

Korupcja i sektor zdrowia



rys. Olga Reszelska

Kiedy pieniądze śmierdzą

Hanna Jaźwińska

W przypadku zawodów społecznego zaufania opinia publiczna pozostaje niezmienna i bezwzględna, jeżeli chodzi o zasady – domaga się ścisłego przestrzegania moralności i etyki zawodowej, etyki życia organizacji publicznej oraz przyjętych kodeksów prawa.¹ W Polsce wszystkie zjawiska korupcjogenne od dawna są poważnym problemem zasadniczych sektorów gospodarki narodowej.² W służbie zdrowia, stanowiącej ważny dział gospodarki narodowej, korupcja pojawia się tak często, jak często społeczeństwo mówi o niej otwarcie.³

Problem ten dotyczy rynku usług i podaży w ochronie zdrowia, charakteryzującego się współzależnością podaży i popytu, asymetrią informacyjną, uprawnieniami do udostępniania usług i rozbieżnością pomiędzy społecznymi a prywatnymi interesami i zachętami, ułatwiającymi, niestety, występowanie korupcji i jej pochodnych. Z przytoczonych w prasie, telewizji, radiu i piśmiennictwie naukowym opinii respondentów wynika, że korupcja w służbie zdrowia jest tak wielka, że jakakolwiek jej reforma staje się mało racjonalna.⁴ Mimo to zwrócenie szczególnej uwagi na tę dziedzinę staje się wręcz koniecznością, ponieważ jest ona ważnym priorytetem życia społecznego i administracyjnego, a występowanie w niej korupcji zagraża bezpieczeństwu pacjentów, utrudnia dostęp do usług opieki zdrowotnej, a także



skuteczność i efektywność diagnostyki i terapii klinicznej.

Zwyczaj

Wręczanie łapówek przy zamówieniach publicznych w ochronie zdrowia oraz lekarzom przez pacjentów nikogo od dawna już nie dziwi. Zagrożenie korupcją dodatkowo wzmacnia wyjątkowo słaba pozycja pacjentów, zwłaszcza biednych, których nie stać na to, by przeciwstawić się temu zjawisku. Jest ona także pewnego rodzaju balastem mentalności i praktyki, o czym wszyscy dobrze wiedzą. Stymuluje ją ponadto wiele zróżnicowanych czynników i determinanty w postaci przekupstwa, braku dyscypliny finansowej, nagminnych nawyków niespłacania długów, braku doświadczenia, niedostatecznego wynagrodzenia kadry medycznej i słabości instytucji powstałych podczas ostatniej reformy służby zdrowia.

Zamówienia publiczne

W komunikatach często słyszy się o przypadkach naruszania przepisów ustawy o zamówieniach publicznych, nakłaniania do zakupu aparatury, sprzętu, oprogramowania informatycznego czy wyposażenia labo-

ratoryjnego przez sprzedających, w zamian za łapówki, rabaty, darowizny, o lekarzach-wspólnikach pomagających w zakupie sprzętu dla publicznych zakładów opieki zdrowotnej w celu jego prywatnego wykorzystania i znikomej odpowiedzialności za popełnione przestępstwo. Prawdą jest, że wydatki szpitali zawsze były trudne do monitorowania, np. dlatego że nie opracowano niektórych standardów leczenia, a stosunek samorządów do prywatyzacji majątku służby zdrowia jest niejednoznaczny. Wynika to przede wszystkim z braku silnych uregulowań prawnych, możliwości skutecznego monitorowania i stosowania zabezpieczeń, przed którymi tak bardzo od dawna

„ Z przytaczanych w prasie, telewizji, radiu i piśmiennictwie naukowym opinii respondentów wynika, że korupcja w służbie zdrowia jest tak wielka, że jakakolwiek reforma służby zdrowia staje się mało racjonalna ”

broni się wyższa kadra medyczna. W efekcie taki stan rzeczy stanowi zagrożenie i powoduje liczne ograniczenia dostępności do świadczeń dla ludzi biednych. Jest wyrazem niskiej efektywności klinicznej i ekonomicznej podmiotów medycznych sektora publicznego.

