

RAPORT NA TEMAT KORUPCJI
W POLSKIM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Stan na luty 2007 r.
Sporządził Paweł Majewski

SPIS TREŚCI

I. Wstęp

1. Cel i metodologia raportu
2. Zdefiniowanie zjawisk korupcyjnych:
 - a) nadużycie władzy,
 - b) konflikt interesów,
 - c) protekcja,
 - d) sprzedajność.

II. Identyfikacja zjawisk korupcyjnych w obszarze ochrony zdrowia

1. Mechanizmy korupcyjne na wysokim szczeblu:
 - a) relacja lobby farmaceutyczne – władza ustawodawcza,
 - b) relacja lobby farmaceutyczne – władza wykonawcza.
2. Mechanizmy korupcyjne na średnim szczeblu:
 - a) relacja lekarz – ZOZ,
 - b) relacja lekarz – NFZ,
 - c) samorząd lekarski.
3. Mechanizmy korupcyjne na szczeblu podstawowym:
 - a) relacja pacjent – lekarz,
 - b) relacja firma farmaceutyczna – lekarz.

III. Rekomendacje w zakresie działań zapobiegających korupcji

1. Działania legislacyjne,
2. Działania organizacyjno-systemowe,
3. Działania edukacyjne.

IV. Podsumowanie

I. Wstęp

1. Cel i metodologia raportu

Publiczna służba zdrowia w Polsce już od dawna społecznie jest postrzegana jako jeden z bardziej skorumpowanych obszarów, a ostatnie badania prowadzone na zlecenie Fundacji im. Stefana Batorego¹ wskazują jednoznacznie, że w opinii społeczeństwa jest to obecnie najmocniej skorumpowany sektor. Mimo to, zarówno aspekty systemowe jak i instytucjonalne sytuacji korupcyjnych obserwowanych w naszym kraju pozostają wciąż słabo rozpoznaną dziedziną.

Celem sporządzenia niniejszego raportu jest usystematyzowanie informacji na temat występujących w Polsce zjawisk korupcyjnych w szeroko pojętej sferze ochrony zdrowia. W szerokim ujęciu sfera ochrony zdrowia obejmuje nie tylko system publicznej służby zdrowia, ale także centralne organy administracji państwowej posiadające kompetencje w tym przedmiocie, instytucje związane z produkcją medyczną i farmaceutyczną, czy wreszcie ustawodawcę. Zebranie informacji na ten temat, ich analiza i wyciągnięcie rzeczowych wniosków pozwoli w dalszej kolejności uruchomić stosowne procedury zmierzające do stopniowego eliminowania niepożądanych zjawisk, czy to na drodze legislacyjnej, czy też poprzez zwrócenie uwagi organów ścigania na przejawy korupcji w opisanych mechanizmach.

Niniejszy raport jest sporządzony w sposób ukazujący korupcyjne mechanizmy funkcjonujące w sferze ochrony zdrowia w kontekście poszczególnych jej szczebli. Inaczej bowiem podchodzić należy do zagadnienia korupcji w relacjach pacjent – lekarz, a inaczej w relacji lobby koncernów farmaceutycznych – władze państwowe.

Tezy przedstawione w raporcie zostały opracowane w dużej mierze w oparciu o wyniki badań i sondaży przeprowadzonych w Polsce w ostatnich latach, jak również materiały z konferencji organizowanych przez środowisko lekarskie, dane organizacji

¹ Anna Kubiak - „Codzienne doświadczenia korupcyjne Polaków. Barometr korupcji 2006”.

pozarządowych zajmujących się korupcją (w szczególności w zakresie ochrony zdrowia), oraz publikacje prasowe.

Ze względu na ograniczone ramy niniejszego opracowania, mechanizmy korupcyjne w sferze ochrony zdrowia zostały w raporcie scharakteryzowane w podstawowym zarysie, dla uporządkowania i zobrazowania skali zjawiska. Mechanizmy te są z reguły skutkiem złożonych procesów wynikających ze specyfiki funkcjonowania systemu, zatem zostały one przedstawione w sposób przekrojowy, bez podawania konkretnych podstaw prawnych (luk w przepisach) umożliwiających zachowania korupcyjne. Uzyskanie wyczerpujących informacji na temat wszystkich procesów i regulacji potencjalnie korupcyjnych w tej sferze wymaga nie tylko głębszego, szczegółowego spojrzenia na tę problematykę (zwłaszcza w kontekście czasochłonnej analizy licznych regulacji dotyczących funkcjonowania systemu służby zdrowia i przepisów związanych z rynkiem farmaceutycznym), ale także wiedzy fachowej z dziedziny medycyny, farmacji i prawa.

2. Zdefiniowanie zjawisk korupcyjnych

Zjawisko korupcji należy postrzegać w dwóch jego najważniejszych wymiarach: etycznym i prawnym. W aspekcie etycznym korupcja wiąże się przede wszystkim z demoralizacją w sferze władzy publicznej oraz w stosunku społeczeństwa do władzy. Z kolei korupcja w aspekcie prawnym to przede wszystkim nielegalność określonych zachowań (np. wpływania w sposób zakazany prawem na decyzje podejmowane przez organy władzy publicznej).²

Jedną z najszerzych definicji korupcji wprowadziła ustawa z dnia 9 czerwca 2006 r. o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym. W myśl ustawy, korupcją jest „obietnicowanie, proponowanie, wręczanie, żądanie, przyjmowanie przez jakąkolwiek osobę, bezpośrednio lub pośrednio, jakiegokolwiek nienależnej korzyści majątkowej, osobistej lub innej, dla niej samej lub jakiegokolwiek innej osoby, lub przyjmowanie propozycji lub obietnicy takich korzyści w zamian za działanie lub zaniechanie działania w wykonywaniu funkcji publicznej lub w toku działalności gospodarczej.”

