



# **Korupcja w polskim systemie ochrony zdrowia**

Opinia publiczna i reprezentanci środowisk  
związanych z ochroną zdrowia  
o charakterze zjawiska  
i możliwościach jego ograniczenia

---

Grzegorz Makowski

Fundacja Akademia Antykorupcyjna  
Warszawa 2024

Fundacja Akademia Antykorupcyjna  
Warszawa 2024



Teksty udostępniane na licencji Creative Commons.  
Uznanie autorstwa na tych samych warunkach 3.0 Polska (CC BY SA 3.0 PL)

Redakcja językowa i korekta  
Marcin Grabski (mesem.pl)

Wydawca  
Fundacja Akademia Antykorupcyjna  
tel.: +48 22 298 54 45  
e-mail: [info@akademiaantykorupcyjna.pl](mailto:info@akademiaantykorupcyjna.pl)  
[www.akademiaantykorupcyjna.pl](http://www.akademiaantykorupcyjna.pl)

ISBN 978-83-68155-00-6

# **Korupcja w polskim systemie ochrony zdrowia**

Opinia publiczna i reprezentanci środowisk  
związanych z ochroną zdrowia  
o charakterze zjawiska  
i możliwościach jego ograniczenia

---

Grzegorz Makowski

## **PODZIĘKOWANIA**

Autor dziękuje Tomaszowi Berdydze, Piotrowi Markowskiemu i Emilii Szyszkowskiej za recenzję, konstruktywną krytykę, konsultacje i cenne uwagi do raportu.

## Spis treści

Streszczenie.....	6
1. Charakterystyka systemu publicznej ochrony zdrowia w Polsce i jego główne problemy.....	9
2. Opinie o korupcji w publicznej ochronie zdrowia – nota metodologiczna.....	15
3. Opinia publiczna ogólnie o sytuacji w publicznym systemie ochrony zdrowia i o korupcji w tym sektorze.....	17
4. Opinie o korupcji w życiu publicznym w publicznej ochronie zdrowia.....	22
5. Korupcja w publicznym systemie ochrony zdrowia – doświadczenia własne Polaków.....	37
Podsumowanie.....	46

## Wykaz tabel i wykresów

Tabela 1. Pytania badawcze .....	16
Tabela 2. Opinie na temat funkcjonowania publicznej ochrony zdrowia w Polsce .....	21
Tabela 3. Opinia publiczna o istotności korupcji w Polsce.....	22
Tabela 4. Opinia publiczna o obszarach występowania korupcji w Polsce.....	23
Tabela 5. Opinia publiczna o częstotliwości występowania korupcji w publicznym systemie ochrony zdrowia w Polsce .....	25
Tabela 6. Opinia publiczna o zmianach w częstotliwości występowania korupcji w publicznym systemie ochrony zdrowia w Polsce .....	25
Tabela 7. Opinia publiczna o częstotliwości występowania korupcji wśród grup związanych z publicznym systemem ochrony zdrowia w Polsce .....	26
Tabela 8. Opinia publiczna o częstotliwości występowania korupcji wśród grup związanych z publicznym systemem ochrony zdrowia w Polsce .....	27
Tabela 9. Opinia publiczna o czynnikach korupcji w publicznym systemie ochrony zdrowia w Polsce.....	28
Tabela 10. Opinia publiczna o możliwościach przeciwdziałania korupcji w publicznym systemie ochrony zdrowia w Polsce.....	30
Tabela 11. Znajomość osób wręczających korzyści majątkowe personelowi publicznej ochrony zdrowia w zamian za dostęp do świadczeń zdrowotnych .....	37
Tabela 12. Udział we wręczaniu korzyści majątkowych personelowi publicznej ochrony zdrowia w zamian za dostęp do świadczeń zdrowotnych w okresie czterech, pięciu lat poprzedzających badanie .....	38
Tabela 13. Beneficjenci korzyści majątkowych wręczanych personelowi publicznej ochrony zdrowia w zamian za dostęp do świadczeń zdrowotnych w okresie czterech, pięciu lat poprzedzających badanie .....	39
Tabela 14. Świadczenia zdrowotne, za które wręczano korzyści majątkowe personelowi publicznej ochrony zdrowia w okresie czterech, pięciu lat poprzedzających badanie.....	39
Tabela 15. Wartość korzyści majątkowych wręczanych personelowi publicznej ochrony zdrowia w zamian za dostęp do świadczeń medycznych w okresie czterech, pięciu lat poprzedzających badanie .....	40
Tabela 16. Odpowiedzi na pytanie o to, jak respondenci zorientowali się, że należy wręczyć korzyść majątkową personelowi publicznej ochrony zdrowia .....	41
Tabela 17. Przyczyny niezgłaszania właściwym organom państwa faktu wręczenia korzyści majątkowych w zamian za dostęp do świadczeń zdrowotnych .....	41
Tabela 18. Konsekwencje zgłoszenia właściwym organom państwa faktu wręczenia korzyści majątkowych w zamian za dostęp do świadczeń zdrowotnych .....	42
•	
Wykres 1. Opinia publiczna o jakości świadczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia.....	18
Wykres 2. Opinia publiczna o istotności korupcji w Polsce – zmiany w latach 1991–2023.....	24

## Streszczenie

W okresie dwunastu miesięcy poprzedzających powstanie niniejszego raportu 88 proc. Polaków korzystało ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Oceny funkcjonowania publicznego systemu ochrony zdrowia są w zdecydowanej większości negatywne. W ogólnopolskim sondażu Ipsos z kwietnia 2023 roku, zrealizowanym na potrzeby tego badania, 81 proc. respondentów oceniło, że publiczny system ochrony zdrowia funkcjonuje źle. Podobny wynik dał sondaż Centrum Badania Opinii Społecznej przeprowadzony w czerwcu 2023 roku.

Główne przyczyny złych ocen to niska dostępność świadczeń zdrowotnych, zła organizacja pracy podmiotów publicznej ochrony zdrowia i zbyt mała liczba personelu medycznego. Polacy dostrzegają systemowe dysfunkcje publicznego systemu ochrony zdrowia i niekoniecznie wiążą swoje negatywne oceny z opiniami na temat pracy lekarzy czy pielęgniarek. Ponad połowa (56 proc.) respondentów wyraża brak zaufania do publicznego systemu ochrony zdrowia. Jeszcze większy odsetek (66 proc.) pytanych deklaruje, że publiczny system ochrony zdrowia nie zapewnia poczucia bezpieczeństwa.

W opinii Polaków, publiczny system ochrony zdrowia pozostaje także jednym z obszarów życia publicznego najbardziej narażonych na korupcję (32 proc. wskazań) – zaraz po polityce (75 proc. wskazań) i administracji rządowej (43 proc. wskazań). Choć trzeba odnotować, że oceny w tym względzie istotnie poprawiały się w ostatnich latach (przykładowo w 2013 roku 53 proc. respondentów wskazywało ochronę zdrowia jako jeden z obszarów życia publicznego najbardziej narażony na korupcję).

Podobnie jak w wypadku złych ocen funkcjonowania publicznej ochrony zdrowia, również w wypadku korupcji Polacy wskazują, że zjawisko to ma przede wszystkim podłoże systemowe. Wśród najczęściej wymienianych czyn-

ników wskazywano upolitycznienie (46 proc.), złe zarządzanie podmiotami ochrony zdrowia (43 proc.), lobbing dostawców leków, usług, produktów i sprzętu medycznego (42 proc.) oraz niedofinansowanie publicznego systemu ochrony zdrowia (40 proc.).

Blisko połowa (46 proc.) Polaków zna kogoś, kto kiedykolwiek był zmuszony do wręczenia korzyści majątkowej osobie z personelu medycznego w zamian za uzyskanie dostępu do świadczenia zdrowotnego. Jednocześnie 11 proc. respondentów przyznało się do wręczenia łapówki w okresie czterech, pięciu lat poprzedzających realizację sondażu (odsetek ten z pewnością jest zaniżony z uwagi na drażliwość pytań o korupcję). Trzykrotnie więcej (31 proc.) respondentów przyznało, że chcąc uzyskać dostęp do świadczeń zdrowotnych, korzystało ze znajomości. Korupcja jest więc realnym problemem publicznego systemu ochrony zdrowia.

Łapówki najczęściej są wręczane lekarzom prowadzącym (69 proc. wskazań), ordynatorom oddziałów (27 proc. wskazań) i pielęgniarkom (27 proc. wskazań). Zwykle za bardziej rzetelną opiekę (50 proc. wskazań), skrócenie kolejki do świadczenia (41 proc. wskazań) i przeprowadzenie skomplikowanej operacji lub zabiegu (35 proc. wskazań). Wartość najczęściej wręczanych korzyści to kilkaset złotych (44 proc. wskazań), ale 16 proc. respondentów przyznało, że wręczyło łapówki o wartości przekraczającej tysiąc lub nawet kilka tysięcy złotych. Większość (88 proc.) osób wręczających łapówki nie zgłosiła tego faktu organom ścigania. Główne powody, dla których się na to nie zdecydowali, to fakt, że otrzymali to, za co zapłacili (26 proc.), lub przekonanie, że za świadczenie w ramach publicznej ochrony zdrowia po prostu trzeba się dodatkowo odwdzięczyć (26 proc.), ale także uznanie, że wręczanie łapówek w tym obszarze jest po prostu czymś naturalnym (11 proc.), że nie ma sensu tego zgłaszać, ponieważ i tak nikt by się tym nie zajął (11 proc.), a część (11 proc.) respondentów nie zrobiła tego, gdyż po prostu bała się negatywnych konsekwencji. O tym, że zgłaszanie przypadków przekupstwa w publicz-

nej ochronie zdrowia niekoniecznie ma sens, świadczy poniekąd to, że 87 proc. respondentów, którzy to zrobili, przyznało, że ich zgłoszenie poskutkowało nieformalnym rozwiązaniem sporu i zwróceniem im wręczonej korzyści. Trzy czwarte odpowiedziało, że zgłoszenie nie przyniosło żadnego skutku, a ten sam odsetek respondentów wskazał, że zniechęcano ich do podejmowania kolejnych kroków i (lub) spotkały ich w związku z tym negatywne konsekwencje. System więc nie zachęca do reagowania na przypadki korupcji w publicznej ochronie zdrowia.

**Oprócz przekupstwa w publicznym systemie ochrony zdrowia pojawiają się praktyki, które można określić mianem legalnej lub quasi-legalnej korupcji.** Opisywali je szerzej rozmówcy, którzy brali udział w wywiadach grupowych lub byli respondentami w ramach wywiadów swobodnych – przedstawiciele organizacji pacjenczkich, niezależni eksperci, ale także lekarze i pielęgniarki. **Do najczęściej opisywanych form tego rodzaju ryzykownych praktyk należy działalność przyszpitalnych fundacji (a także innych organizacji powiązanych z publiczną ochroną zdrowia), które w zamian za darowizny ułatwiają dostęp do świadczeń zdrowotnych w publicznych podmiotach ochrony zdrowia.** A te z kolei (zwłaszcza szpitale) reperują sobie w ten sposób budżet. Inna często opisywana praktyka jest związana z jednoczesną pracą personelu medycznego w sektorze prywatnym i publicznym. **Pacjenci, płacąc za usługi w ramach prywatnej praktyki lekarzy, pielęgniarek czy położnych, mogą ułatwić sobie dostęp do świadczeń w ramach systemu publicznego, które prywatnie są nieosiągalne.** Rozmówcy w wywiadach grupowych i indywidualnych wskazywali także nietransparentne i korupcjogenne praktyki w ramach zamówień publicznych organizowanych przez publiczne szpitale i inne podmioty ochrony zdrowia. W wypowiedziach wracał również problem nietransparentnych decyzji politycznych dotyczących kształtu listy leków refundowanych.

Sondaż opinii publicznej i wywiady z reprezentantami organizacji pacjenczkich oraz niezależnymi ekspertami dostarczyły informacji o tym, jakich działań antykorupcyjnych oczekują społeczeństwo i środowisko organizacji pacjenczkich, personel medyczny, administracyjny, a także urzędnicy i dostawcy leków, sprzętu i usług. **Opinia publiczna oczekuje przede wszystkim zwiększenia finansowania systemu (nie mylić ze wzrostem wynagrodzeń białego personelu czy administracji publicznych zakładów ochrony zdrowia), decentralizacji Narodowego Funduszu Zdrowia, kampanii edukacyjnych i informacyjnych skierowanych do pacjentów, które uświadamiałyby, w jaki sposób reagować na korupcję, zwiększenia znaczenia samorządów w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia.** To interesujący wynik na tle sondażu Centrum Badania Opinii Społecznej z 2007 roku na temat korupcji w ochronie zdrowia. Zadano wówczas otwarte pytanie o to, jakie środki należałoby przedsięwziąć, aby ograniczyć ten problem. Połowa respondentów spontanicznie wskazała wówczas konieczność podniesienia płac personelu medycznego. Tylko 8 proc. odpowiedzi zawierało jakieś propozycje zmian systemowych, w tym przede wszystkim prywatyzację publicznego systemu ochrony zdrowia (3 proc.), wprowadzenie opłat za usługi medyczne (2 proc.) czy zwiększenie nakładów państwa na ochronę zdrowia (zaledwie 1 proc. odpowiedzi)<sup>1</sup>. **Co ciekawe w tym kontekście, relatywnie duży odsetek respondentów sondażu (27 proc.) wskazał na prywatyzację podmiotów ochrony zdrowia jako remedium na korupcję.** Decentralizacja i prywatyzacja była wymieniana przez uczestników wywiadów indywidualnych i grupowych – zarówno po stronie organizacji pacjenczkich, jak i po stronie reprezentantów personelu medycznego, a także urzędników ministerstwa i Narodowego Funduszu Zdrowia. **Inne rozwiązania zwiększające transparentność systemu i odporność na korupcję, o których mówili rozmówcy w ramach wywiadów, to wprowadzenie całościowego centralnego**

1 R. Boguszewski, *Korupcja w służbie zdrowia – opinie i doświadczenia Polaków*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2007, s. 9.

systemu rejestracji i oczekiwania na świadczenia zdrowotne, centralizacja systemu zamówień publicznych, wprowadzenie częściowej odpłatności za świadczenia zdrowotne. Część rozmówców zgadzała się z wynikami sondażu w zakresie antykorupcyjnego waloru prywatyzacji. Interesujący wątek – odnotowany zarówno przez organizacje pacjenckie, jak i przez reprezentantów personelu medycznego – dotyczy samoregulacji. Obie grupy rozmówców wskazały, że miękkie formy przeciwdziałania korupcji, takie jak kodeksy etyczne i działania edukacyjne, mogą przynieść istotną poprawę w zakresie odporności na korupcję.

Niestety, wywiady z przedstawicielami zawodów medycznych oraz urzędników Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia ujawniły, że w tych środowiskach istnieje niezrozumienie dla sygnalistów i ich roli w przeciwdziałaniu korupcji i nadużyciom w publicznym systemie ochrony zdrowia. Jest to wynik tym bardziej niepokojący, że Polska – tak jak każde państwo członkowskie Unii Europejskiej – jest zobowiązana do wdrożenia dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej 2019/1937 z 23 października 2019 roku w sprawie ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa Unii Europejskiej. Dyrektywa ta kładzie szczególny nacisk na ochronę sygnalistów w sektorze ochrony zdrowia. Odnotujemy przy tym, że dyrektywa powinna być wdrożona przez Polskę już w 2021 roku (a nie została wdrożona do chwili publikacji tego raportu). W związku z tym zaniedbaniem Polsce grożą kary ze strony Komisji Europejskiej, a także procesy sądowe wytaczane przez sygnalistów, którzy ponieśli szkody w związku z brakiem implementacji prawa unijnego (pierwsza taka sprawa została rozstrzygnięta na korzyść sygnalisty w Sądzie Rejonowym w Toruniu w lipcu 2023 roku – sygn. akt IV P 171/22).

Podsumowując, wśród wielu wyzwań polskiej publicznej ochrony zdrowia walka z korupcją jest także istotnym problemem. Korupcja bowiem występuje zarówno na poziomie przeciętnego pacjenta lub jego opiekuna i ich relacji z personelem medycznym, dostawcy usług czy produktów i jego relacji z personelem

medycznym, administracyjnym i zarządczym, jak i na poziomie systemowym – tam, gdzie są podejmowane decyzje polityczne i finansowe. Reformując publiczny system ochrony zdrowia, nie powinno się zapominać, że niezbędne jest także rozwijanie w nim bezpieczników chroniących państwo i obywateli przed korupcją oraz innymi nadużyciami w tym sektorze.



# 1. Charakterystyka systemu publicznej ochrony zdrowia w Polsce i jego główne problemy

Celem tej części raportu nie jest szczegółowy opis systemu ochrony zdrowia w Polsce, jego problemów i wyzwań, przed jakimi stoi, wymagałoby to bowiem przygotowania odrębnego tekstu, a nawet całej monografii. Chodzi jedynie o zarysowanie kształtu polskiego systemu ochrony zdrowia, żeby na tym tle wskazać (także ogólnie), gdzie i jakie ogniska ryzyka korupcyjnego w nim występują<sup>2</sup>.

## System ochrony zdrowia – definicja

System ochrony zdrowia (odpowiednikiem tego terminu jest pojęcie „system zdrowotny”) według definicji Międzynarodowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) tworzą wszelkie podmioty (instytucje publiczne, organizacje społeczne i podmioty prywatne) oraz nakłady (publiczne i prywatne), których celem jest prowadzenie i rozwijanie działań ukierunkowanych na poprawę zdrowia<sup>3</sup>. Konstrukcja systemu publicznej ochrony zdrowia w Polsce odwołuje się bezpośrednio do konstytucji Międzynarodowej Organizacji Zdrowia i zawartej tam definicji zdrowia, rozumianego jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, którego nie można sprowadzać wyłącznie do braku chorób czy ułomności. Międzynarodowa Organizacja Zdrowia definiuje zdrowie jako wartość, które każde państwo – będące członkiem Międzynarodowej Organizacji Zdrowia i Organizacji Narodów Zjednoczonych – po-

winno chronić i dbać o to, żeby każdy obywatel mógł z niego korzystać<sup>4</sup>. Prawo do zdrowia jest więc jednym z praw człowieka i obywatela. Państwo polskie nawiązuje do tych stwierdzeń, co jest najdosadniej wyrażone w art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, definiującym prawo do ochrony zdrowia jako prawo osobiste przysługujące każdemu obywatelowi Polski<sup>5</sup>. Ma to swoje istotne konsekwencje, polegające między innymi na tym, że jako prawo człowieka, prawo do ochrony zdrowia (przynajmniej teoretycznie) może być ograniczone wyłącznie, gdy wymaga tego realizacja innych praw człowieka, na przykład bezpieczeństwa lub porządku publicznego, a każde takie ewentualne ograniczenie musi mieć charakter ustawowy. Jednocześnie, mając na uwadze, że w ustrój Polski jest wpisana zasada pomocniczości, a więc i decentralizacji władzy publicznej, zasady te muszą być również stosowane przez każdy szczebel władzy publicznej, który realizuje zadania z zakresu ochrony zdrowia, dotyczą one zatem także samorządów.

## Organizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce

Zadania w sferze publicznej ochrony zdrowia realizują organy administracji zarówno rządowej, jak i samorządowej. Na szczeblu rządowym głównym ośrodkiem tworzącym i realizującym politykę zdrowotną państwa jest Ministerstwo Zdrowia. Ministerstwo jest dysponentem części środków publicznych przeznaczanych na funkcjonowanie takich podstawowych podmiotów świadczących usługi zdrowotne, jak szpitale ogólne, szpitale kliniczne, zakłady opiekuńczo-lecznicze czy szpitale uzdrowiskowe. Samorządy w ramach własnych budżetów w niewielkim stopniu finansują funkcjonowanie lokalnych (samorządowych) jednostek ochrony zdrowia,

2 Zob. na przykład: P. Lenio, *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2018.

3 C. Włodarczyk, S. Paździoch, *Systemy zdrowotne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 15.

4 Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia. Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 roku (tekst polski opublikowany w: Dz.U. z 1948 r., Nr 61, poz. 477). Na ten temat zob. także aktualne regulacje wynikające z Tytułu XIII. Zdrowie publiczne Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską (Dz.Urz. UE 2006 C 321 E).

5 E. Feret, *Ustrojowe i finansowe podstawy prawne ochrony zdrowia w Polsce – wybrane zagadnienia*, „Prawo Budżetowe Państwa i Samorządu” 2020, t. 1, nr 8, s. 9–38.

które formalnie są samorządowymi jednostkami budżetowymi.

System ochrony zdrowia w Polsce opiera się przede wszystkim na finansowaniu ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Najistotniejszym elementem systemu ochrony zdrowia w Polsce jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – instytucja, która jest głównym płatnikiem świadczeń zdrowotnych. Fundusz zarządza środkami pochodzącymi ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne oraz z innych źródeł (na przykład dotacji celowych, a także zapisów, czy darowizn przekazywanych na realizację zadań w zakresie ochrony zdrowia). Ze zgromadzonych środków Narodowy Fundusz Zdrowia pokrywa koszty świadczeń zdrowotnych, refundacji leków i innych wyrobów medycznych (na przykład sprzętu czy protez). Fundusz działa jak pośrednik między państwem a dostawcami świadczeń zdrowotnych, czyli podmiotami prowadzącymi szeroko pojętą działalność leczniczą (szpitalami, przychodniami, aptekami, organizacjami społecznymi, przedsiębiorcami), które zawierają kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Elementem systemu ochrony zdrowia są także podmioty i powiązane grupy podmiotów specjalizujące się w specyficznych obszarach, takich jak pomoc osobom niepełnosprawnym, czym zajmuje się Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, czy pomoc w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia, która jest realizowana przez System Państwowego Ratownictwa Medycznego. Przykładami innych specyficznych podmiotów są Agencja Ochrony Technologii Medycznych i Taryfikacji czy Agencja Badań Medycznych. Pierwsza zajmuje się, jak sama nazwa wskazuje, między innymi oceną technologii medycznych, prowadzi badania produktów medycznych (leków, technologii), opiniuje projekty programów polityki zdrowotnej, druga zaś koncentruje się przede wszystkim na

badaniach, prowadzi także działania analityczne pomocne w programowaniu polityki zdrowotnej państwa. Do tego dochodzi jeszcze wiele innych podmiotów, żeby wspomnieć choćby Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Centrum e-Zdrowia (wcześniej Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia), Urząd Rzecznika Praw Pacjenta. Istnieje ponadto kilka samorządów białego personelu, w tym między innymi Naczelna Izba Lekarska czy Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych<sup>6</sup>.