Brak kontroli

Dzieje się tak przede wszystkim dlatego, że nie ma skutecznych sposobów i narzędzi do wykrywania takich nadużyć i do zapobiegania im, precyzyjnego określenia kryteriów likwidacji szpitali, zapobiegających nadużyciom i korupcji. Szacuje się, że nadal systematycznie wzrasta wskaźnik zjawisk korupcyjnych w sektorze zdrowotnym. Zwiększenie skali patologii korupcyjnych stanowi więc ważne wyzwanie dla instytucji nadzoru i kontroli.

Prywatny interes

Prywatne interesy lekarzy mogą odbiegać od interesów publicznych i pacjentów, może nawet dojść do konfliktu interesów. Kontrola środowiska lekarskiego, regulacji w zakresie kosztów i standardów leczenia, wprowadzenia i egzekwowania zasad etyki zawodowej powinna stanowić jedno z priorytetowych zadań strategicznych tego sektora, z uwagi na jego specyfikę i społeczny charakter działalności. W zakresie styczności służby zdrowia z przemysłem farmaceutycznym

„ Nie ma skutecznych środków i narzędzi do wykrywania nadużyć, sposobów zapobiegania im, precyzyjnego określenia kryteriów likwidacji szpitali „

powinny się znaleźć natomiast konstruktywne metody regulacji zasad sponsorowania zagranicznych wizyt lekarskich, uzyskiwania innych korzyści od firm farmaceutycznych czy wypisywania i używania niepotrzebnie drogich leków, nie zawsze korzystnych dla pacjenta. W opiece ambulatoryjnej powinny znaleźć miejsce efektywne rozwiązania kontroli finansowej, kontroli recept, zwrócenia uwagi na zmywy lekarzy z aptekami w sprawie refundacji i liczby wydawanych medykamentów, m.in. po to, by w polskim systemie opieki zdrowotnej nieformalne opłaty nie były standardem.

Ciszej nad tą korupcją

Sama korupcja, jak i jej formy to tematy dość niechętnie poruszane i dyskutowane, podobnie zresztą jak wyrażanie indywidualnych opinii czy doświadczeń na ten temat. Być może wynika to z niewiedzy, braku znajomości określeń, umiejętności posługiwania się w codziennym życiu zupełnie nieświadomie definicjami tych zjawisk, a niekiedy z przyjmowania indywidualnej, niejednoznacznej postawy i usprawiedliwiania własnych działań i decyzji. Ważne, abyśmy wszyscy podjęli trud odróżniania zjawisk korupcyjnych od zachowań właściwych, np. wręczenia łapówki od wyrazów wdzięczności składanych lekarzom i pielęgniarkom. W tej konkretnej sytuacji zasadnicze znaczenie ma moment wdzięczności, jak i jej forma, która nie powinna przekraczać ustalonych prawem granic (wręczenie kwiatów, czekoladek czy butelki alkoholu na ogół akceptujemy wszyscy).

Korupcja, w służbie zdrowia przybierająca różne formy, była i jest poważnym problemem tego środowiska. Odpowiedzialność za podjęcie dyskusji nad

„ Badania opinii publicznej jednoznacznie wskazują, że ochrona zdrowia sytuuje się na czele listy najbardziej skorumpowanych dziedzin życia publicznego „

tymi zagadnieniami spoczywa zarówno na środowisku medycznym, jak i na państwie, które jest przecież organizatorem publicznej służby zdrowia i nie może uciekać od odpowiedzialności za dopuszczanie do tego rodzaju przestępstw. Poza tym wszyscy powinniśmy mieć świadomość konsekwencji takich zjawisk i uczestniczyć w walce z tą patologią. Powszechna praktyka wręczania łapówek w celu uzyskania świadczenia jest wyrazem niewydolności systemu. Diagnoza problemu powinna dotyczyć próby określenia mechanizmów sprawiających, że pacjent w momencie konieczności skorzystania z usług publicznych podmiotów musi sięgać do portfela i wręczać łapówkę. Receptą na wyeliminowanie korupcji powinno być likwidowanie sytuacji sprzyjających patologii i braków przejrzystych reguł i luk prawnych.

