

*Antonina Ostrowska*

## Korupcja w środowisku lekarskim

W ostatnich latach społeczeństwo polskie było coraz częściej konfrontowane ze zjawiskami korupcyjnymi. Znalazło to swoje odzwierciedlenie w sondażach opinii publicznej, wskazujących na stały wzrost zaniepokojenia obywateli skalą zagrożenia korupcją. W odbiorze społecznym stała się ona zjawiskiem niemal powszechnym, obecnym w wielu wymiarach życia społecznego i na różnych poziomach organizacji społeczeństwa. Potwierdzają to także ekspertyzy organizacji międzynarodowych. W analizach Banku Światowego czy Transparency International zajmujemy niechlubne, wysokie miejsca na listach krajów zagrożonych korupcją.

W polskiej rzeczywistości korupcja nie jest zjawiskiem nowym, można wręcz powiedzieć, że ma dobrze ugruntowaną tradycję. Poszukując jej korzeni, niektórzy badacze wskazują na czasy zaborów, wiążąc ją z ograniczeniem suwerenności i relatywizmem praw i obowiązków wobec państwa i obywateli. Korupcja rozwija się bowiem w tych społeczeństwach, w których obywatele w niewielkim stopniu identyfikują się z państwem i jego strukturami<sup>1</sup>. Rodzi to pytanie, czy zmiany systemowe ostatnich lat (wprowadzenie zasad demokracji i wolnego rynku) nasiliły u nas zjawiska korupcji, czy też tylko uczyniły je bardziej widocznymi. Niewątpliwie jednak nigdy nie byliśmy – jako opinia publiczna – konfrontowani z aferami korupcyjnymi na tak wielką skalę i wklajającymi tyle „autorytetów” życia publicznego.

Ujawnianie niejasne związki biznesu z polityką, afery korupcyjne na różnych szczeblach władzy i ogromne sumy, jakie padały przy tej okazji, zdominowały aktualnie naszą antykorupcyjną publicystykę i wyparły nieco z mediów, a także z badań opinii publicznej, kwestie niezmienne powszechnej, ale drobniejszej korupcji, obecnej w innych sfe-

<sup>1</sup> M. Jarosz, *Korupcja*, Warszawa 2004.

rach życia społecznego. Dotyczy to także sfery opieki medycznej: mówi się tu bowiem przede wszystkim o wielkich aferach z zakupem drogiego sprzętu medycznego czy korupcyjnej działalności wielkich koncernów i firm farmaceutycznych (według danych Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego do obszarów szczególnego zagrożenia korupcyjnego zalicza się w Polsce procedury rejestracji leków, refundację leków z importu, zakupy sprzętu medycznego) – pozostawiając niejako na boku kwestie indywidualnych opłat za leczenie, zabiegi czy miejsce w szpitalu, które na ogół przekazywane z ręki do ręki, dyskretnie i bez rozgłosu, są jednak powszechnym elementem naszej codzienności.

To, co przede wszystkim niepokoi, to rosnący zasięg zjawiska. Według szacunków Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia<sup>2</sup>, wysokość korupcyjnych przepływów z rąk pacjentów do kieszeni lekarzy wynosiła w 1992 roku 1,6 miliona złotych, a w 1997 roku – już 5,2 miliona. Niepokoi także wzrastające społeczne przyzwolenie na korupcję. Wprawdzie jest ona często powodem oburzenia i narzekań obywateli, ale jednocześnie coraz częściej akceptuje się ją jako zwyczajny element naszego codziennego życia. Akceptacja ta, obecna także w środowisku lekarskim, jest wspierana argumentami wskazującymi na regulacyjne aspekty nieformalnych opłat w służbie zdrowia. Służą one wyrównaniu nierówności istniejących na rynku usług medycznych i dysproporcji między kwalifikacjami zawodowymi a zarobkami lekarzy, niezgodnych z zasadą merytokracji. Korupcję w służbie zdrowia porównuje się także do przestępstwa bez ofiary: jeżeli dwie osoby dobrowolnie zgadzają się na transakcję, która w odczuciu obu stron maksymalizuje ich korzyści, to nikt nie ponosi z tego powodu straty.

