

Stanisława Golinowska

# Opłaty nieformalne w ochronie zdrowia. Perspektywa i doświadczenia polskie

**Słowa kluczowe:** korupcja w opiece zdrowotnej, nieformalne opłaty pacjentów, Polska

Badanie zostało przeprowadzone w ramach projektu ASSPRO CEE 2007 finansowanego przez Komisję Europejską w ramach 7. Programu Ramowego, Temat 8: Nauki społeczno-ekonomiczne i humanistyczne, Projekt ASSPRO CEE 2007 (umowa nr 217431). Wyrażone w publikacji poglądy są wyłącznie poglądami autorki i niekoniecznie odzwierciedlają oficjalne stanowisko Komisji Europejskiej.

## Wprowadzenie

Opłaty nieformalne w ochronie zdrowia, powszechnie znane w krajach Europy Środkowej i Wschodniej (CEE), nie są zjawiskiem specyficznym dla regionu krajów postkomunistycznych, chociaż zapewne ich skala jest tu znacząco większa niż w krajach starej Europy.

Występowanie opłat nieformalnych w ochronie zdrowia traktowane jest jako należące do szerszego obszaru zachowań korupcyjnych, które są definiowane jako *nadużywanie funkcji publicznych w celu osiągnięcia prywatnych korzyści* [1]. Takie zachowania występują powszechnie, ale w krajach o niższych dochodach na ogół częściej niż w krajach bogatszych i instytucjonalnie dojrzałszych, chociaż w ocenie niektórych autorów zachowania korupcyjne w krajach zamożniejszych nie są odosobnione, tylko zwykle dobrze ukryte, np. przy sprawozdawczości kosztowej świadczeniodawców, w orzeczeniach medycznych i korporacyjnych opiniach lekarzy czy w ocenach technologii medycznych. W USA pisze się o tym od pewnego czasu dość otwarcie [2, 3], a kampania związana z reformą ochrony zdrowia prezydenta Obamy formułuje to wprost.

Z rozważań i analiz problemu wynika, że sektor zdrowotny jest bardziej podatny na korupcję niż inne sektory

i że czynniki temu sprzyjające mają charakter związany ze specyfiką sektora zdrowotnego<sup>1</sup>. Specyfika ta polega na: (a) znacznym zakresie asymetrii i nierównym dostępie do informacji stron wymiany, (b) powierzaniu indywidualnych interesów agentowi, który „wie lepiej” (*principal-agent mechanism*), (c) niepewności o potrzebach zdrowotnych oraz (c) złożoności systemu, w którym występuje duża liczba uczestników w transakcjach związanych z udzielaniem usług zdrowotnych.

Co do wyjaśnienia zjawiska opłat nieformalnych w sektorze zdrowotnym istnieje wiele teorii, które można by sklasyfikować do czterech grup. Pierwsza z nich obejmuje wyjaśnienia w ramach koncepcji zwanej teorią opłaty za usługę (*fee for service theory*), która jako główny czynnik dodatkowych opłat eksponuje **ograniczenia ekonomiczne** – niedostateczne środki do sfinansowania procesu tworzenia usługi zdrowotnej [9]. Takie ograniczenia występowały nie tylko w socjalistycznych gospodarkach niedoboru, lecz występują także w krajach transformacji i w wielu innych krajach o niskich dochodach z publicznym systemem ochrony zdrowia. Ograniczenia te wywołują dostosowawcze reakcje uczestników systemu. Reakcja po stronie podaży polega na pozyskiwaniu środków prywatnych i to zarówno legalnie, jak i nielegalnie, w celu umożliwienia tworzenia usług medycznych, które w dzisiejszym świecie wymagają całkiem okazałych nakładów. Z kolei reakcja po stronie popytu polega na poszukiwaniu możliwości realizacji indywidualnej potrzeby w sposób pozasystemowy – stosowaniu opłat nieformalnych tam, gdzie jest to najbardziej skuteczne. Obie motywacje są zgodne co do kierunku.

Głównym źródłem drugiej grupy teorii wyjaśniania opłat nieformalnych są **czynniki społeczno-kulturowe, związane z systemem wartości danego społeczeń-**

<sup>1</sup> Specyfika zachowań uczestników wymiany w sprawach związanych ze zdrowiem była przedmiotem wielu prac analityczno-teoretycznych podejmowanych przez takich autorów, jak: Arrow [4] czy Sappington [5] oraz Getzen [6]. W raporcie Transparency International z 2006 r. na temat korupcji syntetycznie opisali ją Savedoff i Hussmann [7], a w kolejnej publikacji teoretycznej Vian [8].

stwa. W krajach o wysokim poziomie wartości rodziny i zdrowia oraz pielęgnowaniu więzi rodzinnych opłata za usługę jest zarówno wyrazem wdzięczności, jak i dowodem na to, że ma miejsce indywidualna troska o członka rodziny. Wyjaśnienie to „uniewinnia” lekarzy i sprzyja bezradności, nieskuteczności, a nawet niecelowości prowadzenia polityki zwalczającej opłaty nieformalne. Ten rodzaj wyjaśnień, zwanych hipotezą donacji (*donation hypothesis*), znajdujemy zarówno w literaturze węgierskiej [9], jak i polskiej [10]. Wśród zwolenników tego nurtu istnieje skłonność do zaliczania całości opłat nieformalnych do wdzięczności za troskę i usługę.

Niekiedy eksponowana jest **trzecia grupa teorii, należących do nurtu etyczno-prawnego**. Przyjmuje się w nich, że głównym źródłem opłat nieformalnych jest niskie morale środowiska medycznego (skrajny indywidualizm i woluntaryzm), które już dawno nie respektuje etyki oraz misji zawodowej i w celu zaspokojenia swych materialno-hedonistycznych potrzeb wyczekuje gratyfikacji lub wręcz nakłaniania pacjentów do dodatkowych opłat. Warto zauważyć, że obecnie podobne oceny dotyczą nie tylko środowiska medycznego, lecz także innych środowisk zawodowych o istotnej roli zarówno w życiu publicznym, jak i w życiu każdego obywatela: prawników, doradców finansowych, menedżerów, polityków i urzędników. W ocenach tych coraz częściej zwraca się uwagę na to, że nieetyczne zachowania są wynikiem wadliwego funkcjonowania licznych instytucji w warunkach osłabionej współcześnie demokracji, w której nie ponosi się odpowiedzialności za decyzje zawodowe [11].

Założenie o słabościach etycznej postawy lekarzy wywołało zróżnicowane reakcje otoczenia i władzy. W okresie centralnego planowania w kalkulowano takie postawy w politykę wynagradzania lekarzy. „Nie trzeba im dobrze płacić, ponieważ sami sobie dopłacą, przyjmując datki od pacjentów” [12]. W ostatniej dekadzie odwrotnie – podjęto restrykcyjne działania prawne w celu wzmocnienia kontroli w sektorze zdrowotnym oraz wzrostu penalizacji lekarzy przyjmujących dodatkowe opłaty. Ten rodzaj wyjaśniania opłat nieformalnych dominował w Polsce w okresie 2005–2007 i był źródłem restrykcyjnych działań rządu wobec środowiska lekarskiego. Równoległe znaczny nacisk kładziono na edukację etyczną lekarzy oraz tworzenie kodeksów etycznych w korporacjach zawodów medycznych.

Czwarta grupa teorii sytuuje **wyjaśnianie opłat nieformalnych w zawodności państwa i słabości rządu**. W literaturze ekonomicznej więcej miejsca poświęcono zawodności mechanizmu rynkowego niż zawodności państwa<sup>2</sup>, ale w krajach transformacji państwo *a priori* zostało w gospodarce zanegowane. Z tego powodu przyjmowano, że rynek wszędzie jest dobry [15] i w konsekwencji problemom rządu i zarządzania publicznego nie poświęcano zbyt wiele uwagi.

Tymczasem słabość państwa daje się we znaki korzystającym z każdego systemu publicznego, także ochrony zdrowia. Rozmyta odpowiedzialność licznych uczestników systemu opieki zdrowotnej, braki informacyjne o funkcjonowaniu systemu, brak narzędzi monitorujących i kontrolujących system, niejasna strategia, niekonsekwentne motywacje i braki w ewaluacji – to główne czynniki, które powodują, że uczestnicy systemu biorą sprawy w swoje ręce i oddolnymi przepisami (prawo powielaczowe) czy niepisаныmi regulaminami ustalają opłaty, które okresowo pozwalają zapobiec dysfunkcjom systemu. Ten rodzaj zachowań obserwowano w Polsce, szczególnie w okresie nasilenia reform systemu opieki zdrowotnej (przełom dekady lat 90. i następnej) oraz nałożenia się nań innych reform, szczególnie decentralizacyjnej. W krajach transformacji, w których zarówno rynek, jak i regulacyjne zdolności państwa są nadal słabe, społeczna samoregulacja w postaci rozwiązań „szarych” i nieformalnych okazuje się sposobem na zaspokojenie wielu ważnych potrzeb ludzkich. Ostatni globalny kryzys finansowy zwrócił uwagę na to, że także w krajach o dojrzałych gospodarkach rynkowych i posiadających dobrze rozwinięte instytucje zawodność państwa i zawodność rynku mogą się wzmacniać, przyczyniając się do poważnych trudności w uzyskaniu korzystnych efektów nie tylko dla wzrostu gospodarczego, ale i szerzej – dla zrównoważonego rozwoju [16].

Wskazanie tych czterech nurtów wyjaśniania nieformalnych opłat w opiece zdrowotnej nie oznacza, że w konkretnej rzeczywistości główne czynniki każdego nurtu działają rozłącznie. W Polsce mamy do czynienia z jednoczesnym działaniem wielu czynników, chociaż można by wskazać, że w pewnych okresach niektóre z nich miały przewagę.

Te liczne nurty teoretyczne, które starają się wyjaśnić opłaty nieformalne pacjentów, wartościują je w zróżnicowany sposób; z jednej strony bardziej neutralnie – jako zachowania uwarunkowane zewnątrz wobec sektora zdrowotnego, a z drugiej bardziej jednostronnie – jako nieetyczne zachowania lekarzy, posiadających dużą autonomię („władzę”) i wykorzystujących ją bezpośrednio (nakłanianie) i pośrednio (tworzenie warunków i niepoddawanie się reformom) do dodatkowego wynagradzania.

Na wstępie przyjmujemy założenie, że opłaty nieformalne należą do zachowań korupcyjnych. To pozwoli prześledzić dyskusję, liczne badania oraz działania rządów, które sytuują się w obszarze tematów poświęconych korupcji. Nie oznacza to jednak, że akceptujemy pogląd, iż wszystkie opłaty nieformalne mają charakter zachowań korupcyjnych, na co zwraca uwagę prezentowane opracowanie. Ograniczymy się do analizy zjawiska w Polsce w kontekście tendencji występujących w innych krajach postkomunistycznych (regionu CEE).

<sup>2</sup> Rozważania na temat zawodności rynku w najpełniejszy sposób zostały przedstawione w podręcznikach na temat ekonomii sektora publicznego [13] oraz *welfare state* [14]. Oba główne podręczniki na ten temat zostały w Polsce przetłumaczone i wydane. Natomiast problematyka dobrego rządu i społecznie efektywnego zarządzania publicznego nie została dostatecznie opracowana i przedstawiona, mimo postulatywnych zapisów w kilku dokumentach rządowych, szczególnie opracowywanych na potrzeby otwartej koordynacji programów i strategii wspólnych z UE.

## 1. Opłaty nieformalne w krajach postkomunistycznych

To, co łączy wiele definicji opłat nieformalnych w ochronie zdrowia formułowanych przez autorów pochodzących z regionu CEE<sup>3</sup>, można ująć następująco: (1) opłaty nieformalne występują w relacjach między świadczeniodawcami (lekarzami, pielęgniarkami, zarządem placówek zdrowotnych) a pacjentami i/lub ich rodzinami, (2) mogą być związane z gratyfikacją za udzieloną usługę lub z oczekiwaniem usługi wyższej jakości czy uprzywilejowanym traktowaniem, z uzyskaniem szybszego dostępu i deficytowej technologii medycznej, (3) opłaty są dobrowolne mimo możliwej presji ze strony świadczeniodawcy, (4) mogą mieć charakter pieniężny lub rzeczowy, (5) nie są legalne w takim sensie, że nie są przedmiotem regulacji przyzwalających na nie, ale jednocześnie nie są jednoznacznie wskazane jako nielegalne.

