn korupcyjnych.

Kolejnym miejscem takich działań są przychodnie przyszpitalne, prowadzone najczęściej przez fundację czy spółkę, w której przyjmują zwykle ordynatorzy, profesorowie i docenci. W wielu miejscach bez skrupułów wywieszane są godziny przyjęć, pokrywające się z godzinami normalnego zatrudnienia. Przychodnie ordynatorsko-profesorskie to typowe *łowiiska* – miejsca, gdzie można załatwić miejsce w szpitalu lub skierowanie na leczenie i deficytowe badanie. Wiadomo także, iż leczenie szpitalne jest możliwe dopiero po określonej liczbie wizyt w przychodni. W ten sposób nie można udowodnić

określona kwota wyrażona w złotych lub walutach do niedawna zwanych wymiennymi. Kwoty te za przyjęcie do znanych klinik wynoszą od tysiąca do 15 tys. zł.

Kolejnym skutecznym sposobem uzyskania właściwej opieki medycznej jest poszukiwanie tzw. *dojścia*. Zwykle wystarczy telefon polityka, a często jego asystentki. W oczekiwaniu na rewanż (przychyłość polityka) ordynator poleca przyjąć poza kolejką, a niejednokrotnie sam zajmuje się (jak pacjent ma pecha) poleconym. Znane są przypadki zwolnienia pielęgniarki, która w opinii prezydenta miasta (*de nomine* – właściciela szpitala, a więc przełożonego dyrektora placówki) była zbyt opieszła.

Znane i wołające o pomstę do nieba działania, to wezwanie pacjenta lub jego rodziny w przeddzień operacji i poinformowanie, że w czasie zabiegu może zająć konieczność użycia szczególnego sprzętu. W takiej sytuacji lekarz informuje, że sprzęt ten może zdobyć dzięki prywatnym kontaktom z producentem lub firmą, a to musi kosztować...

Urzędnik też człowiek

Szczególnym typem korupcji jest ta, pojawiająca się na styku pacjenta i pracownika urzędu płatnika za usługę (kasy chorych, NFZ, czasem lekarza). Znany jest mi przypadek, że żądano gratyfikacji za wydanie tzw. promesy na leczenie w renomowanej placówce znajdującej się w innym regionie Polski. Ostatnie zarządzenie ministra zdrowia, dotyczące leczenia za granicą nakazuje dostarczyć opinię podpisaną przez doktora habilitowanego lub profesora, a nie wspomina nic o jego kwalifikacjach specjalizacyjnych. W efekcie profesor historii medycyny może opiniować celowość leczenia guza mózgu. To kolejne pole sprzyjające korumpowaniu grupy nazywanej elitą naukową.

Korupcyjny ping-pong

Innym działaniem korupcyjnym jest przekupywanie lekarzy przez lekarzy lub innych pracowników ochrony zdrowia. Raz będzie to

dzicach. Jak szybko i łatwo zdobywają kolejne stopnie naukowe i specjalizacje. (Czyżby genetyczna doskonałość? Bo przecież o nepotyzmie strach nawet myśleć.)

Obsada stanowisk kierowniczych w ochronie zdrowia oparta jest już na ewidentnych zasadach nepotyzmu, kumoterstwa, układów i zależności. Pseudokonkursy, które miały uzdrowić obsadę stanowisk, odbywają się w małych szpitalach, gdzie i tak startuje tylko faworyt. Czasami namawia on któregoś z kolegów do startu *na zajęcia*. W ten sposób wszystko odbywa się *lege artis*. W klinikach uniwersyteckich jest to jeszcze większa fikcja, bo środowisko nie dopuści nikogo z zewnątrz.

Nowym, bardzo niebezpiecznym dla środowiska problemem jest kształcenie i szkolenie zawodowe. Znane są przypadki uzależniania od gratyfikacji finansowych objęcia opieką przeszłego specjalisty. Dzieje się tak zwłaszcza w intrygujących specjalnościach (chirurgia, okulistyka, laryngologia czy urologia).