Jednak myślenie o korupcji jako zjawisku nieszkodliwym jest błędne i prowadzi do naruszenia podstawowych norm współżycia i solidaryzmu społecznego. Jeżeli w jakimś społeczeństwie wszystko podlega transakcjom handlowym – kupna i sprzedaży – prowadzi to do swistego kryzysu wartości. Można więc sobie wyobrazić paradoksalną sytuację, w której jest możliwe kupno dyplomu lekarskiego lub specjalizacji, potem w podobny sposób załatwienie sobie korzystnego miejsca pracy w dobrym szpitalu, a jeśli zdarzy się jakieś niepowodzenie czy błąd w sztuce lekarskiej – korzystnego orzeczenia organu odpowiedzialności zawodowej czy sądu. Jednak w takiej sytuacji, konkret-

<sup>2</sup> J. Halik, „Opłaty w państwowej służbie zdrowia – skala zjawiska, jego dynamika i najważniejsze uwarunkowania społeczne”, *Biuletyn COiEOZ* 1997, nr 31.

ne osoby, pacjenci i ich najbliżsi, zawsze będą skazani na straty z powodu braku wiedzy, doświadczenia, odpowiedzialności i w sumie cynizmu takich lekarzy. Narusza to prawa człowieka zagwarantowane w Karcie Praw Pacjenta, a także podstawowe reguły sprawiedliwości społecznej.

Poszczególne rodzaje korupcji i ich rozmiary są trudne do oszacowania. Niewątpliwie korupcjogenne są u nas procedury rejestracji leków, a także tworzenie list leków refundowanych, gwarantujące ogromny ich zbyt. Kwestie te, ulokowane na szczelblu instytucjonalnym, graniczą z wielką korupcją. Jest tu jednak także pole do drobniejszej korupcji. Wiadomo na przykład, że w Polsce działa ok. 5 tys. przedstawicieli handlowych różnych firm farmaceutycznych, „sprawujących opiekę” nad 100 tys. polskich lekarzy, którzy decydują o tym, jakie leki zaordynować pacjentom. Nie wiadomo jednak, jakie leki, w jakich ilościach i w jakich cenach przepisują lekarze, z powodu braku centralnego systemu rejestracji recept. Jednocześnie szacuje się, że wartość różnego rodzaju „grantów” dla lekarzy, ufundowanych przez przemysł farmaceutyczny, wynosi około miliarda złotych rocznie (Bank Światowy 2001). Jeszcze trudniejsze do oszacowania są nieformalne przepływy pieniędzy między poszczególnymi lekarzami i koncernami, a także między lekarzami i pacjentami.

Wielka i mała korupcja, ulokowana wysoko i nisko w strukturze społeczeństwa, wyraźnie się ze sobą wiążą. Jak zauważa Andrzej Kojder<sup>3</sup>, korupcja w świecie polityki i gospodarki podważa wartości lojalności i zaufania, w miejsce których pojawia się cynizm i obojętność. To stamtąd płyną sygnały, że nie istnieją niezbywalne powinności, że niemal wszystko jest dozwolone, że egoizm i prywata czy kłamstwo to pojęcia względne. Można jednak podejrzewać, że wielka i mała korupcja są rozmaicie oceniane przez ludzi. Wielka korupcja ma miejsce w odległych i niedostępnych dla zwykłego zjadacza chleba rejonach. Obywatele nie zawsze mają świadomość, że przestępstwa wobec budżetu państwa są przestępstwami wobec nas wszystkich jako podatników. Korupcja na wyższych szczeblach władzy czy gospodarki spotyka się więc czasem z reakcjami typu: „bogaci okradają bogatych” lub „kradną państwowe, czyli niczyje” i bywa, że jest nieco wyalienowana z codziennego życia społeczeństwa. Inaczej z małą korupcją, namacalną, doświad-

<sup>3</sup> A. Kojder, „Korupcja i poczucie moralne Polaków”, w: J. Mariański (red.), *Kondycja moralna społeczeństwa polskiego*, Kraków 2002.

czaną bardziej powszechnie, korupcją, której koszty ponoszą nawet biedniejsi obywatele. Do nich należą właśnie opłaty za wykonanie zabiegu teoretycznie bezpłatnego, za skrócenie czasu oczekiwania na leczenie, za zwolnienie lekarskie czy pożądaną, będącą elementem wtórnych korzyści diagnozę.

