KE o korupcji w służbie zdrowia

Pod koniec grudnia ubiegłego roku Komisja Europejska opublikowała raport dotyczący stanu korupcji w sektorze służby zdrowia w krajach członkowskich Unii Europejskiej.

Opracowanie stanowi element pierwszego raportu Unii Europejskiej dotyczącego antykorupcji, który z kolei jest częścią całościowej strategii antykorupcyjnej zapoczątkowanej przez Komisję Europejską w 2011 roku. Główne cele opracowania koncentrują się wokół lepszego zrozumienia zakresu, natury i wpływu korupcji na sektor służby zdrowia w krajach Unii Europejskiej; oceny zdolności krajów członkowskich do zapobiegania i kontrolowania korupcyjnych praktyk w sektorze służby zdrowia, a także skuteczności przyjętych rozwiązań w praktyce.

Nacisk położony został na trzy obszary służby zdrowia: świadczenia usług medycznych (różne formy nieformalnych płatności); zamówienia i certyfikowanie wyrobów medycznych; zamówienia i dopuszczanie leków do obrotu.

Badanie zostało przeprowadzone w 28 krajach członkowskich Unii Europejskiej. W każdym z nich zrealizowano 3-4 wywiady z reprezentantami sektora służby zdrowia i instytucji antykorupcyjnych. Badanie obejmowało również opis 3-6 przypadków korupcji w służbie zdrowia oraz charakterystykę przyjętych polityk i praktyki przeciwdziałania korupcji w obszarze danego kraju. Zebrane informacje poddane zostały analizie, w wyniku której wypracowano konkluzje i rekomendacje.

Ze wstępnej analizy wybranych przypadków wynika, że różne typy korupcji definiowane zazwyczaj w literaturze (np. przekupstwo, łapownictwo, konflikt interesów, nepotyzm itd.), nie są wystarczającym kryterium dla głębszej analizy przyczyn i rozmiarów korupcji w sektorze zdrowia. Jak argumentują autorzy raportu, korupcja jest zjawiskiem złożonym, a poszczególne przypadki nierzadko łączą różne jej typy.

Zdaniem autorów raportu korupcja jest najbardziej widoczna w relacji między lekarzem i pacjentem. W obszarze sprzętu medycznego i lekarstw najbardziej powszechna według autorów jest korupcja w zamówieniach publicznych i niewłaściwe relacje marketingowe.

Zdaniem autorów raportu korupcja w sektorze służby zdrowia jest obecna w każdym z krajów

członkowskich UE, różni się zaś jej charakter i skala powszechności różnych typów korupcji. Wśród krajów uznanych za borykające się z powszechną korupcją w służbie zdrowia znalazły się: Czechy, Łotwa, Chorwacja, Słowacja, Rumunia, Włochy, Bułgaria i Grecja. Za najczęstsze uznano: korupcję w związku ze świadczeniem usług medycznych, w zamówieniach publicznych i nadużywanie stanowisk.

Korupcja związana ze świadczeniem usług medycznych występuje najczęściej i jest postrzegana jako zjawisko systemowe w krajach Centralnej i Wschodniej Europy będących po transformacji gospodarczej. W krajach Europy Zachodniej występuje rzadziej i ogranicza się do poszczególnych przypadków.

Korupcja w zamówieniach publicznych, niewłaściwe relacje marketingowe polegające na przekazywaniu pieniędzy, finansowaniu konferencji, wycieczek i innych atrakcji występuje w całej Europie. Korupcja w zamówieniach publicznych wydaje się być zjawiskiem rzadziej występującym w krajach, w których obszar zamówień publicznych jest ściśle uregulowany.

Autorzy raportu zwracają uwagę, że korupcji w służbie zdrowia mogą sprzyjać pewne słabości systemu, takie jak niskie wynagrodzenia, zbyt ograniczone środki przeznaczane na służbę zdrowia, powiązania z firmami; bądź luki w systemie nadzoru, ustawodawstwie antykorupcyjnym, czy skuteczności wymiaru sprawiedliwości. Powszechne przyzwolenie, a co najmniej tolerancja dla korupcji, uznawane są za jeden z głównych czynników sprzyjających jej. Autorzy raportu zauważają jednak niemal we wszystkich krajach członkowskich spadek społecznej akceptacji korupcji.

Nie istnieje jedna skuteczna strategia antykorupcyjna. Z badania wyraźnie wynika, że taka polityka musi polegać na silnych, niezależnych instytucjach i braku przyzwolenia na korupcję ze strony społeczeństwa.