Oprócz wymiaru instytucjonalnego istotnym elementem systemu ochrony zdrowia są regulacje prawne. Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce jest regulowane przez kilka kluczowych ustaw, do których należałoby dodać jeszcze kilkanaście innych, regulujących specyficzne aspekty, jak choćby działanie dwóch wspomnianych agencji<sup>7</sup>.

A zatem już tylko z instytucjonalno-prawnego punktu widzenia system ochrony zdrowia w Polsce jest bardzo złożoną strukturą. Obraz ten staje się jeszcze bardziej skomplikowany, jeśli spojrzymy na liczbę konkretnych podmiotów, z których jest on zbudowany.

Polski system ochrony zdrowia na koniec 2021 roku (ostatnie pełne dane Głównego Urzędu Statystycznego) obejmował około 900 szpitali ogólnych, około 60 szpitali psychiatrycznych, blisko 600 zakładów leczniczo-pielęgniarskich i blisko 200 placówek hospicyjno-paliatywnych, a także około 260 zakładów uzdrowiskowych. Do tego dochodzi niemal 26 tysięcy podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, 22 tysiące przychodni, około 700 indywidualnych praktyk lekarskich i ponad 3 tysiące praktyk stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych. W ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego istnieje także około 1,6 tysiąca zespołów ratownictwa medycznego.

6 Bardziej szczegółową i względnie aktualną charakterystykę polskiego systemu ochrony zdrowia można znaleźć między innymi w: C. Sowada, A. Sagan, I. Kowalska-Bobko, *Poland. Health system review 2019*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2019; *Polska: profil systemu ochrony zdrowia 2021*, European Observatory on Health Systems and Policies; *State of Health in the EU*, OECD Publishing, Brussels 2021.

7 I. Borkowska, *Ocena kondycji publicznej opieki zdrowotnej w Polsce*, „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów” 2018, t. 165, s. 27–48.

W tym należy jeszcze uwzględnić wiele innych jednostek funkcjonujących w ramach innych podmiotów. Należałoby do tego dodać także różne podmioty wspierające publiczny system ochrony zdrowia (na przykład jednostki funkcjonujące w ramach Państwowej Straży Pożarnej czy organizacje społeczne). Elementem systemu ochrony zdrowia jest także około 12 tysięcy aptek, które są odpowiedzialne z dystrybucją leków, w tym leków refundowanych w ramach systemu publicznej ochrony zdrowia<sup>8</sup>.

System ochrony zdrowia tworzą także oczywiście ludzie. W skład korpusu podstawowych zawodów medycznych wchodziło na koniec 2021 roku około 160 tysięcy lekarzy, około 44 tysięcy lekarzy dentyistów, ponad 305 tysięcy pielęgniarek, ponad 40 tysięcy położnych, blisko 40 tysięcy farmaceutów i blisko 18 tysięcy diagnostów laboratoryjnych.

### **Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce**

Według wstępnych danych Głównego Urzędu Statystycznego na koniec 2022 roku wydatki bieżące na ochronę zdrowia w Polsce wyniosły blisko 206 miliardów złotych, co stanowiło 6,7 proc. PKB. Mimo, zdawałoby się, relatywnie dużej skali tych wydatków odsetek polskiego PKB przeznaczany na ochronę zdrowia pozostaje jednym z najniższych w Unii Europejskiej. Warto przy tym odnotować ogromny wzrost tej kwoty w stosunku do 2021 roku, który według szacunków Głównego Urzędu Statystycznego przekroczył 21 proc. rok do roku. Niniejszy raport powstawał w dość specyficznych okolicznościach, po formalnym końcu pandemii COVID-19, kiedy doszło do bezprecedensowego wzrostu wydatków w tym sektorze (co może być również skutkiem dużego wzrostu inflacji). Zdecydowana większość (ponad 72 proc.) kosztów publicznego systemu ochrony zdrowia to

wydatki publiczne. Jednocześnie blisko 20 proc. stanowiły wydatki gospodarstw domowych, co jasno pokazuje, że stereotypowe postrzeganie publicznej ochrony zdrowia w Polsce jako bezpłatnej jest mitem.

Jeśli chodzi o strukturę tych wydatków, to największy udział w nich mają koszty usług leczniczych (ponad 50 proc.), w tym przede wszystkim leczenie szpitalne. Koszty leków i artykułów medycznych to 21 proc. Pozostałe koszty są związane przede wszystkim z długoterminową opieką zdrowotną i usługami rehabilitacyjnymi. Są to bezpośrednie koszty funkcjonowania systemu obejmujące obsługę jego beneficjentów. Do tego dochodzą koszty obsługi systemu, szacowane przez Główny Urząd Statystyczny na ponad 7 miliardów złotych, oraz inne wydatki, między innymi na usługi zdrowotne niemieszczące się w głównych kategoriach (warto przy tym wspomnieć o dużych kosztach generowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych przy przekazywaniu składek zdrowotnych), szacowane na ponad 14 miliardów złotych<sup>9</sup>.

Nie można również zapominać o kosztach różnego rodzaju inwestycji w system ochrony zdrowia, które corocznie sięgają miliardów złotych. Spośród nich na szczególną uwagę zasługują wydatki na informatyzację. Tylko w obrębie zamówień publicznych w ostatnich kilku latach poprzedzających ukończenie niniejszego raportu wydatkowano średnio w roku kilkanaście miliardów złotych. W szczycie pandemii COVID-19, w 2021 roku, na tego rodzaju inwestycje przeznaczono ponad 25 miliardów złotych (w 2021 roku odsetek ten spadł do poziomu nieco ponad 18 miliardów złotych)<sup>10</sup>.

### **Główne problemy polskiego systemu ochrony zdrowia**

Wszystkie przytoczone wyżej liczby dają wyobrażenie, jak ogromnym obszarem jest sys-

<sup>8</sup> Zob. *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2021 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2022.

<sup>9</sup> *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2020–2022*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2023.

<sup>10</sup> P. Markowski, *Wydatki na rozwiązania informatyczne w kosztach leczenia pacjenta w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia szpitalne w latach 2011–2021 na podstawie danych z rynku zamówień publicznych*, 2023 rok [mps].

tem ochrony zdrowia w Polsce. A jest to jedynie jego zgrubna charakterystyka. System ten, mimo ogromnych i rosnących nakładów, boryka się z wieloma problemami, które nie doczekały się rozwiązań od lat.

Jak wykazał raport Najwyższej Izby Kontroli (NIK) z 2019 roku<sup>11</sup>, jest to przede wszystkim zła organizacja, która powoduje, że koszty funkcjonowania tego systemu wiążą się głównie z „medycyną naprawczą”. Zbyt mało pieniędzy przeznaczanych jest na profilaktykę i edukację zdrowotną, która w ostatecznym rozrachunku obniża koszty funkcjonowania systemu, ponieważ dzięki temu większa liczba osób nie trafi do szpitali i innych podmiotów świadczących znacznie droższe usługi zdrowotne. Jest to, jak wskazuje Najwyższa Izba Kontroli, przede wszystkim zaniedbanie po stronie polityków i administracji publicznej. W konsekwencji system jest niewydolny. Rosną kolejki oczekujących na badania diagnostyczne i zabiegi. Pacjenci mają ograniczony dostęp do świadczeń zdrowotnych. Brakuje środków na wdrażanie nowoczesnych technologii w leczeniu chorób (czego dobitnym przykładem jest ogromna liczba zbiórek organizowanych przez pacjentów, którzy w ten sposób muszą zdobywać środki na leczenie za granicą czy na drodze leki nierefundowane w Polsce).

Od lat (a wręcz od dekad) utrzymują się wysokie koszty związane ze zbyt częstym diagnozowaniem i leczeniem pacjentów w szpitalach, co jest jednym z najdroższych rozwiązań. Wszystko to dzieje się przy jednym z najwyższych w Unii Europejskiej współczynników liczby łóżek szpitalnych przypadających na 100 tysięcy mieszkańców.

Według Najwyższej Izby Kontroli istotnym problemem związanym ze złą organizacją systemu są także problemy z wyceną świadczeń zdrowotnych. W konsekwencji – mimo wysokiej centralizacji systemu jako takiego – wstępują istotne różnice w cenach tych samych świadczeń w zależności od miejsca, gdzie one są dostępne. Trzeba tu jednak odnotować, że nie wszyscy są tak krytyczni w tej kwestii i dobrze oceniają pracę Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która jest w tym obszarze najważniejszą instytucją.

W ostatnich latach ograniczono wprawdzie problem zbyt niskich wynagrodzeń, przede wszystkim lekarzy (zwiększyły się także wynagrodzenia pielęgniarek, choć nie w takim stopniu), co pomogło nieco ograniczyć migrację tej grupy społeczno-zawodowej za granicę<sup>12</sup>. Jednak kwestia wynagrodzeń pozostaje istotnym obciążeniem systemu – szczególnie wysokość wynagrodzeń pielęgniarek, ratowników medycznych, rehabilitantów i personelu administracyjnego. Do tego dochodzi presja płacowa związana z utrzymującą się od wielu lat wysoką inflacją.

Wyzwaniem politycznym jest brak spójnej długookresowej polityki zdrowotnej państwa, która powstałaby w szerokich konsultacjach ze środowiskami pracowników sektora zdrowia i innych podmiotów (na przykład dostawców usług czy materiałów) związanych bezpośrednio z tym obszarem. Decydenci są reaktywni wobec narastających problemów, a ostatnie większe zmiany (na przykład stworzenie sieci szpitali – systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej) zakończyły się niepowodzeniem, a nawet zastrzyły niektóre problemy (na przykład poziom zadłużenia szpitali powiatowych)<sup>13</sup>.

11 *System Ochrony Zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2019.

12 S. Bojarczuk, M. Duszczyk, K. Matuszczyk, D. Pszczółkowska, E. Szyszkowska, *Plany migracyjne studentów uczelni medycznych oraz ich faktyczna realizacja. Czy naprawdę wyjadą? Wstępny raport z drugiego etapu badania – 2023 rok*, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2023.

13 *Funkcjonowanie szpitali powiatowych*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2023.

Mankamentem jest również słaba jakość danych dotyczących sytuacji i funkcjonowania podmiotów systemu ochrony zdrowia, co utrudnia diagnozowanie sytuacji, reagowanie na problemy z wyprzedzeniem i planowanie polityki zdrowotnej, a także ocenę jakości świadczonych usług. Problemem jest także brak koordynacji opieki nad pacjentem. A to nie wszystkie wyzwania stojące przed polskim systemem ochrony zdrowia. Na tym tle utrzymujące się problemy na przykład ze złą organizacją zamówień publicznych (głównie przez szpitale), które są istotnym ogniskiem ryzyka korupcji, wydają się błaha<sup>14</sup>.

W konsekwencji, co potwierdzają badania niezależnych ośrodków, z perspektywy pacjenta rosną problemy, takie jak długość oczekiwania na badania diagnostyczne (średnio dwa i pół miesiąca)<sup>15</sup>. Problemem jest dostęp do wielu lekarzy specjalistów. Przykładowo, jak podaje *Barometr WHC. Raport dotyczący zmian dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce z września 2023 roku*, od wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do przeprowadzenia operacji wymiany zastawki serca mija przeciętnie ponad dwadzieścia miesięcy. Najbardziej obciążone specjalizacje to neurochirurgia, chirurgia plastyczna, świadczenia dotyczące narządów ruchu czy rehabilitacja. Na realizację tych świadczeń oczekuje się średnio ponad siedem miesięcy (a w praktyce czas oczekiwania jest o wiele dłuższy). Nic więc dziwnego, że społeczne oceny systemu ochrony zdrowia w Polsce są w dużej mierze negatywne, o czym szerzej w dalszej części raportu.

Ten krótki przegląd uświadamia również, gdzie są główne ogniska ryzyka korupcji w systemie ochrony zdrowia, choć trzeba przyznać, że ko-

rupcja jako taka nie jest obecnie postrzegana jako jeden z kluczowych problemów w tym obszarze. W mojej ocenie, to istotna luka. Najlepszym przykładem jej istnienia są liczne kontrole Najwyższej Izby Kontroli z ostatnich lat, poprzedzających powstanie niniejszego raportu, dotyczące publicznego systemu ochrony zdrowia, w których o korupcji wspomina się jedynie na marginesie<sup>16</sup>. Tymczasem – skoro jednym z głównych problemów wymienianych w raportach Najwyższej Izby Kontroli, ale także w innych opracowaniach dotyczących funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, jest złe zarządzanie, brak koordynacji, zła gospodarka czy nieumiejętność prawidłowej organizacji zamówień publicznych, a na końcu deficyt świadczeń zdrowotnych – naturalną konsekwencją takich fundamentalnych niedowładów zarządczych jest ryzyko „chodzenia na skrót”. A więc ułatwiania sobie przez różne podmioty (na przykład szpitale) podejmowania decyzji przez próby omijania procedur, prawa czy łamania przepisów. Jeśli występują problemy z kolejkami do uzyskania wielu świadczeń medycznych, naturalne będzie to, że zainteresowani będą chcieli ten dostęp skrócić. I będą starać się to zrobić, tym bardziej że chodzi o zdrowie, które jest, jak wspominałem na początku, unikalnym dobrem, prawem człowieka i kluczowym czynnikiem decydującym o jakości życia każdego z nas. Po stronie świadczeniodawców będą zaś występować naturalne skłonności, żeby dostęp do dobra, jakim jest zdrowie, ułatwiać, pobierając z tego tytułu rentę – nawet w postaci nienależnych korzyści finansowych. *Last but not least*, skoro w raportach Najwyższej Izby Kontroli zwraca się uwagę na brak spójnej polityki w sferze ochrony zdrowia<sup>17</sup>, reaktywność władz publicznych czy zbyt dużą zmienność prawa, to naturalnie proble-

14 G. Makowski, *Skala i charakter ryzyka nadużyć na rodzimym rynku zamówień publicznych Mapa zagrożeń i węzłowe problemy*, Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 2017.

15 *Barometr WHC. Raport dotyczący zmian dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce*, WatchHealthCare, Warszawa 2023.

16 Zob. na przykład: *Funkcjonowanie Agencji Badań Medycznych*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2022; *Zasoby kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2022.

17 Co prawda pod koniec 2021 roku rząd przyjął dokument *Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*, który jest zarysem takiej polityki. Jest on jednak dość ogólnikowy i na moment zakończenia prac na tym raporcie trudno uznać, że zawarte w nim postulaty były realizowane (podobnie zresztą, jak nie zostały zrealizowane założenia poprzedniej strategii – *Narodowego Programu Zdrowia 2016–2020*, o czym świadczą wyniki kontroli Najwyższej Izby Kontroli, na przykład: *Realizacja zadań Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2020).

mem staje się nieuczciwy lobbying rozmaitych grup interesów, próbujących skorzystać z tej sytuacji, czego sztandarowym przykładem są niekończące się kontrowersje wokół zmian na liście leków refundowanych.

Podsumowując, a jednocześnie przechodząc do głównej części raportu, na tle ogromu problemów – nazwijmy je: organizacyjno-ekonomicznych – z jakimi boryka się publiczny system ochrony zdrowia w Polsce, korupcja może zdawać się nie najistotniejszym z nich. Podobnie, jak się zdaje, zapatruje się na to opinia publiczna. Jak pokazują sondaże, ochrona zdrowia przestała być już jakiś czas temu postrzegana jako główne ognisko korupcji w życiu publicznym. Opinia publiczna operuje jednak dość wąskim pojęciem korupcji. Identyfikuje ją głównie z rodzajem przestępstwa (szczególnie z przekupstwem). Jeśli jednak na korupcję spojrzymy szerzej, wyjdziemy poza kategorie kryminalne i ujmijemy to zjawisko z perspektywy socjologicznej, jako wynik monopolu, uznaniowości, braku transparentności i rozliczalności (od angielskiego *accountability*) decyzji o dystrybucji jakiegoś dobra, do którego dostęp powinien opierać się na równych zasadach<sup>18</sup> – a dobrem tym są tutaj świadczenia zdrowotne, które w publicznym systemie ochrony zdrowia powinny być dostępne na równych zasadach i udzielane transparentnie – i jeśli zapytamy w sondażu czy w wywiadach swobodnych o miękkie formy korupcji, niekoniecznie usankcjonowane przepisami karnymi, takie jak wykorzystywanie znajomości czy innych nieformalnych środków, żeby uzyskać świadczenie medyczne, to się okaże, że skala tego zjawiska jest większa, niż to widać na pierwszy rzut oka. Warto również podkreślić, że w istniejącym systemie zostały zaszyte mechanizmy ułatwiające uprzywilejowany dostęp

do świadczeń oferowanych w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia, które *de facto* legalizują praktyki, które jeszcze kilkanaście lat przed ukończeniem tego raportu byłyby uznawane za przejawy twardej korupcji. Przykładem tego jest możliwość jednoczesnej pracy personelu medycznego w sektorze zarówno prywatnym, jak i publicznym. Stawia to zwłaszcza lekarzy, pielęgniarki i położne w sytuacji stałego konfliktu interesów. Ten z kolei często owocuje swoistą szarą strefą, w której w ramach prywatnych konsultacji całkowicie legalnie płaci się za usługę, żeby później od tego samego lekarza czy tej samej pielęgniarki uzyskać lepsze traktowanie w publicznej jednostce ochrony zdrowia – czy to w postaci skrócenia oczekiwania na zabieg lub diagnozę, czy to w postaci lepszego traktowania w czasie pobytu w szpitalu. W ten sposób publiczny system ochrony zdrowia jest obciążany szeroko rozumianą korupcją, której towarzyszy partykularyzm, czyli uprzywilejowany dostęp do dobra, które powinno być dystrybuowane przez państwo na równych zasadach. A skutkiem tego są rosnące nierówności społeczne w tym sektorze. Nie można ponadto zapominać o innych formach korupcji, które te nierówności także zaostrzają: systemowych, związanych z wpływem grup interesu na politykę państwa, marnotrawieniem środków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia czy ze złą, korupcjogenną organizacją zamówień publicznych. Niniejszy raport zmierza do zwrócenia uwagi opinii publicznej i decydentów na te problemy.

18 R. Klitgaard, *Controlling Corruption*, University of California Press, Oakland 1988.

## 2. Opinie o korupcji w publicznej ochronie zdrowia – nota metodologiczna

Badania, których wyniki omówiono w dalszej części niniejszego raportu, zrealizowano w okresie od kwietnia do września 2023 roku<sup>19</sup>. Ich głównym celem było stworzenie ogólnej mapy ryzyka korupcji w systemie ochrony zdrowia w oczach opinii publicznej oraz osób pracujących w tym sektorze, aby w drugim kroku przedstawić decydom i osobom zarządzającym podmiotami systemu ochrony zdrowia rekomendacje w zakresie ograniczenia ryzyka korupcji. Przeprowadzenie badań i przygotowanie raportu zbiegło się z wyborami parlamentarnymi w Polsce i zmianą obozu rządzącego. To swoiste okno możliwości staraliśmy się wykorzystywać jeszcze przed zakończeniem prac nad raportem i publikacją jego pełnej wersji. Wynikami i wnioskami z badań dzielił się z mediami i decydentami aspirującymi do objęcia władzy w nowym rządzie.

Zdawałem sobie przy tym sprawę, że mając ograniczone zasoby, trudno uzyskać pełen obraz zjawiska, zwłaszcza opinii osób pracujących w sektorze ochrony zdrowia. Stąd chcąc poznać opinie i oceny osób związanych bezpośrednio z ochroną zdrowia, skoncentrowałem się na wywiadach indywidualnych i grupowych z określonymi typami respondentów. Byli to przedstawiciele organizacji pacjenczkich, w tym specjalizujących się w ochronie praw pacjentów i działaniach strażniczych,

przedstawiciele *think tanków* zajmujących się ochroną zdrowia oraz indywidualni eksperci. Drugą grupą byli przedstawiciele zawodów medycznych, zwłaszcza lekarze i pielęgniarki pracujący w szpitalach oraz przedstawiciele administracji szpitali. Trzecią grupą respondentów byli przedstawiciele pracowników Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Czwartym typem respondentów byli dostawcy usług, sprzętu i leków.

Łącznie zrealizowano dwa wywiady grupowe – z przedstawicielami zawodów medycznych oraz z reprezentantami organizacji pacjenczkich i ekspertami. Pozostali respondenci brali udział w dwunastu wywiadach indywidualnych. Niestety, już po przeprowadzeniu wywiadów dwie osoby wycofały zgodę na wykorzystanie ich wypowiedzi z uwagi na drażliwość problematyki.

Oprócz badań jakościowych zlecono również realizację sondażu opinii publicznej – na temat oceny funkcjonowania systemu publicznej ochrony zdrowia, podatności na korupcję i doświadczeń korupcyjnych – na kwotowej próbie ogólnopolskiej o liczebności 1019 respondentów. Sondaż został zrealizowany przez Ipsos Polska techniką CAWI na przełomie kwietnia i maja 2023 roku.

Dążąc do osiągnięcia celu badania, respondentom zadawano następujące pytania:

1. Jak ogólnie jest oceniana kondycja systemu ochrony zdrowia w Polsce i jego odporność na korupcję?
2. Jakie są rodzaje (obszary) ryzyka korupcyjnych w systemie ochrony zdrowia?

<sup>19</sup> Warto przy tym odnotować, że w czasie realizacji badania natrafił się na dwa kluczowe problemy, które przyczyniły się znacznie do wydłużenia pierwotnie planowanego okresu realizacji badania. Pierwszy, czysto techniczny, wiązał się z dużą dynamiką zmian w kursie złotego do dolara amerykańskiego (budżet badania został wyceniony w dolarach amerykańskich), która występowała akurat w tym czasie. Dysponując napiętym budżetem, musieliśmy dostosować się do tych warunków, zmniejszając na przykład pierwotnie planowaną liczbę wywiadów grupowych czy przeprowadzając wywiady indywidualne zdalnie, aby maksymalnie ograniczyć koszty. Drugi czynnik to drażliwość poruszanych przez nas zagadnień. Zachęcenie respondentów w wywiadach indywidualnych i grupowych przysparzało co prawda wyraźnie mniej problemów niż w wypadku badań wspomnianych we wstępie, realizowanych ponad dwadzieścia lat temu przez Program Przeciw Korupcji. Niemniej okazało się, że obawa przed ujawnieniem wiedzy czy nawet opinii na temat korupcji w systemie ochrony zdrowia, mimo zapewnień o gwarancji całkowitej anonimowości wypowiedzi, wciąż jest barierą w rekrutacji respondentów. Pocięające jednak okazało się to, że jeśli już ktoś zdecydował się wziąć udział w wywiadzie czy grupie fokusowej, chętnie dzielił się swoimi obserwacjami.