” Przychodnie ordynatorsko-profesorskie, są typowymi *lowiskami* – miejscami, gdzie można załatwić miejsce w szpitalu, lub skierowanie na leczenie czy deficytowe badanie ”

zwykły *ping-pong*. Mechanizm jest prosty: lekarz mówi pacjentowi, że na pewnym etapie terapii jego rola się kończy i odsyła chorego do zaprzyjaźnionego profesora, który odwzajemnia się tym, że potem *zwraca* leczonego do punktu wyjścia. Jest to próba przesyłania chorych z listami polecającymi między poszczególnymi specjalistami, stosowana również w krajach zachodnich. Tam wprawdzie za konsultacje zwykle płacą firmy ubezpieczeniowe, ale niektórym wydaje się, że ten system zbliża nas do Europy.

Kolejnym, bardzo destrukcyjnym na środowisko działającym zachowaniem jest przysyłanie pacjenta jako zapłaty za przyszlą przychylność tuza. Działa to na zasadzie: *ja panu przysyłam pacjentów, a niedługo pan profesor będzie recenzentem pracy doktorskiej, habilitacyjnej mojego podopiecznego, więc rozumie pan...* Feudalny system powoduje, że kierownik kliniki może wiernemu asystentowi pozwolić na pracę (zwykle lepiej płatną) w godzinach normalnej aktywności kliniki czy oddziału. Szokujące, jak zdolne są dzieci luminarzy medycyny, zwłaszcza te, które wybrały specjalność po ro-

Drobniakiem (lecz nie bez znaczenia) jest umieszczenie kolegi w Komitecie Naukowym Zjazdu, który się właśnie organizuje. Nic to, że temat zjazdu nie ma nic wspólnego z zainteresowaniami kolegi, ale jeżeli jest on profesorem lub docentem, to wie wszystko. Osiągnięcia z udziału w Komitecie Naukowym to punkt w życiorysie do sprawozdania naukowego. Oczywiście, takie wprowadzenie kolegi na konferencję nie jest bezinteresowne. Wprowadzający oczekuje rewanzu.

Nowym zjawiskiem jest też zatrudnianie w publicznych i prywatnych jednostkach osób z punktu widzenia firmy chroniącej jej interesy. Nazywane to jest zatrudnieniem ze względów politycznych. Przykładem jest zatrudnianie byłych pracowników sądów lekarskich czy kierowników tzw. renomowanych klinik (którzy w razie czego pomogą w zatartciu błędów popełnionych w prywatnym szpitalu).

Czekoladki dla pielęgniarki

Korupcja szerzy się też w relacjach lekarz – rejestratorka czy pielęgniarka. Czekoladki i inne drobne dowody sympatii mogą sprawić, że dana pielęgniarka chętniej zapisuje do tego,

a nie do innego lekarza. Zwykle w przychodniach prywatnych można zauważyć lekarzy nie zawsze najlepszych, do których rejestrowanych jest więcej pacjentów niż do innych.

Świadomość powszechności zjawisk korupcyjnych jest skutecznie wykorzystywana do zwalczania konkurencji w służbie zdrowia. Wystarczy, np. obiecać pacjentce bezpłatne leczenie w zamian za denuncjację konkurenta. Leczenie jednej osoby za darmo jest opłacalne, bo po nagłośnieniu sprawy konkurent zostanie usunięty, a jego pacjentów ktoś przecież przejmie.

Kasa w kasie

Nowym elementem korupcyjnym jest system finansowania inwestycji i usług przez NFZ (dawniej kasy chorych). Niejasny system wydatkowania pieniędzy, z pominięciem ustawy o zamówieniach publicznych, doprowadził do sytuacji, w której dyrektorzy zakładów opieki zdro-

Przychylność środowiska można też zyskać, organizując przyjęcia świąteczne (wigilie lub tzw. jajeczka wielkanocne) czy jeszcze lepiej – spotkania integracyjne w atrakcyjnych ośrodkach wypoczynkowych w Polsce lub za granicą.

Wiele możliwości korumpowania lekarzy daje udział w tzw. sponsorowanych badaniach leków. Badacz z góry ceduje wyniki badań na sponsorującego i zobowiązuje się, że bez jego wiedzy i zgody nie będzie ich publikował. Konia z rzędem temu, kto znajdzie publikację, w której stwierdza się, że lek testowany w trakcie badań sponsorowanych ma mniejszą wartość niż jego odpowiedniki produkowane przez inne firmy. Łatwo natomiast wskazać badaczy dowodzących w swoich raportach celowości stosowania danego leku. Zwłaszcza gdy jest drogi i może być szeroko stosowany – czyli może przynosić duże zyski.

” Czasami wręczany jest łańcuszek z drogiego kruszcu, markowy zegarek czy papierośnica. Niektórym lekarzom, z zupełnie niezrozumiałych względów, taka forma wdzięczności wydaje się być bardziej etyczna ”

wotnej koncentrują się na znalezieniu *dojścia* do odpowiedzialnego urzędnika. Wykorzystują kontakty ze znajomymi politykami, byłymi lub obecnymi pacjentami, nie zwracając uwagi na względy merytoryczne. Równocześnie nie zdarza się, by kasa pominęła w kontraktach placówkę, z której usług korzystał dyrektor lub jego kuzyn. Warto też zauważyć, że w kasach zatrudnieni są zwykle lekarze, co pozwala liczyć na wzajemną życzliwość ze strony lekarzy-dyrektorów.

W złotych lub euro

Korupcja na styku lekarzy z firmami farmaceutycznymi lub innymi podmiotami jest mniej powszechna, ale bardziej intratna. Tutaj wpływy lekarzy, decydujących o umieszczeniu leku na takiej czy innej liście refundacji, mogą pozwolić na dostatnie życie całego rodzinnego pokolenia.

Wystarczy sprawdzić, jak bardzo zainteresowane są firmy składem osobowym komisji przetargowych. Wystarczy przeanalizować udział lekarzy w zjazdach naukowych (zimą organizowanych w krajach alpejskich, a latem w krajach południowych) i poszukać zależności między ich udziałem w komisji przetargowej a sponsorem wyjazdu.

Badanie te są zwykle prowadzone w ramach tzw. badań klinicznych, odbywających się na zasadzie prywatnej umowy zawieranej przez głównego badacza. Wynagrodzenia za takie badania zwykle wpływają na wskazane konta, często omijając urzędy skarbowe.

Stawka umowna

Firmy mogą też pomóc w rozwoju *naukowym* lekarza. Wystarczy dostarczyć lek, odczynnik lub sprzęt niedostępny w Polsce. Można też zacząć wydawać periodyk, który będzie tłumaczeniem bądź kompilacją prac z literatury światowej, a na redaktora naukowego periodyku powołać badacza i wskazanego przez niego jego opiekuna naukowego.

Dość powszechną praktyką jest skłanianie lekarzy do przepisywania konkretnego leku. Dotyczy to zwłaszcza lekarzy rodzinnych. W zamian lekarz może uczestniczyć w szkoleniu zagranicznym lub w atrakcyjnym miejscu w kraju. Dodatkowo może się podzielić doświadczeniami ze stosowania określonego preparatu (wygłosić wykład za stawkę umowną), a firma chętnie przygotowuje materiał i przezrocza. Oczywiście lepiej, żeby wykład ten wygłosił bardziej utytuło-

wany decydent, ale czasem kalkulacja ekonomiczna uzasadnia inny wybór.

W podobny sposób w przekazywaniu doświadczeń innym kontrahentom może uczestniczyć lekarz korzystający z drogiej, unikatowej aparatury (zwykle przez niego wybranej do zakupu w placówce macierzystej). W nagrodę może wyjechać z serią wykładów promujących za godziwe stawki użytą przez siebie aparaturę. Interesująca jest kalkulacja i wybór miejsc lokalizacji najdroższej aparatury, np. PET-a. Ale przecież nie o dyskusję medyczno-ekonomiczną tutaj chodzi.

Drogi naprawy

Pierwszym krokiem winno być przeprowadzenie analizy rzeczywistych rozmiarów zjawiska. Eksperti szacują, że korupcją objętych jest

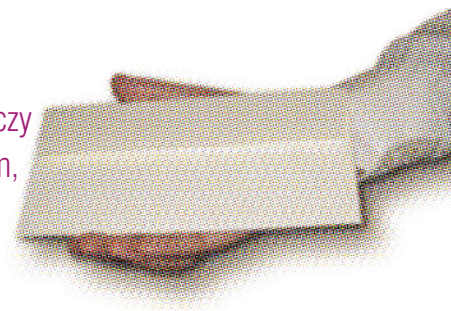
za zatuszowanie wypadku samochodowego po pijanemu.

Kolejnym elementem musi być ustalenie godziwych wynagrodzeń (kierownik kliniki czy ordynator powinien zarabiać ok. 10–12 tys. zł). Musi także istnieć coś, co nazywa się pełnym zatrudnieniem (*full time employment*), niedającym zgody na pracę w innym, konkurencyjnym miejscu (fundacji, spółce, lub gabinecie).

Do ograniczenia łapówkarstwa przyczyniła by się ponadto likwidacja *prusko-bolszewickiego* systemu ordynatorskiego, funkcjonującego z powodzeniem także w nielicznych szpitalach prywatnych.

Dość proste wydaje się zlikwidowanie korupcyjnych relacji na styku decydenta i firmy farmaceutycznej. Elementem *korupcyjnej ilustracji* powinno być oświadczenie składane

” Lekarz mówi pacjentowi, że na pewnym etapie leczenia jego rola się kończy i odsyła chorego do zaprzyjaźnionego profesora, który odwdzięcza się tym, że potem zwraca leczonego do punktu wyjścia ”



już od 50 do 90 proc. działalności opieki zdrowotnej. Celowe zatem byłoby przeprowadzenie badań przez wyspecjalizowane firmy, które oceniłyby rzeczywistą skalę zjawiska.

Analizując sytuację, należy myśleć o sposobach jej naprawy. Jedną z metod jest wprowadzenie zasady, że *pieniądz idzie za pacjentem*. Tak dzieje się w nielicznych prywatnych szpitalach, gdzie pacjent wie, za co płaci, bo dostaje rachunek ze specyfikacją wykonanych usług.

Działaniem petryfikującym zjawiska korupcyjne w opiece zdrowotnej jest niewątpliwie odwołanie wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń, czyli dopuszczenia konkurencji. Utrzymanie NFZ jako jedyne finansującego świadczenia to utrzymywanie *status quo*.

Problem polega także na tym, że w sferze korupcji lekarskiej udało się znaleźć skruszonych mafiosów, ale ciągle nie można znaleźć pacjenta, który odważy się po wymuszeniu od niego łapówki zgłosić to policji. W takiej sytuacji należy doprowadzić do takiej zmiany w prawie, by łapówka wręczona przez człowieka, którego poinformowano, że od jej wręczenia zależy zdrowie lub nawet życie, nie powodowała traktowania go jak dającego łapówkę

przez konsultantów krajowych i regionalnych oraz decydentów (ordynatorów, kierowników klinik). W takim oświadczeniu należałoby umieścić informacje, czy w latach poprzedzających objęcie stanowiska dana osoba korzystała z wyjazdów i szkoleń sponsorowanych przez firmy farmaceutyczne lub producentów sprzętu. Brak takiego dokumentu wykluczałby możliwość objęcia stanowiska.

Istotne jest także, aby urzędy skarbowe zaczęły analizować relacje między wydatkami a udokumentowanymi wpływami, od których opłacono podatki.

Last but not least jest zlikwidowanie absurdu, jakim jest uzależnianie objęcia stanowiska klinicyisty od tzw. dorobku naukowego. Praca doktorska czy habilitacyjna na temat regeneracji wątroby u szczura bądź o zabezpieczeniu medycznym wojsk w okresie Księstwa Warszawskiego nie ma wpływu na jakość merytorycznej działalności lekarskiej. Niech naukowcy realizują granty badawcze, a praktycy niech leczą ludzi najlepiej jak potrafią.

Proponowane rozwiązania to oczywiście początek procesu, w którym opieka zdrowotna stanie się miejscem, do którego będą przycho-

” Obsada stanowisk kierowniczych w ochronie zdrowia oparta jest już na ewidentnych zasadach nepotyzmu, kumoterstwa, układów i zależności ”

dzili potencjalni inwestorzy. Dotychczas badający rynek usług medycznych stwierdzają zgodnie, że gdy ponad 50 proc. usług jest objętych szarą strefą, a wykorzystanie efektywne pracy jednostek opieki zdrowotnej, wg niezależnych audytorów, nie przekracza 30–40 proc. nie ma miejsca na inwestycję uczciwego kapitału.

Walka z korupcją, prowadzona zgodnie z zaleceniami Banku Światowego musi polegać na rozpoznaniu, eliminowaniu możliwości stwarzanych przez obowiązujące prawo (usuwanie luk w prawie) i na jej zwalczaniu. W Polsce nawet nie rozpoczęliśmy rozpoznania zjawiska,

a dominujące lobby ordynatorsko-profesorskie skutecznie zablokuje wszelkie zmiany. Mimo to należy podjąć rękawicę i rozpocząć proces reform systemu ochrony zdrowia. Tylko jasne reguły gry, transparentność oraz wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń i częściowa prywatyzacja może ograniczyć lub nawet wyrugować obecne patologie.

Autor jest członkiem grupy roboczej ds. problemów etycznych w służbie zdrowia, działającej w ramach programu Przeciw Korupcji Fundacji im. Stefana Batorego. Na co dzień pracuje w Instytucie Onkologii na Ursynowie. Pracuje jako chirurg onkolog w warszawskim Centrum Onkologii.

W walce z korupcją

Potencjalni sojusznicy

- skruszeni pacjenci
- stowarzyszenia pacjentów
- koalicja do walki z rakiem i może inne podobne stowarzyszenia
- firmy ubezpieczeniowe
- zreformowane kasy chorych – NFZ
- rzecznik praw obywatelskich
- Ministerstwo Sprawiedliwości
- UOP (może w przyszłości CBA)
- urzędy skarbowe

Pseudosojusznicy

- korporacje zawodowe – izby lekarskie i pielęgniarskie (trudno na nie liczyć, bo dotychczas miały wystarczająco dużo czasu i możliwości, żeby coś zrobić)
- towarzystwa lekarskie i naukowe (jak wyżej)
- uczelnie medyczne (jak wyżej)
- Ministerstwo Zdrowia (jak wyżej)

Oponenci

- lobby ordynatorsko-profesorskie
- sądy i organy ścigania (prokuratura)

PS Artykuł powstał ponad 5 lat temu – obecnie został uzupełniony i poszerzony. Chciałbym jednak podkreślić, że zmieniają się rządy i koalicje, a mimo to trudno wymienić ministrów zdrowia, którzy problem korupcji potraktowali poważnie. Może z jednym, chyba niechlubnym, wyjątkiem. Ministra, który po publikacji mojego opracowania na łamach prasy (uwag o niejasnym i korupcyjnym systemie tworzenia list leków refundowanych) zareagował, polecając *zdjęcie* mnie z zajmowanego stanowiska przez podległego ministrowi dyrektora (co ten skwapliwie wykonał). A system tworzenia list leków refundowanych pozostał. Jedynym pozytywnym *krokiem we właściwym kierunku* jest rozporządzenie, dotyczące tworzenia list oczekujących na procedury deficytowe. Rozporządzenie to spotkało się ze strony decydentów z natychmiastową, dyskredytującą je reakcją. Niestety, luminarze wykipiwający to rozporządzenie, pytani, jakimi kryteriami kierują się ustalając kolejność przyjęć, teraz milkną.