Polska w raporcie

Według wyników badania, głównym obszarem, w którym występuje korupcja w polskiej służbie zdrowia są zamówienia publiczne. Autorzy raportu zaznaczają, że Polska nie korzysta z jednolitego systemu zamówień dla tego sektora. W praktyce każda jednostka realizuje zamówienia na własną rękę. W przypadku zapotrzebowania na sprzęt specjalistyczny, lekarze wiedzą jakie funkcjonalności tego sprzętu są im potrzebne, jednak nierzadko niewiele wiedzą na temat rozwiązań technologicznych (podzespołów, procesorów itp.). Małe i średnie placówki opieki zdrowotnej nie mają specjalistów mogących sprecyzować zamówienie oraz poprawnie sformułować jego warunki. Producenci sprzętu medycznego docierają do osób odpowiedzialnych za przygotowanie zamówienia i przedstawiają informację techniczną komisji przetargowej, nierzadko przekupując jej członków lub też najzwyczajniej korzystając z ich niewiedzy. Stąd też specyfikacje zamówień są przygotowywane dla konkretnego sprzętu produkowanego przez konkretną firmę.

Inny opisywany w raporcie mechanizm, pozwalający na zdobycie określonego zamówienia polega na proponowaniu prze firmę „darowizny” dla szpitala w postaci jednego urządzenia w zamian za

kupienie innego. Zgodnie z wynikami przeprowadzonego w Polsce badania, rozmówcy informowali, że szpitale bardzo ochoczo odnosiły się do tego typu propozycji i dopiero kiedy okazywało się jak kosztowna jest eksploatacja (np. odczynniki) tych urządzeń w kilkuletniej perspektywie, orientowały się, że są stratne w związku z przyjęciem tego typu darowizny. Jednak jak napisano w raporcie, kilka lat temu takie sytuacje były bardzo powszechne i głośne medialnie. Obecnie władze szpitali są znacznie bardzie ostrożne.

Ze społecznego punktu widzenia, nieformalne płatności związane ze świadczeniem usług medycznych stanowią poważny problem, którego negatywne skutki odczuwają najczęściej mniej uprzywilejowane grupy społeczne - lepiej sytuowani obywatele mogą sobie pozwolić na prywatną opiekę medyczną. W tym przypadku łapówki przybierają formę wysoko opłacanych wizyt w prywatnych gabinetach lekarzy praktykujących również w państwowych szpitalach. Tego typu płatność upoważnia do „przeskoczenia" kolejki osób oczekujących na przyjęcie do szpitalnego oddziału. Również w tym przypadku autorzy raportu są zdania, że praktyki te ulegają zmniejszeniu.

Zgodnie z odpowiedziami udzielonymi przez polskich respondentów, średnia kwota przeznaczona przez nich w 2011 roku na łapówki mające na celu uzyskanie lepszego lub szybciej udzielonego świadczenia medycznego wyniosła 311 PLN na gospodarstwo domowe. 1,7 procent badanych (gospodarstw domowych) przyznało, że wręczyło łapówkę związaną z opieką zdrowotną. Wartość wręczonych „dowodów wdzięczności" po wykonanej usłudze medycznej wyniosła średnio 142 PLN. Do poniesienia takiego wydatku przyznało się 1,6 procent badanych.

Kolejny duży problem, który odnotowała w raporcie Komisja Europejska dotyczy nepotyzmu. Według autorów opracowania jest on widoczny szczególnie wyraźnie w klinikach uniwersyteckich. W Polsce, zwłaszcza wśród lekarzy pokutuje przekonanie, że medycyna to rodzinny biznes, przekazywany z rodziców na dzieci. Charakterystyczny dla polskiej służby zdrowia jest również brak wrażliwości na potencjalny konflikt interesów.

Polscy ankietowani byli zgodni co do tego, że głównym czynnikiem sprzyjającym korupcji – pomimo tego, że jej skala jest mniejsza, niż parę lat temu – jest mentalność polskiego społeczeństwa przejawiająca się np. w społecznej akceptacji na wręczanie łapówek i niedostrzeganiu negatywnych skutków korupcji.

Zdaniem respondentów problem nieformalnych płatności w polskiej służbie zdrowia w ostatnim czasie uległ znacznemu zmniejszeniu, co wynika z dostępu do sektora prywatnych usług medycznych. Problem nadal jednak istnieje.

Źródło: ec.europa.eu

Pliki do pobrania

Pobierz raport (wersja w jęz. angielskim) (pdf, 2.13 MB) 17.01.2014 09:00