3. Jaka jest społeczna i ekspercka percepcja zagrożenia korupcją w obszarze ochrony zdrowia?
4. Jakie są doświadczenia korupcyjne Polaków związane z ochroną zdrowia?
5. Jak jest oceniana antykorupcyjna polityka rządu w obszarze ochrony zdrowia?
- Skoncentrowano się przy tym na następujących szczegółowych kwestiach, stosując adekwatne techniki badawcze (tabela 1).

Tabela 1. Pytania badawcze

Lp.	Pytanie badawcze	Uszczegółowienie
1.	<b><i>Jak ogólnie jest oceniana kondycja systemu ochrony zdrowia w Polsce i jego odporność na korupcję?</i></b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Charakterystyka systemu ochrony zdrowia.</li> <li>Najważniejsze dysfunkcje systemu ochrony zdrowia i ich związek z występowaniem korupcji.</li> <li>Ocena z perspektywy obywatela.</li> <li>Ocena z perspektywy eksperta.</li> </ol>
2.	<b><i>Jakie są rodzaje (obszary) ryzyk korupcyjnych w systemie ochrony zdrowia?</i></b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Relacje pacjent – personel medyczny.</li> <li>Relacje zakład opieki zdrowotnej – dostawcy.</li> <li>Relacje zakład opieki zdrowotnej – decydenci (poziom centralny i lokalny).</li> <li>Zamówienia publiczne po stronie zakładu opieki zdrowotnej i regulatorów (Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, samorządy).</li> <li>Refundacja leków.</li> <li>Konflikt interesów.</li> </ol>
3.	<b><i>Jaka jest społeczna i ekspercka percepcja zagrożenia korupcją w obszarze ochrony zdrowia?</i></b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Postrzeganie określonych typów zachowań jako korupcyjnych bądź korupcjogennych.</li> <li>Ocena moralna (tolerancja – brak tolerancji) poszczególnych typów zachowań korupcyjnych.</li> <li>Identyfikacja obszarów korupcjogennych w systemie ochrony zdrowia.</li> <li>Szacowane koszty korupcji w sektorze zdrowotnym.</li> </ol>
4.	<b><i>Jakie są doświadczenia korupcyjne Polaków związane z ochroną zdrowia?</i></b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sytuacje, w jakich Polacy doświadczają korupcji wewnątrz systemu ochrony zdrowia.</li> <li>Typy usług, w związku z którymi dochodzi do korupcji na styku pacjent – personel medyczny.</li> <li>Poziom zaufania do systemu ochrony zdrowia.</li> <li>Poziom zaufania do personelu medycznego.</li> </ol>
5.	<b><i>Jak jest oceniana antykorupcyjna polityka rządu w obszarze ochrony zdrowia?</i></b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ocena z perspektywy obywatela.</li> <li>Ocena z perspektywy eksperta.</li> <li>Wpływ zmian w systemie ochrony zdrowia w ostatnim dziesięcioleciu na podatność lub odporność na korupcję.</li> <li>Adekwatność do standardów i rekomendacji organizacji międzynarodowych.</li> <li>Miejsce sygnalistów w ochronie zdrowia.</li> </ol>

Na potrzeby badań przyjąłem szerokie rozumienie korupcji, które przedstawiłem także uczestnikom wywiadów indywidualnych i grupowych. Mianowicie korupcji – w perspektywie całego

państwa czy konkretnego sektora bądź nawet z punktu widzenia konkretnej organizacji lub jednostki – nie sposób sprowadzić wyłącznie do kategorii czynów czy działań sprzecznych z pra-



wem. Korupcja to bardziej złożone zjawisko. Swego czasu dobrze ujął je Robert Klitgaard<sup>20</sup>. Według niego korupcją jest wszystko to, co jest skutkiem monopolu i dyskrecjonalności decyzji, którym towarzyszy brak rozliczalności (*accountability*), i związanego z tym deficytu transparentności (bez dostępu do informacji nie jest możliwe zbadanie procesów decyzyjnych i wyegzekwowanie odpowiedzialności). Współcześnie wskazuje się również, że immanentną cechą korupcji jest partykularyzm, a więc takie dysponowanie dobrami, które powinny być dostępne na równych zasadach, że w praktyce uprzywilejowany dostęp do nich mają ci, którzy nimi rozporządzają, oraz ich środowisko. Nierzadko korupcja wykazuje ponadto cechy systemowości. Jest instrumentem podejmowania decyzji i z premedytacją są tworzone sprzyjające jej warunki instytucjonalno-prawne. W tej perspektywie korupcja – rozumiana jako przestępstwo – jest zaledwie jednym z wielu symptomów szerszego zjawiska, występującego zresztą nie tylko w Polsce, ale także w całym regionie Europy Środkowo-Wschodniej. Korupcja w sektorze ochrony zdrowia powoduje społeczne zakłócenia w funkcjonującym systemie, przede wszystkim jednak podważa jego wiarygodność, zwiększa finalne nakłady i ogranicza sprawliwy dostęp do świadczeń dla pacjentów.

### 3. Opinia publiczna ogólnie o sytuacji w publicznym systemie ochrony zdrowia i o korupcji w tym sektorze

W ostatnich miesiącach poprzedzających ukończenie niniejszego raportu pojawiło się kilka sondaży poświęconych ochronie zdrowia w Polsce. Ochrona zdrowia stała się istotnym tematem w debacie publicznej nie tylko przez narastający kryzys, związany przede wszystkim z dostępnością wielu świadczeń zdrowotnych, ale także dlatego, że 2023 rok był rokiem wyborczym (według wielu sondaży, w których pytano Polaków o to, czym po wyborach powinien zająć się nowy parlament i rząd, ochrona zdrowia, zaraz po inflacji, była najczęściej wskazywanym priorytetem<sup>21</sup>). Nie jest celem tego opracowania przegląd innych badań czy raportów. Niemniej – z uwagi na ograniczony zakres własnych badań – pozwolę sobie bliżej omówić jeden sondaż, zrealizowany przez publiczny ośrodek badań – Centrum Badań Opinii Społecznej – w czerwcu 2023 roku (opublikowany na początku października 2023 roku), dotyczący opinii Polaków na temat funkcjonowania systemu ochrony zdrowia<sup>22</sup>. Powstał on więc niedługo przed zakończeniem prac nad tym raportem i stanowi dobre uzupełnienie zawartych w nim ustaleń.

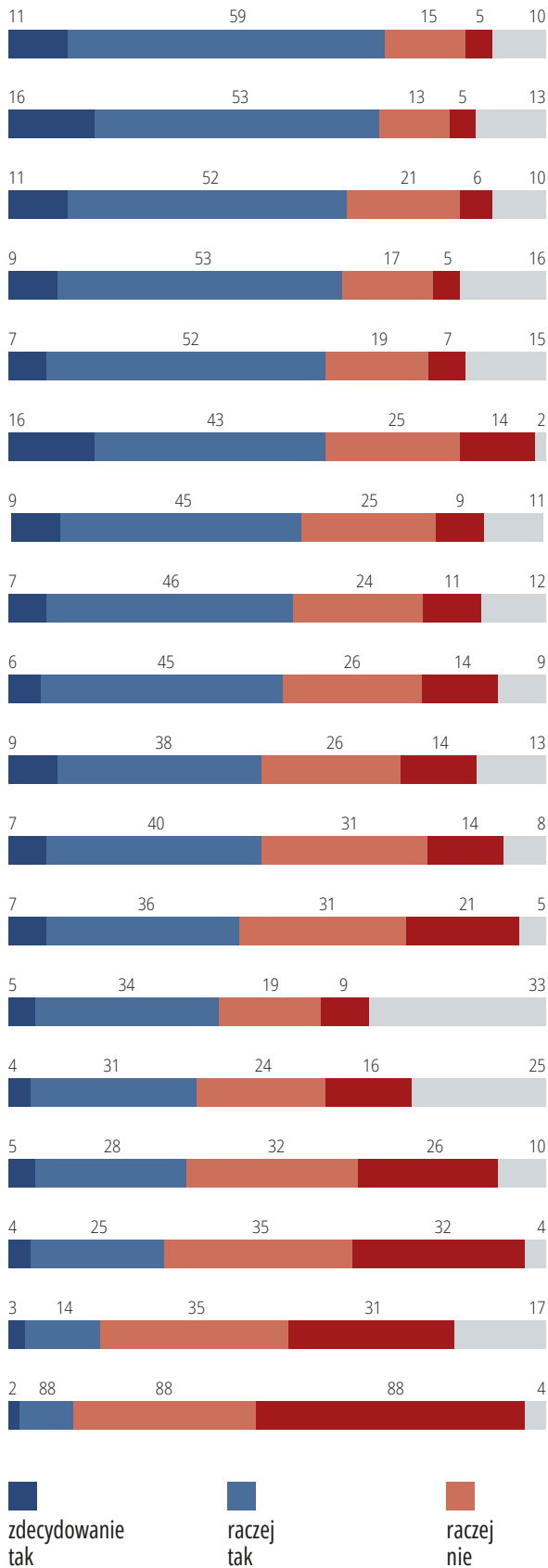
We wspomnianym badaniu Centrum Badań Opinii Społecznej na pytanie: „Czy, ogólnie rzecz biorąc, jest Pan(i) zadowolony(a) czy też niezadowolony(a) z tego, jak obecnie funkcjonuje opieka zdrowotna w naszym kraju?” 70 proc. respondentów udzieliło negatywnej odpowiedzi, z czego 34 proc. badanych odpowiedziało, że jest niezadowolony. Jednocześnie analiza odpowiedzi na pytanie zawierające listę stwierdzeń dotyczących różnych szcze-

20 R. Klitgaard, *Controlling Corruption...*

21 Zob.: <https://www.euractiv.pl/section/zdrowie/news/zdrowie-i-inflacja-priorytetami-dla-nowych-wladz-sondaz>; <https://www.portalsamorzadowy.pl/ochrona-zdrowia/sondaz-ochrona-zdrowia-powinna-byc-priorytetem-dla-samorzadow,480423.html> [dostęp do obu: 1 listopada 2023 roku].

22 M. Omyła-Rudzka, *Opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej*, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa 2023.

**Wykres 1. Opinia publiczna o jakości świadczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia**



Lekarze są kompetentni – znają się na tym, co robią

W opiece zdrowotnej z powodzeniem wykorzystuje się nowoczesne rozwiązania, np. internet

Lekarze angażują się w swoją pracę – zależy im na tym, aby pomóc pacjentom

Wykorzystuje się nowoczesną aparaturę medyczną

Lekarze POZ właściwie rozpoznają, na czym polegają problemy pacjenta, i podejmują odpowiednie decyzje co do dalszego postępowania

Do lekarza POZ można się dostać bez trudności

Pacjenci są traktowani z życzliwością i troską

Wszyscy pacjenci są równo traktowani, niezależnie jedynie od ich stanu zdrowia

Jest dobra informacja o tym, gdzie można uzyskać poradę czy pomoc

Nawet w nocy można liczyć na natychmiastową pomoc lekarską

Administracja placówek obsługuje pacjentów szybko i skutecznie

Lekarze różnych specjalności i pracownicy diagnostyczne świadczą usługi w dogodnych dla pacjentów lokalizacjach – nie trzeba ich daleko szukać

Pomoc medyczną z łatwością uzyskuje się także poza miejscem zamieszkania

Opieka nocna i świąteczna dobrze działa

Bez problemu można umówić wizytę na dogodną dla siebie godzinę, tak aby np. nie musieć zwalniać się z pracy/lekcji/zajęć

Potrzebne badania diagnostyczne można wykonać szybko i bez większych trudności

Liczba personelu medycznego w szpitalach jest wystarczająca

Jeśli pacjent tego potrzebuje, może dostać się na wizytę do specjalisty



Źródło: Opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa, październik 2023 roku.

głównych aspektów realizowania świadczeń zdrowotnych w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce pokazuje, że ta negatywna ocena wynika nie tyle z tego, że personel medyczny pracuje źle czy niewłaściwie opiekuje się pacjentami, ile przede wszystkim z różnych czynników organizacyjnych czy systemowych. Jak wynika z danych ujętych na wykresie 1, **głównym problemem jest dostępność świadczeń (wizyt), liczba personelu medycznego czy trudności w dostępie do diagnostyki.** Problemem jest także to, że publiczne podmioty ochrony zdrowia nie są łatwo dostępne blisko miejsca zamieszkania tych, którzy chcieliby z nich skorzystać. Wniosek ten potwierdzają wyniki innego sondażu Centrum Badania Opinii Społecznej, zrealizowanego także w czerwcu 2023 roku<sup>23</sup>, a dotyczącego korzystania z ubezpieczeń i świadczeń medycznych – zarówno prywatnych, jak i publicznych. Wynika z niego, **po pierwsze, że jedynie 24 proc. Polaków korzysta wyłącznie z usług medycznych w ramach systemu publicznej ochrony zdrowia. Po drugie, ponad połowa (51 proc.) Polaków korzysta zarówno z systemu publicznego, jak i z usług medycznych świadczonych przez podmioty prywatne, a więc odpłatnie. Po trzecie, na pytanie o to, dlaczego respondenci korzystają z usług prywatnych podmiotów, 79 proc. respondentów odpowiedziało, że dzięki temu czekają krócej na wizytę. Co więcej, odsetek ten zwiększył się w stosunku do badania z 2016 roku, kiedy po raz pierwszy Centrum Badania Opinii Społecznej zadało to pytanie, o 9 proc. – jest to więc istotna zmiana, która pośrednio pokazuje rosnącą niewydolność publicznego systemu ochrony zdrowia** (choć zmiana ta może także wskazywać, że Polacy mają więcej zasobów, żeby leczyć się w prywatnych placówkach). Dużo rzadziej respondenci wskazywali inne motywy korzystania z prywatnej ochrony zdrowia, takie jak lepsi specjaliści (27 proc.), większe zaangażowanie lekarzy (18 proc.) czy bardziej życzliwy stosunek personelu medycznego do pacjenta (12 proc.). Po raz kolejny widać więc, że – w opi-

nii społecznej – **problemy publicznego systemu ochrony zdrowia wiążą się głównie z jego organizacyjną niewydolnością, mniej z „czynnikiem ludzkim”, czyli osobami, które w tym systemie pracują.**

Interesujący jest także rozkład odpowiedzi na pytanie o to, czy leczenie w Polsce jest bezpłatne. Zanim jednak przejdę do omówienia wyników sondażu, przywołam kilka faktów. Teoretycznie, zgodnie z art. 68 ust. 1–2 konstytucji, państwo polskie zapewnia obywatelom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych bezpłatnie i niezależnie od ich sytuacji materialnej<sup>24</sup>. Co prawda przepis ten zawiera także stwierdzenie, mówiące, że „warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”, który może być interpretowany jako furтка do pobierania opłat za świadczenia w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. Jednak od przyjęcia konstytucji w 1997 roku panuje powszechne przekonanie, że ustawa zasadnicza gwarantuje właściwie pełny i bezpłatny dostęp do publicznej ochrony zdrowia.

W praktyce jest to fikcja. Świadczą od tym dobitnie dane Głównego Urzędu Statystycznego. Według ostatniego dostępnego opracowania (stan na 2020 rok) 60 proc. gospodarstw poniosło wydatki związane z wizytami u lekarzy. Blisko połowa (49 proc.) przeznaczyła pieniądze na leczenie dentystryczne. Niewiele mniej wydatków gospodarstw domowych było związanych z badaniami medycznymi (47 proc.). Blisko jedna trzecia (27 proc.) gospodarstw domowych poniosła wydatki związane z zakupem sprzętu medycznego, a 12 proc. – na zabiegi rehabilitacyjne. Dla porządku wspomnijmy, że właściwie wszyscy (97 proc. gospodarstw domowych) przeznaczamy pieniądze na zakup leków. Na koniec 2022 roku Polacy wydali z własnej kieszeni ponad 51,6 miliarda złotych na zakup świadczeń zdrowotnych, co stanowiło 1,7 proc. PKB, w tym na bezpośredni zakup świadczeń (na rynku prywatnym, poza wszelkimi ubezpie-

23 M. Feliksiak, *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2023.

24 Zob. M. Urbaniak, *Konstytucyjna zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej a jej ustawowa realizacja w prawie polskim. Wybrane problemy*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2013, t. 3, nr 15, s. 79–98.

zeniami) – blisko 37 miliardów złotych<sup>25</sup>. Według spisu powszechnego z 2020 roku wydatki na zdrowie stanowiły około 6 proc. przeciętnych miesięcznych wydatków gospodarstw domowych. Dla porównania, to więcej niż wydatki na obuwie i odzież oraz kilkukrotnie więcej niż wydatki na edukację<sup>26</sup>. Część tych wydatków stanowi szarą strefę finansowania publicznej ochrony zdrowia w Polsce. Czasem są to dobrowolne, ale nie nielegalne opłaty. Czasem jednak są to po prostu łapówki. Oszacowanie realnej skali tego zjawiska przy dostępnych danych jest niemożliwe. Niewątpliwie jednak splot braku dostępu do świadczeń zdrowotnych w ramach publicznego systemu oraz nieuregulowanych relacji między podmiotami publicznymi i prywatnymi w tym sektorze tworzy pole dla korupcji.

Fikcyjność bezpłatnej ochrony zdrowia potwierdza także fakt dynamicznego rozwoju prywatnego sektora ubezpieczeń i świadczeń zdrowotnych<sup>27</sup>. Gdyby obywatele otrzymywali wszystkie potrzebne świadczenia w odpowiednim czasie i jakości, wówczas rynek prywatnych usług zdrowotnych nie miałby szans się rozwijać, a dostępność świadczeń zdrowotnych w ramach systemu publicznego nie byłaby sygnalizowana w sondażach jako najistotniejszy problem.

Z przywołanego sondażu Centrum Badania Opinii Społecznej wynika, że **74 proc. respondentów zaprzecza, jakoby leczenie w Polsce było bezpłatne. Oznacza to, że albo muszą kupować świadczenia zdrowotne na rynku prywatnym, albo muszą do nich dopłacać (także nielegalnie, na przykład w formie łapówek), korzystając z systemu publicznego, który tylko w teorii jest bezpłatny. Dodatkowo warto wspomnieć, że 31 proc. respondentów, którzy w ostatnich kilku miesiącach poprzedzających sondaż Centrum Badania Opinii Społecznej korzystali wyłącznie ze świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, podziela opinię, że nie jest on bezpłatny, co prawdo-**

**podobnie oznacza, że musieli oni dopłacić do tych świadczeń.**

Wróćmy jednak do wyników sondażu zrealizowanego na potrzeby niniejszego raportu. **Po pierwsze, ustaliliśmy, że w okresie ostatnich czterech, pięciu lat poprzedzających badanie ogromna większość (88 proc.) respondentów korzystała ze świadczeń w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. Jest to więc niejako nasza codzienność. Po drugie, w sondażu było jedno – złożone z kilku stwierdzeń – pytanie dotyczące oceny tego, jak funkcjonuje system publicznej ochrony zdrowia w Polsce. Analiza odpowiedzi na to pytanie koresponduje z wynikami sondaży Centrum Badania Opinii Społecznej omówionymi wyżej.**

Przed wszystkim **81 proc. respondentów oceniło, że publiczny system ochrony zdrowia w Polsce funkcjonuje źle. Jednocześnie większość Polaków jest przekonana, że personel medyczny ma adekwatne kompetencje (58 proc.) i wykorzystuje nowoczesne metody leczenia (60 proc.).** Przy czym rozkład odpowiedzi na to pytanie pokazuje jeszcze trzy problemy. Relacje personelu medycznego z pacjentami są problematyczne, ponieważ – w oczach opinii społecznej – **pacjenci nie są traktowani właściwie i z odpowiednią atencją.** Drugi problem to dostępność świadczeń medycznych, a także równość tego dostępu: **respondenci mają poczucie, że publiczna ochrona zdrowia nie jest dostępna i nie ma tu równości – ergo są grupy uprzywilejowane, na przykład dlatego, że mogą dodatkowo (również nielegalnie) za ten dostęp dopłacić albo uzyskać go przez znajomości.** Trzeci problem to brak zaufania i bezpieczeństwa.

**Polacy nie ufają publicznej ochronie zdrowia i nie czują się bezpiecznie, kiedy z niej korzystają.** Fakt, że jednocześnie wysoko cenią kompetencje personelu medycznego i dostrzegają, że stosuje on nowoczesne metody leczenia,

25 Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2020–2022, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2023.

26 Polska w liczbach 2022, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2022, s. 10.

27 Zob.: <https://mypmr.pro/products/rynek-prywatnej-opieki-zdrowotnej-w-polsce> [dostęp: 1 listopada 2023 roku]; *Rynek ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce: szansa na dwucyfrowy wzrost*, PwC, Warszawa 2023.