Jak wspominałam, korupcja w służbie zdrowia przybiera różne formy; są to więc zarówno przypadki wielkiej, jak i drobnej korupcji: akty korupcji na poziomie instytucjonalnym (dotyczące urzędów czy korporacji, np. zakup urzędzeń, licencji), na styku instytucji i pojedynczych pacjentów (np. bezprawne „cegiełki” wymuszane przez szpitale) oraz na poziomie indywidualnym, w bezpośrednich relacjach między leczącymi i leczonymi. Szczegółowe omówienie wszystkich tych form korupcji przekroczyłoby ramy tego wystąpienia; skupimy się zatem przede wszystkim na działaniach korupcyjnych z tego ostatniego, indywidualnego poziomu. Będą one dotyczyć praktyki w publicznej służbie zdrowia.

Przejdźmy do analizy form, jakie przybiera korupcja. Mówienie o nich w odniesieniu do relacji pacjent – lekarz nastęrcza często trudność, nie zawsze bowiem łatwo wytyczyć linię graniczną między tym, co jest wymuszoną czy sprowokowaną gratyfikacją za wykonanie usługi, a tym, co jest wyrazem wdzięczności za leczenie. Jest u nas kulturowo przyjętą normą, że podziękowaniu za leczenie może towarzyszyć wręczenie kwiatów, czekoladek czy alkoholu. Problemy jednak pojawiają się wtedy, gdy wartość materialna prezentu jest duża lub gdy przekazane zostają pieniądze. Szczególnie nie akceptuje się wręczania pieniędzy w sytuacji sprzecznej z zasadą okazania wdzięczności – gdy sam fakt wniesienia opłaty i wysokość kwoty jest warunkiem wykonania usługi lub jest ustalana między stronami a pieniądze są wręczane z góry. Zajmiemy się więc tu głównie wręczaniem pieniędzy i kosztownych prezentów.

Według szacunków Banku Światowego, bezpośrednie opłaty są najczęściej dokonywane w szpitalach. W przypadku otwartej opieki zdrowotnej pacjent ma wybór i może się legalnie zgłosić do prywatnego gabinetu. W szpitalach pieniądze najczęściej wręcza się ordynatorom i szefom (w ich przypadku też gratyfikacje są największe), a jeśli chodzi o specjalności, to chirurgom, kardiologom, neurologom, ortopedom i ginekologom; tu jednak najwyższe nieformalne kwoty płyną przez nielegalne aborcje (dokonywane w gabinetach prywatnych, ale nego-

cjowane w państwowych). Stosunkowo najrzadziej nieformalnie wynagradzani są lekarze ogólni, interniści i pediatrzy. Także doświadczenie i reputacja zawodowa ma wpływ na wysokość przekazywanych kwot. Rosną one proporcjonalnie do stanowiska i sławy. Najwyższe sumy osiągają operacje (1-5 tys. złotych), a kardiologiczne nawet więcej. Pielęgniarka za noc spędzoną przy łóżku chorego pobiera na ogół 150 złotych, a zwolnienie lekarskie kosztuje przeciętnie od 50 do 100 złotych. Badania CBOS, które objęły zarówno szpitale, jak i otwartą opiekę zdrowotną, dowiodły, że ponad połowa opłat mieściła się w granicach do 500 złotych. W ciągu trzech lat (1999-2001) wręczało pieniądze i prezenty 53% badanych. W świetle prowadzonych badań charakterystyczne jest to, że o ile wręczanie gratyfikacji finansowych lekarzom jest coraz częstsze, to wręczone kwoty od kilku lat się nie zmieniają.

Płacący pacjenci nie mają wątpliwości co do charakteru wręczanych gratyfikacji; 2/3 wszystkich kwot wręczanych ordynatorom zakwalifikowano jako łapówkę, a tylko 1/3 jako wyraz wdzięczności. W przypadku lekarzy prowadzących i pielęgniarek – było to mniej więcej pół na pół. Kwalifikacje te pokrywały się w większości z momentem przekazania pieniędzy: w przypadku ordynatorów częściej wręczano je z góry, podczas gdy w przypadku lekarzy prowadzących proporcje „przed” i „po” były mniej więcej równe.