Badania na temat występowania opłat nieformalnych w regionie CEE przez długi czas były bardzo skromne, ale ostatnie 20 lat przyniosło duży postęp w tej dziedzinie. Najwcześniej o zjawisku występowania opłat nieformalnych w krajach postkomunistycznych, ich przyczynach i skutkach zaczęli pisać Węgrzy. W poniższym zestawieniu podano głównych autorów oraz ich prace dotycząc opłat nieformalnych w regionie CEE.

Badania i rozważania poświęcone opłatom nieformalnym koncentrowały swą uwagę na kilku celach jednocześnie: (1) identyfikowaniu zjawiska i szacowaniu jego skali, (2) rozpoznawaniu i wyjaśnianiu głównych przyczyn ich występowania oraz motywacji do ich rozwoju, (3) rozpoznawaniu skutków i (4) rekomendowaniu i analizowaniu polityki zwalczania opłat nieformalnych.

Peter Gaal, który opłatom nieformalnym w ochronie zdrowia poświęcił swą pracę doktorską napisaną pod kierunkiem Martina McKee [9], kompleksowo opisał to zjawisko w postkomunistycznym kraju transformacji, którego przykładem są Węgry. Wnioski tej pracy mają zasadnicze znaczenie dla zrozumienia i oceny zjawiska opłat nieformalnych. Jest on autorem koncepcji zwanej „pozostanie wewnątrz” – *inxit*, która nawiązując do pracy Alberta Hirschmana z 1970 r. *Exit, Voice, Loyalty* [18], wprowadza istotne uzupełnienie. Hirschman analizuje reakcje ludzi na ograniczenia zasobów i złą organizację w firmie, co nie satysfakcjonuje ani pracowników, ani zarządzających. Reakcje dzieli na trzy rodzaje. Pierwsza reakcja jest to wyjście z firmy (*exit*) i poszukiwanie lepszej firmy i/lub sytuacji życiowej. Druga reakcja polega na zabraniu głosu (*voice*), czyli wystąpieniu ze skargą czy jakimś rodzajem protestu w ramach istniejących, legalnych procedur. Trzecia reakcja – to postawa lojalna, polegająca na włączeniu się do programów naprawczych w firmie. Peter Gaal dodaje do tego reakcję czwartą, polegającą na dostosowaniu się w ramach istniejących ograniczeń, ale z poszukiwaniem własnej drogi, która pozwoli na osiągnięcie indywidualnych korzyści. Nazywa to pozostaniem wewnątrz i dostosowaniem się *inxit*. Dostosowanie to w sektorze zdrowotnym polega na

akceptacji opłat nieformalnych jako częściowej odpowiedzi na ograniczone zasoby. Opłaty są korzystne zarówno dla lekarzy, jak i dla pacjentów. Jednym uzupełniają ograniczone zasoby, a innym dają poczucie satysfakcji z osiągnięcia dostępu, uważniejszej czy nawet lepszej opieki [19].

Peter Gaal i współautorzy [20] w kolejnej pracy oszacowali skalę opłat nieformalnych na Węgrzech i zwrócili uwagę na to, że zjawisko to nie jest wprawdzie duże (od 1,5 do 4,6% całości wydatków na zdrowie na przełomie dekad), ale jest ono dość trwałe i dotyczy konkretnych segmentów opieki zdrowotnej (opieki stacjonarnej) w znacznie większej skali niż innych. Ponadto autorzy węgierscy, podkreślając wielość czynników prowadzących do występowania opłat nieformalnych, ukazali niejednoznaczność ich oceny. Zwrócili uwagę na wysoki koszt działań antykorupcyjnych w kraju relatywnie niebogatym i dopiero budującym swe służby oraz instytucje. W sumie wyniki rozpoznania ocenili jako mało konkluzywne z punktu widzenia polityki eliminacji opłat nieformalnych. Polityka ta nie jest więc ani klarowna, ani skuteczna (**Tabela I**).

O opłatach nieformalnych w krajach transformacji początkowo pisano jako o zjawisku będącym spuścizną socjalistycznej gospodarki niedoboru. Następnie zwrócono uwagę na ograniczenia w finansowaniu sektora publicznego – w tym sektora zdrowotnego – w okresie kryzysu transformacyjnego. W ostatnich latach wskazuje się na wielość i złożoność czynników występowania opłat nieformalnych w gospodarkach dokonujących licznych reform i instytucjonalnych dostosowań do młodego systemu rynkowego. Eksperci międzynarodowi skupiali się na rozpoznawaniu skutków opłat nieformalnych w odniesieniu zarówno do wpływu na dostępność i równość, jak i na efektywność podejmowanych reform systemu zdrowotnego. W pracach ostatnich lat analizuje się już skuteczność polityki zwalczania opłat nieformalnych.

## 2. Debata o opłatach nieformalnych w Polsce

O problemie opłat nieformalnych w Polsce przez długi czas otwarcie nie pisano. Sytuacja zmieniła się pod wpływem nacisków zewnętrznych, głównie Banku Światowego, który swym raportem z 1999 r. o korupcji w Polsce [32] spowodował większe zainteresowanie ekspertów, organizacji społecznych, a także polityków tym zjawiskiem. Z inicjatywy polskiego rządu i przy wsparciu Biura Banku Światowego w Warszawie powstała w 2000 r. społecznie działająca Grupa Robocza, nastawiona na uświadamianie problemu korupcji i jej negatywnych skutków oraz na opiniowanie i konsultowanie podejmowanych działań systemowych skierowanych na zwalczanie korupcji.

Do zwalczania korupcji w kraju włączył się jeden z większych i prestiżowych polskich *think tanków* – Fundacja im. Stefana Batorego. W 2000 r. fundacja ta ([www.batory.org.pl/korupcja](http://www.batory.org.pl/korupcja)) rozpoczęła, trwającą do dzisiaj,

<sup>3</sup> Przegląd badań na ten temat w krajach postkomunistycznych zawiera praca doktorska węgierskiego badacza Petera Gaala (2004) [9] oraz artykuł ukraińskiej doktorantki Tetiany Stepurko i współautorów [17].

Autor	Identyfikowanie	Wartościowanie
Adam G., 1989 [21]	Nieformalna gratyfikacja za wykonaną usługę w publicznym sektorze zdrowia.	Dobrowolna, wyraz woli pacjenta.
Chawla M., Berman P., Kawiorska D., 1998 [22]	Opłaty nieformalne traktowane są jako bezpośredni udział gospodarstw domowych w finansowaniu ochrony zdrowia – finansowanie prywatne.	Sugestia istotnego wpływu na wzrost wynagrodzeń lekarzy niektórych specjalności.
Bognar G., Gal R.I., Kornai J., 2000 [23]	Opłaty nieformalne – pieniężne dowody wdzięczności – uwarunkowane systemowo i kulturowo.	Psują system zdrowotny i utrudniają jego reformowanie.
Shahriari H., Belli P., Lewis M., 2001 [24]	Nieformalna opłata za formalnie bezpłatną usługę w publicznym sektorze ochrony zdrowia obejmuje też dofinansowywanie placówek zdrowotnych.	Jako że są to opłaty nieformalne i nielegalne, stanowią zachowania korupcyjne.
Kornai J., Enggleston K., 2001 [20], wydanie polskie 2002	Opłaty nieformalne są spuścizną socjalistycznej gospodarki niedoboru i elementem szarej strefy gospodarczej.	Pewna prawidłowość gospodarki w specyficznym okresie przejścia od jednego systemu gospodarczego do drugiego.
Włodarczyk W.C., Zając M., 2002 [10]	Opłaty nieformalne stanowią cechę funkcjonowania systemu zdrowotnego w transformowanej gospodarce, pozwalając na pełnienie przez ten system podstawowych funkcji medycznych.	Zjawisko związane z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia w specyficznym okresie rozwoju kraju.
Balabanova D., McKee M., 2002 [26]	Nieformalna gratyfikacja lekarzy w Bułgarii ma zarówno charakter rzeczowy (częściej <i>ex post</i> ), jak i pieniężny (często <i>ex ante</i> ). Płacą zamożniejsi i młodszy.	Nieformalne opłaty są bardziej wynikiem trudności ekonomicznych okresu transformacji niż zwyczaju.
Gaal P., 2004 [9]	Powiązanie opłat nieformalnych z niedofinansowaniem sektora zdrowotnego i reformami zorientowanymi na obniżanie kosztów ( <i>cost containment</i> ).	Opłaty nieformalne nie zawsze są nielegalne i nie zawsze są nieformalne w swej istocie.
Ensor T., 2004 [27]	Różne rodzaje opłat nieformalnych: wyrównanie kosztów, wykorzystywanie pozycji na rynku, opłaty za dodatkowe świadczenia.	Akcent na różnicowanie polityki zwalczania nieformalnych opłat odpowiednio do zlokalizowanej przyczyny.
Besstremyannaya G., Shishkin S., 2005 [23]	Równoległy wzrost opłat pacjentów: formalnych w wyniku rozwoju sektora prywatnego i nieformalnych w sektorze publicznym.	Na nieformalne opłaty istnieje ciche przyzwolenie władz, szczególnie w regionach biedniejszych i o niskich wydatkach na opiekę zdrowotną.
Cockcroft A. i inni, 2008 [29]	W krajach bałtyckich połowa kontaktów ze służbą zdrowia związana jest z opłatami.	Im sprawniejszy i bardziej sprywatyzowany sektor zdrowotny, tym opłaty niższe (Estonia <i>versus</i> Litwa).
Bognar G., Gaal R.I., Kornai J., 2010 [30]	Nieformalne opłaty nie są jedyną drogą uzyskania dostępu i opieki.	Obok nieformalnych opłat inną formą zachowań korupcyjnych jest protekcja.
Gaal P., Jakab M., Shishkin S., 2010 [31]	Opłaty nieformalne występują w większej skali i dłużej w krajach z większymi ekonomicznymi problemami transformacji.	Reformy opieki zdrowotnej w regionie CEE nie rozwiązują skutecznie opłat nieformalnych.

**Tabela I.** Definiowanie i wartościowanie opłat nieformalnych występujących w krajach regionu Europy Środkowej i Wschodniej.  
Źródło: zestawienie własne.

program „Przeciw korupcji”, obejmujący takie działania, jak kampanie społeczne (*Korupcja: Nie musisz dawać, nie musisz brać w tym udziału*), informacje oraz szkolenia mające na celu także zwiększenie przejrzystości w życiu publicznym. Równoległe podjęte zostały specjalne badania na temat opłat nieformalnych w sektorze zdrowotnym [33].

Godny uwagi jest fakt, że do debaty aktywnie włączyło się środowisko medyczne i to w sposób instytucjonalizowany, powołując w 2006 r. Lekarską Grupę Roboczą oraz udostępniając portal internetowy Eskulap.

Także środowisko prawnicze, zaangażowane w opracowanie polskich regulacji do *accuis communaitaire*

w związku z akcesją Polski do Unii Europejskiej, przygotowało szereg prac i dokumentów dotyczących rozpoznawania i zwalczania korupcji [34, 35].

## 2.1. Opłaty nieformalne w ochronie zdrowia a korupcja

Postrzeganie opłat nieformalnych jako zjawiska naganego, a nawet patologii systemu ochrony zdrowia, nastąpiło wraz z odkrywaniem i ostrą krytyką zjawiska korupcji w gospodarce i w państwie. W latach 90. uwaga publiczna w Polsce zaprzągnięta była wprowadzaniem demokratycznego systemu politycznego oraz kolejnymi rynkowymi reformami w gospodarce i w głównych instytucjach pub-

licznych. Nie przejmowano się korupcją lub jej nie dostrzegano. Może także dlatego, że nadal odwoływano się do solidarnościowych wartości etycznych i pozostawano we wzniosłym klimacie duchowości pod wpływem Jana Pawła II. Autorów piszących o tym zjawisku traktowano jako opozycjonistów gospodarki rynkowej [36]. Korupcję kojarzono z poprzednim systemem – centralnym planowaniem, a nawet ją sytuowano zasadniczo w komunistycznym systemie władzy i instytucji [37], a w nowej rzeczywistości – głównie z przebiegiem procesu prywatyzacji [38]. Zakładano, że jest to uboczny skutek koniecznego procesu, który – gdy zostanie zakończony – stworzy warunki, w których korupcja nie będzie miała racji bytu.