Tabela 2. Opinie na temat funkcjonowania publicznej ochrony zdrowia w Polsce

<b>Publiczna ochrona zdrowia sprawnie funkcjonuje</b>		<b>Publiczna ochrona zdrowia: każdy pacjent ma takie same szanse otrzymania świadczeń</b>	
zdecydowanie tak	2%	zdecydowanie tak	3%
raczej tak	11%	raczej tak	13%
raczej nie	36%	raczej nie	35%
<b>zdecydowanie nie</b>	<b>45%</b>	<b>zdecydowanie nie</b>	<b>42%</b>
trudno powiedzieć	6%	trudno powiedzieć	6%
<b>Publiczna ochrona zdrowia zatrudnia personel o wysokich kwalifikacjach</b>		<b>Publiczna ochrona zdrowia: pacjenci są traktowani z życzliwością i troską</b>	
zdecydowanie tak	8%	zdecydowanie tak	3%
<b>raczej tak</b>	<b>50%</b>	raczej tak	27%
raczej nie	21%	<b>raczej nie</b>	<b>41%</b>
zdecydowanie nie	7%	zdecydowanie nie	19%
trudno powiedzieć	14%	trudno powiedzieć	10%
<b>Publiczna ochrona zdrowia wykorzystuje nowoczesne metody leczenia</b>		<b>Publiczna ochrona zdrowia: usługi medyczne są łatwo dostępne</b>	
zdecydowanie tak	6%	zdecydowanie tak	2%
<b>raczej tak</b>	<b>44%</b>	raczej tak	11%
raczej nie	27%	raczej nie	35%
zdecydowanie nie	11%	<b>zdecydowanie nie</b>	<b>47%</b>
trudno powiedzieć	11%	trudno powiedzieć	4%
<b>Publiczna ochrona zdrowia zapewnia bezpłatne leczenie</b>		<b>Publiczna ochrona zdrowia daje poczucie bezpieczeństwa</b>	
zdecydowanie tak	6%	zdecydowanie tak	3%
<b>raczej tak</b>	<b>37%</b>	raczej tak	22%
raczej nie	30%	<b>raczej nie</b>	<b>39%</b>
zdecydowanie nie	21%	zdecydowanie nie	27%
trudno powiedzieć	6%	trudno powiedzieć	9%
<b>Publiczna ochrona zdrowia: lekarze poświęcają pacjentom dużo uwagi</b>		<b>Publiczna ochrona zdrowia zasługuje na zaufanie</b>	
zdecydowanie tak	3%	zdecydowanie tak	4%
raczej tak	16%	raczej tak	29%
<b>raczej nie</b>	<b>44%</b>	<b>raczej nie</b>	<b>36%</b>
zdecydowanie nie	28%	zdecydowanie nie	20%
trudno powiedzieć	9%	trudno powiedzieć	12%

N=1019. Źródło: opracowanie własne.

wskazuje, że przyczyny tego deficytu zaufania i poczucia bezpieczeństwa mogą mieć korzenie w relacjach z pracownikami tego sektora, na przykład braku odpowiedniej komunikacji z pacjentami, braku informacji czy znajomości swoich praw przez pacjentów i obowiązków tych, którzy zajmują się dostarczaniem świadczeń zdrowotnych.

Podsumowując, publiczny system ochrony zdrowia w Polsce nie cieszy się dobrymi ocenami opinii społecznej. Sondaże są swoistym potwierdzeniem tego, co można wyczytać z analiz ekspertów czy właściwych organów państwa (zwłaszcza Najwyższej Izby Kontroli). Co ciekawe, w opinii publicznej (która nierzadko ma skłonność obarczać osoby czy grupy, na przykład grupy społeczno-zawodowe, za błędy lub dysfunkcje określonych instytucji państwa) na pierwszy plan wybija się nie aspekt personalny, ale systemowy. Respondenci sondaży ogólnopolskich przejawiają silną świadomość tego, że to nie lekarze, pielęgniarki czy pracownicy administracji podmiotów opieki zdrowotnej są głównymi odpowiedzialnymi za problemy publicznego systemu ochrony zdrowia, ale czynniki systemowe – przede wszystkim zła organizacja, a więc coś, co zależy od polityków i urzędników mających największy wpływ na kształt tego sektora.

Wskazywane przez respondentów systemowe czynniki złej kondycji publicznego systemu ochrony zdrowia, takie jak – wybijający się – utrudniony dostęp do świadczeń medycznych, są ważnym czynnikiem ryzyka korupcji w tym sektorze, obok problemów związanych z lobbym wokół decyzji politycznych (na przykład dotyczących refundacji leków) czy zamówieniami publicznymi w tym sektorze. Deficyt istotnych dóbr, które co do zasady powinny być powszechnie dostępne, zawsze będzie czynnikiem sprzyjającym występowaniu korupcji. Poniekąd znajduje to potwierdzenie w omawianych dalej wynikach sondażu dotyczącego bezpośrednio korupcji w ochronie zdrowia oraz we wnioskach z jakościowej części badań.

## 4. Opinie o korupcji w życiu publicznym i w publicznej ochronie zdrowia

Zacznijmy od ogólnej percepcji korupcji. Opinia publiczna w umiarkowanym stopniu postrzega korupcję jako istotny problem. W omawianym badaniu 48 proc. respondentów na pytanie o to, czy korupcja jest problemem dużym, czy małym, odpowiedziało, że jest to problem raczej duży. Niespełna jedna trzecia (28 proc.) badanych wskazała, że jest to problem bardzo duży, uwypuklając jego istotność.

**Tabela 3. Opinia publiczna o istotności korupcji w Polsce**

<i>Jak Pan/Pani sądzi, czy korupcja w Polsce jest problemem dużym, czy małym?</i>	
bardzo dużym	28%
raczej dużym	48%
raczej małym	14%
bardzo małym	1%
trudno powiedzieć	8%

N=1019. Źródło: opracowanie własne.

Jest to wynik korespondujący z powtarzanymi co jakiś czas sondażami Centrum Badania Opinii Społecznej, w których już od wielu lat sukcesywnie spada odsetek osób uważających, że korupcja jest problemem bardzo istotnym. Warto zaznaczyć, że z punktu widzenia wielowymiarowej degeneracji praworządności w Polsce i wielu związanych z tym przejawów systemowej wielkiej korupcji jest to wyniki paradoksalny<sup>28</sup>. Jedna z narzucających się interpretacji tego rezultatu sprowadza się do stwierdzenia, że choć systemowa korupcja, dotycząca najwyż-

28 G. Makowski, *Szykując grunt pod „wielką korupcję”. Działania (anty)korupcyjne władz w latach 2015–2019*, Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 2019.

szych szczebli władzy i elit politycznych, przestaje być postrzegana jako istotny problem, ponieważ w coraz mniejszym zakresie dotyczy przeciętnego obywatela. Jak dalej się przekonamy, przynajmniej jeśli chodzi o sytuację w publicznej ochronie zdrowia, styczność z korupcją na poziomie przysłowiowego Kowalskiego, jest problemem, niezmiennie od wielu lat. I to mimo tego, że Polacy zapytani o to, w jakich dziedzinach, ich zdaniem, korupcja występuje najczęściej, ochrona zdrowia nie pojawia się już zaraz po politykach, jak to było najczęściej w przeszłości.

**Tabela 4. Opinia publiczna o obszarach występowania korupcji w Polsce**

<i>W jakich dziedzinach, Pana/Pani zdaniem, korupcja występuje najczęściej?</i>	
wśród polityków – działaczy partyjnych, radnych, posłów, senatorów	75%
w urzędach centralnych i ministerstwach	43%
w ochronie zdrowia	32%
w urzędach gminnych, powiatowych, wojewódzkich	31%
w sądach i prokuraturze	31%
w firmach państwowych	31%
w policji	14%
w firmach prywatnych	9%
trudno powiedzieć	5%
w szkolnictwie i nauce	4%
w bankach	3%

N=1019. Źródło: opracowanie własne.

Odsetki nie sumują się do 100, ponieważ respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Ta relatywnie dobra ogólna opinia o korupcji w publicznej ochronie zdrowia nie jest jednak jednoznaczna. W dużym stopniu jest pochodną tego, w jaki sposób zostało zadane to pytanie. Na tle polityków czy urzędników, którzy

w oczach opinii publicznej tradycyjnie cieszą się niezbyt dobrą opinią, ocena ochrony zdrowia ze względu na korupcję może wydawać się nie najgorsza. Warto przy tym odnotować, że w badaniu zrealizowanym w 2001 roku przez Fundację im. Stefana Batorego, w odpowiedzi na niemal to samo pytanie ochrona zdrowia była wskazywana jako drugi – zaraz po polityce – obszar życia publicznego najbardziej narażony na korupcję. Tyle że wówczas, jak już wspomniano, korupcja w ogóle była bliższa doświadczeniu przeciętnego obywatela i bardzo często dotyczyła właśnie kontaktów z publiczną ochroną zdrowia – bądź co bądź jedną z podstawowych usług publicznych. Co ciekawe, wówczas politycy cieszyli się nieco lepszą opinią – jako podatnych na korupcję oceniali ich 54 proc. respondentów, a ochronę zdrowia – 47 proc.<sup>29</sup>.

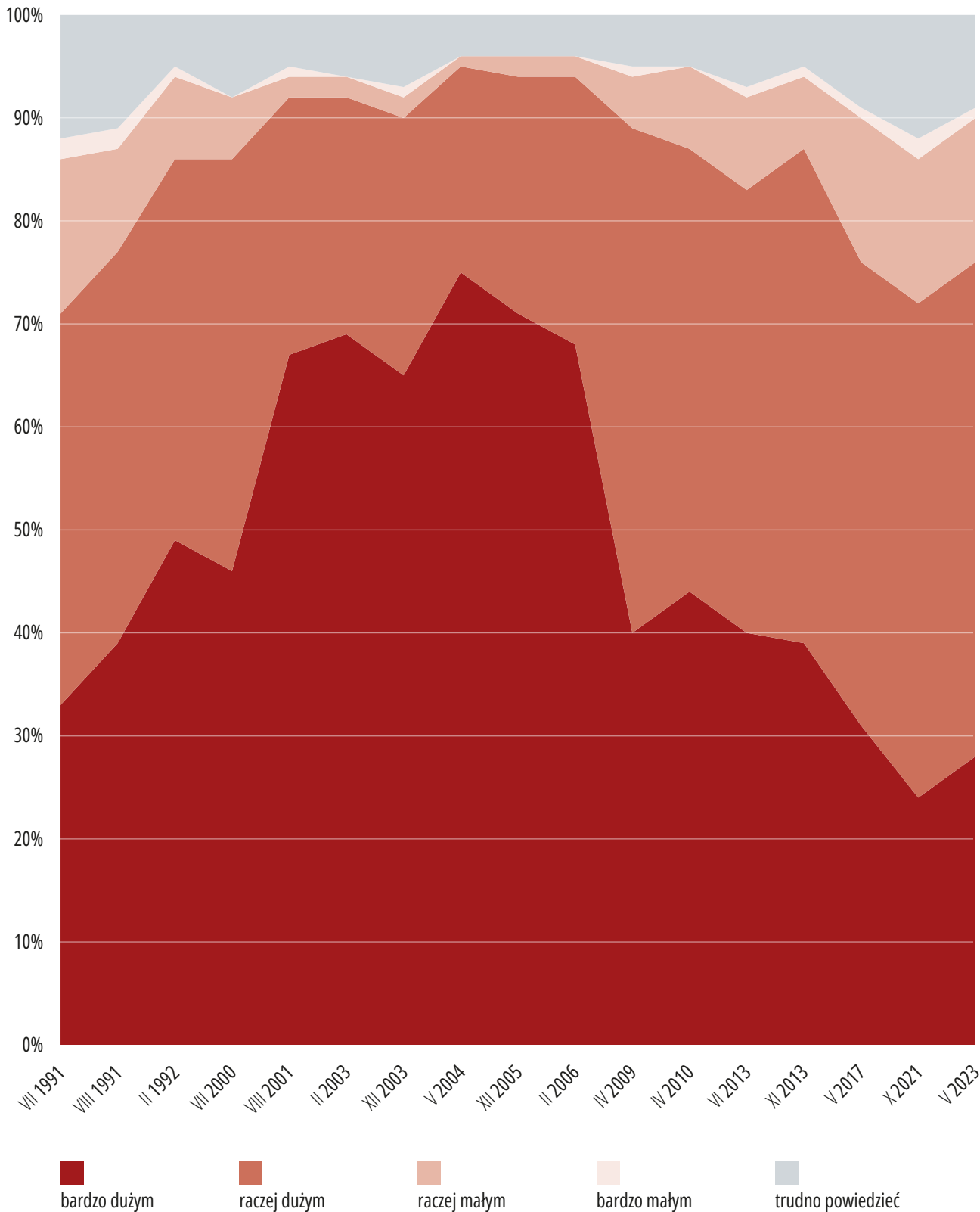
Do ostrożności w ocenach skłaniają jednak odpowiedzi na pytanie o doświadczenia korupcyjne. **Ogółem 6 proc. respondentów przyznało, że w okresie kilku lat poprzedzających badanie było zmuszonych wręczyć komuś łapówkę, a więc zetknęło się z najbardziej powszechną, prozaiczną formą korupcji (przy czym trzeba odnotować, że odsetek ten, ze względu na drażliwość pytania, z pewnością jest zaniżony).** Jednocześnie ci sami respondenci zapytani wprost o to, czy w ostatnich kilku latach poprzedzających badanie byli zmuszeni wręczyć łapówkę pracownikowi publicznej ochrony zdrowia, udzielali odpowiedzi twierdzącej niemal dwukrotnie częściej. To intrygujący wynik, wskazujący, że w zetknięciu z publiczną ochroną zdrowia korupcja może zdarzać się częściej, niż wynikałoby to z literalnego odczytu sondaży.

Respondenci pytani o opinie na temat częstotliwości występowania korupcji w ochronie zdrowia w większości wyrazili przekonanie, że tego rodzaju sytuacje zdarzają się często. **Jednocześnie tylko 10 proc. badanych uznało, że przypadki korupcji w ochronie zdrowia są „bardzo częste”.** Zdecydowanie więcej, bo 37 proc., zadeklarowało, że korupcja w tym sektorze

29 A. Kubiak, *Pacjenci i lekarze. Raport z badań*, Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 2001, s. 6.

**Wykres 2. Opinia publiczna o istotności korupcji w Polsce – zmiany w latach 1991–2023**

*Jak Pan/Pani sądzi, czy korupcja w Polsce jest problemem dużym czy małym?*



Uwaga! Okresy pomiędzy badaniami nie są równe.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Badania Opinii Społecznej i sondażu Ipsos zrealizowanego na potrzeby niniejszego raportu (dane z maja 2023 roku).



występuje „raczej często”. Wyrażna przewaga osób wyrażających co prawda negatywną opinię w tej kwestii, ale jednocześnie umiarkowaną, wskazuje, że może to być swoiste echo stereotypowego myślenia o ochronie zdrowia jako sektorze życia publicznego typowo narażonym na występowanie korupcji.

**Tabela 5. Opinia publiczna o częstotliwości występowania korupcji w publicznym systemie ochrony zdrowia w Polsce**

<i>Czy, Pana/Pani zdaniem, przypadki korupcji w publicznej ochronie zdrowia są częste, czy rzadkie?</i>	
bardzo częste	10%
<b>raczej częste</b>	<b>37%</b>
raczej rzadkie	24%
bardzo rzadkie	3%
trudno powiedzieć	25%

N=1019. Źródło: opracowanie własne.

Istnieje przy tym słaba, ale istotna statystycznie korelacja między faktem korzystania ze świadczeń zdrowotnych w okresie ostatnich czterech, pięciu lat przed realizacją badania a opiniami na temat częstotliwości korupcji. Osoby, które zadeklarowały korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w tym czasie, wyrażają nieco bardziej krytyczną ocenę na temat częstotliwości występowania korupcji w ochronie zdrowia. Mogłoby to wskazywać, że jednak jest to realny problem. Z drugiej strony w odpowiedziach na pytanie o ocenę częstotliwości występowania korupcji w ochronie zdrowia zarówno osoby mające z nią styczność w ostatnich czterech, pięciu latach poprzedzających badanie, jak i ci, którzy takiej styczności nie mieli, w podobnym odsetku (około 25 proc.) nie chcieli ocenić tej sytuacji jednoznacznie i udzielili odpowiedzi „trudno powiedzieć”. To relatywnie dużo, co może wskazywać jednak na to, że oceny częstotliwości występowania korupcji w ochronie zdrowia bazują na pewnych

stereotypach niż na realnej ocenie zjawiska opierającej się na własnym doświadczeniu.

W opinii publicznej obecne jest także silne przekonanie, że skala korupcji w publicznej ochronie zdrowia nie zmienia się w ostatnich latach poprzedzających sondaż. Takie przekonanie wyraziło 39 proc. pytanym. Znaczny, ale jednak niemal dwukrotnie niższy odsetek respondentów (20 proc.) sądzi, że korupcja występuje rzadziej. Jedynie 13 proc. pytanym odpowiedziało, że korupcja stała się częstszym zjawiskiem w ochronie zdrowia. Jednocześnie także w odpowiedzi na to pytanie daje się zauważyć istotny odsetek odpowiedzi „trudno powiedzieć”, który może sugerować stereotypowe postrzeganie tego zjawiska, lecz również brak zainteresowania (skoro respondenci nie potrafili tego ocenić), który można by interpretować na korzyść zagrożenia korupcją w ochronie zdrowia.

**Tabela 6. Opinia publiczna o zmianach w częstotliwości występowania korupcji w publicznym systemie ochrony zdrowia w Polsce**

<i>Czy w ostatnich czterech, pięciu latach w porównaniu z wcześniejszym okresem korupcja w publicznej ochronie zdrowia:</i>	
występuje częściej	13%
<b>utrzymuje się na tym samym poziomie</b>	<b>39%</b>
występuje rzadziej	20%
trudno powiedzieć	27%

N=1019. Źródło: opracowanie własne.

Jeśli chodzi o to, kto w systemie ochrony zdrowia, zdaniem opinii publicznej, jest najbardziej podatny na korupcję, to zdecydowanie przodują lekarze. Drugą grupą postrzeganą jako najbardziej podatna na korupcję są pracownicy administracji zakładów ochrony zdrowia. Opinie na temat pielęgniarek i położnych są w większości pozytywne, opinia publiczna postrzega tę grupę jako relatywnie odporną na korupcję.

**Tabela 7. Opinia publiczna o częstotliwości występowania korupcji wśród grup związanych z publicznym systemem ochrony zdrowia w Polsce**

<i>Jak Pan/Pani sądzi, jak często korupcja występuje w następujących grupach związanych z publiczną ochroną zdrowia?</i>	
<b>Lekarze</b>	
bardzo często	21%
raczej często	41%
raczej rzadko	20%
bardzo rzadko	5%
trudno powiedzieć	13%
<b>Pielęgniarki</b>	
bardzo często	6%
raczej często	20%
raczej rzadko	37%
bardzo rzadko	22%
trudno powiedzieć	15%
<b>Położne</b>	
bardzo często	6%
raczej często	19%
raczej rzadko	32%
bardzo rzadko	21%
trudno powiedzieć	22%
<b>Personel administracyjny zakładów ochrony zdrowia</b>	
bardzo często	8%
raczej często	23%
raczej rzadko	30%
bardzo rzadko	13%
trudno powiedzieć	26%

N=1019. Źródło: opracowanie własne.

Część pytań poświęconych podatności na korupcję dotyczyła także innych grup. Chodzi o farmaceutów, dostawców leków i sprzętu medycznego, urzędników Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia oraz polityków. Wśród tych grup za najbardziej po-

datnych na korupcję wskazano polityków (łącznie 73 proc.). Specjalnie to nie dziwi, ponieważ politycy ogólnie mają opinię skorumpowanych, niezależnie od tego, w jakim kontekście pada to pytanie. Przykładowo w ostatnim sondażu Centrum Badania Opinii Społecznej na temat korupcji, przeprowadzonym w 2021 roku, politycy zostali wskazani jako najbardziej skorumpowana grupa społeczno-zawodowa. Wynik uzyskany w prezentowanym badaniu jest więc poniekąd konsekwencją ogólnie złej opinii społeczeństwa o klasie politycznej. Podobną analizę trudno przeprowadzić, jeśli chodzi o dostawców leków i sprzętu medycznego, ponieważ brakuje danych na temat postrzegania tej grupy przez społeczeństwo. Można jednak z dużym prawdopodobieństwem założyć, że również odpowiedzi na pytanie o podatność tej grupy na korupcję są w dużej części pochodną pewnego stereotypu panującego w społeczeństwie. Grupa ta nie ma dobrej prasy. Za pośrednictwem mediów często pojawia się ona w kontekście zawsze „podejrzanych” doniesień o zmianach na liście leków refundowanych i trwającego wokół tego nietransparentnego lobbingu. Wizerunku dostawców leków i sprzętu na pewno nie poprawił także okres pandemii i związane z tym kontrowersje wokół kosztów szczepionek na COVID-19 czy wątpliwych zakupów respiratorów, testów w kierunku obecności COVID-19 bądź maseczek (dodajmy, że problemy takie zdarzały się nie tylko w Polsce, ale także na całym świecie). Nic więc dziwnego, że dostawcy leków i sprzętu medycznego w oczach opinii publicznej jawią się jako druga po politykach najbardziej podatna na korupcję grupa (67 proc. wskazań). Niewiele lepszą opinią cieszą się urzędnicy Ministerstwa Zdrowia i urzędnicy Narodowego Funduszu Zdrowia (odpowiednio 67 proc. i 62 proc.). Także ich ocenia się jako silnie podatnych na korupcję, a podobnie jak w wypadku polityków, z dużą dozą prawdopodobieństwa można ocenić, że jest to pochodna ogólnie złej opinii o urzędnikach, na co można przywołać chociażby wyniki sondaży Centrum Badania Opinii Społecznej. Farmaceuci zaś zostali ocenieni łaskawie – tylko 21 proc. respondentów uznało, że korupcja w tej grupie społeczno-zawodowej zdarza się często lub raczej często.

Tabela 8. Opinia publiczna o częstotliwości występowania korupcji wśród grup związanych z publicznym systemem ochrony zdrowia w Polsce

<i>Jak Pan/Pani sądzi, jak często korupcja występuje w następujących grupach związanych z publiczną ochroną zdrowia?</i>	
<b>Farmaceuci i aptekarze</b>	
bardzo często	5%
raczej często	14%
raczej rzadko	31%
bardzo rzadko	31%
trudno powiedzieć	20%
<b>Urzednicy Narodowego Funduszu Zdrowia</b>	
bardzo często	20%
raczej często	32%
raczej rzadko	19%
bardzo rzadko	5%
trudno powiedzieć	24%
<b>Przedstawiciele firm farmaceutycznych i producentów sprzętu medycznego</b>	
bardzo często	30%
raczej często	37%
raczej rzadko	13%
bardzo rzadko	4%
trudno powiedzieć	16%
<b>Politycy podejmujący decyzje dotyczące ochrony zdrowia</b>	
bardzo często	37%
raczej często	36%
raczej rzadko	8%
bardzo rzadko	3%
trudno powiedzieć	15%
<b>Urzednicy Ministerstwa Zdrowia</b>	
bardzo często	27%
raczej często	35%
raczej rzadko	14%
bardzo rzadko	3%
trudno powiedzieć	21%

N=1019. Źródło: opracowanie własne.