² Podobnie Małgorzata Wypych - „Czym jest korupcja. Informator prawny”, Helsińska Fundacja Praw Człowieka.

Poza wyżej wymienioną, istnieją inne liczne definicje korupcji i oszustw, w tym również sporządzone specjalnie na potrzeby zidentyfikowania zjawisk korupcyjnych w sektorze ochrony zdrowia:³

- Oszustwo

"Oszustwo cywilne polega na wykorzystaniu lub prezentacji nieprawdziwych, nieprawidłowych lub niepełnych oświadczeń i/lub dokumentów lub na nie ujawnieniu informacji z naruszeniem dającego się wyegzekwować prawnie obowiązku do ujawnienia, czego rezultatem jest przywłaszczenie lub nieuzasadnione zatrzymanie środków finansowych lub mienia innych osób, bądź ich wykorzystanie do celów niezgodnych z przeznaczeniem".

- Korupcja

"Przypadek biernego przekupstwa w sektorze publicznym zachodzi wówczas, gdy urzędnik publiczny - bezpośrednio lub pośrednio, świadomie lub jeśli w danych okolicznościach powinien mieć tę świadomość – żąda lub otrzymuje jakąkolwiek nieuzasadnioną korzyść dla siebie lub dla strony trzeciej, lub jeśli przyjmuje lub akceptuje ofertę wręczenia takiej korzyści w zamian za wykonanie lub powstrzymanie się od wykonania obowiązku służbowego".

Z kolei fundacja Transparency International definiuje korupcję jako „nadużycie powierzonej władzy dla uzyskania prywatnej korzyści”. Nadużycie powierzonej władzy rozumiane jest tu zarówno jako nadużycie publicznego stanowiska, jak i nadużycie publicznego zaufania. W służbie zdrowia „zjawisko korupcji obejmuje przyjmowanie łapówek przez ustawodawców i lekarzy, manipulowanie informacjami na temat badań nad lekami, sprzeniewieranie leków i zapasów, nieprawidłowości dotyczące zamówień oraz wystawianie zawyżonych rachunków firmom ubezpieczeniowym”⁴.

³ Według opracowania Szwajcarskiego Instytutu Prawa Porównawczego (SICL) na zlecenie Europejskiej Sieci do spraw Oszustw i Korupcji w Ochronie Zdrowia (EHFCN).

⁴Transparency International - „Globalny Raport Korupcji 2006. Wydanie specjalne: Korupcja w systemie ochrony zdrowia”.

Z przytoczonych definicji wyłania się obraz korupcji w najbardziej charakterystycznych jej postaciach, tj.: a) nadużycia władzy, b) konfliktu interesów, c) protekcji, d) sprzedajności. W obszarze ochrony zdrowia te postacie zjawiska korupcji mogą przybierać formy następujące.

- a) Do nadużywania władzy może dochodzić najczęściej w przypadku merytorycznych decyzji organów stanowiących lub stosujących prawo w dziedzinie ochrony zdrowia, dla uzyskania własnych korzyści o charakterze majątkowym lub osobistym. Przykładem mogą być decyzje urzędników Ministerstwa Zdrowia lub Głównej Inspekcji Farmaceutycznej podejmowane na szkodę interesu publicznego, pod wpływem korupcyjnych nacisków koncernów farmaceutycznych.
- b) Konflikt interesów może mieć miejsce w przypadku gdy dochodzi do konfrontacji interesu prywatnego z interesem (dobrem) publicznym w zakresie kompetencji jednego podmiotu – w sytuacji stwarzającej możliwość użycia stanowiska publicznego do realizacji prywatnych celów i osiągnięcia korzyści. Za przykład może tu posłużyć sytuacja lekarza łączącego pracę w publicznej placówce ochrony zdrowia z prywatną praktyką, lub urzędnika Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, posiadającego udziały w przedsiębiorstwie produkującym środki farmaceutyczne.
- c) Protekcja z kolei polega na wykorzystaniu stanowiska do załatwienia czyjejś sprawy (uprzywilejowania protegowanego) w zamian za korzyść majątkową lub osobistą. Szczególny jej przypadek stanowi nepotyzm. Przykładem protekcji w służbie zdrowia może być wykorzystywanie stanowiska przez ordynatorów publicznych zakładów opieki zdrowotnej do uprzywilejowania niektórych pacjentów

oczekujących na deficytowe zabiegi, czy też ograniczanie przez władze samorządu zawodowego lekarzy dostępu do zawodu jednym osobom, z korzyścią dla innych (np. krewnych).

- d) Sprzedajność jest najczęstszą postacią korupcji, nie tylko zresztą w sferze ochrony zdrowia, ale w całym sektorze publicznym. Wiąże się z nią pojęcie „łapówki”, która stanowi z reguły korzyść majątkową lub osobistą (pieniądze, wartościowe prezenty, usługi różnego rodzaju), której wręczenie stanowi warunek podjęcia konkretnej czynności – np. podjęcia leczenia danej osoby lub wykonania co do zasady nieodpłatnego zabiegu przez lekarza publicznej placówki ochrony zdrowia.