Prawa fundamentalne

Fundamentem przepisów prawa uprawniającym do korzystania z usług medycznych przez każdego obywatela, jest art. 68. Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, który w punkcie 1. precyzuje powszechność dostępu do świadczeń i opieki medycznej publicznego systemu zdrowotnego, natomiast w punkcie 2. gwarantuje równość w dostępie do takich świadczeń z funduszy publicznych każdemu obywatelowi niezależnie od sytuacji materialnej, zaś ich warunki i zakres precyzuje ustawa. Ustawa, o której mowa, niestety, do dziś nie została uchwalona.

Badania opinii publicznej

Badania opinii publicznej jednoznacznie wskazują, że ochrona zdrowia sytuuje się na czele listy najbardziej skorumpowanych dziedzin życia publicznego i stanowi poważny problem. Skala tego procederu ma stałą tendencję wzrostową. Z danych Centrum Badania Opinii Społecznej dotyczących postrzegania korupcji wynika, że już w 1997 r. ponad 45 proc. respondentów wręczyło łapówkę w publicznej służbie zdrowia, a w 1999 r. 43 proc. ankietowanych przez Ośrodek Badań Opinii Publicznej potwierdziło, że lekarze pracujący w placówkach publicznych przyjmowali pieniądze od pacjentów za zabiegi lub opiekę medyczną. W ogólnej ocenie publicznej służby zdrowia jej funkcjonowanie wypadło i ciągle wypada bardzo źle. Wszystkie dotychczasowe reformy tego sektora społeczeństwo i specjaliści oceniają jako najgorzej przeprowadzone spośród wszystkich innych. Od lat nic się nie zmienia. Zamiast prawdziwej konkurencyjności podmiotów medycznych sektora publicznego i prywatnego, poprawy dostępności i efektywności terapii mamy efekt wręcz odwrotny. Narastające kolejki, długie oczekiwanie na świadczenia, ograniczoną dostępność do nowoczesnych technologii, diagnostyki i leczenia i szerzącą się korupcję.

www. **ASPEL** .pl

Polski producent sprzętu medycznego

Elektrokardiograf



NOWOŚĆ

AsCARD MrGrey



- kolorowy wyświetlacz graficzny z panelem dotykowym
- klawiatura alfanumeryczna i funkcyjna
- obszerna baza pacjentów i badań
- pamięć wewnętrzna 500 badań
- wydruk zapisu badania bezpośrednio na drukarce zewnętrznej w formacie A4
- zapis badania do pamięci USB (np. PenDrive)
- komunikacja z komputerem osobistym poprzez interfejs USB

Ponadto w ofercie:



**Kardiomonitor
MoniCARD**



**Holter EKG
HolCARD 24W**



**Rehabilitacja
kardiologiczna
AsTER
System wysiłkowy
CardioTEST**



**Badania EEG
AsTEK**



ASPEL S.A.

os. H. Sienkiewicza 33, 32-080 Zabierzów
tel. 012 285 22 22, fax: 012 285 30 30
www.aspel.pl, e-mail: handel@aspel.pl

AGFA *Agfa*
HealthCare

{ Aby skutecznie leczyć
nie wystarczy powołanie
Potrzebne są jeszcze
najnowsze technologie
i niezawodny sprzęt. }



CR – ucyfrowienie klasycznej radiologii i mammografii

IMPAX – system archiwizacji i dystrybucji obrazów dla całego szpitala

IMPAX – stacje diagnostyczne z monitorami medycznymi

IMPAX – wspólne środowisko pracy z dedykowanymi aplikacjami dla różnych specjalności klinicznych

IMPAX – teleradiologia

AGFA Sp. z o.o., Warszawa, Al. Jerozolimskie 195 A
tel. 022 311 19 20, fax 022 311 19 67, www.agfa.com.pl

Wszelkimi środkami

W sytuacji ratowania zdrowia i życia pacjent nie zastanawia się nad morale i wykorzystuje każdy środek prowadzący do celu, nie zawsze zgodny z prawem, byle skuteczny. Chciałoby się powiedzieć, że rzeczywistość wymusza przestępstwa korupcyjne i dużo jest w tym racji. Służbę zdrowia trzeba uzdrowić, przekładając dyskursy o próbach wprowadzania reform na konstruktywne działania. Z uwagi na dobro jednostkowe i społeczne należy zreformować w sposób efektywny ten znaczący dział gospodarki narodowej, oddzielając interesy publiczne od prywatnych celów wszystkich środowisk zarówno medycznych, jak i politycznych.