W badaniach Anny Kubiak<sup>4</sup> także lekarze zostali poproszeni o przedstawienie swojej opinii na temat praktyk korupcyjnych w środowisku lekarskim. Warto zacząć od tego, że ogromna liczba lekarzy, blisko 40%, odmówiła wzięcia udziału w badaniach. Niechęć do rozmów na temat korupcji uzasadniano niezrozumieniem przez badaczy sytuacji, w jakiej znajdują się lekarze. Ich zdaniem należało mówić raczej o niskich pensjach, mizerii służby zdrowia i pytać, dlaczego lekarz *musi* brać łapówki. Rozważania na temat korupcji pozbawione tego kontekstu traktowano jako uwłaczające ich godności. Jak zauważa autorka badania, w odczuciu środowiska lekarskiego problem jest więc drażliwy i powoduje reakcje obronne. Tylko w jednym przypadku lekarz oświadczył: „cieszę się, że powstała taka ankieta, ale w moim otoczeniu lekarze niczego nie biorą”. Tego rodzaju diagnoza problemu jest dość powszechna wśród lekarzy. Owszem, zło istnieje, ale gdzieś indziej, nie w moim środowisku. Solidarność zawodowa jest więc naj-

<sup>4</sup> A. Kubiak, *Pacjenci i lekarze o korupcji w publicznej służbie zdrowia*, Fundacja Batorego 2001.

silniejsza w obrębie własnej instytucji medycznej. Jak wynika z badań, ponad połowa lekarzy dyskutuje między sobą na temat korupcji w środowisku medycznym, uznając te kwestie za istotne dla etosu profesji, jednak temat ewentualnych własnych gratyfikacji jest traktowany z dyskrecją. Problem ten jest jednak coraz wyraźniej dostrzegany przez korporacyjne organizacje medyczne. Przykładem tego może być debata publiczna nad korupcją zorganizowana w 2004 roku przez Naczelną Radę Lekarską.

Porównanie informacji otrzymanych od pacjentów i lekarzy pokazuje, że to, co jest kwalifikowane przez dających jako łapówka, przez biorących jest odbierane jako dowód wdzięczności. Lekarze, którzy zgodzili się wziąć udział w badaniu, stwierdzili, że pojawiające się w ich miejscu pracy gratyfikacje to przede wszystkim: prezenty wręczone po zakończeniu leczenia (70%), pieniądze wręczone z inicjatywy pacjenta po zakończeniu leczenia (22%) lub w celu przyspieszenia wykonania reglamentowanych zabiegów (6%). Tylko nieliczni wspomnieli o przyjęciu przez lekarza pieniędzy w kwocie przez niego wyznaczonej (2,5%). Sposób widzenia korupcji jest więc odmienny, ale oczywiście różnice w ocenie tego zjawiska to nie tylko różnice odczuć dających i biorących. Fakt ten podlega także szerszej ocenie społeczeństwa jako zjawisko społeczne. Przejdźmy zatem do ocen tego zjawiska, a także spróbujmy przeanalizować jego przyczyny.

Zacznijmy od stwierdzenia, że lekarze, ze względu na wykonywany przez siebie zawód, są szczególnie narażeni na naciski klientów – i dzieje się tak nie tylko w Polsce. Uwikłana w niekorupcyjność jest często trudna do określenia. Nawet z pozoru niewinne dowody wdzięczności mogą być traktowane jako inwestycje na przyszłość, a więc forma opłaty za antycypowaną usługę. Niejednokrotnie po udanym zabiegu czy kuracji pacjent wraca bowiem do lekarza z oczekiwaniem, że poprzednio wyrażona wdzięczność przyniesie korzyść w kolejnym kontakcie.