II. Identyfikacja zjawisk korupcyjnych w obszarze ochrony zdrowia

Dla usystematyzowania zjawisk korupcyjnych celowe jest wyodrębnienie poszczególnych mechanizmów funkcjonujących w ramach systemu ochrony zdrowia, z jednoczesnym uwzględnieniem ich specyfiki w zależności od szczebla podmiotów zaangażowanych w układ korupcyjny. Stąd też proponowany jest podział mechanizmów korupcyjnych według poniższego schematu.

1. Mechanizmy korupcyjne na wysokim szczeblu

W tej części systematyki mieszczą się przede wszystkim relacje między najwyższymi organami władzy państwowej, a lobby farmaceutycznym, które przez różne źródła jest często podawane jako aktualnie najsilniejsze lobby na świecie. Wiąże się to w dużej mierze z ogromną i ciągle rosnącą wartością rynku farmaceutycznego, a co za tym idzie – ogromnymi zyskami przedsiębiorstw branży farmaceutycznej, oraz globalnym zasięgiem największych koncernów farmaceutycznych.

Na potrzeby niniejszego opracowania pojęcie „lobby farmaceutyczne” zostało ujęte szeroko, obejmuje nie tylko lobby producentów środków farmaceutycznych, ale również sprzętu medycznego, oraz lobby aptekarskie.

a) relacja lobby farmaceutyczne – władza ustawodawcza

Potencjalnie najbardziej niebezpiecznym dla interesu publicznego i społecznego obszarem korupcji w zakresie ochrony zdrowia jest właśnie obszar wpływu lobby farmaceutycznego na stanowienie prawa. Należy poświęcić mu szczególną uwagę zarówno ze względu na to, że skutki korupcji na tym szczeblu mogą dotyczyć całego społeczeństwa, jak i dlatego, że zjawisko korupcji na tej płaszczyźnie jest obiektywnie trudne do wykrycia. Granica pomiędzy dozwolonym, uzasadnionym względami racjonalnymi (np. konsultacje społeczne z wyspecjalizowanymi izbami i stowarzyszeniami skupiającymi producentów wyrobów medycznych i farmaceutycznych), wpływem lobby farmaceutycznego na proces stanowienia prawa, a wprowadzaniem regulacji uprzywilejowujących konkretne grupy interesów, jest niezwykle cienka. Przykładem mogą być tutaj dwie ostatnie nowelizacje prawa farmaceutycznego, wprowadzające szereg z pozoru drobnych a w istocie znaczących i kontrowersyjnych zmian w przepisach ustawy. Zmiany te dotyczą m.in. ujednoczenia cen i stawek marży na leki, delegalizacji aptek internetowych i sprzedaży tańszych leków przez internet, a także ograniczenia w otwieraniu nowych aptek jeśli w promieniu 3 km od planowanych lokalizacji znajdują się już inne apteki. Tego typu regulacje ograniczające konkurencję między aptekami, jak łatwo przewidzieć, spowodują podwyżkę cen leków i tym samym odbiją się negatywnie na konsumentach, co może stanowić problem doniosły społecznie, zwłaszcza jeśli wziąć pod uwagę specyfikę sektora (zakup leków stanowi dla wielu osób przymus, jest kwestią zdrowia, a nawet życia lub śmierci).

Relacja korupcyjna na tym szczeblu, czyli w procesie tworzenia prawa, może przede wszystkim przybierać postać propozycji i nacisków kierowanych przez przedstawicieli lobby farmaceutycznego (zarówno izb i stowarzyszeń skupiających producentów branży farmaceutycznej, jak i poszczególnych koncernów) do wysokich urzędników Ministerstwa Zdrowia (np. jako autorów projektu ustawy), czy nawet pojedynczych posłów – członków Sejmowej Komisji Zdrowia. Zabiegi lobby farmaceutycznego mogą tu zmierzać głównie do zapewnienia sobie poprzez korzystne regulacje normatywne uprzywilejowanej pozycji rynkowej.

b) relacja lobby farmaceutyczne – władza wykonawcza

Korupcyjny wpływ lobby farmaceutycznego na organy administracji państwowej (wykonawcze) trudno jest ściśle oddzielić od takowego wpływu na organy ustawodawcze. Można przyjąć, że mechanizmy korupcyjne mogą w tej sferze działać w analogicznie trudny do uchwycenia sposób, z tą jednak różnicą, że organy stanowiące prawo z zasady działają kolegialnie, toteż układy korupcyjne wtedy mogą odnieść skutek gdy obejmują odpowiednio duże gremium. Obszar szczególnie korupcjogenny w tym zakresie może stanowić sporządzanie tzw. listy leków refundowanych, czy procedura rejestracji leków. Podmioty publiczne zaangażowane w takie działania to Ministerstwo Zdrowia, Główny Inspektor Farmaceutyczny i Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. To przede wszystkim na urzędnikach tych instytucji skupiać się mogą korupcyjne zainteresowania koncernów farmaceutycznych, bowiem to od ich decyzji zależy możliwość rozprowadzania danych produktów farmaceutycznych na obszarze kraju, co znajduje proste przełożenie na zyski koncernu produkującego dany lek. Firmy farmaceutyczne mogą wpływać na komisje oceniające lub po prostu przekupywać organy nadzorujące, aby zatwierdziły lub przyspieszyły proces rejestracji, co z kolei wpływać może niekorzystnie na jakość rejestrowanych leków, oraz może skutkować nieuzasadnionym merytorycznie odrzuceniem produktów firm konkurencyjnych.