Podsumowując, można uznać, że w oczach opinii publicznej do korupcji w ochronie zdrowia najbardziej przyczyniają się politycy, dostawcy leków i sprzętu oraz urzędnicy – nawet bardziej niż lekarze. Trzeba jednak jeszcze raz podkreślić, że mówimy tu przede wszystkim o percepcji. Jednocześnie należy odnotować, że w wypadku lekarzy występuje słaba, ale istotna statystycznie korelacja między faktem korzystania przez badanych ze świadczeń zdrowotnych w ostatnich latach a oceną podatności na korupcję. Widać to również w prostym skrzyżowaniu tych dwóch zmiennych. Osoby, które miały bezpośrednią styczność z usługami zdrowotnymi w ostatnich czterech, pięciu latach, istotnie częściej twierdzą, że

wśród lekarzy przypadki korupcji są bardzo częste, w porównaniu z respondentami, którzy nie musieli z takich usług korzystać (22 proc. *versus* 14 proc. wskazań). Bezpośrednia styczność z systemem ochrony zdrowia ma więc, jak się wydaje, znaczenie dla oceny podatności na korupcję tej grupy – inaczej niż w wypadku pozostałych grup, o które pytaliśmy.

Interesujące wyniki dało pytanie o opinie na temat czynników sprzyjających korupcji w publicznej ochronie zdrowia. Kafeteria tego pytania została zbudowana na podstawie przeglądu międzynarodowych raportów na temat korupcji w ochronie zdrowia oraz rekomendacji Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczących

tego, jak badać to zjawisko technikami sondażowymi<sup>30</sup>, była również konsultowana z osobami o wieloletnim doświadczeniu w pracy w ochronie zdrowia. Oprócz zaproponowanych w kafece terii czynników, które odczytywał ankieter, respondenci mogli także wskazać inne przyczyny sprzyjające korupcji – z tej możliwości skorzystały jednak tylko pojedyncze osoby (zaledwie 1 proc. respondentów), nie będziemy więc analizować odrębnie tej kategorii odpowiedzi.

**Tabela 9. Opinia publiczna o czynnikach korupcji w publicznym systemie ochrony zdrowia w Polsce**

<i>Jak Pan/Pani sądzi, które z wymienionych poniżej czynników w największym stopniu sprzyjają korupcji w publicznej ochronie zdrowia?</i>	
wpływanie polityków na to, jak działają publiczne zakłady ochrony zdrowia	46%
złe zarządzanie publicznymi zakładami ochrony zdrowia	43%
lobbing dostawców leków i sprzętu medycznego wobec polityków i urzędników	42%
niedofinansowanie publicznej ochrony zdrowia	40%
zła organizacja przetargów i zakupów w jednostkach publicznej ochrony zdrowia	33%
ogólna tolerancja społeczeństwa wobec korupcji	30%
niskie wynagrodzenia pielęgniarek i położnych	18%
niskie wynagrodzenia personelu administracyjnego publicznych jednostek ochrony zdrowia	16%
niskie wynagrodzenia lekarzy	15%
inne czynniki (jakie?)	1%

N=1019. Źródło: opracowanie własne.  
Odsetki nie sumują się do 100, ponieważ respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Jak wynika z danych ujętych w tabeli 9, spośród dziesięciu możliwych odpowiedzi wybijają się cztery. Respondenci najczęściej wskazywali, że korupcjogennym czynnikiem jest upolitycznienie zakładów opieki zdrowotnej (16 proc. wskazało ten czynnik w pierwszej kolejności, a 46 proc. respondentów wymieniło go jako jeden z czynników). To o tyle interesujące, że można się było spodziewać, że opinia publiczna będzie postrzegać korupcję w ochronie zdrowia przez pryzmat bardziej prozaicznych przyczyn, jak wysokość wynagrodzeń personelu medycznego. Co więcej, rozkład odpowiedzi na to pytanie zdaje się wskazywać, że respondenci rozróżniają wysokość wynagrodzeń lekarzy czy pielęgniarek od ogólnego niedofinansowania systemu jako całości. Ten czynnik bowiem, wraz ze złym zarządzaniem oraz z lobbingiem dostawców farmaceutyków i sprzętu medycznego (po 15 proc. respondentów wskazało pierwsze właśnie te czynniki), został uznany za istotny element wpływający na korupcję w ochronie zdrowia (odsetki respondentów wymieniających te czynniki były zbliżone i – jak widać w tabeli 9 – mieściły się w przedziale między 40 proc. a 43 proc.). Opinia publiczna zdaje się więc postrzegać, że korupcja w ochronie zdrowia ma bardziej polityczne i systemowe przyczyny niż, nazwijmy to, osobiste – związane z sytuacją majątkową personelu medycznego czy nawet ze skłonnością Polaków do tolerancji wobec korupcji. To istotna zmiana w porównaniu z tym, jak postrzegano przyczyny korupcji w ochronie zdrowia w badaniach Fundacji im. Stefana Batorego z 2001 roku, pokazująca, że mimo dużego wpływu różnych stereotypów opinia publiczna jednak jest świadoma bardziej złożonych przyczyn tego zjawiska.

Istnienie systemowych czynników i przejawów korupcji, szczególnie gdy chodzi o zamówienia publiczne w ochronie zdrowia, potwierdzają także uczestnicy wywiadów grupowych i rozmówcy w wywiadach indywidualnych. Choć warto zaznaczyć ciekawą różnicę między wy-

30 *Manual on corruption surveys. Methodological guidelines on the measurement of bribery and other forms of corruption through sample surveys*, UNODC, Wien 2018.

powiedziami personelu medycznego w ramach wywiadów grupowych a wypowiedziami tej samej kategorii respondentów w wywiadach indywidualnych. Rozmówcy w trakcie wywiadu grupowego przekonywali, że jeśli w ogóle korupcja systemowa występuje, to jest ona związana z personelem administracyjnym. Za-przecza, jakoby lekarze czy pielęgniarki mieli jakiś istotny wpływ na zakup leków, sprzętu lub oprogramowania używanego w szpitalach bądź w innych podmiotach publicznej ochrony zdrowia. Inaczej przedstawiła to rozmówczynie w wywiadzie indywidualnym – doświadczona lekar-ka z wieloletnim stażem w różnych podmiotach publicznej ochrony zdrowia. Wskazuje ona co prawda, że decyzje w sprawie przetargów po-dejmują właściwe osoby na stanowiskach ad-ministracyjnych, ale jednocześnie lekarze mogą mieć na nie istotny wpływ.

*BADACZ: Jeżeli pani na przykład myśli o takich relacjach między personelem medycznym a dostawcami różnych sprzętów czy usług – to czy tutaj są jakieś pola, takie nie-jasne i niejawne?*

*LEKARKA: Oczywiście, że tak. To jest temat jakby z moje-go poziomu, przetargu na sprzęt, bo różne firmy oferują sprzęt, który tam służy jakiemuś celowi. Są różni produ-cenci. I tutaj na przykład ja napiszę specyfikację do prze-targu, na przykład, że: „Tylko wy przyjdziecie, a wy mi za sponsorujecie konferencję”. Więc tego typu rzeczy są. Albo: „Będziemy pracować na takim sprzęcie, bo ja go lubię”, a potem się okazuje właśnie, że właśnie ta firma sponso-rowała to, kupiła to, doktor pojechał tam, czy tego typu. Jak najbardziej, takie rzeczy się dzieją.*

*BADACZ: I to, rozumiem, już się odbywa na poziomie lekarz – dostawca?*

*LEKARKA: Przeważnie jakiś tam kierownik, który decyduje, bo jako zwykły tam pracujący z pacjentem lekarz nie mam tutaj nic do powiedzenia. Ja nie biorę udziału w przetargu, z tymi firmami się nie kontaktuję. To jest na poziomie ra-czej kierowników, dyrekcji.*

Jeden z rozmówców z personelu administra-cyjnego także potwierdził, że takie ryzykowne praktyki w obszarze zamówień publicznych

w ochronie zdrowia istnieją i nie jest to wyjątko-wa sytuacja. W odpowiedzi na pytanie o obsza-ry ryzyka korupcji w kwestiach zamówień taka obserwacja pojawiła się spontanicznie:

*RESPONDENT: Ja myślę, że jeżeli chodzi o jakiegoś [...] ro-dzaju przetargi na sprzęt, na jakieś środki, ale to też tutaj, to są takie międzyludzkie relacje – to, co są w stanie za-oferować. Nie tylko liczy się koszt takiego przetargu, tylko właśnie jakieś sympatie czy właśnie takie przywileje.*

*BADACZ: Znajomości, tak?*

*PRACOWNIK ADMINISTRACJI ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOT-NEJ: Tak. Nie zawsze to jest tak uczciwie przeprowadzone.*

*BADACZ: Czyli te znajomości są na jakim szczeblu? Gdzie to się dzieje?*

*PRACOWNIK ADMINISTRACJI ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOT-NEJ: To się dzieje tam, gdzie osoby decydują o tym, od kogo zostanie zakupiony.*

*BADACZ: A taką decyzyjność to jakby kto na poziomie szpi-tala ma? To jest jakiś szczebel?*

*PRACOWNIK ADMINISTRACJI ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOT-NEJ: Jeżeli chodzi o takie mniejsze zakupy, to koordynato-ry konkretnych oddziałów czy zakładów.*

Także rozmówca pracujący w Narodowym Fun-duszu Zdrowia poruszył temat organizacji za-mówień publicznych w ochronie zdrowia w kon-tekście korupcji. Był jednak bardziej ostrożny w swoich ocenach. Problemy w tym obszarze widział bardziej w perspektywie ogólnego pro-blemu złej organizacji procesu zamówień i ogólnych cech rynku dostawców różnych dóbr dla podmiotów ochrony zdrowia.

*Nie wiem nic, że ktoś daje komuś jakąś wartość za przy-gotowanie specyfikacji w przetargu. Natomiast zdarzają się sytuacje, gdy osoby działają na rzecz tego, by produkt firmy preferowanej miał większe szanse. Czyli reprezen-tant firmy dąży do takich zapisów w specyfikacji istotnych warunków zamówienia lub opisie przedmiotu zamówienia. Są to niewątpliwie obszary, w których aktywność branży handlowej jest bardzo duża.*

Z kolei jeden z dostawców tak odniósł się do tej kwestii:

*W Polsce jest według różnych szacunków między siedemset a dziewięćset szpitali. Na tym rynku jest od trzech do pięciu firm [dostawców oprogramowania]. W Polsce jest kilka, może kilkanaście przetargów rocznie na rozwiązania, którymi my się zajmujemy. To jest złożony system i kilka lat trwa wejście na rynek. Tak złożony to jest system. [...] Jeśli w szpitalu X jest system A i ktoś ogłasza przetarg na moduły które są częścią systemu, to jest to przetarg z jednym możliwym oferentem. Z tym nic nie da się zrobić, chyba że ktoś dopuszcza wymianę całego systemu, ale to jest duże przedsięwzięcie, na które szpitale rzadko się decydują.*

Ten sam respondent (dostawca) podał także przykład ryzyka nadużyć, które pojawiają się w warunkach tak mało konkurencyjnego rynku zamówień publicznych, w którym próbuje się wykorzystać instrumenty teoretycznie umożliwiające uzyskanie pożądanego rezultatu, czyli nabycie przez zamawiającego wysokiej jakości usługi, sprzętu, oprogramowania czy leków za jak najniższą cenę.

*Bywa tak, że ktoś ogłasza tak zwany dialog techniczny i zaprasza dostawców, którzy robią prezentacje. I coś się podoba, dalej idziemy w tym kierunku. Jest to model poszukiwania najlepszego rozwiązania.*

*Natomiast zdarzają się też dialogi techniczne wynikające z pozorowania sprawiedliwej konkurencji. Mam preferowane rozwiązanie, ale ogłaszam dialog techniczny, żeby na legalu spotkać się i wziąć materiały, a może też przekonać wewnątrz swoich współpracowników do danego preferowanego produktu.*

Wróćmy tymczasem do wyników sondażu. Odpowiedzi na pytanie o czynniki korupcjogenne w ochronie zdrowia do pewnego stopnia korespondują z opiniami respondentów na temat możliwości przeciwdziałania temu problemowi.

Nie można nie zauważyć, że **blisko jedna trzecia (27 proc.) respondentów wierzy, że prywatyzacja ochrony zdrowia sprzyja ograniczeniu korupcji**. Rezultat ten staje się jeszcze bardziej interesujący, gdy przyjrzymy mu się z perspektywy samoidentyfikacji politycznej respondentów.

**Tabela 10. Opinia publiczna o możliwościach przeciwdziałania korupcji w publicznym systemie ochrony zdrowia w Polsce**

**Jak Pan/Pani sądzi, które z wymienionych poniżej działań mogłyby w największym stopniu wpłynąć na ograniczenie korupcji w ochronie zdrowia?**

zwiększenie nakładów na publiczną ochronę zdrowia	60%
decentralizacja Narodowego Funduszu Zdrowia, podział na fundusze wojewódzkie	38%
kampanie edukacyjne, informacyjne o tym, jak przeciwstawiać się korupcji w służbie zdrowia	32%
przekazanie nadzoru nad zakładami opieki zdrowotnej samorządom	30%
podwyższenie wynagrodzeń pielęgniarek i położnych	28%
prywatyzacja zakładów opieki zdrowotnej	27%
podwyższenie wynagrodzeń lekarzy	20%
podwyższenie wynagrodzeń personelu administracyjnego (szpitale, przychodni, instytutów)	19%
inne działania	5%

N=1019. Źródło: opracowanie własne.

Odsetki nie sumują się do 100, ponieważ respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Ci, którzy określili się jako osoby o poglądach lewicowych i centrowych, w podobnym odsetku (odpowiednio 34 proc. i 33 proc.) wierzą, że prywatyzacja może być sposobem na ograniczenie korupcji w ochronie zdrowia. Bardziej sceptyczni okazali się respondenci o poglądach prawicowych – 26 proc. z nich uznało, że prywatyzacja to dobry sposób na korupcję. Ogólnie jednak relatywnie silne przekonanie, że prywatyzując ochronę zdrowia, można zmniejszyć skalę korupcji w tym sektorze, jest dość zaskakującym rezultatem – zwłaszcza w zderzeniu z dużym poparciem dla utrzymania najszerszej bezpłatnej publicznej opieki zdrowotnej, do czego dodatkowo istnieją też podstawy konstytucyjne. Z drugiej strony, jak już było wspomniane, w praktyce i tak za tę „bezpłatną opiekę” trzeba płacić. Zdaje się więc, że społeczeństwo żyje niczym sławny kot Schrödingera.

ra – żywy i martwy zarazem. Tak jest i z publiczną ochroną zdrowia w Polsce, która jest jednocześnie bezpłatna i odpłatna, a w konsekwencji, niejako z natury, bardziej podatna na korupcję.

**Podsumowując ten wątek, trzeba podkreślić, że ponownie opinia publiczna zdaje się świadoma systemowych problemów publicznej ochrony zdrowia i wyraża przekonanie, że przede wszystkim to właśnie przebudowa całego systemu pomoże również w ograniczeniu korupcji w tym sektorze. Kwestia wynagrodzeń personelu medycznego i administracyjnego w tym kontekście jest postrzegana jako mniej istotny czynnik zmiany.**

Nieco inaczej na temat możliwych reform, które ograniczyłyby ryzyko korupcji i innych nadużyć w ochronie zdrowia, wypowiedzieli się uczestnicy wywiadów grupowych i indywidualnych. Przedstawiciele organizacji pacjenckich często wspominali o **potrzebie utworzenia całościowego centralnego systemu, który obsługiwałby kolejki w publicznych szpitalach i innych podmiotach opieki zdrowotnej.** Wskazywali przy tym, że istniejące rozwiązanie – Informator o Terminach Leczenia Narodowego Funduszu Zdrowia – jest dalece niewystarczający, jak bowiem sama jego nazwa wskazuje, jest to jedynie informator. Często wyrażali przy tym zdziwienie, że takie systemy od lat z powodzeniem funkcjonują już w podmiotach prywatnych, a przy całym potencjale państwa nie da się tego zrobić w sektorze publicznym. Istnienie takiego kolejkomatu utrudniłoby, a może nawet uniemożliwiłoby, nieuczciwe i korupcjogenne „przeskakiwanie” kolejki do deficytowych świadczeń zdrowotnych. Nie wchodząc głębiej w polemikę z respondentami, których poglądy są tu referowane, trzeba jednak odnotować za jednym z recenzentów niniejszego raportu, że każdy system kolejkowy będzie różnicować pacjentów na mniej lub bardziej „pilnych”. I choćby z tego względu nie da się tylko za pomocą takiego narzędzia wyeliminować korupcji na tym odcinku funkcjonowania publicznego systemu ochrony zdrowia, ponieważ nie da się zautomatyzować tej selekcji i ktoś zawsze będzie zabiegać – legalnie czy nielegalnie – o to, żeby zostać

potraktowany jako pilny przypadek. Porównując sytuację z sektorem prywatnym, trzeba również uwzględnić, że podmioty tam działające są nastawione na łatwe przypadki (o czym zresztą dalej mówi także jedna z respondentek). Inna sprawa, że na moment ukończenia prac nad tym raportem stworzenie takiego jednolitego systemu byłoby niemożliwe z powodów organizacyjno-technicznych. Polski publiczny system ochrony zdrowia po prostu nie ma takiego potencjału.

Co do prywatyzacji jako remedium na korupcję i nadużycia, zdania rozmówców uczestniczących w wywiadach grupowych i indywidualnych były podzielone. Przytoczę kilka wypowiedzi odnoszących się do tej kwestii.

*PRZEDSTAWICIELKA ORGANIZACJI PACJENCKIEJ 1: Dla mnie prywatyzacja, co najmniej zwiększenie udziału sektora prywatnego w systemie ochrony zdrowia. Jestem wielką zwolenniczką uwolnienia możliwości współfinansowania terapii niektórych przez pacjentów. Jest gros pacjentów, którzy mogliby korzystać półprywatnie w ramach opieki publicznej z różnego rodzaju terapii. Którzy na przykład normalnie są postawieni w kolejce w systemie, bo jest takie finansowanie. Podam przykład: USG jamy brzusznej, kolejka w podstawowej opiece zdrowotnej to jest w tej chwili, gdybyśmy chcieli się zapisać, to jest listopad, grudzień, może początek stycznia. Aparat pracuje do godziny piętnastej. Aparat, który jest, jest zakupiony ze środków publicznych, pracuje do godziny piętnastej, po piętnastej stoi i się kurzy. Gdyby uwolnić częściowo ten aparat i możliwość zakupu za 30–50 proc. komercyjnego badania, myślę, że bardzo szybko byśmy też rozwiązali problem zadłużenia w ochronie zdrowia, zadłużenia szpitali i tych korupcyjnych działań.*

*PRZEDSTAWICIELKA ORGANIZACJI PACJENCKIEJ 2: Ja mam absolutnie odmienne zdanie, system solidarnościowy mi bardzo pasuje i prywatny też, czyli mogę sobie zrobić USG prywatnie. Natomiast ten styk jest tak... Tu może dochodzić do korupcji, bo trudno jest wycenić właściwie, ile kosztuje ta usługa, dlaczego ona ma być tańsza niż prywatnie, skoro to jest państwowe, że bardzo ciężko tu znaleźć tę granicę, gdzie to jest. Poza tym bardzo często przychodnie, które robiły tak, że mają kontrakt na przykład na dwa dni, dwa dni tylko działa, a pozostałe dni nie zapiszesz się, bo jest tylko prywatnie. Dla mnie to jest nieprzejrzyste.*

Po stronie przedstawicieli personelu medycznego prywatyzacja nie pojawiała się często jako sposób ograniczenia korupcji. **Wspominano jednak o wprowadzeniu odpłatności (choćby minimalnej) za niektóre świadczenia zdrowotne.**

*LEKARZ 1: Słyszałem kiedyś o takim pomysle, że w Czechach, było tak chyba, à propos właśnie podstawowej opieki zdrowotnej, że jak ktoś jest schorowany, czyli ma cukrzycę, po zawale, coś tam – to jak coś dzieje się, to może przyjść co tydzień do lekarza, tak?<sup>31</sup> Nogi mu spuchły, ból w klatce piersiowej, bez problemu. Natomiast chodzi o to ograniczenie wizyt, bezpodstawnie się odbywających, bo naprawdę to jest około 40 proc. Za taką wizytę pacjent musiałby zapłacić, kiedyś wydawało mi się, że symboliczną złotówkę, a teraz bym powiedział, że 5 złotych. I to obciążenie placówek podstawowej opieki zdrowotnej prawdopodobnie spadnie o 40 proc. Czyli troszkę współfinansowanie, jakby tego obciążenia, ale bardzo takie delikatne. Czyli ja nie oczekuję, że zapłaci 20 proc. wartości tej wizyty, ale jeśli lekarz uzna, że ona jest totalnie bezpodstawną, czyli nie było powodu – nie było bólu w klatce piersiowej, nie było żadnego powodu – tylko pacjent zapragnął po raz trzeci w tym tygodniu zobaczyć lekarza, jak pacjent przekracza taką liczbę wizyt, na przykład, przyjmijmy, że raz w tygodniu, i naprawdę jest totalnie nieuzasadniona, to zapłaci 5 złotych i wszyscy przestaną tam przychodzić bez powodu. To troszkę na zasadzie, kiedy też wzywaniem pogotowia i tak dalej. Trochę to też ograniczyło się. Nie wzywamy już do dzieci gorączkujących 38 stopni karetki, tak?*

**Po stronie personelu medycznego pojawiały się także głosy dotyczące decentralizacji – przynajmniej częściowej.**

*LEKARZ 2: Uważam, że centralnie powinny być tylko zarządzane takie duże szpitale, jakieś onkologiczne i tak dalej, to powinno być pod zarządem, nie wiem, rządu i tak dalej, że to w ogóle z innej puli finansowane i tak dalej.*

*PRACOWNIK ADMINISTRACJI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ: Na pewno decentralizacja jest dobrym pomysłem.*

*Jestem głębokim zwolennikiem decentralizacji systemu ochrony zdrowia. Mi się bardzo model niemiecki podoba, czyli tych konkurujących ze sobą kas chorych. W systemie niemieckim w chwili obecnej funkcjonuje 5,5 tysiąca kas chorych, które między sobą rywalizują. Średnio w roku upada tych kas około 50 i nie ma problemu, żeby ten pacjent znalazł się pod opieką innej kasy i ma bardzo wysoko gwarantowane świadczenia ochrony zdrowotnej, ma zapewnione swoje potrzeby. Jakoś nie słyszałem, żeby pacjenci istotnie skarżyli się na model niemiecki. Bo sama centralizacja akurat w ochronie zdrowia nie prowadzi do niczego dobrego, bo pełna autonomia Narodowego Funduszu Zdrowia, wszystko idzie z centrali. Kiedyś można było z Funduszem ponegocjować z oddziałem wojewódzkim, bo miał jakikolwiek wpływ na wycenę świadczeń, a teraz wszystko przychodzi decyzją centralną, rozporządzeniem prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i, o zgrozo, poleceniem ministra zdrowia. Wobec powyższego decentralizacja jak najbardziej.*

Jeden z rozmówców, pracownik administracyjny w publicznym podmiocie zdrowotnym, zwrócił uwagę na potrzebę stworzenia bardziej transparentnego systemu podejmowania decyzji dotyczących refundacji leków, czyli na „stary” problem, związany także z niedowładami polskich przepisów dotyczących działalności lobbingsowej.