Zero tolerancji

Korupcji nie można usprawiedliwić ani przyzwalać na jej stosowanie w praktyce, nawet w sytuacji zagrożenia życia i wystąpienia poważnej choroby, kiedy każdy z nas, niezależnie od pozycji, stanowiska, statusu społecznego, osiąganych dochodów potrzebuje dostępu do nowoczesnych technologii medycznych, efektywnych świadczeń i pełnowymiarowej opieki medycznej. Chcąc ratować swoje zdrowie, niejednokrotnie staramy się wykorzystać dostępne na rynku nielegalne instrumenty korupcyjne. Z pewnością nieefektywny system zdrowotny stanowi doskonale podłoże do stosowania tego typu praktyk i obejmuje zarówno pracowników służby zdrowia, jak i pacjentów, tym bardziej że nieefektywny polski system od lat nie zapewnia właściwego zakresu usług medycznych i opieki medycznej wynikającej ze wskazań klinicznych, zasad *evidence based medicine* (EBM) i *good clinical practice* dla większości pacjentów, nie mówiąc już o szeroko zakrojonej profilaktyce zdrowotnej. Pomijam pacjentów lepiej sytuowanych materialnie, korzystających z usług prywatnych placówek medycznych, gdyż jest ich stosunkowo niewiele.

Wszyscy gracze sceny zdrowotnej powinni mieć świadomość, że nieformalne opłaty wypaczają bodźce, priorytety, ograniczają dostęp do opieki, obniżają efektywność, odpowiedzialność, równość, demoralizują etyczne wartości lekarzy oraz mają negatywne konsekwencje dla przedsiębiorstwa, pracowników i jego otoczenia. Uniemożliwiają rzeczywiste oszacowanie kosztów opieki zdrowotnej i prowadzą do braku efektywności klinicznej oraz ekonomicznej systemu. Tłumaczenie patologii niską płacą w tym sektorze, co jest powszechne, często mija się z prawdą, gdyż większość przyjmujących łapówki ma wysokie dochody, a patologia ta wyszła poza rekompensatę niskiego wynagrodzenia i stała się pospolitą grabieżą. Myślę, że nacisk na nieformalne opłaty zmaleje, gdy ludzie będą

„ Prywatne interesy lekarzy mogą nie tylko odbiegać od interesów publicznych i pacjentów, ale również powodować konflikt interesów ”

mniej płacić lub w ogóle nie będą płacić. Nikomu nie wolno odmówić leczenia w nagłej sytuacji ratowania życia, każdy z nas powinien mieć ten standard zapewniony, system powinien zaś być na tyle wydolny i efektywny, by zapewnić opiekę medyczną zgodną ze wskazaniem klinicznym każdemu pacjentowi bez wyjątku. Ten podstawowy priorytet i prawo wynikają z aktów prawnych obowiązujących w naszym kraju, które ustawodawca od dawna powinien dostosować do warunków rzeczywistości zdrowotnej i zapotrzebowania zdrowotnego bieżących i potencjalnych pacjentów rynku medycznego.⁵

W Polsce nadal aktualne są postulaty poszukiwania regulacji ustawowych, ograniczających niepożądane działania pracowników służb medycznych i dążenie do wypracowywania własnych, skutecznych standardów etycznych dla profesji zawodów medycznych, których celem jest służba i praca dla społeczeństwa oraz dobra wspólnego. Praca w poczuciu nienadużywania społecznego zaufania. Pracownicy sektora zdrowotnego muszą wiedzieć nie tylko, jak postępować, ale też, czego od nich oczekuje społeczeństwo. Tymczasem dzieje się wiele rzeczy niezgodnych z prawem, nielogicznych, irracjonalnych, na które wszyscy dajemy przyzwolenie, najczęściej uogólniając do stwierdzenia, że służba zdrowia na całym świecie jest niewydolna. Konstruktywna reforma sektora zdrowotnego w Polsce jest niezbędna, podobnie jak skuteczna walka z korupcją. ■

„ Korupcji nie można usprawiedliwić ani przyzwalać na jej stosowanie w praktyce, nawet w sytuacji zagrożenia życia ”

Przypisy

- ¹www.sejm.gov.pl strona internetowa Sejmu RP (wyszukiwarka aktów prawnych obowiązujących w Polsce) zakładka prawo/system aktów prawnych
- ²Makowski G, Postrzeganie korupcji w Polsce. W: Zagórski K, Skrzyszewski M. Polska, Europa, Świat. Opinia publiczna w okresie integracji. Warszawa: Scholar 2005
- ³Raport Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego. Korupcja w Polsce – próba analizy zjawiska. Warszawa 2004. www.transparency.pl/www/pliki/Raport%20ABW%20Korupcja%20w%20Polsce.pdf
- ⁴Łukasiewicz A. Największa korupcja jest w służbie zdrowia. Barometr 2007. Łąpowkarstwo na piątym miejscu wśród problemów Polaków. Rzeczpospolita z 17 stycznia 2008 r., s. A4
- ⁵Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej art. 68, pkt.1, 2, Warszawa 6 kwietnia 1997 r., egzemplarz rozesłany obywatelom przez Kancelarię Prezydenta, s. 13, ustawa o zawodzie lekarza z 5 grudnia 1996 r., ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 r., ustawa o powszechnym ubezpieczeniu społecznym z 6 lutego 1997 r.

Piśmiennictwo

1. Anheier HK, Salamon M. Social origins of civil society: Explaining the non-profit sektor cross-nationally: Baltimore 1996, <http://www.jhu.edu/ccss/pubs/pdf/origins.pdf> w dostępie 21 XII 2006
2. Barman Z. Etyka ponowoczesna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
3. Conflict of Interest in the Professions: Davis M (red.). Stark A. Conflict of Interest in the Professions. Oxford University Press, Oxford – New York 2001.
4. Corruption and growth. Quartely Journal of Economics 1995; 110.
5. Dobrowolski Z. Korupcja w życiu publicznym. Organom, Zielona Góra 2001.
6. Dylus A (red.). Korupcja. Oblicza, uwarunkowania, przeciwdziałanie. Wydawnictwo Ossolineum, Wrocław 2006.
7. Gasparski W. Europejskie standardy etyki i społecznej odpowiedzialności biznesu. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. L. Koźmińskiego, Warszawa 2003; 41-53.
8. Grosse TG. Działania antykorupcyjne w państwach członkowskich OEDC. Florencja 2000; 3.
9. Harrison LE, Huntington SP (red.). Kultura ma znaczenie. Jak wartości wpływają na rozwój społeczeństw. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003.
10. http://www.sejm.gov.pl/Materiały_z_prac_komisji_śledczych_strona_internetowa_Sejmu_RP/www.sejm.gov.pl_strona_internetowa_Sejmu_RP/wyszukiwarka_aktów_prawnych_obowiązujących_w_Polsce/zakładka_prawo/system_aktów_prawnych
11. http://www.batory.org.pl/Program_przeciw_Korupcji_Fundacji_im._S._Batorego
12. http://www.nil.org.pl/Przyrzeczenie_lekarskie_z_Kodeksu_etyki_lekarskiej_z_2_stycznia_2004_r
13. http://www.nil.org.pl/Słowa_przysięgi_Hipokratesa_strona_internetowa_Naczelnej_Izby_Lekarskiej
14. <http://www.policja.pl/portal/pol/101/1654/.Policja>
15. http://www.transparency.pl/www/Transparenty_International
16. http://www.abw.gov.pl/Agencja_Bezpieczeństwa_Wewnętrznego
17. http://www.brpo.gov.pl/Biuro_Rzecznika_Praw_Obywatelskich
18. <http://www.mswia.gov.pl/MSWiA>
19. http://www.cba.gov.pl/Centralne_Biuro_Antykorupcyjne
20. <http://www.wordbank.org>
21. Hubner E. Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia. Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, Łódź 2003; 15-59.
22. Jasiński W. Nowe rozwiązania kodeksu karnego przeciw korupcji. Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego 2003; 11.
23. Kapitalizm z ludzką twarzą. Plus Minus. Rzeczpospolita 2002; 262 I6339I: A6.
24. Kiciński K, Pawełczyńska A (red.). Korupcja a struktura społeczna. Praca i uczciwość. Warszawa 1986.
25. Klavan A. Korupcja. Świat Książki, Warszawa 1999.
26. Korupcja i łapownictwo w życiu publicznym. CBOS komunikat z badań: Warszawa 2000.
27. Korupcja w doświadczeniu codziennym. Raport z badań Instytutu Spraw Publicznych. Warszawa 2001.
28. Koryś P, Tymiński M (red.). Oblicza korupcji. Wydawnictwo CEO, Warszawa 2000; 16.
29. Kubiak A. Korupcja w Polsce. Kwartalnik Stowarzyszenia Prokura RP 2000; 3, Poznań 2000.
30. Kurczewski J (red.). Korupcja w życiu społecznym. ISP, Warszawa 2002.
31. Leowski J. Polityka zdrowotna – dylematy i wyzwania reformy ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. Prawo i Medycyna 1999; 1: 2.
32. Łętowska E, Poptawska E (red.). Dobro wspólne, władza, korupcja. Konflikt interesów w życiu publicznym. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 1997; 52.
33. Łukasiewicz A. Największa korupcja jest w służbie zdrowia. Barometr 2007; Łąpowkarstwo na piątym miejscu wśród problemów Polaków. Rzeczpospolita z 17 stycznia 2008 r.; A4.
34. Makowski G. Postrzeganie korupcji w Polsce. W: Zagórski K, Skrzyszewski M. Polska, Europa, świat. Opinia publiczna w okresie integracji. Scholar, Warszawa 2005.
35. Marcol A. Korupcja. Wydawnictwo Świętego Krzyża, Opole 1992.
36. Morawski W. Socjologia ekonomiczna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001; 31.
37. Paolo M. Corruption and Growth. Quarterly Journal of Economics 1995; 110: 681-712.
38. Podstawy karania korupcji w kodeksie karnym de lege lata i de lege ferenda. Skorupka J. Prokuratura i Prawo 2003; 12: 78.
39. Pope J. Rzetelność życia publicznego: Transparency International Polska, Warszawa 2000; 277-315.
40. Raport Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Korupcja w Polsce – próba analizy zjawiska. Warszawa 2004, www.transparency.pl/www/pliki/Raport%20ABW%20Korupcja%20w%20Polsce.pdf
41. Stern N. Investment and Poverty: The role of the International Financial Institutions, Economics of transition. J Economics 2001; 9: 259-280.
42. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu społecznym z 6 lutego 1997 r.
43. Ustawa o zakładach opieki Zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 r.
44. Ustawa o zawodzie lekarza z 5 grudnia 1996 r.
45. www.sejm.gov.pl_strona_internetowa_Sejmu_RP/wyszukiwarka_aktów_prawnych_obowiązujących_w_Polsce/zakładka_prawo/system_aktów_prawnych
46. Wilczyński W, Korupcja i transformacja. Tygodnik Wprost, nr 906 z 9.04.2000.
47. Zagrożenie korupcją w systemie ochrony zdrowia: NIK, Warszawa 2003.
48. Zalety nowych przepisów przeciw korupcji. Kontrola Państwowa NIK, Warszawa 2003; 6.
49. Zalewski P. Zapaść transplantologii. Polityka 2007; 16.

Healthcare

Czyściej. Bezpieczniej. Zdrowiej