Korupcja może się też przejawiać w kontekście zamówień publicznych, dotyczących inwestycji i zakupów sprzętu na potrzeby służby zdrowia. Zdaniem Transparency International, dostawcy są w stanie przekupić organy publicznego sektora zdrowia podczas każdego procesu zaopatrzenia, włączając w to łapówki od firm pragnących zwyciężyć w lukratywnych przetargach na budowę szpitali, co więcej dostawcy mogą przekupić organy nadzorujące, aby tworzyły one przychylne im przepisy. Na przykład innowacyjne firmy farmaceutyczne mogą wpłynąć na rządy w celu utrudnienia konkurencji ze strony producentów leków generycznych lub też producenci sprzętu mogą podjąć próbę zmiany przepisów, aby akredytowane placówki nabywały ich produkty.⁵

⁵ „Globalny Raport Korupcji 2006. Wydanie specjalne: Korupcja w systemie ochrony zdrowia”.

2. Mechanizmy korupcyjne na średnim szczeblu

a) relacja lekarz – publiczna placówka ochrony zdrowia

W sferze relacji między lekarzem a publiczną placówką ochrony zdrowia najczęstsze przypadki korupcji i oszustw wiązać się mogą z defraudacją lub wręcz kradzieżą mienia placówki poprzez korzystanie z zaplecza i materiałów publicznych placówek do prowadzenia własnej praktyki. Innym przykładem działań o charakterze korupcyjnym może tutaj być finansowanie z budżetu publicznej jednostki ochrony zdrowia usług świadczonych na korzyść konkretnych, uprzywilejowanych osób. Lekarze zatrudnieni w sektorze publicznym mogą też nadużywać swojej pozycji poprzez kierowanie pacjentów na badania wykonywane przez tych samych lekarzy prywatnie lub wykorzystywać sprzęt publiczny do świadczenia usług pacjentom prywatnym. Możliwe jest to m.in. dzięki sposobowi zarządzania przez NFZ, który odgórnie ustala limity administracyjne zabiegów, co wywołuje w konsekwencji sztucznie wolne moce w szpitalach, lub przeciwnie – niedobory.

Tej postaci zjawiska korupcyjnego – konfliktowi interesów – sprzyja przede wszystkim możliwość łączenia pracy w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej z praktyką prywatną. Z dużą dozą prawdopodobieństwa można przyjąć, że uległoby ono znacznemu ograniczeniu gdyby istniał formalny zakaz jednoczesnego wykonywania zawodu lekarza w sektorze publicznym i prywatnym, co jednak mogłoby rodzić daleko idące skutki społeczne w postaci faktycznej prywatyzacji systemu służby zdrowia. Częściowo zapobiegać opisanym w tym podpunkcie zjawiskom miała ostatnia nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, która weszła w życie w styczniu tego roku i zakazuje działania na terenie publicznych placówek ochrony zdrowia innych prywatnych podmiotów wykonujących konkurencyjne usługi medyczne. Tymczasem, zdaniem samych zainteresowanych, w szpitalach dalej funkcjonuje na niemałą skalę zjawisko leczenia prywatnych pacjentów za publiczne pieniądze.

b) relacja lekarz – Narodowy Fundusz Zdrowia

W ujęciu rynkowym, podmioty świadczące usługi zdrowotne znajdują się w wyjątkowej sytuacji, w której mówią „konsumentowi”, jaką usługę ma on „zakupić”.

W przypadku, gdy lekarze są opłacani za każdą świadczoną usługę, w ich interesie finansowym leży świadczenie jak największej ilości usług oraz usług jak najdroższych, niezależnie od wskazań stanu zdrowia pacjenta.

Taka sytuacja rodzi pokusę wyłudzenia przez świadczeniodawców (lekarzy lub zakłady opieki zdrowotnej) nienależnych pieniędzy z Narodowego Funduszu Zdrowia za rzekome, niezrealizowane w rzeczywistości świadczenia zdrowotne. Świadczeniodawcy mogą też tworzyć „fikcyjnych”, nieistniejących pacjentów, aby wnosić o dodatkowe środki z NFZ. Mogą także zamawiać wykonanie badań w prywatnych laboratoriach, w których np. posiadają udziały. Nadużycia tego rodzaju mogą być skutkiem braku rzeczywistej kontroli nad ordynatorami i kierownikami klinik, którzy zarządzają swoimi jednostkami przeważnie w sposób autokratyczny. Korupcja w relacji świadczeniodawca – NFZ ma jeszcze drugi aspekt. Związany jest on z faktycznym monopolem Narodowego Funduszu Zdrowia jako płatnika, prowadzącym do uznaniowego kontraktowania i nierównego traktowania świadczeniodawców.

W rzeczywistości, często o wysokości kontraktu zawartego przez NFZ z daną placówką publicznej służby zdrowia decydują zdolności negocjacyjne lub prywatne kontakty jej dyrektora z urzędnikami funduszu, co – jak nietrudno wywnioskować – daje również spore pole do działań o charakterze korupcyjnym.

c) samorząd lekarski

Osobnym polem dla sytuacji korupcjogennych w szeroko pojmowanym obszarze ochrony zdrowia jest samorząd lekarski. Wprawdzie kwestia samorządu zawodowego nie dotyczy bezpośrednio systemu służby zdrowia, to jednak pozostaje nie bez wpływu na całość relacji środowiska lekarskiego jako filaru publicznej służby zdrowia.