*Dużo tych rzeczy [rekomendacji] gdzieś tam jest już zawartych, o których może ja tak też dokładnie nie wiem, bo dajmy tutaj, refundacja leków na przykład. To jest podpunkt pierwszy, że: „Uregulowanie tej działalności lobbingsowej w kontekście procesu, dotyczące refundacji leków”. Może to bardziej rozszerzyć. Może faktycznie nawet zwiększyć pulę tych refundowanych leków, gdzie większy jest odsetek zachorowalności.*

Na koniec tego wątku warto wspomnieć o jednym spostrzeżeniu, które pojawiło się po stronie zarówno personelu medycznego, jak i przedstawicieli organizacji pacjenckich. W kontekście ry-

31 Warto przy tym wspomnieć, że przywołany przez respondentkę system opłat w Czechach, wprowadzony w 2008 roku, mimo że nie był zbyt obciążający, to wzbudzał duże kontrowersje. Podobnie jak w Polsce, w Czechach teoretycznie państwo jest zobowiązane zapewnić bezpłatny dostęp do świadczeń zdrowotnych – i to było główne źródło kontrowersji. Po latach sporów politycznych i orzeczeniu czeskiego sądu konstytucyjnego w 2015 roku zniesiono te opłaty. Czeski przykład pokazuje, jak trudno jest wprowadzić nawet minimalną odpłatność za świadczenia zdrowotne w sytuacji, gdy w społeczeństwie (tak jak w Polsce) istnieje silne przekonanie o tym, że dostęp do publicznej ochrony zdrowia powinien być całkowicie darmowy. Zob. M. Tambor, *O współpłaceni – przykłady, możliwości i ograniczenie*, [w:] *Co dalej z ochroną zdrowia w Polsce – stan i perspektywy*, red. S. Golinowska, „Zeszyty mBank – CASE” 2018, nr 156, s. 30.



zyka korupcji na styku relacji między personelem medycznym a dostawcami sprzętu, usług, zwłaszcza zaś leków, które, nawiasem mówiąc, występowało także w wypowiedziach dotyczących czynników korupcji, ale na tyle rzadko, że nie poświęciłem temu tematowi szczególnej uwagi. Wspominano mianowicie, że w tym obszarze ryzyko korupcji zostało istotnie zredukowane dzięki samoregulacji samych dostawców (szczególnie dostawców leków) i propagowaniu zasad etycznych. Dobrze ujął to jeden z uczestników wywiadu grupowego w gronie organizacji pacjenckich i niezależnych ekspertów:

*[...] handlowanie danymi osobowymi: jakaś firma przynosi prezenty dla mam, a tam jest prośba o dane osobowe. Tam są różne prezenciki, to nie powinno mieć miejsca. Położne potrafią przyjść do mamy z mlekiem modyfikowanym, gdzie mamy w prawie zakaz. Jak dziecko, mówiąc brzydko, zostanie zalane takim pierwszym mlekiem, to później matka to kontynuuje. [...] To była, niestety, praktyka, na szczęście ona została w dużej mierze wyeliminowana przez te wszystkie kodeksy, które powstały, kodeksy etyczne, przejrzystości. Nawiązując do współpracy konsultantów i innych lekarzy, oni już mają obowiązek, jeżeli współpracują z daną firmą farmaceutyczną, podpisują takie oświadczenie, że wyrażają zgodę na upublicznienie tego, że podjęli współpracę.*

Podobne opinie pojawiały się także po stronie respondentów zaliczających się do grupy personelu medycznego, choć z wyczuwalną nutą nostalgii.

*LEKARZ 1: Lobby farmaceutyczne [...] Na szczęście skończyło się chyba już troszeczkę, mniej jest.*

*BADACZ: Mniej jest lobby farmaceutycznego?*

*LEKARZ 1: Znaczy mniej jest... Nie wiem, jak wam to powiedzieć. Mniej jest, już są chyba zubożałe te firmy.*

*LEKARZ 2: Nic nie proponują za to.*

*LEKARZ 1: Właśnie o to chodzi, że już nie wyjeżdżamy za granicę, jak kiedyś, prawda, jeszcze dziesięć lat temu.*

Jednocześnie inny uczestnik tego wywiadu grupowego w gronie przedstawicieli organizacji pacjenckich i niezależnych ekspertów wskazał na pewne ograniczenie tych miękkich, ale skutecznych (przynajmniej w pewnym zakresie) rozwiązań:

*Ale one są tylko [...] dla na przykład przemysłu innowacyjnego zrzeszonego w [...], gdzie tych firm jest dwadzieścia kilka, są krajowi producenci leków. Ale na przykład wiele firm nie zrzesza się, więc w ogóle mogą sobie pozwolić na pomijanie tych wszystkich aspektów etycznych. A normą było do niedawna to, że na wycieczki, to jeszcze ja pamiętam, na wycieczki firmy farmaceutyczne zabierały profesorów, konsultantów.*

Tego rodzaju obserwacje, opinie i stwierdzenia pokazują, że oprócz „twardych” instrumentów przeciwdziałania i zwalczania korupcji w ochronie zdrowia, takich jak aktywność organów ścigania i prokuratury czy zmiany prawne (na przykład zaostrzenie kar), także „miękkie” środki mogą być skuteczne.

W ramach wywiadów pytano rozmówców o specyficzny mechanizm przeciwdziałania korupcji w ochronie zdrowia, jakim jest działalność sygnalistów, czyli osób, które w interesie publicznym, w celu ochrony dobra wspólnego, w swoich miejscach pracy decydują się na zgłaszanie wewnątrz (swoim przełożonym) lub na zewnątrz (do właściwych organów albo do mediów) nadużyć bądź ryzyka ich wystąpienia<sup>32</sup>. Sygnaliści oczywiście występują nie tylko w ochronie zdrowia, ale także w każdym sektorze życia publicznego czy gospodarki. Można jednak założyć, że w systemie ochrony zdrowia (zwłaszcza publicznym), tam, gdzie splatają się zarówno interesy państwa, jak i tak istotne wartości,

32 M. Waszak, *Strażnicy demokracji. Nowe perspektywy ochrony sygnalistów*, Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 2020.

jak dobrostan i życie człowieka, rola sygnalistów jest szczególna. Szczególna powinna być również ochrona takich osób. Jednak w chwili, gdy powstawał niniejszy raport, w polskim porządku prawnym w zasadzie nie istniały żadne specyficzne przepisy chroniące sygnalistów<sup>33</sup>. Warto nadmienić, że Polska nie wdrożyła nawet minimalnego standardu ochrony sygnalistów wynikającego z dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej z 2019 roku w sprawie ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa Unii Europejskiej, w związku z czym Komisja Europejska wytoczyła przeciwko Polsce sprawę przed Trybunałem Sprawiedliwości Unii Europejskiej<sup>34</sup>. Celem było także poznanie opinii przedstawicieli różnych środowisk blisko związanych z ochroną zdrowia na temat sygnalistów, ich ochrony i potencjału w zapobieganiu i zwalczaniu korupcji w tym sektorze.

Zdania w tej kwestii były podzielone. Najbardziej krytyczni wobec sygnalistów jako idei i rozwiązań chroniących takie osoby byli uczestnicy wywiadu grupowego z udziałem przedstawicieli personelu medycznego. Ta część rozmowy była przejawem głębokiego niezrozumienia, kim są sygnaliści, jakie mogą mieć znaczenie dla zwalczania korupcji w systemie ochrony zdrowia i dlaczego powinno się takie osoby chronić. Wiele wypowiedzi na ten temat było lekceważących i wyrażających negatywne, stereotypowe myślenie o sygnalistach. Rozmówcy niejednokrotnie zrównywali sygnalistów z donosicielami. Przykładowo:

*I taki sygnalista u nas w Polsce to jest donosiciel.*

*Aha, czyli ja będę sygnalistą, ja będę szukała gdzieś i ja jestem chroniona. Ja jestem bezkarna wtedy. No właśnie, ja jestem bezkarna wtedy, czyli ja mogę wszystko. To jest chore.*

*Ja bym nie mogła spać, będąc sygnalistą.*

*Ja nie wiem, czy my dobrze rozumiemy to pojęcie i czy dobrze właśnie rozmawiamy, czy dobrze to zostało zdefiniowane.*

*Może ten sygnalista, on jest do przetargów na przykład, prawda?*

*Może to jest jakiś kochany człowiek? [zartując]*

*Może on nasze interesy będzie reprezentował?*

W dyskusji w zasadzie nie pojawiła się żadna wypowiedź wskazująca na to, że sygnaliści mogliby według uczestników tego wywiadu mieć jakkolwiek pozytywny wpływ na przeciwdziałania korupcji w publicznym systemie ochrony zdrowia. Jednocześnie oprócz wypowiedzi wyrażających lekceważenia i niezrozumienie zagadnienia pojawiały się stwierdzenia negujące jakkolwiek pozytywną funkcję sygnalistów, a nawet wskazujące, że sygnaliści sami mogliby stanowić ryzyko. Dobrym przykładem jest wymiana zdań między lekarzami:

*LEKARZ 1: To jest kwestia o kimś z zespołu, który donosi na zewnątrz.*

*LEKARZ 2: Ale my takich nie wpuszczamy do zespołu.*

*LEKARZ 3: Osoba z zespołu, która mówi o nieprawidłowościach na zewnątrz i ona jest wtedy kryta, bo doniosła...*

*LEKARZ 1: Wszystkie nieprawidłowości można naprawić normalną dyskusją.*

*LEKARZ 2: No tak, ale niektóre rzeczy są kamuflowane, posłuchajcie.*

*LEKARZ 3: Według mnie powinno się tak, jak pani powiedziała, dążyć do rozwiązywania problemów wewnątrz zespołu. Nie wnosić tych rzeczy też na zewnątrz, bo to trochę nie...*

*LEKARZ 2: To podzieli zespół zupełnie, spowoduje brak harmonii w pracy i dodatkowy stres. Myślę, że ten zespół będzie bardziej podzielony, jeżeli ja bym wiedziała, że wśród mojego zespołu jest ewentualny sygnalista – nawet brzydko się nazywa.*

33 G. Makowski, *Rządowy projekt ustawy o ochronie sygnalistów po raz szósty – i końca nie widać...*, [https://www.batory.org.pl/blog\\_wpis/rzadowy-projekt-ustawy-o-ochronie-sygnalistow-po-raz-szosty-i-konca-nie-widac/](https://www.batory.org.pl/blog_wpis/rzadowy-projekt-ustawy-o-ochronie-sygnalistow-po-raz-szosty-i-konca-nie-widac/) [dostęp: 1 listopada 2023 roku].

34 Zob. <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzienniki-UE/dyrektywa-2019-1937-w-sprawie-ochrony-osob-zgłaszających-naruszenia-prawa-69247962> [dostęp: 1 listopada 2023 roku].

W dużo bardziej zrównoważony sposób przedstawiciele personelu medycznego wypowiadali się na temat sygnalistów w wywiadach indywidualnych – jeśli tylko wiedzieli przynajmniej ogólnie, kim są sygnaliści i że zgodnie z wymogami europejskimi powinni być chronieni.

*BADACZ: W jakich obszarach widziałyby pani rolę takiego sygnalisty czy sygnalistów: relacje pacjent – personel medyczny, personel medyczny – dostawcy leku czy w procedurach zakupu leków, sprzętu i usług?*

*LEKARZ: Na pewno zakupu. Może to są przetargi najbardziej reglamentowane, ale wydaje mi się, że dalej nie pacjent – lekarz, tylko lekarz – koncerny farmaceutyczne.*

*BADACZ: Czy pani słyszała o takiej regulacji, instrukcji czy rekomendacji ze strony Unii Europejskiej, że sygnaliści, w różnych dziedzinach, mają być chronieni – to znaczy, że jeśli ktoś zgłasza takie nieprawidłowości, to wtedy nie można go zwolnić, jest pod ochroną, żeby dyrekcja szpitala czy organ nadzorczy nie mógł nic zrobić, tak mówiąc wprost?*

*LEKARZ: Nie słyszałam o takich, ale pomysł jest dobry.*

Nieco lepsze rozeznanie w kwestii sygnalistów i ich ochrony zaprezentowali przedstawiciele organizacji pacjenckich i niezależni eksperci zajmujący się ochroną zdrowia. W trakcie dyskusji rozmówcy odruchowo skupili się najpierw na kwestii tego, jak, ich zdaniem, sygnaliści są odbierani przez środowiska lekarskie, potwierdzając niejako wnioski, które wyciągnęliśmy na podstawie rozmowy właśnie z tą kategorią respondentów. Dobrze ilustruje to poniższy fragment dyskusji w gronie reprezentantów organizacji pacjenckich i niezależnych ekspertów:

*BADACZ: Kolejna rzecz to sygnaliści.*

[...]

*BADACZ: Czy są potrzebni?*

*PRZEDSTAWICIELKA ORGANIZACJI PACJENCKIEJ 1: Są potrzebni.*

*BADACZ: Wiecie o tej dyrektywie [o ochronie sygnalistów]?*

*PRZEDSTAWICIELKA ORGANIZACJI PACJENCKIEJ 1: Tak.*

*BADACZ: Jak spodziewacie się, że środowisko lekarskie zareagowało na ten pomysł?*

*PRZEDSTAWICIELKA ORGANIZACJI PACJENCKIEJ 1: Bardzo źle.*

*PRZEDSTAWICIELKA ORGANIZACJI PACJENCKIEJ 2: Myślę, że nie ma takiej wiedzy. Do nas często się odzywa personel medyczny w jakiejś sprawie, my robimy często też badania, one są anonimowe, zgłaszają się, nie mają świadomości tego, z jakich praw mogą korzystać. Natomiast mają większe zaufanie do organizacji pozarządowych niż do swojego systemu.*

*BADACZ: Ale czy są sygnaliści wśród środowiska lekarskiego?*

*PRZEDSTAWICIELKA ORGANIZACJI PACJENCKIEJ 3: Są. Ja nie dalek jak wczoraj rozmawiałam z lekarzem [i] usłyszałam informację, która mnie osobiście zmroziła, bo ja byłam tylko odbiorcą informacji. Natomiast ten lekarz widział dokumentację medyczną, gdzie pacjentowi miano by wykonać zabieg naprawdę bardzo drogi, zabieg komercyjny według dokumentacji, natomiast nie potwierdziły tego żadne badania kontrolne. Oczywiście pacjent żyje w niewiedzy, że zapłacił ileś tam dziesiąt tysięcy złotych za ten zabieg, bo lekarz, który to oglądał, po prostu nie miał sumienia temu człowiekowi tego powiedzieć, że został oszukany.*

*PRZEDSTAWICIELKA ORGANIZACJI PACJENCKIEJ 1: Etycznie to jest bardzo potrzebne, u nas jeszcze to się trochę źle kojarzy...*

*PRZEDSTAWICIELKA ORGANIZACJI PACJENCKIEJ 3: Z donosicielem.*

*PRZEDSTAWICIELKA ORGANIZACJI PACJENCKIEJ 2: Ale to wynika trochę z naszej historii, trochę to inaczej funkcjonowało. Ale już zapomnijmy o tym.*

*PRZEDSTAWICIELKA ORGANIZACJI PACJENCKIEJ 1: To byłoby w pewien sposób dyscyplinujące dla środowiska, że OK, są pewne granice, do których możemy dojść, ale nie możemy ich przekroczyć.*

*PRZEDSTAWICIELKA ORGANIZACJI PACJENCKIEJ 3: Co innego wygląda rzeczywiście w środowisku lekarskim, bo środowisko oczywiście mocno się wspiera politycznie.*

*PRZEDSTAWICIELKA ORGANIZACJI PACJENCKIEJ 1: Bardzo się wspiera i na przykład sytuacja pacjenta, który musi dochodzić swoich racji, udowodnić, że miał miejsce błąd lekarski, jest bardzo trudna, ponieważ znalezienie kogoś, kto powie, że kolega lekarz popełnił błąd, zezna to w sądzie albo napisze opinię, to jest w Polsce praktycznie niemożliwe. To jest na zasadzie „ja nie będę kolede, bo tak wyszło”. „Tak, kolega popełnił błąd” – napisze pan to? Nie. Jest ogromna solidarność, ona jest bardzo wspierająca nawzajem lekarz lekarza, ale dla pacjentów jest często tragedią, bo płynie czas. Był ważny ten system no-fault, który, niestety, z powodów politycznych przepadł.*

Jednocześnie w trakcie tego wywiadu pojawiło się bardzo cenne spostrzeżenie co do roli sygnalistów w kontekście zmieniającego się charakteru korupcji, który, jak już wspomniano, ma coraz bardziej systemowy charakter, a rzadziej przejawia się w formie przekupstwa czy kumoterstwa na poziomie personalnym, między pacjentem a personelem medycznym. W tych nowych uwarunkowaniach znaczenie sygnalistów jako czynnika przeciwdziałania korupcji rośnie.

*BADACZ: A w których obszarach byście to widzieli? Relacje pacjent – personel medyczny, pacjent – personel medyczny – dostawcy leków, sprzętów medycznych, przy procedurach zakupu leków.*

[...]

*PRZEDSTAWICIELKA ORGANIZACJI PACJENCKIEJ 3: Ale mówimy w kontekście korupcji?*

*PRZEDSTAWICIELKA ORGANIZACJI PACJENCKIEJ 1: Procedury i sprzęt.*

*PRZEDSTAWICIELKA ORGANIZACJI PACJENCKIEJ 3: Tak, na pewno.*

*BADACZ: A relacje pacjent – personel medyczny?*

*PRZEDSTAWICIELKA ORGANIZACJI PACJENCKIEJ 3: To też, ale jakby to w jakikolwiek sposób uszeregować, to jest najmniej ważne.*

*PRZEDSTAWICIELKA ORGANIZACJI PACJENCKIEJ 2: Tak, najbardziej miękkie.*

*PRZEDSTAWICIELKA ORGANIZACJI PACJENCKIEJ 3: A poza*

*tym pacjent ma tam mnóstwo jeszcze innych możliwości.*

[...]

*PRZEDSTAWICIELKA ORGANIZACJI PACJENCKIEJ 3: Możliwości, to co [...] wspomniała, to wolna wola. Ja też uważam, że pacjent posiada wybór obywatelski. On może dać łapówkę, nie musi tego zrobić, może poinformować odpowiednio organy państwa o tym.*

[...]

*PRZEDSTAWICIELKA ORGANIZACJI PACJENCKIEJ 2: Ja mam takie wrażenie, że cały model koperty w ochronie zdrowia to bardzo odchodzi w niepamięć w ostatnich latach. Do nas to są inne formy, o których rozmawiamy. Bo jakbym ja patrzyła na perspektywę dwudziestu lat, to na pewno powiedziałabym, że koperta idzie w zapomnienie, ci młodzi lekarze w ogóle nie uznają czegoś takiego, też zmiana pokoleniowa jest żadna. I to, o czym [...] wspomniał, że firmy farmaceutyczne są uznawane za samo zło, a one też przez ostatnie dwadzieścia lat popełniły bardzo dużo in plus w sensie kodeksów, samoograniczeń, compliance i przejrzystości. One publikują, z kim współpracują, mają też swoje stawki, że nie można płacić więcej. One wykonały ogromną pracę, nie ma tak, że firma zapłaci trzydzieści [...], nie ma opcji. Są pewne widełki. Doktor może dostać za wykład tyle, za przygotowanie publikacji tyle, większość firm też wymaga, że jak ktoś prowadzi wykład to ma napisać, że dostał za to pieniądze od tej i od tej firmy. Oczywiście na pewno są jeszcze obszary, które trzeba uszczelniać, ale też trzeba zauważać to na przykład [...] ma cały kodeks, że coś się pozytywnego zadziało.*

*PRZEDSTAWICIELKA ORGANIZACJI PACJENCKIEJ 1: W tej relacji pacjent – lekarz to według mnie jest inny kawałek: nie pacjent, a procedura. Czy mamy dostępność do świadczenia. I to jest nagminne w Polsce, że załatwiamy sobie świadczenia za pomocą prywatnej wizyty. Pacjentka profesora, pacjentka ordynatora.*

Podsumowując ten wątek, można z pewnym zaskoczeniem stwierdzić, że wśród przedstawicieli personelu medycznego szczególnie temat sygnalistów i ich ochrony okazał się tak mało rozpoznany. Trzeba także wspomnieć, że wywiady z urzędnikami Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia wykazały wręcz nikłą znajomość tego zagadnienia. Wypowiedzi tych respondentów na temat sygna-

listów były tak zdawkowe, że w zasadzie żadna z nich nie wniosłaby do niniejszej analizy niczego istotnego. O wiele lepiej zorientowani w tematyce sygnalistów byli przedstawiciele organizacji pacjenckich i niezależni eksperci. Oczywiście na podstawie kilku wywiadów indywidualnych i jednego wywiadu grupowego nie można generalizować, że w całej społeczności pracowników ochrony zdrowia i urzędników zajmujących się ochroną zdrowia poziom niezrozumienia dla tego tematu jest podobny. Niemniej, biorąc pod uwagę, że właściwie żaden rozmówca w tej grupie nie wykazał się żadną głębszą refleksją na ten temat, jest dość zastanawiający. Tym bardziej że dyrektywa o ochronie sygnalistów kładzie ogromny nacisk na ich znaczenie właśnie w sektorze zdrowotnym i polityce zdrowotnej Unii Europejskiej. Artykuł 2 ust. 1 pkt VIII dyrektywy mówi wprost, że ma ona zastosowanie do zgłoszeń w obszarze zdrowia publicznego, a sama dyrektywa została powiązana z kilkoma innymi regulacjami unijnymi dotyczącymi zdrowia. Warto także przypomnieć, że dyrektywa istnieje w obiegu prawnym od 2019 roku. Od tego momentu do czasu, w którym realizowano badania, minęły więc ponad trzy lata. W tym czasie w Polsce przetoczyła się debata publiczna na temat sygnalistów, pojawiło się wiele inicjatyw edukacyjnych, szkoleniowych, informacyjnych poświęconych temu zagadnieniu. Również rząd zaczął, co prawda z ogromnym opóźnieniem, prace nad ustawą implementującą dyrektywę. Tylko do pierwszej wersji tego projektu w ramach konsultacji publicznych przedstawiono ponad setkę opinii. A nie czekając nawet na implementację unijnych przepisów, wiele firm i instytucji publicznych, w tym szpitali, zaczęło wdrażać systemy ochrony sygnalistów odpowiadające wymogom dyrektywy. Przystępując do badania, wydawało się więc, że istnieje już wystarczająco dużo przesłanek, żeby pytać rozmówców o to zagadnienie i oczekiwać pogłębionych odpowiedzi. Niestety, okazało się, że oprócz przedstawicieli organizacji pacjenckich i niezależnych ekspertów w zasadzie nikt na taką refleksję nie potrafił się zdobyć.