Początkowo ze zdumieniem i niedowierzaniem przyjmowano informacje, często pochodzące z międzynarodowych raportów, o relatywnie wysokiej pozycji Polski w rankingu krajów europejskich czy krajów OECD na temat poziomu korupcji. Do dostrzeżenia korupcji jako zjawiska wysoce negatywnego niewątpliwie przyczyniły się organizacje międzynarodowe, dbające o wysokie standardy funkcjonowania instytucji publicznych i zaufania publicznego. Szczególnie wcześniej i intensywnie do rozpoznawania i zwalczania korupcji przyczynił się Bank Światowy, wskazując na pokaźne straty ekonomiczne krajów, w których występuje wysoki poziom korupcji.

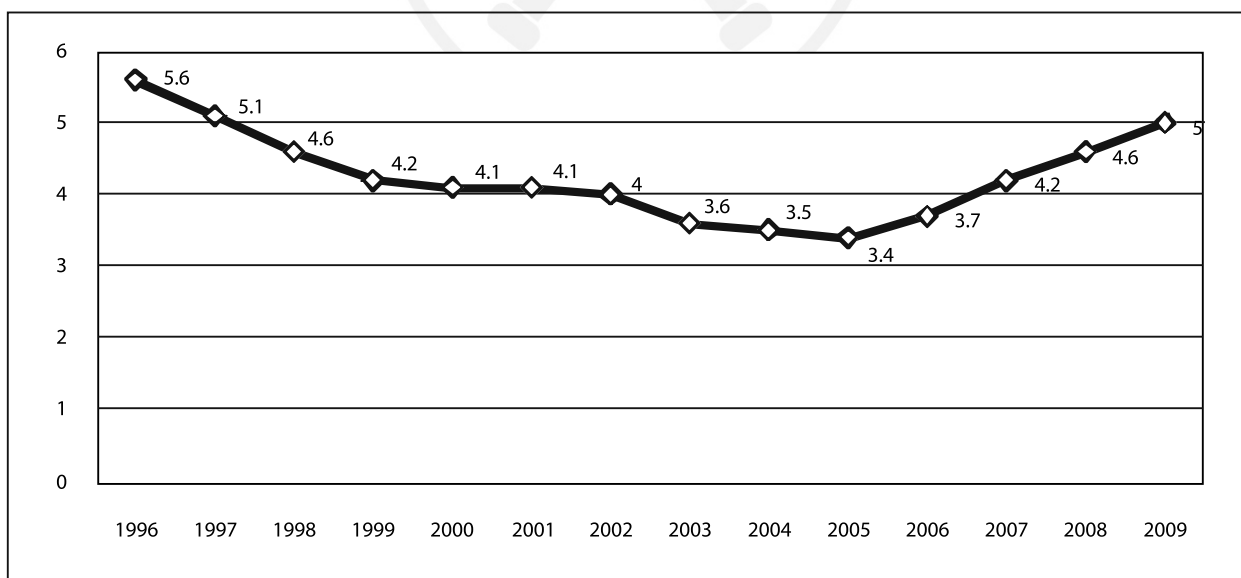
Bank Światowy i Transparency International publikowały raporty z rankingami krajów, oceniając ich instytucje pod względem nieskażenia korupcją na podstawie specjalnie skonstruowanych wskaźników. Bank Światowy korzystał z badań dotyczących otoczenia biznesu i efektów działania firm (BEEPS *survey*), a Transparency International z danych na temat postrzegania korupcji, stosując wskaźnik zwany indeksem postrzegania korupcji (CPI). Oba wskaźniki są silnie skorelowane [39].

Wskaźniki dla Polski znacząco zmieniały się w czasie. W końcu lat 90. zaczęło narastać przekonanie o wzroście korupcji. Jak pisali niektórzy socjologowie,

wzrost wskaźników postrzegania korupcji był w znacznej mierze wynikiem nagłośnienia problemu przez media [40]. Tendencja odwróciła się w drugiej połowie dekady. Na wykresie (**Rysunek 1**) pokazana jest wartość indeksu percepcji korupcji w latach 1996–2009, wskaźnika stosowanego przez Transparency International. Indeks ten przybiera wartości od 0 do 10. Im wyższa wartość, tym lepiej. Wartości bliskie 10 świadczą o czystości danego kraju, a bliżej 0 o bardzo wysokim poziomie korupcji.

Gdy poza ogólnymi ocenami funkcjonowania instytucji państwa, prawa i otoczenia biznesu zaczęto analizować pod kątem korupcji obszary bardziej konkretne, ze wskazaniem zawodów i stanowisk narażonych na korupcję, w raportach pojawiła się ochrona zdrowia i personel medyczny. W badaniach Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS), w których na podstawie zadawanego pytania o to: *w których z wymienionych dziedzin Pana(i) zdaniem korupcja występuje najczęściej*, służba zdrowia sytuowała się zwykle na drugim miejscu, a w latach 2006–2007 nawet na pierwszym wśród najbardziej skrupupowanych dziedzin w państwie (**Tabela II**).

Także w innych dokumentach sektor zdrowotny pojawiał się wśród najbardziej skorumpowanych obszarów działalności publicznej. W podręczniku na temat korupcji opracowanym przez ekspertów USAID [46] ochrona zdrowia znalazła się wśród kilku innych dziedzin jako bardziej podatnych na występowanie zjawiska korupcji. Także organizacja Transparency International poświęciła specjalną uwagę ochronie zdrowia w jednym ze swych globalnych raportów na temat korupcji [1]. Zakres wskazanych zjawisk korupcyjnych w sektorze zdrowotnym obejmował styk z politykami i ubezpieczycielami, firmami farmaceutycznymi, z zaopatrzeniem szpitali, pomocą międzynarodową w warunkach epidemii HIV/AIDS. Obszary ochrony zdrowia, w których pojawia się korupcja wraz z wyjaśnieniem głównych mechanizmów doń prowadzących, systematycznie opisał Taryn Vian [8].



**Rysunek 1.** Indeks Percepcji Korupcji Transparency International. Wartość IPK dla Polski w latach 1996–2009.

Źródło: [41].

Okres badania	Dziedzina pierwsza	Dziedzina druga	Dziedzina trzecia
2001	Polityka 54%	Służba zdrowia 47%	Urzędy centralne 38%
2002	Polityka 52%	Służba zdrowia 42%	Sądy i prokuratura 33%
2003	Polityka 60%	Służba zdrowia 43%	Urzędy centralne 37%
2004	Polityka 64%	Sądy i prokuratura 42%	Urzędy centralne 39%
2005	Polityka 61%	Służba zdrowia 50%	Sądy i prokuratura 37%
2006	Służba zdrowia 53%	Polityka 35%	Sądy i prokuratura 32%
2007	Służba zdrowia 58%	Polityka 44%	Urzędy centralne 32%
2009	Polityka 55%	Służba zdrowia 54%	Sądy i prokuratura 29%
2010	Polityka 60%	Służba zdrowia 58%	Urzędy samorządów terytorialnych 31%

**Tabela II.** Postrzeganie najbardziej skorumpowanych dziedzin w państwie w latach 2001–2010.

Źródło: na podstawie wyników kolejnych badań CBOS [42–45].

Wskazano także na relacje pacjent–lekarz jako na jeden z obszarów występowania zachowań korupcyjnych. Do korupcji zaliczono nieformalne opłaty pacjentów. Pierwsze w Polsce informacje na temat opłat nieformalnych pochodziły z rozszerzonych badań budżetów rodzinnych GUS, zapoczątkowanych w 1994 r. i powtarzanych co kilka lat [47], na podstawie których poszły w świat dane o dowodach wdzięczności pacjentów i wpłatach cegiełek na szpitale [22]. Dzięki badaniom budżetów domowych GUS identyfikowano i szacowano opłaty nieformalne [50], ale bardziej jako wyrazy wdzięczności pacjentów oraz jako indywidualną kontrybucję wspierającą instytucję publiczną w warunkach transformacyjnego kryzysu, który silnie dotknął usługi społeczne, a szczególnie sektor zdrowotny, niż jako zachowania korupcyjne. Natomiast eksperci Banku Światowego, którzy kilka lat później (w 1999 r.) przeprowadzili badania jakościowe na temat opłat nieformalnych w sektorze zdrowotnym<sup>4</sup>, traktowali je jako zachowania korupcyjne [24].

Opłaty nieformalne uzasadniano sytuacją konieczności w warunkach gospodarki niedoboru. Wobec dotkliwych ograniczeń budżetowych istniała znaczna tolerancja różnych dróg dotarcia do świadczenia zdrowotnego. Opłaty nieformalne były niejednokrotnie jedyną drogą uzyskania potrzebnej usługi na czas i w odpowiednim miejscu [48]. Zmiana stosunku do opłat nieformalnych na mniej tolerancyjny zaczęła występować wraz z poprawą sytuacji w sektorze zdrowotnym.

W polskiej debacie na temat korupcji w ochronie zdrowia, podobnie jak w węgierskiej, zwracano też uwagę na kryterium prawne: legalności bądź nielegalności zachowań związanych z opłatami nieformalnymi. Mimo że konstytucja zakłada bezpłatny dostęp do usług opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, to

stosowane opłaty były nie tylko społecznie tolerowane, ale, co więcej, nie były traktowane jako nielegalne, ponieważ nie były zabronione. W niektórych wypowiedziach podnoszono, że materialne podziękowania pacjentów po wykonaniu usługi zdrowotnej powinny być traktowane jako dowód wdzięczności, a do wyrażania wdzięczności ma prawo każdy człowiek. Jest to bowiem naturalne prawo do wyrażania uczuć [49].

Tolerowanie opłat nieformalnych wynikało także z wieloletniej praktyki wynagradzania lekarzy na niskim poziomie (około 70% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce [50]). Opłaty stanowiły uzupełnienie oficjalnie niskich zarobków lekarzy. Opinia społeczna w tej sprawie zaczęła ulegać zmianie, gdy dostrzeżono, że poziom życia lekarzy zaczął ulegać widocznej poprawie, niekiedy w kierunku demonstracyjnie luksusowej konsumpcji<sup>5</sup>.

Usprawiedliwianie występowania opłat nieformalnych, znacznie częstsze w latach 90. niż w następnej dekadzie, wynikało z istotnie różnych ich form i różnego stosunku do poszczególnych z nich. W kategorii opłat nieformalnych oraz zagregowanej informacji statystycznej na ten temat mamy do czynienia z „workiem” różnych zachowań; z jednej strony niewinne dowody wdzięczności i wspieranie szpitali w postaci cegiełek, a z drugiej strony – wysoce naganne łapówki i „koperty”.

Do jednoznacznego uznania opłat nieformalnych w ochronie zdrowia za korupcję przyczynił się program polityczny jednej z partii (PiS), stawiający sobie za cel „moralne oczyszczenie społeczeństwa”. Gdy w 2005 r. partia ta objęła rządy, opłaty nieformalne stały się przedmiotem śledztwa specjalnie powołanych antykorupcyjnych służb państwowych. Lekarze przyjmujący prezenty i pieniądze byli aresztowani w świetle kamer telewizyjnych i przykładowo karani.

<sup>4</sup> Badanie przeprowadzono metodą wywiadów oraz dyskusji w grupach fokusowych z pacjentami oraz personelem medycznym w dwóch dużych miastach (Gdańsk i Wrocław) i w dwóch gminach wiejskich.

<sup>5</sup> Jeden z wicepremierów rządu w okresie 2005–2006, nagabywany o podwyżki płac dla lekarzy, wyraził wątpliwość co do ich potrzeby, formułując powiedzenie: *Pokaż lekarzu, co masz w garażu*, dając do zrozumienia, że luksusowe samochody stoją w sprzeczności z oficjalnymi danymi o niskich zarobkach.

## 2.2. Rodzaje opłat nieformalnych

Debata na temat korupcji w ochronie zdrowia i podejmowane badania tego zjawiska pozwoliły na wyróżnienie czterech rodzajów nieformalnych opłat pacjentów<sup>6</sup>, istotnie odmiennych w charakterze oraz różnych pod względem przyczyn, a w konsekwencji – etycznej oceny zachowania osób je stosujących.