Szczególony wymiar relacji pacjent – lekarz wiąże się ponadto ze specyficzną władzą, jaką lekarz posiada nad pacjentem. Źródłem tej władzy są kompetencje lekarza niedostępne dla pacjenta – zdolność wpływania na funkcjonowanie jego ciała, emocji i umysłu, lepszy wgląd do jego wnętrza, rozumienie procesów, których zachodzenia pacjent nie zawsze jest świadomy, dostęp do intymnych części ciała. Prowadzi to do swoistej asymetrii we wzajemnych relacjach<sup>5</sup>. Ta dominacja pro-

<sup>5</sup> A. Ostrowska, „Relacja pacjent – lekarz: nowa jakość?”, *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna* 2001, nr 21.

fesjonalna sprawa, że pacjent, oddając się w ręce lekarza, musi mieć do niego zaufanie, musi być przekonany, że dla ratowania zdrowia pacjenta wykorzysta on właściwie wszystkie dostępne mu środki. Nie jest jednak w stanie kontrolować postępowania lekarza. Wręczanie prezentów czy dodatkowych gratyfikacji nie zwiększa kontroli nad lekarzem, ale ma na celu zmniejszenie asymetrii we wzajemnych stosunkach (partnerzy dają sobie coś nawzajem) lub przynajmniej zobligowanie go do większej staranności i troski.

Podobnie jak w przypadkach innych korupcyjnych relacji, określonym procedurom towarzyszy często przekonanie, że w gruncie rzeczy są one niesłuszne i niemoralne. W przypadku relacji pacjent – lekarz, pomimo tego więc, że pojawia się merytokratyczne uzasadnienie korupcji (pensje lekarzy są nieadekwatne do ich pracy i posiadanych kompetencji), istnieją co najmniej dwa powody tego, że takie zachowania lekarzy są oceniane jako szczególnie negatywne. Po pierwsze przyjmowanie łapówek uważa się za żerowanie na ludzkiej krzywdzie i nieszczęściu, a po drugie - za zachowanie całkowicie sprzeczne z rozpowszechnionym w Polsce i mocno zakotwiczonym w naszej tradycji „judymowskim” modelem lekarza. Model ten opiera się na silnym przekonaniu, że powinność lekarza to szczególna misja, a nie tylko zawód. Oczekuje się więc, że lekarzowi powinna zawsze i bezwzględnie przyswiecać zasada „dobro chorego najwyższym prawem”, a zatem powinien on przedkładać to dobro nad swoje materialne czy osobiste korzyści. Tak więc w przypadku ocen zjawiska korupcji w środowisku lekarskim napotykałyśmy na mieszaninę potępienia korupcji ze względu na aspekty etyczne z jednoczesnym, przynajmniej częściowym, jej usprawiedliwieniem ze względu na aspekty, które można by określić jako rynkowe.

Przyjrzyjmy się jeszcze, czego dotyczą nieformalne płatności. Można je sprowadzić do następujących głównych punktów: a) dostęp do leczenia w placówkach medycznych, do których trudno się dostać; b) wykonanie badania, zabiegu czy operacji przez wybranego lekarza; c) poprawa standardu opieki i leczenia, uzyskanie dodatkowych świadczeń; d) szybkość uzyskania pomocy, ominięcie listy oczekujących; e) uzyskanie zwolnienia z pracy, pomoc w uzyskaniu zwolnienia z wojska; f) przepisanie recepty na nazwisko innego pacjenta, uprawnionego do niższej opłaty.

Powyższa lista pokazuje wyraźnie, że systemowych przyczyn korupcji należy upatrywać przede wszystkim w niedostatkach funkcjonowania opieki zdrowotnej. To one głównie stanowią pożywkę dla nie-

formalnych transakcji, które mają zwiększyć szansę pacjentów na leczenie adekwatne do ich oczekiwań. Spróbujmy zatem określić bliżej te przyczyny:

Niewątpliwie jedną z najogólniejszych przyczyn jest dysproporcja między zapotrzebowaniem na usługi medyczne a ich podażą.

Asymetria relacji pacjent – lekarz, brak kontroli pacjentów nad działaniami lekarzy.

Niskie zarobki pracowników służby zdrowia, a także niewłaściwy system bodźców finansowych (lekarz nie jest wynagradzany za ilość i jakość pracy).

Brak przejrzystości w finansowaniu i wydatkach placówek opieki zdrowotnej (możność bezpłatnego korzystania z aparatury i środków medycznych dla celów praktyki prywatnej).