## 5. Korupcja w publicznym systemie ochrony zdrowia – doświadczenia własne Polaków

Przejdźmy do omówienia odpowiedzi na pytania o doświadczenia korupcyjne związane z kontaktami z ochroną zdrowia. Serię pytań w tym bloku rozpoczynało pytanie o to, czy respondenci znają jakąś osobę, która wręczyła kiedykolwiek jakąś korzyść majątkową pracownikowi ochrony zdrowia. Tego rodzaju pytanie pozwala nieco przybliżyć skalę zjawiska, które – tak jak w wypadku korupcji – jest kontrowersyjne, a pytania zadawane wprost o doświadczenia respondentów zawsze w związku z tym są obciążone błędem niedoszacowania (naturalne jest bowiem, że ludzie niechętnie przyznają się do udziału w niemoralnych czy nielegalnych praktykach, nawet w anonimowych wywiadach).

**Tabela 11. Znajomość osób wręczających korzyści majątkowe personelowi publicznej ochrony zdrowia w zamian za dostęp do świadczeń zdrowotnych**

*Czy zna Pan/Pani kogokolwiek, kto kiedykolwiek wręczył pieniądze bądź jakieś wartościowe przedmioty pracownikom ochrony zdrowia (na przykład lekarzowi czy pielęgniarce) w zamian za jakieś świadczenie zdrowotne (na przykład receptę na lek, zwolnienie lekarskie, dostęp do badań czy miejsce w szpitalu)?*

tak	46%
nie	41%
odmowa odpowiedzi	13%

N=1019. Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane odpowiedzi sugerują, że korupcja w kontakcie z ochroną zdrowia może być relatywnie częsta. **Blisko połowa respondentów przyznała, że zna kogoś, kto wręczył korzyść majątkową pracownikowi tego sektora.** W tym

pytaniu nie zawężaliśmy jednak ram czasowych, w których takie zdarzenie nastąpiło.

**Tabela 12. Udział we wręczaniu korzyści majątkowych personelowi publicznej ochrony zdrowia w zamian za dostęp do świadczeń zdrowotnych w okresie czterech, pięciu lat poprzedzających badanie**

<i>Czy w ciągu ostatnich czterech, pięciu lat zdarzyło się tak, że wręczył Pan / wręczyła Pani pieniądze lub jakieś wartościowe przedmioty pracownikom ochrony zdrowia (na przykład lekarzowi czy pielęgniarce) w zamian za jakieś świadczenie zdrowotne?</i>	
tak	11%
nie	82%
odmowa odpowiedzi	7%

N=1019. Źródło: opracowanie własne.

Odsetek odpowiedzi wskazujących na częstotliwość wręczania korzyści majątkowych personelowi medycznemu wyraźnie spada, gdy zapytamy respondentów o to czy sami w ostatnich czterech, pięciu latach znaleźli się w takiej sytuacji – **11 proc. respondentów odpowiedziało, że w tym okresie zdarzyło się, że musieli wręczyć pracownikowi publicznej ochrony zdrowia korzyść majątkową w zamian za dostęp do jakiegoś świadczenia zdrowotnego.** W badaniu Fundacji im. Stefana Batorego z 2001 roku podobny wskaźnik sięgał 36 proc.<sup>35</sup> W tamtym sondażu pytano jednak, po pierwsze, o okres dziesięciu lat, po drugie, pytano nie tylko o osobiste doświadczenia konkretnego respondenta, ale także o doświadczenia osób najbliższych z gospodarstwa domowego. A zatem zakres tamtego wskaźnika korupcji był szerszy. Nie można więc iść za daleko w porównaniach obu sondaży w tym konkretnie punkcie. Można jednak zaryzykować tezę, że gdyby pytanie z badania Fundacji im. Stefana Batorego z 2001 roku było ograniczone czasowo do maksymalnie pięciu

lat i dotyczyło wyłącznie respondenta, moglibyśmy uzyskać bardziej zbliżony wynik. Zwłaszcza że w raporcie z 2001 roku autorka wspomina dodatkowo, że wśród osób, które ogólnie przyznały się do wręczenia łapówki, 16 proc. były to osoby, które zrobiły to w kontakcie z ochroną zdrowia. W 2007 roku Centrum Badania Opinii Społecznej zrealizowało sondaż dotyczący korupcji w ochronie zdrowia<sup>36</sup>. Zadano w nim pytanie podobne do pytania z sondażu Fundacji im. Stefana Batorego, ale bez cezurę czasowej. Na podstawie uzyskanych odpowiedzi oszacowano, że 24 proc. respondentów kiedykolwiek spotkało się z sugestią lub żądaniem wręczenia łapówki w kontakcie z lekarzem. Zasadne jest przypuszczenie, że przez dwadzieścia lat tego rodzaju korupcja nie musiała się radykalnie zmniejszyć. **Zwłaszcza że relatywnie duży odsetek respondentów (31 proc.) przyznał się do stosowania nieco bardziej miękkiej formy korupcji, jaką jest wykorzystywanie znajomości, żeby uzyskać dostęp do jakiegoś świadczenia zdrowotnego.** Wspomniane odsetki są jednak niedoszacowane.

Interesujące, że patrząc na ten wynik w przekroju na podstawowe cechy demograficzne respondentów, takie jak płeć, wiek, zawód czy miejsce zamieszkania, odsetki nie różnią się znacznie – z kilkoma wyjątkami. **Znacznie częściej do wykorzystywania znajomości przyznawały się osoby pracujące na własny rachunek (46 proc.) oraz studenci (40 proc.).** Inne wybijające się wyniki dotyczą geografii. Otóż **wyraźnie częściej do wręczania korzyści majątkowych uciekają się mieszkańcy czterech województw: opolskiego (41 proc.), podkarpackiego (40 proc.), pomorskiego (40 proc.) i świętokrzyskiego (43 proc.).** Trudno jednak powiązać te oceny z analizami dotyczącymi jakości świadczeń zdrowotnych w tych województwach, opierającymi się na twardych danych<sup>37</sup>. Ustalenie, dlaczego akurat te województwa zostały ocenione wyraźnie gorzej niż inne, wymagałoby dalszych pogłębionych dociekań.

35 A. Kubiak, *Pacjenci i lekarze...*, s. 8.

36 R. Boguszewski, *Korupcja w służbie zdrowia...*, s. 3.

37 Zob. *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2021 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2022.

W sondażu wiele uwagi poświęciliśmy osobom, które przyznały się do wręczenia korzyści majątkowej w kontakcie z pracownikami ochrony zdrowia. Dopytywaliśmy o wartość tej korzyści, rodzaj świadczenia, jakie w ten sposób próbowano uzyskać, odbiorcę (beneficjenta) łapówki i inne okoliczności tego zdarzenia. **Jeśli chodzi o odbiorców, byli to najczęściej lekarze prowadzący leczenie (69 proc. wskazań), ordynatorzy oddziałów szpitalnych (27 proc. wskazań), a w następnej kolejności pielęgniarki i położne (odpowiednio 27 proc. i 10 proc. wskazań).** Dużo rzadziej przyjmującymi korzyści majątkowe byli kierownicy i pracownicy administracji placówek opieki zdrowotnej (odpowiednio 14 proc. i 9 proc. wskazań).

**Tabela 13. Beneficjenci korzyści majątkowych wręczanych personelowi publicznej ochrony zdrowia w zamian za dostęp do świadczeń zdrowotnych w okresie czterech, pięciu lat poprzedzających badanie**

<i>Komu wręczył Pan / wręczyła Pani pieniądze bądź jakies wartościowe przedmioty?</i>	
lekarzowi prowadzącemu leczenie	69%
ordynatorowi oddziału	27%
pielęgniarsce/pielęgniarszowi	27%
kierownikowi (administratorowi) placówki	14%
położnej	10%
pracownikowi administracji placówki	9%
komuś innemu	4%

N=113. Źródło: opracowanie własne.  
Odsetki nie sumują się do 100, ponieważ respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Jeśli chodzi o cel wręczenia łapówki, to najczęściej chodziło o **dążenie do uzyskania bardziej rzetelnej, troskliwej opieki (50 proc. wskazań).** Płacono więc nie tyle za dostęp do konkretnego świadczenia, ile za to, żeby zadbać o jego jakość. Ale już na drugim miejscu znalazło się dążenie do skrócenia kolejki (41 proc.), więc ułatwienie dostępu do jakiegoś zabiegu czy określonej diagnozy. Trzecim typem świadczenia, za które

najczęściej wręczano łapówki, było konkretnie uzyskanie skierowania na leczenie, badanie czy konsultacje (33 proc.). Relatywnie często respondenci wskazywali także przyjęcie do szpitala (25 proc.) i uzyskanie zwolnienia chorobowego (21 proc.). W odpowiedzi na to pytanie ponownie najczęściej wręczającymi łapówki były osoby pracujące na własny rachunek (przeciętnie 60 proc. tej grupy w każdej z kategorii świadczeń), co nasuwa wniosek, że ta grupa społeczno-zawodowa może mieć najbardziej ograniczony dostęp do publicznej ochrony zdrowia i próbuje go sobie poprawić, uciekając się do nielegalnych praktyk.

**Tabela 14. Świadczenia zdrowotne, za które wręczano korzyści majątkowe personelowi publicznej ochrony zdrowia w okresie czterech, pięciu lat poprzedzających badanie**

<i>Za jakie świadczenia zdrowotne wręczył Pan / wręczyła Pani pieniądze bądź jakies wartościowe przedmioty?</i>	
bardziej rzetelną, troskliwą opiekę	50%
skrócenie kolejki do zabiegu lub diagnozy	41%
przeprowadzenie operacji lub innego skomplikowanego zabiegu	35%
uzyskanie skierowań na leczenie, badania, konsultacje	33%
przyjęcie do szpitala	25%
uzyskanie zwolnienia z pracy	21%
otrzymanie trudno dostępnych leków, sprzętu medycznego, protez	10%
za inne zabiegi, usługi medyczne	2%

N=113. Źródło: opracowanie własne.  
Odsetki nie sumują się do 100, ponieważ respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Wróćmy do badania Fundacji im. Stefana Bato-rego z 2001 roku, w którym zadano podobne pytanie, z tym że wówczas respondenci mogli wskazać tylko jedną odpowiedź. Z tego względu wyniki nie są do końca porównywalne, można jednak przynajmniej spojrzeć na nie jako na swoiste rankingi. To pozwala odnotować ciekawe różnice. W 2001 roku w obu wypadkach najczęstszym motywem wręczenia łapówki było

uzyskanie bardziej troskliwej opieki, na drugim miejscu respondenci wymieniali zaś przeprowadzenia operacji, a następnie – przyspieszenie zabiegu<sup>38</sup>. W omawianym sondażu z 2023 roku dużo wyraźniej zaznaczyła się właśnie chęć skrócenia oczekiwania na zabieg. Uzyskanie dostępu do operacji czy zabiegu jest zdecydowanie dalej w kolejności wskazań. W badaniu z 2001 roku był to niemal tak samo ważny powód, jak uzyskanie lepszej opieki. Może to być pewna wskazówka świadcząca o tym, że z czasem to właśnie długość oczekiwania na świadczenia zdrowotne stała się coraz bardziej palącym problemem.

Jeśli chodzi o wartość wręczanych łapówek, to najczęściej wynosiły one kilkaset złotych (44 proc. wskazań), co może nie jest wysoką kwotą, ale dla wielu osób, zwłaszcza o niskich dochodach – istotną. Na marginesie warto odnotować, że prawdopodobnie jedynym wcześniejszym badaniem, w którym próbowano oszacować wartość korzyści majątkowych wręczanych w zamian za dostęp do świadczeń zdrowotnych w ramach publicznej ochrony zdrowia, była tzw. Diagnoza Społeczna z 2015 roku. Wówczas przeciętną wartość łapówki oszacowano na 381 złotych, oceniano także, że koszty łapówek ponosiło 2,2 proc gospodarstw domowych w okresie trzech miesięcy poprzedzających tamto badanie (w raporcie odnotowano ponadto wzrastającą częstotliwość wręczania łapówek w porównaniu z poprzednimi pomiarami z 2013 i 2011 roku)<sup>39</sup>. Relatywnie często wskazywano także kwoty (23 proc.) do stu złotych, co może przywołać na myśl, że nierzadko chodzi o coś w rodzaju napiwku, np. właśnie za lepszą, bardziej troskliwą opiekę. Przy czym łapówki o największej wartości (kilka tysięcy złotych lub więcej) wręczano połącznym, kierownikom administracyjnym placówek i ordynatorom. Korzyści o najniższych wartościach (do stu złotych lub o wartości kilkaset złotych) wręczano najczęściej szeregowym pracownikom administracji, pielęgniarkom lub pielęgniarkom i lekarzom prowadzącym. Z kolei

jeśli chodzi o typ świadczenia medycznego, za które płacono najczęściej, to najwyższe łapówki (kilka tysięcy złotych lub więcej) wręczano za trudno dostępne leki lub sprzęt medyczny (na przykład protezy), zwolnienia i uzyskanie skierowania na badania i konsultacje. Nieco mniej wartościowe łapówki (tysiąc lub ponad tysiąc złotych) często wręczano także za skrócenie kolejki do zabiegu lub diagnozy.

**Tabela 15. Wartość korzyści majątkowych wręczanych personelowi publicznej ochrony zdrowia w zamian za dostęp do świadczeń medycznych w okresie czterech, pięciu lat poprzedzających badanie**

<i>Jaka była mniej więcej wartość wręczonych przez Pana/Panią pieniędzy lub przedmiotów?</i>	
kilkaset złotych	44%
do stu złotych	23%
tysiąc lub nieco ponad tysiąc złotych	12%
odmowa odpowiedzi	9%
kilka tysięcy złotych lub więcej	4%
trudno powiedzieć	8%

N=113. Źródło: opracowanie własne.

Respondentów, którzy przyznali się do wręczania łapówki za dostęp do jakiegoś świadczenia zdrowotnego, zapytano również o to, skąd wiedzieli, że tak trzeba postąpić. Rozkład odpowiedzi na to pytanie jest interesujący. Jak wynika z danych zawartych w tabeli 16, najczęściej wskazywano odpowiedź „bo ogólnie wiadomo, że tak załatwia się podobne sprawy” (46 proc.), co skłania do stwierdzenia, że mimo upływu lat, wielu zmian w systemie ochrony zdrowia, jednak pewnej poprawy jakości i dostępności usług zdrowotnych jedno się nie zmieniło – powszechne przekonanie o tym, że żeby uzyskać to, czego nam potrzeba, po prostu niezbędna jest korupcja.

38 A. Kubiak, *Pacjenci i lekarze...*, s. 14.

39 *Diagnoza Społeczna. Warunki i jakość życia Polaków*, red. J. Czapiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015, s. 121.



**Tabela 16. Odpowiedzi na pytanie o to, jak respondenci zorientowali się, że należy wręczyć korzyść majątkową personelowi publicznej ochrony zdrowia**

<i>Zorientowałem/zorientowałam się, bo...</i>	
ogólnie wiadomo, że tak załatwia się podobne sprawy	46%
dano mi dyskretnie do zrozumienia	35%
ktoś z rodziny, znajomych mi to doradził	28%
dowiedziałem się od innych pacjentów	27%
wprost mi to powiedziano, zażądano ich ode mnie	19%
inaczej (jak?)	1%

N=113. Źródło: opracowanie własne.

Taki wynik sugeruje, że mamy do czynienia z głębokim zakorzenionym przeświadczeniem, że niezależnie od tego, jak zmienił się system ochrony zdrowia w Polsce, jest nadal podatny na korupcję, a najbardziej efektywnym sposobem, żeby z niego skorzystać, jest wręczenie łapówki. Drugi najczęściej wskazywany powód również wspiera słuszność tej tezy, ponieważ 35 proc. respondentów wskazało, że po prostu dano im do zrozumienia, że tak trzeba postąpić, a całym dużym odsetkiem (19 proc.) respondentów wybrał odpowiedź, że wprost zażądano od nich wręczenia korzyści. Z jednej strony mamy więc obraz powszechnie panującego przekonania, że warto wręczyć łapówkę w kontaktach z ochroną zdrowia, ponieważ ogólnie wiadomo, że tak się robi, z drugiej strony wielu respondentów wskazało, że pracownicy tego sektora sugerowali im to lub wprost żądali od nich łapówek. **Wszystkie te elementy skłaniają do wniosku, że korupcja w publicznej ochronie zdrowia, na styku pacjent (beneficjent) – jednostka ochrony zdrowia, pozostaje problemem, nie umniejszając wagi innych rodzajów korupcji, związanych na przykład z zamówieniami publicznymi czy polityką zdrowotną państwa.**

Osobom, które przyznały się do tego, że w ostatnich latach poprzedzających badanie wręczyły łapówkę pracownikowi ochrony zdrowia, zadaliliśmy także kilka pytań o tym, czy próbowały zareagować na tę sytuację, zgłaszając ją właści-

wym organom. Tylko 12 proc. spośród takich osób dokonała zgłoszenia. Na pytanie, dlaczego pozostali nie zdecydowali się na taki ruch, najwięcej osób (26 proc.) odpowiedziało, że nie zrobiło tego, ponieważ uzyskali to, czego oczekiwali. Tyle samo respondentów wskazało, że był to ich wyraz wdzięczności wobec pracowników ochrony zdrowia. Wśród innych odpowiedzi, występujących dużo rzadziej (po 11 proc.), znalazło się przekonanie, że wręczanie łapówek jest regułą, interwencja wymagałaby za dużo zachodu lub respondenci po prostu obawiali się ewentualnych negatywnych konsekwencji.

**Tabela 17. Przyczyny niezgłaszania właściwym organom państwa faktu wręczenia korzyści majątkowych w zamian za dostęp do świadczeń zdrowotnych**

<i>Dlaczego nie zgłosił Pan / nie zgłosiła Pani tego właściwym organom (na przykład na policję, do prokuratury)?</i>	
Nie zgłosiłem/zgłosiłam tego, ponieważ w zamian za łapówkę dostałem/dostałam dokładnie to, czego oczekiwałem/oczekiwałam.	26%
Nie zgłosiłem/zgłosiłam tego, ponieważ był to po prostu wyraz mojej wdzięczności.	26%
Wręczanie łapówek w tym miejscu jest powszechne, po co miałbym/miałabym to zgłaszać.	11%
To bez sensu, nikt nie zająłby się moim zgłoszeniem.	11%
Białem/białam się negatywnych konsekwencji zgłoszenia.	11%
Inny powód.	4%
Zgłoszenie tego wymagałoby zbyt wiele wysiłku.	3%
Trudno powiedzieć.	3%
Nie wiedziałem/wiedziałam, komu miałbym/miałabym to zgłosić.	2%
Nie zgłosiłem/zgłosiłam tego, ponieważ obawiałem/obawiałam się, że będę musiał/musiła ponieść kolejne dodatkowe koszty.	1%
Odmowa odpowiedzi.	1%

N=90. Źródło: opracowanie własne.

Interesujące są odpowiedzi osób, które zdecydowały się zgłosić przypadek korupcji do prokuratury lub organom ścigania. Warto przy tym

odnotować, że odpowiadając na pytanie, co dalej działo się po zgłoszeniu, respondenci mogli wskazać dowolną liczbę odpowiedzi przedstawionych w kafeterii i w większości wybrali oni wszystkie możliwe scenariusze. Oznacza to, że w większości wypadków takiego zgłoszenia wywierano presję na respondentów, żeby jednak tego nie robili czy nie kontynuowali oskarżeń, wszczynano zarówno śledztwa, zgłoszenia nie przynosiły żadnego skutku, a nierzadko respondentów spotykały negatywne konsekwencje. Żaden z tych scenariuszy w realnym życiu się nie wyklucza.

**Tabela 18. Konsekwencje zgłoszenia właściwym organom państwa faktu wręczenia korzyści majątkowych w zamian za dostęp do świadczeń zdrowotnych**

<b>Co wydarzyło się w wyniku Pana/Pani zgłoszenia?</b>	
Sprawę rozwiązano nieformalnie i zwrócono mi wręczoną korzyść.	85%
Odradzono mi zgłoszenie tej sprawy i zrezygnowałem/zrezygnowałam z dalszych kroków.	77%
Moje zgłoszenie nie przyniosło żadnego skutku.	77%
Spotkały mnie negatywne konsekwencje w związku ze zgłoszeniem.	77%
Wszczęto śledztwo, dochodzenie przeciwko osobie, której wręczyłem/wręczyłam korzyść.	62%
Stało się coś innego.	54%

N=13. Źródło: opracowanie własne.