W dotychczasowych doniesieniach i badaniach na temat opłat nieformalnych wyraźnie odróżnia się **podarunki** wręczone jawnie personelowi medycznemu (lekarzowi, pielęgniarkę i kiedyś salowej), będące wyrazami wdzięczności za opiekę. Lista podarunków obejmowała zwykle kwiaty, słodycze, kawę, herbatę, napoje alkoholowe oraz pióra czy notatniki, kalendarze i książki. W wyjątkowych przypadkach zdarzały się obrazy i inne droższe przedmioty. To obdarowywanie personelu medycznego występowało zawsze. Tylko prezenty się zmieniały: kiedyś dominowały produkty żywnościowe pochodzenia wiejskiego. W okresie PRL, a szczególnie w dotkliwych momentach funkcjonowania gospodarki niedoboru, lekarze byli obdarowywani towarami „spod lady”, do których należało głównie mięso, wędliny i owoce cytrusowe. Jako że w gospodarce rynkowej dostęp do produktów konsumpcyjnych jest powszechny, a oferta bogata, więc obecnie są to prezenty pochodzące z bogatej oferty handlowej pamiątek i drobiazgów. Dawanie prezentów ma charakter bardziej rutynowy i symboliczny. Jest rodzajem gestu, częścią pewnego obyczaju towarzyszącego zakończeniu wizyty u lekarza czy w placówce opieki zdrowotnej.

Druga forma gratyfikacji służby zdrowia przez pacjentów polega na **finansowym wsparciu szpitala**. Gospodarka niedoboru, bardzo dokuczliwa w latach 80. i w okresie intensywnie przekształcaną gospodarki pierwszej dekady lat 90., odbijała się szczególnie negatywnie na warunkach funkcjonowania sektora publicznego, w tym zwłaszcza szpitali. Brakowało środków na remonty, sprzęt medyczny, a nawet leki. Szpitale pomagały sobie, tworząc szpitalne fundacje, wspomagające finansowo placówki [52] albo decydowały się na wprowadzenie dobrowolnych opłat, zwanych cegiełkami (*brick payment*). Dodatkowo, na życzenie pacjenta, pobierano opłaty za dodatkowe usługi, głównie pielęgnacyjne, wyrównując w ten sposób dramatycznie niskie wynagrodzenia personelu pielęgniarstwa. Pacjenci czy ich rodziny nabywali też leki i materiały medyczne sugerowane przez personel medyczny na potrzeby leczenia w szpitalu. Płacono też za pewne usługi pozamedyczne, np. za dodatkowy pobór energii, gdy używano w szpitalu sprzętu elektronicznego. W nowej dekadzie, gdy ministrowie zdrowia wypowiedzieli się publicznie, że pobieranie tego rodzaju opłat w szpitalach jest nielegalne (minister Czakański i minister Balicki w latach 2003–2004), zaczęto je ograniczać. Jednak nie zniknęły, szczególnie w placówkach, w których kontrakty z publicznym płatni-

kiem (NFZ) nie wystarczają na całoroczne finansowanie leczenia. Ich występowanie można dostrzec np. w badaniach budżetów rodzinnych, w których pacjenci informują o opłatach quasi-formalnych, które nie są wprawdzie w przepisach prawa zdefiniowane *expressis verbis* jako dozwolone, ale z punktu widzenia pacjenta mają charakter formalny, jako że są określone regulacjami wewnętrznymi szpitali i całkowicie jawne.

Trzecia forma nieformalnych opłat w sektorze zdrowotnym polega na **dawaniu łapówek lekarzom** w celu uzyskania specjalnych korzyści. W okresie przed reformą ochrony zdrowia w 1999 r., kiedy obowiązywała rejoni-zacja, głównym powodem dawania łapówek było uzyskanie wejścia<sup>7</sup> do pożądanego specjalisty oraz szpitala. To brak prawa wyboru lekarza był źródłem poszukiwania sposobów na jego dochodzenie. Obecnie łapówka dawana lekarzowi jest raczej sposobem na ominięcie kolejki czy uzyskanie opieki konkretnego specjalisty, a także sposobem na uzyskanie drugiej opinii medycznej – upewnienia się co do postawionej diagnozy.

Istotne znaczenie w zachowaniach pacjentów miało poszukiwanie dostępu do nowych technologii medycznych w oczekiwaniu wyższej skuteczności leczenia, większego komfortu leczenia i większego bezpieczeństwa, w sytuacji raczej powolnego wdrażania niektórych technologii w sektorze finansowanym ze środków publicznych. Ta forma nieformalnych opłat od pewnego czasu bezpośrednio nie występuje. Pacjenci uzyskują bowiem te korzyści dzięki wcześniejszym, prywatnym wizytom u lekarzy, którzy jednocześnie są zatrudnieni w pożądanym przez pacjenta szpitalu. Leczenie szpitalne jest wtedy naturalną kontynuacją leczenia u swobodnie wybranego specjalisty, prowadzącego prywatną praktykę. Należy dodać, że zjawisko podwójnego zatrudnienia, czyli wykonywania prywatnej praktyki przez lekarzy, którzy są jednocześnie zatrudnieni w szpitalach, jest bez mała powszechne. Pacjent nawiązuje bezpośredni kontakt z lekarzem w jego drugim miejscu pracy, czyli w instytucji prywatnej, i na tej podstawie oczekuje nie tylko wejścia do placówki publicznej, w której jest kolejka, lecz także uważniejszego traktowania przez lekarza, z którym wcześniej nawiązał kontakt, korzystając z jego usług w prywatnym gabinecie.

Czwarta forma, zdecydowanie korupcyjna, polega na **płaceniu personelowi medycznemu za konkretną usługę „pod stołem”**. Wykonywane usługi mają wtedy określone, powszechnie znane ceny, a opłata przekazywana jest lekarzowi w kopercie. Jednocześnie pacjenci wiedzą, komu trzeba zapłacić. Nie wszyscy lekarze bowiem przyzwalali na pobieranie opłat. Ten proceder został radykalnie ograniczony w połowie dekady, kiedy Centralne Biuro Antykorupcyjne rozpoczęło „naloty” na szpitale, aresztując lekarzy pobierających opłaty za usługi. Reakcja lekarzy była zdecydowana. Z jednej strony zaczęli się domagać wzrostu płac, występując z hasłem „nie chcę brać, ale potrzebuję przyzwoitego wynagrodzenia”, z drugiej

<sup>6</sup> To rozróżnienie nieformalnych dopłat zastosowano wcześniej w opracowaniu na rzecz projektu Healthquest [51].

<sup>7</sup> Rejonizacja dostępu do lekarza była główną uciążliwością funkcjonowania ochrony zdrowia w krajach socjalistycznych, przyczyniając się do praktyki pobierania łapówki za dostęp do pożądanego lekarza i/lub placówki. Opisuje to trafnie na przykładzie Węgier Peter Gaal [9], a w odniesieniu do Polski: Golinowska, Tymowska [12] i Tymowska [54].

– w środowisku medycznym podjęto prace nad głębszym rozpoznaniem zjawiska. Powstała wspomniana już Lekarska Grupa Robocza ulokowana przy Fundacji im. Stefana Batorego w programie „Przeciw korupcji”, której celem było zwrócenie uwagi na mechanizmy systemowe, sprzyjające korupcji w sektorze zdrowotnym [55].

Te cztery rodzaje nieformalnych opłat nie zawsze znajdują dostateczne odzwierciedlenie w badaniach i statystyce, ale z pewnym przybliżeniem można je zidentyfikować. W ocenie zjawiska nieformalnych opłat w sektorze zdrowotnym szczególne znaczenie ma wyróżnienie dwóch ostatnich form, czyli łapówek i kopert jako opłat o charakterze korupcyjnym i oddzielenie od tych pierwszych: wyrazów wdzięczności i cegiełek dla szpitali, które wnoszone ze szlachetnych pobudek nie powinny być stawiane w tym samym szeregu. Jako że w praktyce trudno jest je oddzielić, a i intencje dających i zachowania biorących nie zawsze są jednoznaczne, zrozumiałe jest dążenie do zaniechania opłat nieformalnych w całości.

Opłaty nieformalne występują głównie na styku relacji pacjentów ze świadczeniodawcami. Natomiast zachowania korupcyjne w ochronie zdrowia w ogóle występują także w relacji dostawców leków i sprzętu ze świadczeniodawcami (lekarzami oraz placówkami medycznymi) i w relacjach płatników ze świadczeniodawcami. Jako że niniejsze opracowanie dotyczy nieformalnych opłat pacjentów, to prowadzone rozważania nie będą obejmowały korupcji dotyczących relacji z firmami farmaceutycznymi oraz płatnikami.

### 3. Próby identyfikacji i szacowania opłat nieformalnych

Występowanie opłat nieformalnych w publicznej służbie zdrowia potwierdzają reprezentatywne badania różnych ośrodków badawczych, wśród których zasadnicze znaczenie mają trzy: badania budżetów gospodarstw domowych (*household survey*) GUS, badania o warunkach i jakości życia Polaków „Diagnoza społeczna” oraz badania opinii publicznej prowadzone głównie przez

CBOS, a także przez Ośrodek Badania Opinii Publicznej (OBOP). Każde z nich dostarcza informacji o jakimś fragmencie obrazu opłat pacjentów w publicznej służbie zdrowia. W sumie dają pełniejszy obraz, chociaż niekompletny, pozwalający jednak z pewnym przybliżeniem oszacować skalę i rodzaje tych opłat.

#### 3.1. Badania budżetów gospodarstw domowych

Systematycznie (corocznie) prowadzone przez GUS badania gospodarstw domowych co pewien czas wzbogacone są rozszerzeniem w zakresie jakiegoś ważnego społecznie tematu. Ochrona zdrowia została uznana za taki ważny temat już na początku okresu transformacji i od 1994 r. co kilka lat pojawiają się w Polsce rozbudowane informacje o wydatkach gospodarstw domowych związanych z ochroną zdrowia. Wyniki tych badań, zwanych modułowymi badaniami „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”, pozwalają na ocenę indywidualnych opłat na usługi zdrowotne, w tym ponoszonych nieformalnie, głównie podczas pobytu w szpitalu (**Tabela III**).

Badania modułowe gospodarstw domowych GUS informują o skali wydatków prywatnych, a w tym – o skali wydatków nieformalnych, chociaż tylko w odniesieniu do pobytu w szpitalach. Jest to jednak główne miejsce ponoszenia tych wydatków. W tym momencie należy zwrócić uwagę na to, że niektórzy badacze utożsamiają wszystkie wydatki indywidualne (*out of pocket*) w publicznym stacjonarnym sektorze zdrowotnym jako wydatki nieformalne (np. [56]), co jest opinią kontrowersyjną. W opiece stacjonarnej w Polsce ponosi się formalnie opłaty na niektóre usługi medyczne lub przez niektóre grupy zobowiązane przepisami prawa do pokrywania kosztów usług medycznych. Dotyczy to pobierania opłat za pobyt w szpitalu osób nieubezpieczonych (np. cudzoziemców) czy opłat za transport do ośrodków rehabilitacyjnych i sanatoriów itp. Z punktu widzenia skali problemu największe znaczenie wśród opłat nieformalnych ponoszonych w publicznej opiece stacjonarnej

Wydatki	1994	1998	2003	2006
Zakres ponoszących opłaty z dochodów indywidualnych spośród przebywających w szpitalach	78%			
Struktura według rodzajów ponoszonych wydatków (%)				
Dowody wdzięczności		55,7%		
Dobrowolna opłata na rzecz szpitala		6,6%		
Zakup leków i sprzętu, dyżury		3,4%		
Przeciętna wysokość indywidualnego wydatku na osobę w zł			10,5%	15,41% (korzystający – 55,14)
Dowody wdzięczności			4,60%	4,35%
Dobrowolna opłata na rzecz szpitala			0,31%	0,71%
Zakup leków i sprzętu, dyżury			2,54%	3,70%

**Tabela III.** Nieformalne opłaty ponoszone w opiece stacjonarnej według modułowych badań gospodarstw domowych GUS.

Źródło: [47].



mają dowody wdzięczności (28% wszystkich wydatków ponoszonych indywidualnie w szpitalu) oraz wspieranie placówki medycznej (odpowiednio 24%).

Badania modułowe gospodarstw domowych pozwalają na oszacowanie opłat nieformalnych w opiece stacjonarnej, co uczyniono w raporcie zleconym przez Ministerstwo Zdrowia – Zielona Księga II – na podstawie danych zebranych do 2006 r. [57]. Oszacowano je na poziomie 334 mln zł, co stanowi niespełna 2% całości wysokich wydatków indywidualnych (*out of pocket payments*). Główna pozycja wydatków indywidualnych to wydatki na leki. W Polsce mamy bowiem do czynienia z relatywnie dużą konsumpcją leków (także z powodu wysokiej skali samoleczenia) przy niskim poziomie ich refundacji – jednym z najniższych w krajach europejskich [57].