Spśród tych przyczyn najważniejszą jest istnienie znacznej dysproporcji między podażą i popytem na określone usługi medyczne. Dysproporcja taka istnieje praktycznie wszędzie – nawet w krajach zamożnych, posiadających dobrze funkcjonującą i sprawną opiekę zdrowotną. Zaspokojenie jednych potrzeb zdrowotnych powoduje bowiem pojawienie się potrzeb wyższego rzędu, tak że sytuacja niedoboru jest trwała, bez względu na wysokość nakładów na opiekę medyczną. Jest to zjawisko znane w organizacji opieki zdrowotnej jako Anomalia Cochrane'a. Jeżeli jednak w miarę powszechnie nie są zaspokajane potrzeby podstawowe, gwarantowane przez system, dochodzi do sytuacji krytycznej. Trudny dostęp do specjalistów, szpitali, długie kolejki oczekujących na badania i zabiegi, nienajlepsza jakość usług są traktowane jako sytuacja patologiczna, z którą trzeba sobie jakoś poradzić. Odpowiedzią na nią są także patologiczne rozwiązania. Mamy tu więc do czynienia z sytuacją, w której jedna patologia rodzi drugą.

Oprócz systemowego podłoża korupcji, za jej przyczyny należy także uznać czynniki indywidualne: po stronie lekarzy będzie to skłonność do akceptacji praktyk niezgodnych z kodeksem etyki lekarskiej, a po stronie pacjentów - dążność do maksymalizacji własnych korzyści (czy korzyści bliskich osób) bez oglądania się na straty, jakie przez to mogą ponieść inni (postawa antyspołeczna). Należy do tego dodać, że na postawy obu stron wpływają także praktyki korupcyjne szerzące się w wielu innych sferach życia.

Nakładanie się na siebie czynników systemowych i indywidualnych sprawia, że zwalczanie praktyk korupcyjnych w środowisku lekarskim



może być skuteczne tylko przy zastosowaniu kompleksowych rozwiązań. Niewątpliwie przede wszystkim są potrzebne działania makroekonomiczne, które zmniejszą aktualną dysproporcję między popytem a podażą usług medycznych. Gotowość płacenia przez pacjentów za stosunkowo łatwo dostępne usługi będzie wówczas znacznie mniejsza.

Istnieją także środki prawne – stosowanie kar. Doświadczenia z ustawą antyaborcyjną i podziemiem ginekologicznym wskazują jednak na małą skuteczność takich środków, jeżeli nie towarzyszą im inne systemowe działania.

Sami lekarze jako źródło korupcji najczęściej wskazują swoje niskie zarobki. Nie wydaje się jednak, aby poprawa ich sytuacji materialnej, nawet zdecydowana, załatwiła sprawę. Wiadomo, że procedury korupcyjne dotyczą zarówno lepiej, jak i gorzej zarabiających lekarzy – choć na pewno ich niskie zarobki stanowią z jednej strony pokusę, a z drugiej usprawiedliwienie akceptowania dodatkowych gratyfikacji.

Wreszcie ostatnia kwestia – odwołanie się do poczucia odpowiedzialności i etyki zawodowej. Troska o etos zawodu, kreowanie właściwego wzoru postępowania lekarza jest jednym z ważniejszych zadań lekarskich organizacji zawodowych. Nad właściwym przebiegiem relacji pacjent – lekarz czuwają też liczne, oficjalne dokumenty, choćby Karta Praw Pacjenta. Wydaje się jednak, że rozdzwitek między modelem idealnym a praktyką jest aktualnie raczej źródłem narzekania i ewentualnie wyrzutów zbiorowego sumienia lekarskiego niż sferą konkretnych działań. Środowisko lekarzy charakteryzuje się wysoką świadomością interesów grupowych i solidarnością zawodową. Służy ono przede wszystkim ochronie interesów własnej profesji i własnej grupy zawodowej. Należy do tego także niejednokrotnie ukrywanie błędów kolegów i niechęć do przyjmowania krytyki z zewnątrz. Potrzebne są natomiast działania, które sprawią, że elementem tej solidarności stanie się także pacjent.

*Antonina Ostrowska*

Wykorzystane badania:

1. *Opinia publiczna i postowie o korupcji*, Badania CBOS dla Fundacji Batorego, 2004.

2. *Pacjenci i lekarze o korupcji w publicznej służbie zdrowia*, CBOS, Instytut Spraw Publicznych dla Fundacji Batorego, 2001.
3. *Institutional Issues in Informal Health Payments in Poland*, Het World Bank, 2001.
4. *Publiczny obraz korupcji*, TNS OBP, 2003.