Odsetki nie sumują się do 100, ponieważ respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Odpowiedzią wyróżniającą się jednak na tle pozostałych było stwierdzenie, że sprawę rozwiązano nieformalnie i respondentowi zwrócono wcześniej wręczoną korzyść – pod-

kreślmy, już po tym, jak poinformował on właściwe organy o przestępstwie. To intrygujący rezultat, który można interpretować tak, że osoba, która zetknęła się z korupcją w ochronie zdrowia, nie za bardzo może liczyć na adekwatną reakcję państwa, przy tym często naraża się na dodatkowe przykrości, a na koniec sprawa i tak zostaje załatwiona nieformalnie.

Jednocześnie część jakościowa badań potwierdza istnienie „legalnych form” korupcji w ochronie zdrowia. Warto o nich wspomnieć w tym miejscu, ponieważ z racji ograniczeń metodologicznych trudno było w sondażu CAWI zapytać o całą paletę, czasem złożonych, zachowań korupcyjnych, zwłaszcza takich, które potocznie nie kojarzą się z korupcją, lecz raczej z „normalnym” (jakkolwiek dziwnie to zabrzmiało) funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia.

Doniesienia o przypadkach „legalnej korupcji” (lub quasi-legalnej) w ochronie zdrowia, która także przybiera różne formy, pojawiają w dyskursie medialnym. Istnienie takich form zmniejsza również odsetek osób, które po prostu wręczają jakieś korzyści majątkowe w zetknięciu z systemem ochrony zdrowia – mając możliwość skorzystania z quasi-legalnych rozwiązań, wymykających się przepisom karnym. Przy czym brak jest danych pozwalających na ocenę skali tego zjawiska. Zgrubne wyobrażenie o tym można uzyskać jedynie na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego, który w odstępach kilkuletnich bada wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia, w tym wydatki nieformalne. Na przykład w ostatnim dostępnym raporcie Głównego Urzędu Statystycznego z 2020 roku szacowano, że średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia na osobę w gospodarstwie domowym wynosiły 68,58 złotego (822,96 złotego rocznie)<sup>40</sup>. W ramach tej kwoty

40 Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2020 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2022.

1,35 złote (16,2 złote rocznie) stanowiły wydatki na stacjonarną opiekę zdrowotną (głównie w szpitalach). Ze spisu powszechnego z 2021 roku wiemy, że w Polsce jest około 12,5 miliona gospodarstw domowych. Oznaczałoby to, że przeciętnie w skali roku gospodarstwa domowe wydają 202,5 miliona złotych na stacjonarną opiekę zdrowotną na osobę. **W ramach tej kwoty „dowody wdzięczność”, które mogą być prezentami dla personelu medycznego, ale także łapówkami, stanowiły 7,6 proc. kwoty, czyli około 15,6 miliona złotych. Przyjmując, że według spisu powszechnego z 2021 roku przeciętne gospodarstwo domowe liczyło 2,6 osoby, należałoby tę kwotę odpowiednio pomnożyć.** Z kolei dobrowolne wpłaty na rzecz szpitala (na przykład przez fundacje przyszpitalne), które mogą być quasi-legalną formą korupcji, stanowiły 1,6 proc. kwoty, czyli nieco ponad 2,2 miliona złotych rocznie na osobę w gospodarstwie domowym (ponad 4 miliony złotych przy uwzględnieniu przeciętnej wielkości gospodarstwa domowego)<sup>41</sup>. Mówimy więc o kwotach, które z punktu widzenia całości kosztów ochrony zdrowia są niewielkie, ale z perspektywy pacjentów – już tak, biorąc pod uwagę zwłaszcza fakt, że w 2020 roku 8 proc. Polaków korzystało ze stacjonarnej opieki zdrowotnej – zatem kwota ta dotyczy tylko tej grupy. Trzeba ponadto uwzględnić, że przedstawione tu liczby to jedynie szacunki bazujące na bardzo ogólnych danych Głównego Urzędu Statystycznego. Niestety, w Polsce nie prowadzi się pogłębionych badań na temat nieformalnych kosztów dostępu do publicznej ochrony zdrowia<sup>42</sup>. Praktykę dobrowolnego dotowania szpitali, między innymi przez fundacje, dobrze opisał jeden z uczestników wywiadu grupowego z udziałem przedstawicieli organizacji pacjenckich i ekspertów zajmujących się systemem ochrony zdrowia:

*Myszę, że w Polsce się bardzo zmieniło. Ja ze swojej organizacji, nasi klienci nie donoszą nam, że musieli za coś zapłacić. Myszę, że to wszystko jest etap białych rękawiczek, ona [korupcja] w mojej ocenie dalej jest, natomiast została sformalizowana. Przy szpitalach są fundacje, do których można sobie przyjść. [...] kupujemy sobie oficjalnie w przychodni przyszpitalnej albo w ogóle w gabinecie po prostu usługę, jest to wycenione i dzięki temu bardzo często trafiamy do systemu, bo lekarz mówi, że już jestem wpisana w kalendarz.*

Uczestnicy wywiadu grupowego w gronie reprezentantów organizacji pacjenckich i ekspertów opisywali funkcjonowanie fundacji przyszpitalnych jako ognisk ryzyka korupcji i nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych:

*[...] funkcjonują fundacje, są terapie, które są poza refundacją, i jest pacjent, który kwalifikuje się do takiej terapii poza refundacją i lekarz, który go prowadzi w publicznej placówce zdrowia, jest gotów nadzorować tę terapię w ramach leczenia tego pacjenta. I można dokonać czegoś takiego, jak darowizna celowa, na przykład leku konkretnego na rzecz konkretnego pacjenta. I ten pacjent może sobie do tej fundacji zapłacić pieniądze, żeby ten lek [dostać], bo nie może przyjść z nim do szpitala pod pachą.*

Inna uczestniczka tego samego wywiadu opisywała zblizoną quasi-legalną praktykę:

*To jest bardzo popularne w Polsce. W moim obszarze opieki okołoporodowej ta korupcja wygląda w taki sposób, że połowa kobiet prywatnie prowadzi swoje cięże, w systemie, w którym kobieta w ciąży – niezależnie, czy jest ubezpieczona, czy nie – ma opiekę, bo w Polsce jesteśmy pod tym względem wyjątkowi. Możemy korzystać, nie musimy za to płacić, to jest niesamowite i właściwie mamy gwarancję, że ten ginekolog nas szybko przyjmie, bo mamy ustawy, które nas chronią, to i tak połowa, to są miliardy złotych. [...] To jest taki układ: spełniam oczekiwania moich klientek, bo one sobie tego życzą, płacą mi 2 tysiące w ciągu*

41 W przeszłości nieformalne, w tym korupcyjne, wydatki na ochronę zdrowia w Polsce i w innych państwach Europy Środkowo-Wschodniej próbowano oszacować w ramach projektu badawczego ASSPRO CEE 2007 (assprocee2007.com). Szerzej – zob. S. Golinowska, *Opłaty nieformalne w ochronie zdrowia. Perspektywa i doświadczenia polskie*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010, nr 8, s. 12–28.

42 Na marginesie warto odnotować, że w 2009 roku Ministerstwo Zdrowia szacowało na podstawie Głównego Urzędu Statystycznego, że kwota nieformalnych kosztów dostępu do ochrony zdrowia może sięgać nawet 334 milionów złotych (2 proc. wszystkich indywidualnych opłat za te świadczenia). Zob. *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*, red. S. Golinowska, Wydawnictwo Medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego „Vesalius”, Kraków 2009.

*cięży, w związku z tym, żeby ona była zadowolona, to robię coś, co jest poza standardem medycznym, bo w standardzie medycznym nie ma uzasadnienia. To ma negatywny skutek dla całego systemu ochrony zdrowia, ale to weszło w system, czyli nikt się nie przygląda, nikt się nie dopytuje, jak to jest, że ta położna raz jest na etacie, przyjmuje na dyżurze, a raz przyjęła do porodu.*

Uczestnicy wywiadu grupowego w gronie personelu medycznego niechętnie mówili o przykładach korupcji – czy to nielegalnych, czy to quasi-legalnych. Zaprzeczali, że jest to problem, lub podawali ogólne przykłady, zastrzegając jednocześnie, że uważają je za odosobnione sytuacje. Przypuszczenie, że nie mówili o tym, nie chcąc narażać się koleżankom czy kolegom po fachu lub obawiając się rozmowy o tym w większym gronie, z uwagi, że ktoś mógłby dalej przekazać podawane przez nich informacje i opinie, znajduje pewne potwierdzenie w tym, że w wywiadach indywidualnych ta kategoria rozmówców była już dużo bardziej otwarta i bezpośrednia. Jedna z lekarek zapytana o przykłady korupcji opisała praktykę „legalnej korupcji” czy „korupcji w białych rękawiczkach”, tak jak nazwała to osoba biorąca udział w dyskusji organizacji pacjentek. Jedna z lekarek w ramach wywiadu indywidualnego opisała funkcjonowanie fundacji przyszpitalnych:

*Podam taki przykład szpitala, w którym leczeni są pacjenci z całej Polski. Prowadziłam swoją specjalistyczną działalność – i przyjeżdżają ludzie, bo tylko tutaj chcą taką osobę zoperować czy tylko tutaj da się zoperować. I na przykład jest coś takiego, że pacjent jest przyjmowany i operowany pod warunkiem, że wpłaci jakąś określoną kwotę – nie wiem, jaką, ale często są to duże kwoty, tam rzędu kilku tysięcy – na fundację, która działa w danym szpitalu. Oczywiście ta fundacja ma jakieś swoje zasady, że pieniądze idą na to i na to – oczywiście na cele szpitalne, prawda? Ale warunkiem przyjęcia do oddziału jest wpłata cegiełki na fundację. Taki pacjent jest przyjmowany i przez tę fundację właśnie... Nie znam szczegółów. Nie wiem, jak ta fundacja funkcjonuje i na co faktycznie te pieniądze są przeznaczane, ale jakby taka jest droga przyjęcia do szpitala.*

Jednocześnie nie tyle usprawiedliwiła tę praktykę, ile starała się wytłumaczyć, skąd się ona bierze. Poniżej dłuższa wymiana zdań między

badaczem a respondentem na temat właśnie tej kwestii:

*BADACZ: Rozumiem, że ta fundacja później jest w jakiś sposób transparentna, że wiadomo, co tam się dzieje z tymi pieniędzmi i na co one idą?*

*LEKARKA: Oficjalnie tak, natomiast tak naprawdę to trudno powiedzieć. Jakiś jest cel tego, że ten pacjent musi te pieniądze tam wpłacić.*

*BADACZ: W tej publicznej opiece zdrowotnej, tak?*

*RESPONDENT: Dokładnie. To pacjenci sami mówią, i mówią to dosyć otwarcie, jakoś tam, szczególnie przez nich. Zresztą czasem są sami tym zaskoczeni, tą sytuacją, i sami mówią: „Przecież wpłaciłem pieniądze na fundację, kazali mi tyle i tyle, żeby być przyjętym”.*

*BADACZ: Rozumiem, że to się nie wszędzie zdarza, dlatego jest to zaskakujące, że człowiek, jak się zgłasza do publicznego szpitala, to raczej nie spodziewa się opłat – bo wtedy by poszedł prywatnie, gdyby chciał płacić?*

*LEKARKA: Tak, dokładnie. Ale wie pani, prywatnie nie wszystkie procedury się załatwi, bo są takie, które tylko w państwowym szpitalu. Prywatne szpitale są nastawione na zdrowych pacjentów, którzy przyjdą, zapłacą i tanecznym krokiem wyjdą.*

*BADACZ: Spędzając tam dwa dni, a nie więcej, prawda?*

*LEKARKA: Dokładnie. Natomiast szpitale publiczne właśnie biorą na siebie ciężar leczenia tych naprawdę ciężko chorych czy nieuleczalnie chorych, czy przewlekle chorych, czy długotrwałe hospitalizacje. To ciężar spada na publiczny szpital, a szpitale są przepełnione. Są naprawdę przepełnione i pacjenci rzeczywiście muszą czekać. Już pomijając nawet takie planowe przyjęcia czy oddziały intensywnej terapii, że nie dla każdego pacjenta jest miejsce – czy na przykład chcą przesłać z oddziału intensywnej terapii, z jakiegoś szpitala powiatowego, do wyższej referencyjności – i nie ma miejsca, i nie można tych ludzi przyjąć.*

Na inną formę „legalnej korupcji” w ochronie zdrowia na styku pacjent – lekarz, związanej jednocześnie z zastosowaniem nowych technologii, zwrócił uwagę kolejny uczestnik dyskusji:

*To mnie rzeczywiście nakierowało na coś, czego bym nie rozpatrywał pod kątem korupcji, ale to jest największa korupcja w Polsce chyba, z którą ja się spotkałem od samego początku funkcjonowania, bytowania w tym kraju. Nie było czegoś takiego, żeby wymyślił ktoś sobie taki biznes na takiej zasadzie i lekarze. Proszę bardzo, kolejny artykuł, który mi wyskoczył: „Wystawiła 320 tysięcy recept, każdy pacjent był u niej 160 sekund”. Tylko że ten wątek, że zaczęło się od tego, całkowicie umarł. Chodziło o to, żeby te e-receptomaty powstrzymać. Bo jeszcze ogromnym problemem jest to, że jak te receptomaty, które są czymś tragicznym, i to jest aktualnie ogromny problem, to*

*problemem jest to, że lekarze tego w ogóle... Jeżeli lekarka, która wystawiła te 320 tysięcy recept, ona ich nie wystawiła fizycznie, dała swoją licencję i automat wystawiał te recepty. Lekarz nie wiem, ile zarobił, ale jeśli za receptę jest 35 zł i dostanie nawet 15 zł, to ona zarobiła 3–4 miliony w ciągu roku. To jest niezgodne z kodeksem etyki lekarskiej. Lekarze oczywiście są wbrew temu i bardzo mocno bronili środowiska, że pozwólcie, na spokojnie musimy usiąść, wprowadzić regulacje. Ale co zrobiła Naczelna Izba Lekarska w stosunku do tej lekarki? Zawiesiła jej prawo do wykonywania zawodu na rok. Więc co to jest tak naprawdę? Ona powinna stracić dożywotnio.*

## Podsumowanie

Przeprowadzone badania pokazały, że Polacy negatywnie oceniają sytuację w publicznym systemie ochrony zdrowia. Ocena ta wynika głównie z przekonania o niskiej dostępności świadczeń zdrowotnych. Inną wybijającą się przyczyną jest związany z tym deficyt zaufania do systemu jako takiego. Ta negatywna ocena w mniejszym stopniu jest związana ze złą opinią o pracy personelu medycznego. W ocenie Polaków lekarze i pielęgniarki są kompetentni, a w leczeniu wykorzystuje się nowoczesne metody. Jednocześnie, jak wskazywali w sondażu respondenci, pacjentom nie poświęca się odpowiednio dużo uwagi i nie traktuje się ich tak, jak by tego oczekiwali. Opinia publiczna zdaje się jednak dostrzegać przede wszystkim systemowe źródła dysfunkcji ochrony zdrowia. W tym kontekście korupcja jawi się może jako nie najważniejszy problem ochrony zdrowia, ale istotny.

Ochrona zdrowia jako sektor życia publicznego jest rządziej postrzegana jak podatna na korupcję w porównaniu z wynikami sondaży jeszcze sprzed kilku lat. Niemniej wciąż pozostaje w czołówce obszarów ocenianych jako najbardziej narażone na ten problem, zaraz po politykach i administracji centralnej. W wynikach omawianego sondażu blisko połowa respondentów oceniła, że przypadki korupcji w ochronie zdrowia są częste i że taka sytuacja nie zmienia się od lat. Co ciekawe, podobnie jak w wypadku ocen dotyczących jakości publicznej ochrony zdrowia, również w wypadku korupcji Polacy wskazują przede wszystkim czynniki systemowe: upolitycznienie, złe zarządzanie, lobbing dostawców leków, sprzętu i usług oraz ogólne niedofinansowanie systemu jako takiego (nie mylić z niskimi wynagrodzeniami personelu).

Jednocześnie do udziału w twardej formie korupcji, jaką jest przekupstwo kogoś z personelu medycznego lub administracyjnego w publicznych podmiotach ochrony zdrowia, przyznaje

się 11 proc. respondentów. Odsetek ten z pewnością jest niedoszacowany ze względu na drażliwość pytania. Trzeba także odnotować, że dużo większy odsetek Polaków przyznaje, że poszukując dostępu do świadczeń zdrowotnych, korzysta ze znajomości, co kwalifikuje się jako miękka forma korupcji, niekoniecznie nielegalna. To pokazuje, że problem korupcji w publicznej ochronie zdrowia nie zniknął, mimo że ogólnie system poprawił swoje funkcjonowanie, a społeczeństwo ma także coraz większe możliwości korzystania z prywatnych usług zdrowotnych. Z drugiej strony to właśnie na styku publicznego i prywatnego sektora pojawiają się nowe, często legalne lub quasi-legalne formy korupcji. Polegają one na przykład na skracaniu oczekiwania na świadczenie zdrowotne przez wpłaty na fundacje działające przy szpitalach, czy innych podmiotach publicznej ochrony zdrowia lub przez zakup usług od lekarzy, pielęgniarek i położnych w sektorze prywatnym, żeby później w publicznych placówkach liczyć na uprzywilejowane traktowanie.

W wywiadach z przedstawicielami personelu medycznego, urzędnikami Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia pojawiły się także wątki dotyczące, skądinąd znanych, form korupcji związanych z organizacją zamówień publicznych, zmianami na liście leków refundowanych czy relacjami między lekarzami i firmami farmaceutycznymi oraz producentami sprzętu i akcesoriów medycznych. Jednocześnie, co interesujące, przedstawiciele zarówno organizacji pacjenckich, jak i personelu medycznego w relacjach między publicznym systemem ochrony zdrowia a dostawcami leków dostrzegli istotną zmianę na lepsze. Według opinii naszych rozmówców przyczyniła się do tego samoregulacja tej branży, w tym przede wszystkim konsekwentne wprowadzenie kodeksów etycznych ustanawiających standardy w kontaktach z publiczną ochroną zdrowia. To interesujący wątek, który może świadczyć o tym, że środowiska tradycyjnie uznawane za podatne na korupcję mogą przyczynić się do ograniczenia tego problemu same – bez ingerencji państwa, dodatkowych regulacji czy represji ze strony organów ścigania.

Dużo mniej optymistycznym wnioskiem z przeprowadzonych badań jest ustalenie, że w gronie osób reprezentujących personel medyczny oraz urzędników Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia dominuje słabe rozeznanie w problematyce ochrony sygnalistów. Można byłoby się spodziewać, że po blisko trzech latach od przyjęcia przez Parlament Europejski i Radę Unii Europejskiej dyrektywy o ochronie sygnalistów, w której znaczenie osób zgłaszających nadużycia w swoich miejscach pracy dla sektora ochrony zdrowia zostało szczególnie uwypuklone, wiedza na ten temat będzie bardziej powszechna. Tymczasem wypowiedzi lekarzy, pielęgniarek i urzędników były nasycone negatywnymi stereotypami i niezrozumieniem, kim są sygnaliści, dlaczego prawo powinno chronić takie osoby i w jaki sposób mogą one przyczynić się do zwiększenia odporności publicznego systemu ochrony zdrowia na korupcję i inne nadużycia.

Jeśli chodzi o możliwości ograniczenia ryzyka korupcji w publicznym systemie ochrony zdrowia, respondenci w sondażu wskazywali przede wszystkim ogólne zwiększenie finansowania. Wielu respondentów zgodziło się także, że rozwiązaniem mogą być decentralizacja i kampanie informacyjno-edukacyjne. Stosunkowo dużo respondentów (prawie jedna trzecia) wspomniała o prywatyzacji systemu ochrony zdrowia (jakby zapominając o paradoksalnych oczekiwaniach, że pozostanie on jednocześnie bezpłatny – zgodnie z pewnymi gwarancjami konstytucyjnymi) jako remedium na korupcję, co powinno być pewnym sygnałem dla decydentów w kwestii przebudowy całego systemu finansowania polityki zdrowotnej państwa. Rozmówcy w ramach wywiadów grupowych i indywidualnych mieli częściowo zbieżne poglądy z respondentami sondażu. Część z nich przychylnie wyrażała się o decentralizacji systemu, a nawet jego częściowej prywatyzacji czy wprowadzeniu odpłatności za wybrane świadczenia zdrowotne, co, ich zdaniem, mogłoby zwiększyć budżety podmiotów ochrony zdrowia i ograniczyć kolejki do świadczeń zdrowotnych, a konsekwencji pokusę uzyskiwania ich nielegalnie. Wielu rozmówców wspominało tak-

że o konieczności stworzenia centralnego, całościowego systemu oczekiwania na świadczenia zdrowotne, który przyczyniłby się do poprawy zarządzania systemem i jego transparentności, byłby więc też czynnikiem ograniczania korupcji. Co interesujące, w oczach opinii publicznej podniesienie wynagrodzeń personelu medycznego nie musi istotnie przyczynić się do ograniczenia korupcji.

## Grzegorz Makowski

profesor socjologii Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, ekspert i współpracownik wielu organizacji społecznych w Polsce i za granicą. Specjalizuje się w problematyce korupcji, polityki antykorupcyjnej, a także sytuacji społeczeństwa obywatelskiego. Od lat zaangażowany w wiele badań naukowych i projektów rzeczniczych. Autor wielu publikacji naukowych, raportów, ekspertów i tekstów publicystycznych.

---

Raport opiera się na wynikach ogólnopolskiego sondażu oraz serii wywiadów indywidualnych i grupowych przeprowadzonych z lekarzami, pielęgniarkami, urzędnikami, przedstawicielami organizacji pacjentskich, a także dostawcami dóbr do systemu publicznej ochrony zdrowia. Celem badań było uzyskanie wiedzy o tym jak opinia publiczna i osoby mające bezpośrednią styczność z publiczną ochroną zdrowia postrzegają problem korupcji w tym sektorze oraz możliwości przeciwdziałania temu zjawisku. Intencją raportu jest zwrócenie uwagi opinii publicznej, decydentów, a także osób tworzących system publicznej ochrony zdrowia Polsce na to, że pośród wielu problemów dotyczących tego obszaru życia, niestety także korupcja wciąż pozostaje obciążeniem, któremu także trzeba systematycznie przeciwdziałać. Reformując system publicznej ochrony zdrowia nie powinno się o tym zapominać.