Ciąg badań modułowych GUS ukazuje tendencję wzrostu wydatków indywidualnych w opiece stacjonarnej, ale przy zmniejszaniu się skali wydatków nieformalnych typu dowody wdzięczności (wstępne wyniki badań za 2010 r. potwierdzają tę tendencję) i wroście wydatków quasi-formalnych oraz jednoznacznie formalnych. Ta tendencja może świadczyć o tym, że debata na temat korupcji i podejmowane działania antykorupcyjne w ochronie zdrowia wiodą bardziej w kierunku legalizacji opłat indywidualnych niż ich eliminowania.

### 3.2. Wyniki badania „Diagnoza społeczna”

W Polsce prowadzi się co najmniej trzy badania społeczne prowadzone przez socjologów na temat ważnych aspektów życia społecznego w kraju. Obecnie najszersze co do zakresu i najbardziej popularne jest badanie zwane „Diagnoza społeczna”, które zainicjowano w celu monitorowania skutków czterech reform społecznych (emerytalnej, zdrowotnej, edukacyjnej i decentralizacyj-

nej) wprowadzonych przez rząd Jerzego Buzka w 1999 r. Badanie to dostarcza kompleksowych danych na temat warunków i jakości życia gospodarstw domowych, a także informuje o postawach, stanie ducha i zachowaniach osób tworzących te gospodarstwa. Badanie ma charakter panelowy; prowadzone jest w odstępach kilkuletnich, kiedy wraca się w znacznym zakresie do tych samych respondentów. Przeprowadzono już pięć edycji badania w następujących latach: 2000, 2003, 2005, 2007, 2009. Istotną częścią badania są oceny sytuacji w ochronie zdrowia oraz szacunki ponoszonych przez gospodarstwa domowe wydatków na usługi zdrowotne. Badania te nie pozwalają wprawdzie na uogólnienia na poziom ogólnokrajowy, tak jak w przypadku badań modułowych gospodarstw domowych GUS, ale pozwalają na porównania poziomu konkretnych pozycji ponoszonych wydatków indywidualnych, a wśród nich wydatków nieformalnych.

W badaniu wyróżnia się następujące rodzaje wydatków ponoszonych przez gospodarstwa domowe:

- oficjalne opłaty za ambulatoryjne usługi medyczne: badania laboratoryjne;
- opłaty za leki;
- opłaty wnoszone przy okazji pobytu w szpitalu, tzw. cegiełki, opłaty za nocne dyżury, zakup leków dla pacjenta leczonego w szpitalu, zakup środków pomocniczych itp.;
- wydatki na tzw. dowody wdzięczności, dzięki którym starano się pozyskać opiekę o lepszej jakości niż oficjalnie przysługująca lub uzyskać ją w szybszym terminie;
- wydatki związane z prezentami jako dowodami szczerzej wdzięczności za uzyskaną opiekę (**Tabela IV**).

Dane pochodzące z badania „Diagnoza społeczna” zwracają uwagę na to, że 10% gospodarstw domowych, korzystających z usług opieki zdrowotnej, ponosi opłaty

Opłaty gospodarstw domowych	Wskaźnik	2000	2003	2005	2007	2009
Dowody wdzięczności	Jako % badanych gospodarstw domowych korzystających z usług opieki zdrowotnej		3,3	5,6	4,2	2,5
	Opłaty osób ponoszących dany wydatek w kwartale w zł*	210	240	169	312	475
Szczere dowody wdzięczności – prezenty	Jako % badanych gospodarstw domowych korzystających z usług opieki zdrowotnej		4,2	8,7	5,2	3,8
	Opłaty w zł ponoszących dany wydatek w kwartale	160	126	98	129	136
Opłaty dobrowolne ponoszone w szpitalu publicznym	% badanych gospodarstw domowych korzystających z usług szpitalnych			7,2	4,2	3,3
	Opłaty w zł ponoszących dany wydatek w kwartale	179	181	245	116	198
Opłata za leki	Jako % badanych gospodarstw domowych wydatkujących na leki		92	92	96	94
	Opłaty w zł nabywających leki w kwartale		278	308	323	378
Opłaty ambulatoryjne			33	40	50	54
		276	284	302	379	526

\* dotyczy kwartału poprzedzającego badanie

**Tabela IV.** Opłaty indywidualne: % badanych gospodarstw domowych ponoszących dany wydatek oraz przeciętna kwota opłaty gospodarstwa domowego na ten wydatek.

Źródło: [58].

nieformalne. Zjawisko ma tendencje malejącą, począwszy od połowy obecnej dekady. W 2005 r. wskaźnik ten był dwukrotnie wyższy (ponad 20%). Wysokość opłat z grupy dowodów wdzięczności jest jednak istotnie wyższa – ponaddwukrotnie. Janusz Czapiński w opisie wyników badania „Diagnozy społecznej” 2009 (s. 114) interpretuje to jako efekt podwyższonego ryzyka. Píše: „Skurczył się zakres korupcji w ochronie zdrowia, ale wzrosła cena przekupstwa, proporcjonalnie – jak się wydaje – do wzrostu ryzyka” [58].

Wśród opłat nieformalnych mamy do czynienia z występowaniem dobrowolnych opłat ponoszonych w szpitalach publicznych w sposób jawny, chociaż bez oficjalnej regulacji. Mimo że ministrowie zdrowia wielokrotnie wypowiadali się publicznie, że pobieranie opłat w szpitalach jest nielegalne, zjawisko to nadal występuje. W okresie nasilenia programów walki z korupcją jest dwukrotnie mniejsze niż jeszcze w 2005 r.

### 3.3. Badania opinii społecznej o korupcji i opłatach nieformalnych w ochronie zdrowia

W Polsce przeprowadzono wiele badań opinii społecznej na temat korupcji w ogóle oraz występowania zjawisk korupcyjnych w ochronie zdrowia. Prowadziły je dwie instytucje: OBOP oraz CBOS, które realizowało wiele sondaży w odniesieniu do ochrony zdrowia. Od 2005 r. Polska jest włączona także do systematycznych badań międzynarodowej organizacji Transparency International (TI) na temat postrzegania korupcji (*perception of corruption*).

Ochrona zdrowia w sposób specjalny i szczegółowy została włączona do badań na temat korupcji prowadzonych w ramach programu Fundacji im. Stefana Batorego „Przeciw korupcji”.

Badania zachowań korupcyjnych prowadzone przez CBOS obejmowały nie tylko relacje personelu medycznego i pacjentów, lecz także relacje z firmami farmaceutycznymi oraz firmami zaopatrującymi placówki medyczne w sprzęt i relacje z zakładami niepublicznymi w sektorze usług zdrowotnych.

Szczególnie istotne dla wyjaśnienia zjawiska opłat nieformalnych były uzyskane odpowiedzi na pytania:

- czy pacjenci płacą za formalnie bezpłatne usługi zdrowotne?
- za co płacą pacjenci?
- ile płacą pacjenci, gdy korzystają z usług służby zdrowia?
- w jakim momencie płacą?
- kogo gratyfikują.

Najszerze badania przeprowadzili ankieterzy CBOS w 2001 r. na podstawie ankiety Anny Kubiak [33]. Następnie niektóre z pytań zostały powtórzone w badaniu CBOS z 2007 r. [59]. Badania te przeprowadzone zostały na reprezentatywnej próbie dorosłych mieszkańców kraju wynoszącej w pierwszym badaniu 1000 osób, a w drugim – 931 osób. W zestawieniu 5 podano procent odpowiedzi respondentów na zadane w wywiadzie

kwestionariuszowym (2001) lub ankiecie (2007) zbliżone pytania. Porównywalność wyników jest ograniczona ze względu na odmienne techniki badawcze oraz nieco inaczej sformułowane pytania, ale mimo to widoczna jest jednokierunkowa dynamika zjawiska: tendencja do zmniejszania stosowania opłat, poza symbolicznymi dowodami wdzięczności po leczeniu (kwiaty i słodycze) (Tabela V).

Wyniki badania opinii nie dostarczają dostatecznie wiarygodnych danych o wartości wręczanych opłat czy prezentów. Z dużym przybliżeniem można by sądzić, że opłaty, występujące częściej w sytuacjach poważniejszych zabiegów, dłuższego pobytu w szpitalu czy częstszego korzystania z usług medycznych, są większe. Dochodzą lub przekraczają kwotę 1000 zł. Natomiast tradycyjne dowody wdzięczności po leczeniu (kwiaty, słodycze, prezenty) można by szacować na wynoszące przeciętnie około 100 zł.

Wyniki obu badań CBOS pozwalają na charakterystykę osób, które wręczają lekarzom jakieś opłaty. Są to przede wszystkim osoby mobilne, względnie młode, co najmniej z wykształceniem średnim, pracujące częściej w sektorze niepublicznym, które motywowane są chęcią szybkiego „rozwiązania” problemu zdrowotnego – własnego lub członka rodziny. To „pragmatyczne” podejście do dawania łapówek lekarzom było rozgrzeszane przekonaniem, że *to nikomu nie szkodzi*, a im pozwala wydajniej funkcjonować [60].

Gdy łapówkarstwo w opinii publicznej coraz wyraźniej zaczęło być postrzegane jako zjawisko naganne, ta zamożniejsza i bardziej mobilna grupa ubezpieczonych zaczęła domagać się prywatyzacji ochrony zdrowia i wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń.

### 3.4. Badanie wśród lekarzy

Pierwsze badanie wśród lekarzy na temat korupcji autorstwa Anny Kubiak przeprowadzono jesienią 2001 r. metodą indywidualnej ankiety, wypełnianej w obecności ankietera<sup>8</sup>. Grupę 203 lekarzy pracujących w publicznej służbie zdrowia jako pierwszym miejscu pracy dobrano celowo. Pytania ankiety dotyczyły stosunku do wskazanych zachowań w kontaktach z pacjentami, które można by uznać za niedopuszczalne (Tabela VI).

Jak obrazują dane pokazane w zestawieniu, ankietowani lekarze nie potępiali przyjmowania prezentów, a znaczna ich część nawet dopuszczała przyjmowanie pieniędzy po zakończeniu leczenia jako wyrazu wdzięczności za wykonaną pracę. Prawie ¾ ankietowanych lekarzy uznawała, że przyjmowanie prezentów po leczeniu jest zjawiskiem występującym często, a prawie ¼, że także dawanie pieniędzy jest również częste. Ten tolerowany rodzaj zachowań, nazwany „białą korupcją”, nadal wywołuje wiele emocji w debacie na temat funkcjonowania służby zdrowia w Polsce.

Ankietowani lekarze za główną przyczynę przyjmowania wyrazów wdzięczności uznawali „skandalicznie” niskie wynagrodzenia w porównaniu z innymi zawoda-

<sup>8</sup> Badanie przeprowadzili ankieterzy CBOS.

Pytania badawcze	2001	2007
Czy zdarzyło się wręczać jakieś gratyfikacje w służbie zdrowia w jakimś okresie?	36%	21%
Czy lekarze przyjmują łapówki – opinia ogólna?		27%
Czy z własnego lub rodziny doświadczenia byli nakłaniani do wręczenia opłaty w zamian za przyjęcie do szpitala, zabieg, konsultacje...?		24%
Za co wynagradzają pacjenci?		
– lepszą opiekę	29%	
– przeprowadzenie operacji	23%	
– przyspieszenie zabiegu	13%	
– przyjęcie do lekarza	12%	
– uzyskanie skierowania	10%	
– uzyskanie zwolnienia z pracy	6%	
– inne zabiegi i usługi	4%	
– za dostęp do leków i sprzętu	3%	
Ile płacą pacjenci, gdy wynagradzają personel medyczny?	Dominuje kilkaset do 1000 zł	
W jakim momencie gratyfikuje się lekarzy?		
– przed rozpoczęciem leczenia lub w trakcie	47%	18%
– po zakończeniu leczenia	28%	43%
W jakiej formie gratyfikuje się lekarzy?		
<b>kwiaty i słodycze</b>		
– przed lub w trakcie		31%
– po leczeniu		43%
<b>alkohol i inne prezenty</b>		
– przed lub w trakcie		17%
– po leczeniu		19%
<b>pieniądze</b>	70 dających	
– przed lub w trakcie		14%
– po leczeniu		10%
<b>Kogo pacjenci gratyfikują?</b>		
– lekarza prowadzącego	72%	
– ordynatora, szefa placówki	33%	
– pielęgniarki	21%	

**Tabela V.** Opinie uczestników badania CBOS z 2001 r. i 2007 r. na temat gratyfikacji pacjentów w służbie zdrowia, % respondentów.  
Źródło: zestawienie własne na podstawie danych CBOS [42] i [59].