To samorząd, a ściślej Naczelna Izba Lekarska poprzez swój organ - Naczelną Radę Lekarską, tworzy Kodeks Etyki Lekarskiej, który, stanowiąc zbiór zasad etycznych związanych z wykonywaniem zawodu, porusza również kwestie dotyczące sytuacji potencjalnie korupcyjnych.

Mimo to, samorząd lekarski, jako instytucja czuwająca nad funkcjonowaniem korporacji zawodowej, sam nie jest wolny od zjawisk i układów korupcyjnych. Tradycyjną rolą korporacji zawodowej jest regulowanie napływu nowych adeptów, co daje jej możliwość decydowania o dostępie do zawodu i wpływania tym samym na poziom konkurencji w branży. Sytuacje korupcyjne w tym zakresie mogą mieć miejsce przy naborze i egzaminach na staże podyplomowe i specjalizacje, co podyktowane jest ograniczeniem ilości miejsc w stosunku do rzeczywistego zapotrzebowania. Innymi przykładami sytuacji korupcyjnych, podawanymi często przez samych lekarzy, są „feudalne stosunki” panujące w środowisku lekarskim – między młodszymi lekarzami a kadrami kierowniczą, oraz „system profesorsko-ordynatorski” polegający na absolutnej władzy ordynatora w podległej jednostce.

3. Mechanizmy korupcyjne na szczeblu podstawowym

a) relacja pacjent – lekarz

Przyczyny zjawiska korupcji, a w praktyce przede wszystkim nieformalnych płatności w polskiej służbie zdrowia są bardzo złożone. Stanowią one symptom, a nie przyczynę istotnych zaburzeń w systemie ochrony zdrowia. Korupcja na tym polu spowodowana jest przede wszystkim ograniczonym dostępem do świadczeń medycznych w sektorze publicznym, koniecznością długotrwałego oczekiwania na leczenie, często z powodu wykorzystania limitów przyznawanych np. na wszczepienie implantów lub inne „deficytowe” zabiegi.

W takich sytuacjach wręczanie przez pacjentów łapówek lekarzom jest powodowane ograniczeniem dostępu do leczenia w sektorze publicznym, co stwarza atmosferę nie tylko przyzwolenia, ale i swoistego przymusu do działań korupcyjnych. Pacjenci płacą lekarzom najczęściej, aby zagwarantować sobie dostęp do usługi (np. operacji), aby zapewnić odpowiednią jakość świadczenia lub uzyskać dodatkowe świadczenie, „przeskoczyć kolejkę” w oczekiwaniu na zabieg, aby uzyskać zaświadczenie, zwolnienie chorobowe, recepty na bezpłatne leki, a także, aby uniknąć służby wojskowej. Do największej liczby przypadków korupcji dochodzi w publicznych szpitalach, ponieważ to właśnie tam dokonuje się najdroższych i najbardziej „deficytowych” zabiegów.

Badania prowadzone wśród lekarzy na zlecenie instytucji pozarządowych zajmujących się

problematyką korupcji w służbie zdrowia, wykazują wysoki poziom frustracji środowiska, spowodowany przede wszystkim niskimi zarobkami w publicznej służbie zdrowia, co wprawdzie nie usprawiedliwia zachowań nieetycznych, ale jednak nie pozostaje bez wpływu na postrzeganie różnicy pomiędzy autentycznym poczuciem wdzięczności a korupcją, pomiędzy moralnością, konwencją społeczną a działaniem nielegalnym i nieetycznym. Lekarze zgodnie krytycznie oceniają przypadki poświadczenia nieprawdy, uzależniania swej pracy od dodatkowych pieniędzy, wymuszania łapówek, wreszcie łamania zasady równości pacjentów w sytuacji deficytu usług czy możliwości terapeutycznych. Pomimo to jednak w znakomitej większości lekarze uznają za dopuszczalne przyjmowanie prezentów po zakończeniu leczenia (86%), traktując je jako wyrazy wdzięczności, a także korzystanie ze sponsorowanych zjazdów naukowych (81%)⁶ – o czym w następnym podpunkcie raportu.

Ujawnianie przypadków korupcji w tym zakresie jest tym trudniejsze, że takie łapówki są akceptowane społecznie oraz postrzegane jako forma rekompensaty za niskie wynagrodzenie lekarzy pracujących w publicznym sektorze zdrowia.

b) relacja firma farmaceutyczna – lekarz

Nie ulega kwestii, że firmy farmaceutyczne oraz firmy produkujące sprzęt medyczny stworzyły nowe leki i sprzęt, dzięki którym możliwe było wydłużenie życia oraz poprawa zdrowia milionów ludzi. Niewątpliwie przyczyniły się do tego m.in. liczne kontakty pomiędzy naukowcami wywodzącymi się ze środowiska lekarskiego a przemysłem farmaceutycznym, i takie, cenne inicjatywy, zasługują na aprobatę. Jednak dosyć często współpraca w tej sferze wykracza poza badania naukowe i łączy się z marketingiem, szczególnie za sprawą lekarzy, którzy stają się *de facto* płatnymi konsultantami lub rzecznikami firm farmaceutycznych. Kontakty finansowe pomiędzy przemysłem farmaceutycznym a lekarzami przeradzają się w subtelną formę korupcji, która często wymyka się kontroli prawnej.