Zachowania	Dopuszczalne	Niedopuszczalne
Przyjęcie pieniędzy po zakończeniu leczenia z inicjatywy pacjenta	44%	45%
Przyjęcie prezentu po zakończeniu leczenia z inicjatywy pacjenta	86%	10%
Przyjęcie pieniędzy za usługę w kwocie wskazanej przez lekarza przed rozpoczęciem leczenia	2%	96%
Przyspieszenie wykonania reglamentowanych, deficytowych zabiegów czy terapii w zamian za dodatkową opłatę	15%	79%
Wydawanie zwolnień z pracy za pieniądze, przysługi czy prezenty	1%	97%

**Tabela VI.** Opinie ankietowanych lekarzy na temat przyjmowania gratyfikacji od pacjentów.  
Źródło: zestawiono na podstawie informacji z badania: Kubiak (2001) [33].

mi, które nie wymagają tak wysokich kwalifikacji oraz tak dużej odpowiedzialności za wartość najwyższą: zdrowie i życie. Za głównych beneficjentów gratyfikacji przez pacjentów uznawano ordynatorów oraz innych doświadczonych lekarzy, a także personel pielęgniarski.

Drugie badanie w środowisku medycznym na temat zachowań korupcyjnych przeprowadziła w 2006 r. le-

karska Grupa Robocza. W badaniu tym skoncentrowano uwagę na mechanizmach korupcji. W badaniu wykorzystano portal internetowy „Eskulap” oraz dwie gazety: „Rzeczpospolita” i „Zdrowie”. Zadano pytania o to, jakie rozwiązania organizacyjne oraz jakie przepisy prawne w relacjach lekarzy z: pacjentem, firmą medyczną, własnym zakładem pracy oraz z płatnikiem sprzyjają korup-

cji. Odzew na pytania grupy [55] był duży tylko wśród lekarzy korzystających z Internetu (143 osoby). Czytelnicy prasy zareagowali w stopniu minimalnym (9 osób) (Tabela VII).

Najczęściej pojawiała się odpowiedź wskazująca na niskie płace lekarzy, zarówno jako przyczynę pojedynczą, jak i współwystępującą z innymi. Na drugim miejscu umieszczano organizację i stosunki pracy w szpitalach, określając je feudalnymi i nazywając systemem ordynatorsko-profesorskim, który nie podlega kontroli. Łączenie pracy w zakładzie publicznym i wykonywanie praktyki lekarskiej jako źródło korupcji dotyczyło tylko relacji lekarz–pacjent, ale w ramach tego pytania odpowiedź tę wskazało 20% respondentów (najczęstsze wskazania w tej grupie).

Intersujący był ton odpowiedzi, niejednokrotnie podawany w formie dłuższych wyjaśnień. Lekarze dawali wyraz swemu niezadowoleniu z „biedy” i trwałości ograniczeń z niej wynikających, podobnie jak to było w epoce komunistycznej. Chcieli jasnych reguł gry, a to mogłaby im zapewnić tylko prywatyzacja, konkurencja i ogólnie – mechanizm rynkowy w ochronie zdrowia.

Autorzy relacji z sondażu [54] uważali, że sondaż ten nie spełnił oczekiwań, ponieważ respondenci nie wskazywali na konkretne korupcjogenne przepisy, a raczej pisali o znanych sytuacjach korupcji oraz przyjętej powszechnie ich interpretacji. Wydaje się jednak, że sondaż ten dał, dotychczas raczej „milczącemu” środowisku medycznemu po okresie kilku lat zewnętrznej krytyki, okazję do zbiorowej reakcji zarówno wyjaśniającej, jak i obronnej. Zdarzały się też teksty pełne oburzenia – „dajcie spokój uczciwym lekarzom”, ale były odosobnione.

#### 4. Działania państwa na rzecz zwalczania korupcji w ochronie zdrowia

Badania i debata, prowadzone tak na arenie międzynarodowej, jak i w Polsce, zdeterminowały władze państwa nie tylko do podjęcia jakiegoś działania, lecz także

przyniosły liczne wskazania, jak należy prowadzić politykę antykorupcyjną. Podstawą były analizy przyczyn korupcji, obszarów jej występowania oraz przejawów. Analizy te zwracały uwagę na aspekt zawłaszczania państwa (*state capture*), co w krajach transformacji tworzących od początku liczne regulacje oraz instytucje miało szczególne znaczenie. Identyfikowano przekupstwo, oszustwo, kupczenie wpływami, protekcjonizm i nepotyzm. W strategiach walki z korupcją zwracano uwagę na prewencję, monitorowanie i kontrolę społeczną jako działania najbardziej skuteczne w zwalczaniu korupcji.

Gdy w praktycznie zorientowanej literaturze obcej na temat korupcji wskazuje się pięć podstawowych sposobów przeciwdziałania temu zjawisku: (1) lepsza kontrola i wyższe kary, (2) lepsze zarobki (mniejsza pokusa), (3) poprawa wydajności i organizacji pracy (mniej uznaniowości), (4) lepsza ochrona praw obywateli oraz (5) większa otwartość, przejrzystość i społeczna kontrola [60], to w praktycznych działaniach w Polsce skupiono się bardziej (a może realizowano szybciej) na metodach pierwszej grupy. Przekaz wystosowany do społeczeństwa był jednoznaczny: nieregulowane prawem opłaty ponoszone przez pacjentów w ochronie zdrowia stanowią rodzaj korupcyjnego przestępstwa i będą podlegały sankcjom.

Począwszy od 2002 r. kolejne rządy podejmowały liczne antykorupcyjne działania odnoszące się do zjawiska korupcji w ogóle, a w ochronie zdrowia szczególnie.

- Opracowano dokumenty Strategii Antykorupcyjnej (pierwszy na lata 2002–2004 i drugi na lata 2005–2009).
- Powołano Centralne Biuro Antykorupcyjne (Ustawa z 9 czerwca 2006 r.).
- Stworzono w Ministerstwie Zdrowia zespół do spraw przeciwdziałania oszustwom i korupcji w ochronie zdrowia – 23 października 2006 r. (Uchwała Nr 1/2006).
- Uruchomiono ogólnopolską bezpłatną infolinię w Biurze Praw Pacjenta działającym w Ministerstwie

Odpowiedzi	Lekarz–pacjent	Lekarz–firma farmaceutyczna	Lekarz–placówka medyczna	Świadczeniodawca–płatnik
Niskie płace	P	P	P	
Łączenie pracy w zakładzie publicznym z prywatną praktyką	–	–	–	–
Przyczyny kulturowe – „mentalność Polaków”			P	
Demoralizacja środowiska	P			
Brak środków na doksztalcanie lekarzy		P		
Brak kontroli nad ordynatorami i kierownikami klinik	P		P	
Monopol płatnika			P	
Brak monitorowania udzielanych świadczeń				P
Inne przyczyny: niska świadomość praw pacjentów, ogólny brak nadzoru i kontroli w nowym systemie	–	–	–	–

Tabela VII. Odpowiedzi na pytanie: Czy przepisy prawne sprzyjają korupcji w następujących relacjach?

Źródło: zestawienie własne na podstawie danych z: Janota, Górecki (2006) [55].

Zdrowia, gdzie można zgłaszać wszystkie przypadki korupcji w ochronie zdrowia.

- Przygotowano specjalną rządową ekspertyzę, wyjaśniającą problem korupcji w ochronie zdrowia [61].
- Zebrano materiały i opracowano poradnik na temat zachowań korupcyjnych w ochronie zdrowia.
- Podjęto współdziałania w ramach Europejskiej Sieci do spraw Przeciwdziałania Oszustwom i Korupcji w Ochronie Zdrowia (*European Healthcare Fraud and Corruption Network – EHFCN*), zorganizowanej w latach 2004–2005.

W ramach pierwszego etapu strategii antykorupcyjnej obejmującej także ochronę zdrowia zaproponowano:

- nowelizację ustawy o izbach lekarskich w kierunku usprawnienia postępowania w sądach i izbach lekarskich (eliminacja przewlekłości postępowania, wprowadzenie dodatkowych kar do katalogu kar, zmiana statusu pokrzywdzonego, nadzór nad orzecznictwem sądów lekarskich);
- nowelizację ustawy o zakładach opieki zdrowotnej uwzględniającą:
  - zakaz prowadzenia przez zakłady opieki zdrowotnej i inne podmioty działające na terenie tego zakładu działalności, która nie służy realizacji celów ustawowych oraz nie służy zaspakajaniu podstawowych potrzeb pacjenta i realizacji jego praw;
  - weryfikację uprawnień Ministra Zdrowia i wojewodów w zakresie kontroli zakładów opieki zdrowotnej pod względem prawidłowości gospodarowania mieniem, środkami publicznymi oraz oceny realizacji zadań statutowych;
  - wprowadzenie nadzoru nad przekształceniami zakładów opieki zdrowotnej;
- rozszerzenie uprawnień konsultantów krajowych i wojewódzkich w procesie podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne;
- opracowanie i przedstawienie projektu rozwiązań dotyczących Rejestru Usług Medycznych (do połowy 2003 r.), którego zadaniem byłoby monitorowanie procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Jak wynika z powyższego, ten pierwszy dokument strategii antykorupcyjnej został ukierunkowany na sprawy monitorowania, kontroli i oceny prowadzonej działalności medycznej zarówno ze względu na kryteria legalności, jak i – w mniejszym stopniu – kryteria etyczne. W tym celu zaproponowano nowelizację wielu przepisów prawnych, rozszerzających uprawnienia organów powołanych do realizacji funkcji monitorowania i kontroli, zarówno w strukturach wewnętrznych środowiska medycznego, jak i zewnętrznych – państwowych. Można by powiedzieć, że strategia ta odpowiadała pierwszej metodzie zwalczania korupcji, polegającej na lepszej kontroli i wyższych karach. W strategii zapisano też zadanie dotyczące opracowania jednego z podstawowych instrumentów umożliwiających pełnienie funkcji informacyjno-monitorujących – Rejestru Usług Medycznych.

Sporządzone w 2004 r. sprawozdanie z realizacji pierwszego etapu strategii [63] wskazało, że w zasadzie tylko zadania o charakterze edukacyjnym, *nota bene* w praktyce rozszerzone na wprowadzenie zagadnień

korupcji w ochronie zdrowia do programów kształcenia studentów medycyny, były wyraźnie realizowane. Ciekawym momentem decyzji w tamtym okresie było niepodpisanie przez prezydenta nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w której zabraniano prowadzenia na terenie szpitala działalności pozamedycznej.

Drugi etap realizacji rządowej strategii antykorupcyjnej przedstawiono w 2005 r. Sformułowane zostały ogólne cele i mniej szczegółowo zadania na okres 2005–2009:

- przygotowanie materiałów edukacyjnych, służących zmniejszeniu tolerancji społecznej dla działań korupcyjnych w ochronie zdrowia;
- opracowanie standardów etycznego zachowania pracowników medycznych, wykorzystujące wzory z innych krajów oraz postulaty organizacji międzynarodowych;
- wprowadzenie zasad porządkujących funkcjonowanie list pacjentów oczekujących na zabiegi;
- monitorowanie kształcenia na studiach medycznych w zakresie zachowań etycznych;
- utworzenie systemu informacji o usługach medycznych i monitorowanie udzielania świadczeń.

W drugim okresie realizacji antykorupcyjnej strategii rządu [63] podstawowe działania sprowadzały się w praktyce do trzech rodzajów.

Po pierwsze, nadrabiano wykonywanie zadań niepodjętych w pierwszym etapie. Chodziło głównie o zadania regulacyjne: nowelizację ustawy o izbach lekarskich oraz o ustawę w sprawie wdrażania rejestracji usług medycznych. Prace nad ustawą o samorządzie lekarskim (o izbach lekarskich) trwały wiele lat. Ustawę uchwalono dopiero w październiku 2009 r. Problem rejestrowania usług medycznych był rozważany i dyskutowany jeszcze dłużej. Doczekał się projektu ustawy w postaci ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgłoszonej przez rząd jesienią 2010 r. Wśród nowych zadań regulacyjnych podjęto działania związane ze zgłaszaniem i porządkowaniem list pacjentów oczekujących na wizyty i zabiegi. Mimo opracowania projektu w tej dziedzinie rozwiązanie problemu wymaga dalszych działań, uwzględniających nie tyle problem zarządzania kolejkami, ile reform prowadzących do większej równowagi między zasobami w sektorze a popytem na usługi zdrowotne.

Po drugie, podjęto liczne aktywności ukierunkowane na podnoszenie stopnia świadomości o zjawiskach korupcyjnych i oszustwach oraz na promowanie i egzekwowanie odpowiednich wzorów postępowania zarówno w środowisku medycznym, jak i szeroko w społeczeństwie. Znaczną aktywność w tej dziedzinie wykazał ówczesny minister zdrowia – prof. Zbigniew Religa. Wśród działań uruchomionych w Ministerstwie Zdrowia należy zwrócić uwagę na utworzenie specjalnej strony internetowej zatytułowanej „Przeciw korupcji” z różnymi informacjami na temat rozpoznawania i zwalczania korupcji. Ponadto minister zdrowia powołał zespół do spraw przeciwdziałania oszustwom i korupcji w ochronie zdrowia (Dz.Urz. Min. Zdr. Nr 15, poz. 74, z późn. zm.), który nadal pełni funkcje opiniodawcze i doradcze w zakresie identyfikacji obszarów i form występowania oszustw i korupcji w ochronie zdrowia.

Na potrzeby społeczne przygotowano w ministerstwie poradnik dla pacjenta pt. *Korupcja nie wyjdzie nam na zdrowie* [64]. W publikacji tej wyjaśniono, czym jest korupcja, odwołując się przy tym do kodeksu karnego, gdzie zdefiniowano łapownictwo czynne (dawanie łapówki – przekupstwo) i bierne (przyjmowanie łapówki – sprzedajność) oraz wskazano kary za oba rodzaje łapownictwa. Sprecyzowano także, na czym polega pełnienie funkcji publicznych i jednoznacznie zdefiniowano pracę lekarza w publicznych placówkach służby zdrowia jako pełnienie funkcji publicznej. Konkretnie przedstawiono różne sytuacje w relacjach pacjent–służba zdrowia i wskazano możliwe zachowania korupcyjne w tym kontekście. Podano głównych adresatów zgłoszenia zachowania korupcyjnego. Obok prokuratury i policji wskazano także samorządy zawodów medycznych. Podano konkretne adresy. Mimo podtytułu: *Poradnik dla pacjenta* publikacja ta była także źródłem edukacji oraz informacji dla lekarzy. Na uwagę zasługuje jej forma: jednoznaczność i zwięzłość. Wzmocniono kompetencje Biura Praw Pacjenta, przekształcając je w Biuro Rzecznika Praw Pacjenta w zgodzie z ustawą o prawach pacjenta, uchwaloną w kwietniu 2009 r. (Dz.U. Nr 76, poz. 641). Od kilku lat działa przy biurze infolinia, gdzie można zgłaszać przypadki korupcji. Największa liczba zgłoszeń miała miejsce w 2007 r., a w kolejnych latach ich liczba zdecydowanie się zmniejszyła. W 2009 r. zgłoszono zaledwie kilka przypadków korupcji. Ponadto Ministerstwo Zdrowia zaktywizowało swych pracowników do działań w Europejskiej Sieci ds. Oszustw i Korupcji w Ochronie Zdrowia (EHFCN). W 2010 r. organizacja ta przyznała polskiemu ministrowi zdrowia nagrodę *Excellence Award* za całokształt działań antykorupcyjnych w ochronie zdrowia.

Prace nad trzecim etapem strategii rządowej w zwalczaniu korupcji rozpoczęto w 2010 r. z horyzontem do 2015 r. W ochronie zdrowia antykorupcyjnym wyzwaniem są obecnie relacje z sektorem farmaceutycznym oraz praca lekarzy jednocześnie w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej i prowadzenie prywatnej praktyki.

## Wnioski

Opłaty nieformalne, występujące w sektorze zdrowotnym, wpisały się w Polsce w ogólną debatę na temat korupcji i licznych działań antykorupcyjnych. To spowodowało, że także stosunek do zjawiska dopłat pacjentów do formalnie bezpłatnych usług zdrowotnych jest obecnie zdecydowanie mniej tolerancyjny niż w latach 90. Także coraz mniej pacjentów płaci dodatkowo za usługi zdrowotne, na co wskazują przedstawione dane statystyczne oraz badania opinii. Nie znaczy to jednak, że zniknęły czynniki, które są źródłem zachowań korupcyjnych. One występują nadal, i to zarówno po stronie podażowej, jak i popytowej, i sytuują się w nurcie tej grupy wyjaśnień teoretycznych, które zostały nazwane teorią opłaty za usługę, czyli niedostatecznym zabezpieczeniem sekto-

ra pod względem ekonomiczno-finansowym. Istotne znaczenie mają także czynniki mieszczące się w nurcie słabości rządzenia, związane z niedostatecznie oprzyrządowanym informacyjnie, motywacyjnie i kontrolnie systemem ochrony zdrowia.

Problem opłat nieformalnych oraz niedostatecznego finansowania sektora zdrowotnego można przedstawić w szerszym kontekście – w ogólnej koncepcji rozwoju i modernizacji Polski. Przyspieszona modernizacja, polegająca w epoce komunistycznej na szybkim uprzemysłowieniu, a w okresie transformacji – na szybszym wprowadzeniu mechanizmu rynkowego i uwolnieniu rynkowych czynników wzrostu, odbywały się kosztem warunków bytu ludności. W PRL dotyczyło to wszystkich obszarów poziomu życia ludności, a w III Rzeczypospolitej – głównie publicznego sektora usług społecznych, w tym usług zdrowotnych.

Polityka zwalczania opłat nieformalnych sprofilowana do etycznej edukacji lekarzy, penalizacji za przyjmowanie opłat oraz wzmacniania praw pacjenta przy niezmiennym zakresie i efektywności nakładów na ochronę zdrowia przynosi, jak na to wskazują także teoretyczne analizy [27], przemieszczenie się korupcyjnego obszaru i nacisk na urynkowanie sektora zdrowotnego.

Przegląd rezultatów antykorupcyjnych programów i akcji w Polsce wskazuje, że zjawisko opłat nieformalnych wprawdzie zmniejsza swój zakres, ale zostaje zastępowane inną ścieżką, prowadzącą do tego samego celu – wzrostem dostępu do odpowiedniego leczenia w sytuacji występowania potrzeby zdrowotnej<sup>9</sup>. Ta inna ścieżka związana jest z podwójnym zatrudnieniem lekarzy – zatrudnieniem najemnym w placówce publicznej oraz samozatrudnieniem w placówce prywatnej. Pacjent przyjmowany w prywatnym gabinecie specjalisty znajduje drogę do dalszego leczenia w placówce publicznej, w której opiekę nad nim sprawuje ten sam lekarz.

Kolejna ścieżka, odmienna niż bezpośrednie dopłaty pacjentów, to protekcja. Znajomość i przyjaźń z lekarzem, pozwalająca na wymianę usług, a nawet świadczeń, nadal rośnie w cenie i, jak pokazują wyniki badań w Polsce [66] czy na Węgrzech [30], ma w ocenie pacjentów wyższą wartość niż dowody wdzięczności.

Podwójne zatrudnienie lekarzy zapewne zostanie wyeliminowane, zapewne i protekcja może zostać ograniczona, ale to nie wyeliminuje występowania jakiegokolwiek formy opłat nieformalnych, gdy nie zmienią się warunki ekonomiczno-finansowe funkcjonowania publicznego sektora zdrowotnego.

Eliminacja podwójnego zatrudnienia lekarzy jeszcze bardziej zwiększy ich presję na prywatyzację służby zdrowia i wprowadzenie mechanizmów rynkowych do finansowania świadczeń. Ubocznym skutkiem programów antykorupcyjnych w sektorze zdrowotnym w Polsce jest bowiem usilne domaganie się od kilku lat reform w kierunku rozszerzania mechanizmu rynkowego. Początkowo izby lekarskie oraz związki zawodowe lekarzy

<sup>9</sup> *Nota bene* prawo do zaspokajania potrzeby zdrowotnej jest w krajach postkomunistycznych silnie eksponowane jako oczywiste (bezdyskusyjne) uprawnienie. Na ten aspekt problemu opłat nieformalnych zwraca uwagę Peter Gaal i inni (2006) [65].

i pielęgniarek domagały się przede wszystkim wzrostu uposażeń pracowników służby zdrowia. Gdy petycje oraz strajki przynosiły skutek ograniczony, część środowiska medycznego (głównie skupionego przy Ogólnopolskim Związku Zawodowym Lekarzy – OZZL<sup>10</sup>) postawiła na prywatyzację i mechanizm rynkowy. To, ich zdaniem, będzie kształtować „normalne” relacje z pacjentami oraz sprawi, że wynagrodzenia personelu medycznego jako odpowiadające równowadze popytu na usługi i możliwej podaży będą najbardziej sprawiedliwe. Ta grupa środowiska medycznego domaga się warunków do wprowadzenia konkurencji zarówno płatników, jak i świadczeniodawców oraz pełnej swobody wyboru lekarza i szpitala. Sprzyjają tym głosom zamożniejsze i lepiej wykształcone środowiska społeczne, których w Polsce przybywa na tle dynamicznego wzrostu gospodarczego oraz wzrostu wykształcenia. *Nota bene* rozwój społeczny w Polsce okresu transformacji cechuje wzrost społecznych nierówności. Szybkiej poprawie warunków życia jednych grup towarzyszy pogłębianie się społecznego wykluczenia innych [67].

Lekarze przestali być lojalnymi urzędnikami sfery publicznej, godzącymi się na niedopłacanie i na dwuznaczne przyzwalanie (do okresu sprzed dekady) przyjmowania dodatkowych gratyfikacji. Co więcej, w dążeniach do urynkowienia systemu finansowania usług zdrowotnych lekarze zdają się nie dostrzegać, nie słyszeć lub bagatelizować problem odchodzenia od solidarności czy wzrostu nierówności dostępu w warunkach rynkowych.

Na tle napięć i zgłaszanych oczekiwań wielu interesariuszy sektora zdrowotnego ostatnich lat powstaje pytanie, czy wprowadzenie formalnych dopłat pacjentów do usług zdrowotnych w sektorze publicznym (finansowanym ze środków publicznych) wyeliminowałoby opłaty nieformalne, a jednocześnie czy zmniejszyłoby presję na rozwiązania czysto rynkowe. Jest to zapewne możliwe, ale przy wyjątkowo dopracowanej konstrukcji tych dopłat, w której przy niskich kosztach administracyjnych beneficjentami byłiby bezpośrednio pracownicy medyczni i placówki zdrowotne, a przy tym dostęp pacjentów nie uległby ograniczeniu (zob. artykuł w tym samym numerze: Golinowska, Tambor i Sowada). Jednocześnie warunkiem niezbędnym powinno być na tyle dobre oprzyrządowanie sektora zdrowotnego pod względem informacyjnym, możliwości monitorowania i kontroli, aby istniała możliwość efektywnej reakcji w sytuacjach nieskutecznych w kontekście postawionych celów. Co więcej, opłaty formalne, wspomagające zrównoważone funkcjonowanie sektora zdrowotnego w skali mikroekonomicznej, nie powinny zakłócać pożądaných celów alokacyjnych.

<sup>10</sup> Opcje rynkowe najwyraźniej zostały wyartykułowane w społecznym projekcie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym autorstwa OZZL, gdzie zapisano: „Konkurencję, wolny wybór, działania dla zysku, prywatyzację i wolną przedsiębiorczość trzeba wprowadzić tak szeroko, jak to tylko możliwe”. [www.ozzl.org.pl](http://www.ozzl.org.pl).

## Abstract:

### *Informal payments in health care. Polish perspective and experiences*

**Key words:** corruption in health care, informal patient payments, Poland

Informal patient payments are a common phenomenon for the former-socialist countries, though they are reported in other European countries as well. There are various definitions of informal patient payments as well as theories which explain this phenomenon (including fee for service theory, donation hypothesis, governance hypothesis and ethics hypothesis). The definitions of informal patient payments and the theories applied for their explanation determine the measures which are taken in order to eradicate informal patient payments.