Firmy farmaceutyczne zasypują lekarzy reklamami zamieszczanymi w czasopiśmie naukowych oraz kierują do nich „armię” życzliwych sprzedawców. Płacą lekarzom akademickim

⁶ Sondaż przeprowadzony na zlecenie Fundacji im. Stefana Batorego w 2001 r.

za pomoc w opracowywaniu materiałów edukacyjnych a rozdając prezenty w postaci np. podręczników, stetoskopów, czy też darmowych wyjazdów na sympozja, lunchów i kolacji, nawiązują przyjacielskie kontakty ze studentami kierunków medycznych oraz lekarzami. Takie płatności mogą skłonić niektórych lekarzy do działania nie w interesie swoich pacjentów, lecz we własnym interesie. Między całkowicie zgodnymi z prawem wydatkami marketingowymi danej firmy farmaceutycznej a łamaniem etyki lekarskiej istnieje bardzo cienka granica. Ponieważ ofiarowywane prezenty i wynagrodzenia płacone sprzedawcom oraz lekarzom przekładają się na wyższe dochody ze sprzedaży produktów farmaceutycznych, pokusa aby przekroczyć tę granicę rośnie.

Te „prezenty” to nic innego jak zabiegi marketingowe, których celem minimalnym jest przypochlebianie się przedstawiciela firmy farmaceutycznej lekarzowi, być może też poinformowanie go o istnieniu pewnych produktów, ale ich celem maksymalnym jest wywołanie w nim poczucia wdzięczności i jednocześnie zobowiązania. Takie poczucie zobowiązania powinno jednak budzić zastrzeżenia, ponieważ zobowiązanie lekarza wobec sprzedawcy leków czy też firmy, którą *de facto* reprezentuje, często pozostaje w konflikcie z jego zobowiązaniem w stosunku do pacjentów⁷

W praktyce tego typu działania przedstawicieli koncernów farmaceutycznych wobec lekarzy mają w istocie korupcyjny charakter, a ich zasadniczym celem jest nakłonienie lekarzy do przepisywania pacjentom konkretnych (często droższych i niekoniecznie skuteczniej działających) leków produkowanych przez daną firmę, w zamian za różnego rodzaju korzyści o charakterze majątkowym – od drobnych prezentów począwszy, a na pieniądzach i atrakcyjnych zagranicznych wyjazdach kończąc. Najlepszą okazją dla przedstawicieli koncernów farmaceutycznych do prowadzenia tak pojętej „agitacji” (zbliżonej w istocie do składanych wprost propozycji korupcyjnych) są różnego rodzaju sympozja i konferencje dla środowiska medycznego sponsorowane przeważnie przez firmy farmaceutyczne, choć nierzadką praktyką jest również odwiedzanie lekarzy w ich gabinetach, w godzinach przyjęć.

⁷ Na podstawie: Transparency International - „Globalny Raport Korupcji 2006. Wydanie specjalne: Korupcja w systemie ochrony zdrowia”.

Trudności w udowodnieniu zamiaru korupcji zachęcają - zdaniem Transparency International⁸ - do powstania sytuacji, w których bezkarność staje się powszechna. Starania prowadzące do skazania poszczególnych osób lub firm za praktyki korupcyjne są w dalszym ciągu hamowane, ponieważ zawodowe stowarzyszenia lekarzy lub branżowe grupy lobbujące stosują naciski polityczne, mające na celu ochronę swoich członków przed działaniami, które mogłyby być postrzegane lub scharakteryzowane jako nieuzasadnione oskarżenia.

III. Rekomendacje w zakresie działań zapobiegających korupcji

Problematyka efektywnego zwalczania korupcji jest kwestią złożoną, nie tylko w obszarze ochrony zdrowia. Ze względu na uwarunkowania socjologiczne oraz nieuchwytność niektórych zachowań korupcyjnych, z dużą dozą prawdopodobieństwa można stwierdzić, że nie jest rzeczą możliwą całkowite wyeliminowanie zjawiska korupcji we wszelkich postaciach. Należy jednak konsekwentnie dążyć do maksymalnego ograniczenia korupcji w całym sektorze publicznym, a w służbie zdrowia w szczególności, bowiem powszechność tego zjawiska wpływa znacząco nie tylko na funkcjonowanie tego sektora, ale podważa również zaufanie obywateli do państwa i jego instytucji.

Niskie zarobki personelu publicznej służby zdrowia w połączeniu ze „złym systemem”, na który składają się: utrudniony dostęp do świadczeń specjalistycznych, korupcyjny sposób tworzenia list leków ryczałtowych, brak kontroli nad kolejkami, brak przejrzystych zasad przyjmowania do szpitala, niesprawiedliwy sposób pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne, brak informacji o dostępności usług, wzrost świadomości praw pacjentów przy braku świadomości kosztów usług medycznych, brak centralnego systemu rejestracji świadczonych usług, niechęć do reform, dążenie do utrzymania status quo przez najsilniejsze grupy środowiska medycznego, monopol płatnika (NFZ) prowadzący do uznaniowego kontraktowania i nierównego traktowania świadczeniodawców, ograniczenie podaży w stosunku do popytu – to podstawowe powody rozwoju korupcji w Polskiej służbie zdrowia. Skuteczne zwalczanie korupcji na polu szeroko pojmowanej publicznej ochrony zdrowia wymaga jednoczesnych, wielotorowych działań o

⁸ Tamże.

charakterze systemowym. Działania te powinny być konsekwentnie prowadzone w trzech płaszczyznach.

1. Działania legislacyjne

Działania legislacyjne o charakterze antykorupcyjnym powinny zmierzać do wyeliminowania luk w przepisach, rozumianych zarówno jako brak regulacji, regulacja niedostateczna, jak i regulacja, która kształtuje rzeczywistość prawną w sposób umożliwiający zachowania korupcyjne lub korupcjogenne. Powinny one również polegać na uproszczeniu i zwiększeniu przejrzystości regulacji, bowiem nadmierna ich komplikacja prowadzi do „zagubienia” podmiotów w „gąszczu” przepisów, co z kolei daje pole do nadużyć i manipulacji przy stosowaniu prawa.

Zasadnicza trudność z uporządkowaniem przepisów regulujących sferę ochrony zdrowia pod kątem sprzyjania korupcji, wiąże się przede wszystkim z bardzo dużą ilością przepisów szczegółowych normujących kwestie funkcjonowanie systemu finansowania publicznej służby zdrowia, świadczenia usług przez publiczne placówki ochrony zdrowia, prawa farmaceutycznego, rynku aptecznego, wykonywania zawodu lekarza, etc. Przepisy te mają w dużej mierze specjalistyczny charakter, co utrudnia nie tylko ich rozumienie np. przez prawników, ale równie skutecznie utrudnia kontrolę ich stosowania przez osoby zasiadające w organach kontrolnych i nadzorujących, nie posiadające specjalistycznej wiedzy medycznej (np. Urząd Zamówień Publicznych, organy założycielskie ZOZ-ów, Regionalne Izby Obrachunkowe, czy nawet urzędnicy NFZ).

Można zatem przyjąć, że dla przeprowadzenia działań z zakresu tworzenia prawa, które pozwoliłyby odnieść rzeczywiste sukcesy na polu walki z korupcją w tej sferze, celowe, a wręcz niezbędne byłoby powołanie zespołu składającego się z wysoko wyspecjalizowanych prawników, lekarzy, ekspertów w dziedzinie medycyny i farmacji. Podobne ciało zostało utworzone zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 października 2006 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw przeciwdziałania oszustwom i korupcji w ochronie zdrowia, jako organ opiniodawczo-doradczy dla Ministra Zdrowia. Działania tego zespołu – jak wynika z treści zarządzenia – polegać będą w szczególności na identyfikacji obszarów i form występowania

oszustw i korupcji w ochronie zdrowia, przedstawieniu propozycji działań antykorupcyjnych i przeciwdziałania oszustwom w tym zakresie, a także przedstawieniu propozycji działań w zakresie kampanii informacyjnej na temat walki z korupcją, oraz działań w zakresie współpracy międzynarodowej dotyczącej przeciwdziałania oszustwom i korupcji w ochronie zdrowia.

Inicjatywy legislacyjne zmierzające do ograniczenia zjawiska korupcji powinny się tu koncentrować przede wszystkim na:

- stworzeniu mechanizmów kontroli lekarzy łączących prywatną praktykę z pracą w publicznej służbie zdrowia,
- zaostrzeniu kar dla lekarzy naruszających zasady wykonywania zawodu,
- ograniczeniu kontaktów lekarzy publicznej służby zdrowia z przedstawicielami koncernów farmaceutycznych,
- stworzeniu systemów informatycznych, służących kontroli pacjentów i świadczeniodawców, tzw. „rejstru usług medycznych”.

2. Działania organizacyjno-systemowe

Podjęcie zdecydowanych działań w sferze organizacyjnej jest kwestią kluczową dla zwalczania zjawiska korupcji w systemie ochrony zdrowia. W przeważającej mierze działania te powinny skupiać się na stosowaniu już istniejących regulacji antykorupcyjnych, dokonywaniu rzeczywistej kontroli działań podmiotów gospodarujących mieniem publicznym w zakresie ochrony zdrowia, oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zwalczania korupcji (zwłaszcza ze względu na międzynarodowy zasięg lobby farmaceutycznego, o czym wspomniano wyżej).

Szczególną uwagę należy skoncentrować na działaniach, których przedmiotem jest:

- kontrola systemu kontraktowania usług medycznych,
- kontrola finansowania inwestycji i zamówień, zwłaszcza związanych z zakupem drogiego sprzętu medycznego,
- kontrola zasadności i sposobu tworzenia kolejek i list oczekujących na zabiegi „deficytowe”,
- kontrola systemu rejestracji leków, pod kątem możliwych nacisków koncernów farmaceutycznych,

- zapewnienie przejrzystości zasad finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych,
- kontrola recept, skierowań i zaświadczeń wystawianych przez lekarzy,
- kontrola oświadczeń majątkowych osób kierujących publicznymi zakładami
- opieki zdrowotnej.

3. Działania edukacyjne

Trzecim, choć nie mniej istotnym od poprzednich, elementem koniecznym efektywnych działań zmierzających do eliminacji zjawiska korupcji w przedmiotowym obszarze jest zwiększenie świadomości publicznej i promowanie etycznych wzorców postępowania, a także upowszechnienie w społeczeństwie wiedzy i przekonania o społecznej, ekonomicznej i moralnej szkodliwości korupcji.

Celowym byłoby zorganizowanie kampanii edukacyjno-informacyjnej o szerokim zasięgu, której adresatami powinni być głównie pacjenci, lekarze, personel publicznych jednostek służby zdrowia, farmaceuci, producenci wyrobów medycznych, urzędnicy Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia i innych organów odpowiedzialnych za funkcjonowanie szeroko pojętego systemu ochrony zdrowia. Kampania taka powinna angażować izby lekarskie, izby zrzeszające producentów wyrobów farmaceutycznych i sprzętu medycznego, związki branżowe, do współpracy w propagowaniu postaw etycznych, tworzenia i wdrażania kodeksów etyki zawodowej, ujawniania wszystkich przypadków korupcji.

Umacniać i popularyzować postawy etyczne można poprzez nagradzanie, organizowanie konkursów etyki zawodowej w poszczególnych grupach. Wobec silnie zakorzenionej „tradycji” korupcyjnej w służbie zdrowia, związanej m.in. z wręczaniem prezentów lekarzom jako wyrazów wdzięczności np. za wykonany zabieg, uzasadnione wydaje się też powszechne i zinstytucjonalizowane „uczenie” postaw etycznych. Celowe jest stworzenie odpowiednich programów i wprowadzenie ich do szkół w ramach lekcji etyki, jak również do programów wyższych uczelni dla studentów kierunków medycznych i farmaceutycznych. W ramach antykorupcyjnych działań o charakterze edukacyjno-informacyjnym należy również wprowadzić procedury zapewniające przejrzystość i jawność procesów zachodzących w sektorze ochrony zdrowia. Udostępnianie opinii publicznej informacji na temat bieżącego funkcjonowania podmiotów publicznej służby zdrowia, Ministerstwa Zdrowia i innych organów stosujących

prawo w tym zakresie, z pewnością sprzyja budowaniu zaufania publicznego do tych jednostek i antykorupcyjnej atmosfery.

IV. Podsumowanie

U podstaw niniejszego raportu leży założenie o istnieniu trudnej do zaakceptowania skali korupcji w ochronie zdrowia. Z tą sytuacją związany jest szereg okoliczności dodatkowych: psychologicznych, ekonomicznych i kulturowych, które sprawiają, że nadarzające się okazje korupcyjne są wykorzystywane. Fakt ten jest dość powszechnie tolerowany lub wręcz akceptowany zarówno przez pacjentów, jak i pracowników publicznego sektora ochrony zdrowia. W systemie ochrony zdrowia w Polsce nie wykształciły się dostatecznie wcześnie mechanizmy systemowe służące wczesnemu wykrywaniu i reagowaniu na zagrożenia korupcyjne. Dotyczy to nie tylko stanowienia prawa, ale i jego stosowania. Pewnej bezradności instytucjonalnej towarzyszy brak wystarczającej mobilizacji społecznej.

To prowadzi do sytuacji, w której bezkarność staje się powszechna.

Zapobieganie problemom korupcji w systemie ochrony zdrowia bez udziału m.in. środowiska lekarskiego jest, jeśli nie niemożliwe, to bardzo trudne. Lekarze, do których się zwrócono z prośbą o pomoc w zdiagnozowaniu sytuacji w systemie ochrony zdrowia, uważają⁹, że lekarstwem na problemy ochrony zdrowia w Polsce, także korupcyjne, jest wolny rynek – prywatyzacja, konkurencja, wolność pacjenta w dysponowaniu swoimi pieniędzmi. Warunkiem sprawnego funkcjonowania systemu jest według lekarzy wprowadzenie czterech zasad:

- publiczna i bezpłatna służba zdrowia obejmująca podstawowy zakres świadczeń,
- rozwój sieci prywatnych placówek, finansowanych prywatnie i przez ubezpieczycieli,
- zakaz łączenia pracy w publicznej służbie zdrowia z prywatną, ale z zagwarantowaniem godziwych płac,
- rynkowe zasady finansowania szpitali.

⁹ Sondaż przygotowany przez Lekarską Grupę Roboczą działającą przy Programie Przeciw Korupcji Fundacji im. Stefana Batorego, zrealizowany przez portal medyczny Esculap.pl, dziennik „Rzeczpospolita” i miesięcznik „Zdrowie”.

W ramach proponowanej przez środowisko lekarskie listy działań naprawczych, oprócz powyższych zasad, znalazły się również:

- uświadamianie pacjentom, że lekarze dostają pieniądze za świadczone usługi,
- wprowadzenie zasady, że lekarz powinien wystawiać rachunek do realizacji przez płatnika, pacjent wie wówczas ile kosztuje usługa,
- uniemożliwienie /postulat powtarzający się/ współpracy prywatnych gabinetów z placówkami publicznymi,
- kontrola zasadności i sposobu tworzenia kolejek i list oczekujących.

Pomimo, iż powyższe uwagi środowiska lekarzy co do sposobów „uzdrowienia” systemu ochrony zdrowia należałoby zakwalifikować do kategorii postulatów trudnych do spełnienia w najbliższej przyszłości, to jednak nie ulega wątpliwości, że ich zrealizowanie w dużej mierze pozwoliłoby wyeliminować zjawisko korupcji w tym obszarze.

Raport sporządził:

.....
*Paweł Majewski – Doradca Ministra
Członka Rady Ministrów
Koordynatora Służb Specjalnych*