The topic of informal patient payments in Poland was discussed within a corruption debate which was neglected for a long time. Since the end of 90s, due to the pressure of the international organizations, presence of corruption generally and informal patient payments particularly have been acknowledged. It resulted in various studies on informal patient payments as well as actions undertaken by governmental and non-governmental organisations in order to eliminate these forms of payments.

This paper presents the review of empirical studies on informal patient payments and actions which have been carried out in Poland during last two decades. The types, scope and levels of informal patient payments as well as opinions on informal patient payments are analyzed. Time series data allow to study also a dynamics of informal patient payments and to draw some conclusions on the effects of measures which have been implemented by the Polish government to deal with informal patient payments.

This study is carried out under Project ASSPRO CEE 2007 funded by the European Commission under the 7th Framework Programme, Theme 8 Socio-economic Sciences and Humanities, Project ASSPRO CEE 2007 (Grant Agreement no. 217431). The views expressed in this publication are the sole responsibility of the authors and do not necessarily reflect the views of the European Commission or its services

## Piśmiennictwo:

1. Transparency International, *Global Corruption Report 2006*. Pluto Press, London and Ann Arbor 2006.
2. Sparrow M.K., *Corruption in health care systems: the US experience*, w: Transparency International, *Global Corruption Report 2006*. Pluto Press, London and Ann Arbor 2006.
3. Aaron H.J., Schwartz W.B., *Can We Say No?* Brookings Institution Press, Washington, DC 2005.
4. Arrow K.J., *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. „American Economic Review” 1963; 53: 941–973; polskie wydanie: *Lecznictwo z punktu widzenia niepewności i ekonomii dobrobytu*, w: *Eseje z teorii ryzyka*. PWN, Warszawa 1979: 181–215.
5. Sappington D.E., *Incentives in Principal-Agent Relationships*. „Journal of Economic Perspectives” 1991; 5(2): 45–66.
6. Savedoff W.D., Hussmann K., *Why are health systems prone to corruption*, w: Transparency International; *Global Corruption Report 2006*. Pluto Press, London and Ann Arbor 2006.
7. Getzen T.E., *Ekonomika zdrowia*. PWN, Warszawa 2000.

8. Vian T., *Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions*. „Health Policy and Planning” 2008; 23: 83–94.
9. Gaal P., *Informal payments for health care in Hungary*. PhD Thesis. London School of Hygiene and Tropical Medicine. University of London 2004.
10. Włodarczyk W.C., Zajac M., *Poland*, w: Fried B.J., Gaydos L.M., *World health systems: challenges and perspectives*. Health Administration Press and AUPHA Press, Chicago 2002: 279–299.
11. Thompson D.F., *Restoring Responsibility: Ethics in Government, Business and Healthcare*. Cambridge University Press 2005.
12. Golinowska S., Tymowska K., *Poland*, w: Johnson (red.), *Private markets in health and welfare. An international perspective*. Berg Publishers Limited, Oxford 1995: 137–153.
13. Stiglitz J., *Ekonomia sektora publicznego*. PWN, Warszawa 2004.
14. Barr N., *Ekonomia polityki społecznej*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań 1993.
15. Hsiao W.C., *Abnormal economics in the health care sector*. „Health Policy” 1995; 32: 125–139.
16. Stiglitz J., *Regulation and Failure*, w: D. Moss, J. Cisternino (red.), *New Perspectives on Regulation*. The Tobin Project, Cambridge 2009: 11–23.
17. Stepurko T., Pavlova M., Gryga I., Groot W., *Empirical studies on informal patient payments for health care services: a systematic and critical review of research methods and instruments*. „BMC Health Services Research” 2010; 10: 273.
18. Hirschman A.O., *Exit, Voice, Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations and States*. Harvard University Press, Cambridge, MA 1970.
19. Gaal P., McKee M., *Informal payment for health care and the theory of 'INXIT'*. „International Journal of Health Planning and Management” 2004; 19: 163–178.
20. Gaal P., Evetovits T., McKee M., *Informal payment for health care: Evidence from Hungary*. „Health Policy” 2006; 77: 86–102.
21. Adam G., *Gratuity for doctors and medical ethics*. „The Journal of Medicine and Philosophy” 1989; 14: 315–322.
22. Chawla M., Berman P., Kawiorska D., *Financing health services in Poland: new evidence on private expenditures*, *Health Economics* 1998; 7, 4: 337–346.
23. Bognár G., Gál R.I., Kornai J., *Hálapénz a magyar egészségügyben* (*Gratitude money in the Hungarian health sector*). „Közgazdasági Szemle” 2000; 47: 293–320.
24. Shahriari H., Belli P., Lewis M., *Institutional issues in informal health payments in Poland*. „HNP Discussion Paper”, World Bank, Washington DC 2001.
25. Kornai J., Eggleston K., *Welfare, Choice and Solidarity in Transition. Reforming the Health Sector in Eastern Europe*. Cambridge University Press, New York 2001.
26. Balabanova D., McKee M., *Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria*. „Health Policy” 2002; 62: 243–273.
27. Ensor T., *Informal payments for health care in transition economies*. „Social Science & Medicine” 2004; 58: 237–246.
28. Besstremyannaya G., Shishkin S., *The accessibility of health care*, w: Ovtcharova L.N. (red.), *Incomes and social services: inequality, vulnerability, poverty*. Publishing House of the State University Higher School of Economics, Moscow 2005: 141–167.
29. Cockcroft A., Andersson N., Paredes-Solís S., Caldwell D., Mitchell S., Milne D., Merhi S., Roche M., Konceviciute E., Ledogar R.J., *An inter-country comparison of unofficial payments: results of a health sector social audit in the Baltic States*. „BMC Health Services Research” 2008; 8/15, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/15>.
30. Bognár G., Gál R.I., Kornai J., *Hálapénz a magyar egészségügyben*, TARKI projektszám: C 420115 UFACR, Budapest 2000.
31. Gaál P., Jakab M., Shishkin S., *Strategies to address informal payments for health care*, w: Kutzin J., Cashin Ch., Jakab M. (red.), *Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition*. WHO Europe, „The European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series” 2010; 21: 327–360.
32. World Bank, *Corruption in Poland. Review of priority areas and proposals for action*. Report prepared by Helen Sutch together with Jacek Wojciechowicz and Michał Dybula. The World Bank, Warsaw Office, Warsaw 1999.
33. Kubiak A., *Pacjenci i lekarze o korupcji w publicznej służbie zdrowia. Raport z badań*. Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 2001.
34. Płoskonka J., *Korupcja – zagrożenia i metody jej zwalczania. Empiryczne badania nad poziomem korupcji*. „Służba Cywilna” 2003; 3: 109–134.
35. Gadowska K., *National and international anti-corruption efforts: the case of Poland*. „Global Crime” 2010; 11, 2: 178–209.
36. Kamiński A.Z., *Badając korupcję. Korupcja w Polsce pokomunistycznej. Academia, Badania w toku*. „Studia Polityczne” 2005; 4(8): 38–39.
37. Tarkowski J., *A centralized system and corruption: The case of Poland*. „Asian Journal of Public Administration” 1988; 10 (1), Special Issue: A Focus on Corruption.
38. Jasiecki K., *Korupcja w okresie transformacji*, w: Jarosz M. (red.), *Pułapki prywatyzacji*. Warszawa 2003.
39. Kaufmann D., Kraay A., Mastruzzi M., *Governance Matters IV: Governance Indicators for 1996–2004*, „World Bank Policy Research Working Paper” 3630. Washington, DC 2005.
40. McManus-Czubińska C., Miller W.L., Markowski R., Wasilewski J., *Why is corruption in Poland a serious cause for concern?* „Crime, Law and Social Change” 2004; 41(2): 107–132.
41. Transparency International data on Corruption Perception Index: [www.transparency.org](http://www.transparency.org).
42. CBOS, *Korupcja i afery korupcyjne w Polsce*. Komunikat z badań BS/110/2001, Warszawa 2001.
43. CBOS, *Korupcyjne doświadczenia Polaków oraz ich stosunek do łapownictwa*. Komunikat z badań BS/69/2009, Warszawa 2009.
44. CBOS, *Opinia społeczna o korupcji w Polsce*. Komunikat z badań BS/62/2009, Warszawa 2009.
45. CBOS, *Opinia publiczna o korupcji i lobbingu w Polsce*, Komunikat z badań BS/63/2010, Warszawa 2010.



46. US Aid, *Corruption assessment handbook*. Draft final report, Management Systems International Corporate Offices, Washington DC 2006.
47. GUS, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych*. Informacje i opracowania statystyczne z odpowiednich lat, Warszawa 1994, 1999, 2004, 2007, 2010.
48. Włodarczyk C.W., *Reforma i problemy korupcji w polskiej służbie zdrowia, referat na seminarium*. „Problemy etyczne w służbie zdrowia”. Fundacja im. Stefana Batorego 2001. [www.batory.org.pl/korupcja/](http://www.batory.org.pl/korupcja/).
49. Szawarski Z., *Prawo do wdzięczności, referat na seminarium*. „Problemy etyczne w służbie zdrowia”. Fundacja im. Stefana Batorego 2001. [www.batory.org.pl/korupcja/](http://www.batory.org.pl/korupcja/).
50. Ministerstwo Zdrowia, *Zielona Księga. Finansowania ochrony zdrowia w Polsce*, Golinowska S. (red.), Warszawa 2004.
51. Golinowska S., Koziarkiewicz A., *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services, Healthquest Project, European Commission 2008*. [www.ehma.org/files/healthquest\\_poland\\_en.pdf](http://www.ehma.org/files/healthquest_poland_en.pdf).
52. Golinowska S., *Nowa struktura instytucji sfery społecznej*. „Studia i materiały IpiSS”, z. 10 (400), Warszawa 2004.
53. Tymowska K., *Sektor prywatny w systemie opieki zdrowotnej*. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 1999.
54. Janota E., Górecki W., *Omówienie wyników sondażu dotyczącego mechanizmów systemowych sprzyjających powstawaniu korupcji w ochronie zdrowia*. Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 2006.
55. Lewis M., *Informal Payments and the Financing of Health Care in Developing and Transition Countries, International Policy Center*, „IPC Working Paper Series 2010”; Number 98.
56. Ministerstwo Zdrowia, *Finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*, Golinowska S. (red.), Wydawnictwo Medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego „Vesalius”, Kraków 2009.
57. Rada Monitoringu Społecznego, *Diagnoza Społeczna*. Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania, Warszawa 2000, 2003, 2005, 2007, 2009.
58. CBOS, *Korupcja w służbie zdrowia – opinie i doświadczenia Polaków*. Komunikat z badań BS/55/2007, Warszawa 2007.
59. Kubiak A., *Łapownictwo w świadomości i doświadczeniu potocznym Polaków*. Łódź 2003.
60. Miller W., Grodeland A.B., Koshechkina T.Y., *A Culture of Corruption? Coping with Government in Post-Communist Europe*. CEU Press, Budapest 2001.
61. Majewski P., *Raport na temat korupcji w polskim systemie ochrony zdrowia*. Rada Ministrów, Warszawa 2007.
62. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, *Sprawozdanie podsumowujące realizację I etapu programu zwalczania korupcji*. Zespół do Spraw Koordynacji Strategii Antykorupcyjnej, Departament Administracji Publicznej, Warszawa 2004.
63. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, *Sprawozdanie końcowe z realizacji programu zwalczania korupcji. Strategia antykorupcyjna. II etap wdrażania*. Warszawa 2010.
64. Ministerstwo Zdrowia, *Korupcja nie wyjdzie nam na zdrowie. Poradnik dla pacjenta*. Warszawa 2006.
65. Gaal P., Belli P.C., McKee M., Szócska M., *Informal Payments for Health Care: Definitions, Distinctions, and Dilemmas*. „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2006; 31(2): 251–293.
66. Pączkowska M., *Dostępność świadczeń zdrowotnych w opinii Polaków. Raport z badań*. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2006.
67. Golinowska S., *Polityka wobec ubóstwa i wykluczenia społecznego w Polsce w minionym dwudziestoleciu*. „Polityka Społeczna” 2010; 9: 7–13.

#### ■ O autorce:

**Stanisława Golinowska** – profesor nauk ekonomicznych i polityk społeczny, kierownik Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków