

## Reformy zdrowotne w Polsce a problem korupcji – w poszukiwaniu determinantów przebiegu procesów reformatorskich

Krzysztof Krajewski-Siuda, Piotr Romaniuk, Izabela Pomierna

### STRESZCZENIE

#### WSTĘP

Artykuł jest przedstawieniem procesu kształtowania się stanowisk dwóch grup, które doświadczyły zmiany dystrybucji interesu wskutek reform zdrowotnych 1999 i 2003 roku. Próbuje także udowodnić tezę, iż zmiana kierunku dystrybucji profitów zaistniała wskutek reformy 1999 roku mogła być jednym z głównych czynników decydujących o kształcie i przebiegu kolejnej reformy, wdrożonej w 2003 r. Jednym z głównych punktów odniesienia dla rozważań jest problem korupcji jako jednego z kanałów dystrybucji korzyści finansowych w określonym otoczeniu instytucjonalnym.

#### MATERIAŁ I METODA

Badanie zrealizowano w oparciu o systematyczny przegląd materiałów źródłowych dotyczących problemu korupcji w ochronie zdrowia oraz analizę doniesień prasowych na podstawie dwóch największych dzienników w Polsce. Kształtowanie się stanowisk grup interesu przeanalizowano przy użyciu metody mapowania politycznego.

#### WYNIKI

Lekarze są przez opinię publiczną postrzegani jako jedna z najbardziej skorumpowanych grup zawodowych w Polsce. Zjawisko często dotyczy ordynatorów szpitalnych oddziałów oraz znanych specjalistów klinicznych. Zmiana modelu finansowania ochrony zdrowia wskutek reformy 1999 roku stanowiła potencjalne zagrożenie dla nieformalnego systemu, który grupie tej dostarczał dodatkowych profitów. Jednocześnie reforma pozwoliła wyraźnie poprawić sytuację finansową lekarzy rodzinnych, z uwagi na kapitałową metodę finansowania tych świadczeń oraz upowszechnienie się prywatnych praktyk kontaktowanych przez publicznego płatnika. Doszło tym samym do instytucjonalizacji dwóch grup interesu, których próba sił znalazła ujście w drugim procesie reformatorskim w roku 2003.

#### WNIOSKI

Wstrzymywanie procesów reformatorskich w pierwszej dekadzie okresu transformacji, jak również odwrócenie procesu reform w 2003 roku należy traktować jako zbieżne z interesem grupy klinicystów zagrożonych

Zakład Polityki Zdrowotnej  
Wydział Zdrowia Publicznego  
Śląski Uniwersytet Medyczny

#### ADRES

#### DO KORESPONDENCJI:

Krzysztof Krajewski-Siuda  
Zakład Polityki Zdrowotnej  
Wydział Zdrowia Publicznego  
Śląski Uniwersytet Medyczny  
ul. Piekarska 18  
41-902 Bytom  
tel./fax 32 3976539  
e-mail: zpz@sum.edu.pl

Ann.Acad.Med.Siles. 2010, 64, 1-2, 75-90  
Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny  
w Katowicach  
ISSN 0208-5607

utrata korzyści czerpanych z opłat nieformalnych i wpływów decyzyjnych na rzecz nowo krystalizującej się grupy lekarzy rodzinnych. Istnieje prawdopodobieństwo stymulowania kształtu projektu reformy wdrożonej w 2003 roku grą interesów skupiających się wokół korzyści uzyskiwanych w drodze opłat nieformalnych.

**SŁOWA KLUCZOWE**

reformy zdrowotne, opłaty nieformalne, grupy interesu

**ABSTRACT****INTRODUCTION**

The article presents the process of forming positions of the two groups that have experienced a change in distribution of interest, due to health reforms in 1999 and 2003. It also tries to prove the thesis that the change direction distribution of profits as a result of the reform occurred in 1999, could be one of the main factors determining the shape and course of further reform, implemented in 2003. One of the main points of reference for consideration is the problem of corruption as one of the channels distribution of financial benefits in a particular institutional environment.

**MATERIAL AND METHODS**

The study was carried out based on a systematic review of source materials relating to the corruption problem in the health care, as well as the analysis of press reports on the basis of the two largest newspapers in Poland. Evolution of the positions of interest groups was analyzed using the method of political mapping.

**RESULTS**

Medical doctors are perceived by the public as one of the most corrupted professional groups in Poland. This phenomenon is often concerned in relation to hospital department coordinators, and famous clinical professionals. Changing the model of financing health care in 1999 represented a potential threat to the informal system which provided additional profits to this group. At the same time the reform allowed to clearly improve the financial situation of family doctors, because of the capitation method of financing these services, and the enhancement of contracts signed with private practices. Those processes caused to institutionalize the two interest groups that found an outlet in a second reformatory process in 2003.

**CONCLUSIONS**

Stopping of reform processes in the first decade of the period transformation, as well as the reversal of the reform process in 2003 must be regarded as consistent with the interests of the clinicians at risk of losing the benefits derived from informal fees and revenue-making for crystallizing new group of family doctors. There likely to stimulate the shape of the reform project implemented in 2003 years the interests of the game focusing on the benefits of the informal way of fees.

**KEYWORDS**

health reform, informal payments, groups of interes

**WSTĘP**

Reforma systemu ochrony zdrowia zawsze jest procesem silnie uwikłanym w politykę. Jak

twierdzi M. Reich, jednym z dowodów na tego rodzaju uwikłanie jest fakt, że reforma zdrowotna zawsze powoduje istotne zakłócenie istniejącego dotychczas układu dystrybucji władzy i wpływów (1, 2). Jeśli rozpatrzyć przypa-

dek reformy realizowanej w Polsce, koniecznym jest wziąć w tym kontekście pod uwagę szereg dodatkowych czynników. W początkach lat 90. XX wieku, a więc u samego zarania procesu reform, gra interesów w polityce nie była, jak się wydaje, w tak silnym stopniu determinantem przebiegu procesów decyzyjnych. W większym stopniu były one determinowane idealizmem nowych elit wyrosłych z dawnej opozycji antykomunistycznej (3–5). Niemniej, pomimo radykalności zaaplikowanej w tych latach „terapii szokowej” w obszarze gospodarki i wielu sfer społecznej aktywności, w dziedzinie ochrony zdrowia nie podjęto praktycznie żadnych działań reformatorskich, aż do końca lat 90. (6, 7). Jest to dość paradoksalne, jeśli wziąć pod uwagę, iż Polskę zwykło podawać się jako przykład lidera reform, podczas gdy wiele innych krajów Europy Środkowej i Wschodniej w tej akurat dziedzinie rozpoczęło intensywne przemiany już na początku tamtej dekady (8).

Poważna reforma zdrowotna w Polsce została wdrożona na początku 1999 r. i od tego momentu układ sił i wpływów zaczął ulegać zmianom, szczególnie w środowisku specjalistów ochrony zdrowia. Główne założenia reformy, takie jak wprowadzenie ubezpieczeniowego finansowania świadczeń zdrowotnych, decentralizacja, racjonalizacja kosztów i wprowadzenie przejrzystych kanałów przepływu finansów (9, 10), miały – między innymi – na celu wyeliminowanie zjawisk korupcyjnych, głęboko zakorzenionych w komunistycznym modelu Siemaszki. Ponieważ najbardziej wpływową grupę specjalistów pracujących w wyspecjalizowanych szpitalach klinicznych postrzegano jako głównych beneficjentów łapówkarstwa, powodzenie reformy mogło być postrzegane jako zagrożenie dla interesów tej grupy zawodowej. Z kolei niedocenia i traktowana poślednio w dawnym systemie grupa lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, wskutek wdrażanych przemian stała się grupą znacząco poprawiającą swoją pozycję w układzie wpływów, a w pierwszej kolejności – grupą potencjalnie odnoszącą bardzo konkretne korzyści finansowe, dzięki kapitałjnemu systemowi finansowania podstawowej opieki zdrowotnej. Tym samym można pokusić się o diagnozę, iż zmiany instytucjonalne w obrębie systemu zdrowotnego wymusiły wykształcenie się stosunkowo skonsolidowanych grup interesów w postaci stoją-

cych po przeciwnych stronach barykady beneficjentów starego i nowego systemu.

Niniejszy artykuł jest próbą przedstawienia zarysu procesu kształtowania się stanowisk dwóch głównych zainteresowanych grup, a także wskazania argumentów, dzięki którym możliwe będzie udowodnienie tezy, iż zmiana kierunku dystrybucji profitów, jaka zaistniała wskutek reformy 1999 roku, mogła być jednym z głównych czynników decydujących o kształcie i przebiegu kolejnej reformy, wdrożonej w 2003 r., stanowiącej w pewnej mierze odwrót od rozwiązań wcześniej zastosowanych. Jednym z głównych punktów odniesienia dla rozważań jest problem korupcji jako jednego z kanałów dystrybucji korzyści finansowych w określonym otoczeniu instytucjonalnym. Autorzy podejmą zatem również próbę omówienia kształtu i specyfiki tego problemu w systemie opieki zdrowotnej w Polsce.

#### CEL PRACY

Cele niniejszego artykułu są następujące:

- Zarysowanie problemu korupcji w systemie ochrony zdrowia w Polsce, wraz z krótkim opisem historii tego zjawiska, opisem uwarunkowań jego kształtu i specyfiki, jak również prezentacja grupowej percepcji korupcji wśród opinii publicznej.
- Omówienie systemowego uwarunkowania zjawiska specyfiki korupcji w systemie ochrony zdrowia w Polsce.
- Przedstawienie procesu krystalizacji grup interesu w środowisku profesjonalistów opieki zdrowotnej, zainicjowanego reformą w roku 1999.
- Wskazanie możliwych czynników, które zainicjowały powrót do scentralizowanego zarządzania systemem, w 2003 roku.

#### METODOLOGIA

Badanie zostało zrealizowane w oparciu o czteropoziomową metodologię:

- Systematyczny przegląd raportów, monografii i artykułów naukowych opublikowanych w czasopismach polskich i międzynarodowych wykorzystano w celu przygotowania opisu założeń i formalnego kształtu obu reform ochrony zdrowia, jak

również politycznego kontekstu ich realizacji. Problem korupcji w ochronie zdrowia w Polsce również omówiono w oparciu o publikacje naukowe i raporty przygotowane na zlecenie instytucji międzynarodowych, takich jak Bank Światowy i Światowa Organizacja Zdrowia. Wykorzystano również badania społeczne realizowane na zlecenie podmiotów polskich: „Diagnoza Społeczna”, sprawozdania Głównego Urzędu Statystycznego, raport dotyczący finansowania ochrony zdrowia w Polsce „Zielona Księga”, przygotowany na zlecenie Ministerstwa Zdrowia. Selekcji źródeł dokonano przy użyciu baz danych publikacji medycznych Medline i PubMed, jak również standardowej wyszukiwarki internetowej (www.google.com) i baz danych lokalnych bibliotek (Śląski Uniwersytet Medyczny, Biblioteka Śląska w Katowicach). Przyjęto ramy czasowe publikowanych prac zamykające się w przedziale sąsiadującym z przedmiotowymi reformami ochrony zdrowia (lata 1995–2005).

- Przegląd prasy codziennej wykorzystano do w celu przygotowania opisu skali i charakterystyki zjawiska korupcji wśród pracowników ochrony zdrowia w Polsce. Ogólna liczba przeanalizowanych artykułów wyniosła 348. Zostały one opublikowane w dwóch największych dziennikach w Polsce: „Gazecie Wyborczej” i „Rzeczpospolitej” w okresie 1992–2010 („Gazeta Wyborcza”) i 2000–2010 („Rzeczpospolita”). Artykuły wyselekcjonowano w oparciu o następujące słowa kluczowe: „korupcja”, „łapówki”, „służba zdrowia” i „lekarze”. Dodatkowo włączono do analizowanej grupy 4 artykuły opublikowane w 1994, 1997 i 1999 w „Gazecie Wyborczej” oraz 2 artykuły opublikowane w 1997 i 2000 w „Rzeczpospolitej”, wybrane na podstawie słów kluczowych „lobby profesorsko-ordynatorskie”. Przegląd obejmował wszystkie kategorie tekstów (wiadomości, komentarze, wywiady, reportaże) publikowane w wymienionych gazetach.
- Raporty z badań opinii publicznej dotyczące kwestii korupcji w Polsce przeanalizowano w celu przedstawienia społecznej percepcji zjawiska korupcji. Badania były prowadzone przez dwa największe ośrodki w Polsce: TNS OBOP i CBOS. Uwzględniono także badania re-

gularnie prowadzone na zlecenie Fundacji im. Stefana Batorego. Dla celów porównawczych uwzględniono analogiczny raport opublikowanego przez TNS OBOP w 1976 roku.

- W celu przeprowadzenia analizy stanowisk głównych zainteresowanych grup interesu, użyto metody mapowania politycznego (11, 12). Kluczowi uczestnicy sceny politycznej i zawodowej, jak również ich stanowiska wobec kolejnych reform, zostały określone na podstawie oficjalnych deklaracji i wypowiedzi przytaczanych w mediach (w tym na stronach stron internetowych), opinie i stanowisk prezentowanych w gazetach i w profilowanych pismach tematycznych. Szczególną uwagę zwrócono na następujące tytuły: „Gazeta Wyborcza”, „Rzeczpospolita”, „News week Polska”, „Służba Zdrowia” i „Gazeta Lekarska”.

#### TŁO ANALIZY

##### 4.1. System zdrowotny w Polsce przed reformą 1999 roku

W czasach przed upadkiem komunizmu polski system zdrowotny zorganizowany był według wzorców radzieckiego modelu Siemaszki. Państwo deklarowało swobodny i nieograniczony dostęp do usług zdrowotnych dla całej ludności kraju, usługi były finansowane z budżetu centralnego. Wszystkie placówki ochrony zdrowia (na każdym poziomie) były własnością państwa, brak było jasnych zasad finansowania usług, jako ewentualnej motywacji do racjonalizacji kosztów i wdrażania mechanizmów efektywnościowych w zarządzaniu – poszczególne placówki otrzymywały roczne budżety, niepowiązane w racjonalny sposób z liczbą wykonywanych świadczeń (13). Ponadto, pomimo deklarowanej równości w dostępie do usług zdrowotnych, poszczególne grupy zawodowe lub społeczne (np. górnicy, pracownicy służb bezpieczeństwa, pracownicy kolei) dysponowali możliwością korzystania z odrębnych systemów świadczenia usług. Różnice w jakości usług pomiędzy takimi systemami specjalnymi i systemem powszechnym często były znaczące (10, 13, 14). W komunistycznej Polsce, podobnie jak w innych krajach obozu socjalistycznego, system ochrony zdrowotnej opierał się przede wszyst-

kim na leczeniu zamkniętym i specjalistycznym. Sektor podstawowej opieki był słabo rozwinięty, poziom kompetencji lekarzy ogólnych często niezadowalający. Prestiż tej grupy zawodowej był niski, zarówno w odbiorze ze strony pacjentów, jak i innych przedstawicieli środowisk lekarskich i zawodów medycznych. W rezultacie ponadprzeciętnie duży był odsetek specjalistów wśród wszystkich praktykujących lekarzy, podobnie jak sektor szpitalny charakteryzował się nadmierną, ekstensywną strukturą łóżek szpitalnych. Średni czas pobytu w szpitalu oraz liczba hospitalizacji także znacząco przewyższały racjonalne standardy (10, 14–16).

Niefektywność systemu finansowego, niska jakość usług i długi czas oczekiwania na wykonanie świadczeń (w szczególności bardziej zaawansowanych) można przyjąć jako najbardziej uciążliwe skutki realizacji radzieckiego wzorca organizacyjnego w ochronie zdrowia. Oprócz pogorszenia się poziomu mierników zdrowia ludności, taka sytuacja była również bardzo silnym bodźcem do rozwoju zjawiska nieformalnych opłat za usługi medyczne, które z jednej strony stały się swoistym elementem regulującym dostęp do usług (wbrew deklarowanej równości), z drugiej zaś strony stanowiły nieformalny mechanizm kompensacji dochodów pracowników sektora ochrony zdrowia, których oficjalne wynagrodzenia powszechnie uznawane były jako nieadekwatne do zakresu odpowiedzialności i prestiżu wykonywanego zawodu. Zjawisko to szczególnie intensywnie rozwijać zaczęło się pod koniec lat 70. zaś w końcu kolejnej dekady korupcja wśród lekarzy była już zjawiskiem powszechnym, co więcej – faktycznie akceptowanym zarówno przez nich, jak i pacjentów (10, 14, 15).

#### 4.2. Zmiany spowodowane reformą 1999 roku

W pierwszej dekadzie okresu postkomunistycznego w obszarze ochrony zdrowia nie nastąpiły żadne realne zmiany, z wyjątkiem kilku reform organizacyjnych o drugoplanowym z perspektywy efektywności systemu znaczeniu. W 1991 r. została uchwalona nowa ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, regulująca wymagania techniczne stawiane placówkom, jak również zmieniająca ich status w sposób dający daleko większy zakres swobody decyzyjnej (9). W roku 1995 uchwalono ustawę dotyczącą zmiany zakresu kompetencji niektórych dużych miast, która obejmowała także przekazanie wybranym samorządom obowiązków właścicielskich nad placówkami

ochrony zdrowia (17). Niemniej jednak, ogólny schemat organizacyjny, jak i model finansowania systemu pozostał nieomal niezmieniony względem okresu sprzed 1989 roku (6, 7). W 1997 roku, po wyborach parlamentarnych, nowy rząd ogłosił program intensywnych reform w czterech obszarach społecznych, w tym w ochronie zdrowia (3). Na tej podstawie w 1999 roku dokonano się pierwsza realna zmiana całej struktury organizacyjnej systemu. Centralne budżetowe finansowanie zostało zastąpione powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym wzorowanym na rozwiązaniach niemieckich (i nawiązującym do rozwiązań, które funkcjonowały w Polsce w okresie międzywojennym), organizacyjnie opierającym się na 17 niezależnych kasach chorych, z czego 16 miało charakter regionalny, powiązany pewną zależnością z nowo utworzonymi sejmikami wojewódzkimi, jeden zaś przybrał postać kasy zawodowej, utworzonej dla przedstawicieli służb mundurowych. Zrealizowany projekt przewidywał dalszą ewolucję systemu polegającą na dopuszczeniu możliwości działania w ramach publicznego ubezpieczenia także funduszy prywatnych, które stałyby się konkurentem kas samorządowych. Ze względu na słabość zaplecza politycznego rządu i ostateczny upadek koalicji, która wprowadziła omawianą reformę, zmiany te nie weszły jednak w życie, zaś jedyną, bardzo ograniczoną formą konkurencji w obrębie ubezpieczenia zdrowotnego stała się iluzoryczna możliwość swobodnego wyboru ubezpieczyciela spośród siedemnastu publicznych, przez każdą osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia.

Drugim kluczowym elementem reformy było wprowadzenie zasady rozdziału płatnika i świadczeniodawcy, gdzie ich wzajemna relacja sprowadzona została do zasady kontraktowania przez kasy chorych świadczeń wykonywanych przez działające na rynku placówki. Trzecim elementem stało się zwiększenie roli podstawowej opieki zdrowotnej, której powierzono, na wzór brytyjski, rolę „strażnika systemu”, a więc instancji regulującej popyt na specjalistyczne świadczenia zdrowotne (2, 9, 18). Ustanowiona została nowa specjalizacja medyczna w zakresie medycyny rodzinnej, obowiązkowa dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Założono, że w perspektywie kilku lat lekarze tej specjalności zastąpią całkowicie grupę lekarzy ogólnych, którzy w starym systemie w żaden sposób nie byli motywowa-

ni do poszerzania zakresu swoich kompetencji. W obszarze podstawowej opieki zdrowotnej zastosowano kapitacyjną metodę finansowania ze stałą, zryczałtowaną stawką za każdego pacjenta podlegającemu danemu lekarzowi (danej placówce), modyfikowaną w górę w przypadku pacjentów powyżej 65. i poniżej 5. roku życia. Pacjenci chcący skorzystać z usług specjalistycznych zobligowani zostali do otrzymania skierowania od lekarza POZ (z kilkoma wyjątkami, np. świadczeń ginekologicznych, dermatologicznych lub okulistycznych), niektóre kasy chorych dodatkowo zastosowały mechanizm *fundholdingu*, w ramach którego lekarze rodzinni zobowiązani zostali do pokrywania z otrzymywanych środków zlecanych świadczeń specjalistycznych (19).

#### 4.3. Recentralizacja systemu – Narodowy Fundusz Zdrowia

Po wyborach parlamentarnych w 2001 r. ugrupowania, które wprowadziły reformę 1999 roku, straciły władzę. Nowy rząd zaś, podpierając się społecznym niezadowoleniem z rezultatów wcześniejszych zmian, przedstawił projekt zakładający likwidację kas chorych i ich zastąpienia jedną centralną instytucją ubezpieczeniową. Mariusz Łapiński zasiadający na stanowisku ministra zdrowia i firmujący swoim nazwiskiem ów projekt (18), dał się za sprawą swoich wypowiedzi poznać jako zwolennik scentralizowanego modelu zarządzania systemem zdrowotnym. Był również dość wyraźnie sceptyczny względem prywatyzacji usług zdrowotnych, sygnalizując, iż w jego opinii publicznie finansowane świadczenia wykonywane być powinny przede wszystkim przez publicznych dostawców (2, 20). W ten pogląd wpisywał się jeden z jego projektów dotyczący stworzenia listy publicznych szpitali o kluczowym znaczeniu, które powinny zostać wyłączone z jakichkolwiek projektów prywatyzacyjnych i pozostać pod kontrolą rządu centralnego (21).

Projekt nowej reformy spotkał się z wyraźnym sceptycyzmem – zarówno opozycji politycznej, jak i środowisk eksperckich (22–24). Mimo to w 2003 roku Sejm uchwalił ustawę zastępującą system kas chorych scentralizowanym Narodowym Funduszem Zdrowia (18).

#### 4.4. Korupcja w ochronie zdrowia – ramy teoretyczne

Według M. Chawli, opłaty nieformalne można zdefiniować jako: „płatności w gotówce lub

w naturze, dokonywane przez pacjentów lub inne osoby w imieniu pacjentów, na rzecz indywidualnego lub instytucjonalnego podmiotu świadczącego opiekę zdrowotną bezpośrednio lub na rzecz osób organizujących świadczenia opieki zdrowotnej wykonywane przez taki podmiot, za świadczenie zdrowotne wykonane lub oczekiwane, przy uwzględnieniu faktu, że odbiorcy tych płatności nie są upoważnieni do ich otrzymania na mocy obowiązujących przepisów” (15). Opłaty takie mogą być wykonane zarówno z własnej woli i na żądanie (jawne lub sugerowane) pracownika służby zdrowia. Płatność może być dokonana w gotówce lub w naturze, na rzecz osób fizycznych lub instytucji. Skrzyżowanie tych dwóch kryteriów klasyfikacji pozwoliłoby nam rozróżnić:

- „koperty” – gotówka wręczana konkretnej osobie, zazwyczaj z góry, w celu zapewnienia sobie lepszego standardu opieki lub też szybszego dostępu do świadczenia;
- „dowody wdzięczności” – płatności w formie rzeczowej (słodczyce, kosmetyki, alkohole itp.) dokonywane na rzecz indywidualnej osoby, zazwyczaj *ex post*;
- „cegiełki” – wpłaty gotówkowe na rzecz instytucji, przyjmujące formę mniej, bądź bardziej wymuszonego „wsparcia” fundacji działającej przy placówce, która staje się realnym beneficjentem tego rodzaju opłaty;
- opłaty rzeczowe na rzecz instytucji, przyjmujące postać samodzielnego zaopatrzenia w lekarstwa, strzykawki, igły, pościel itp. dobra, które powinny zostać otrzymane bezpłatnie przez pacjenta, w ramach wykonywanego świadczenia (15).

Charakter opłat nieformalnych jest bardzo niejednorodny, co skutkuje licznymi trudnościami w zdefiniowaniu ich i analizie zjawiska. Niektóre z nich mogą służyć jedynie zwiększeniu dochodów poszczególnych pracowników opieki zdrowotnej, natomiast inne mogą być wynikiem realnie istniejącego niedoboru finansowego w systemie zdrowotnym, skutkującego brakiem możliwości zrealizowania obowiązków spoczywających na świadczeniodawcach (15).

Przytoczona definicja nakazuje również wniosek, iż pojęcie opłat nieformalnych jest szersze znaczeniowo, niż popularniejsze w języku potocznym słowo „korupcja”, lub też funkcjonujący na gruncie języka legislacji termin „łapownictwo”. Jakkolwiek powszechne jest stosowanie tych terminów zamiennie, w myśl

poczynionej kategoryzacji należałoby odebrać to jako błąd. Specyficzne na gruncie literatury polskiej jest także dość częste rozróżnianie opłat, którym przypisuje się faktyczny charakter korupcyjnych od tych, które uznane zostają za „szczerze dowody wdzięczności”, wynikające wyłącznie z woli pacjenta zadowolonego z uzyskanej opieki i nie mające powiązania z różnicą w traktowaniu lub przyspieszeniem dostępu do świadczenia. Przykładem tego rodzaju rozróżnienia jest raport z badania „Diagnoza Społeczna” (25–29). Kategoria ta jest o tyle problematyczna w rozpatrywaniu jej w kontekście zjawiska korupcji, iż rzeczywiście jest to zjawisko silnie zakorzenione w polskiej tradycji, w żaden sposób nie wymuszane czynnikami systemowymi. Etyczna niejednoznaczność kategorii „dowodów wdzięczności” czasem skutkuje pewnymi wysiłkami zmierzającymi do uregulowania zjawiska, w rodzaju publikowania przez samorząd lekarski listy dozwolonych prezentów, których przyjęcie nie wiąże się z etyczną czy prawną odpowiedzialnością. Podstawową motywacją pacjentów decydujących na wręczenie nieformalnej płatności jest oczekiwanie lepszego standardu świadczenia lub też uzyskania w ogóle dostępu do oczekiwanego świadczenia, w warunkach niewystarczającej podaży. Możliwą przyczyną może być również chęć otrzymania świadczenia pomimo niespełnienia formalnych wymogów (np. skierowanie od lekarza rodzinnego, posiadanie ubezpieczenia). W leczeniu ambulatoryjnym zjawisko korupcyjne pojawia się w sytuacji potrzeby uzyskania nieuzasadnionego zaświadczenia o niezdolności do pracy uprawniającego do świadczenia z ubezpieczenia społecznego. W sytuacji uprzywilejowania niektórych grup społecznych (np. wyższy poziom refundacji środków farmaceutycznych w przypadku kombatantów), możliwą przesłanką łapownictwa może być również dążenie do otrzymania sfałszowanej recepty umożliwiającej korzystny zakup drogiego (lub rzadkiego) lekarstwa. Często było również wyłudzenie zaświadczeń o niezdolności do pełnienia służby wojskowej. Specyficzną sytuacją jest zaświadczenie o niepoczytalności albo innego rodzaju chorobie, która wyklucza odpowiedzialność karną osób podejrzanych o popełnienie przestępstwa (15). Zjawisko opłat nieformalnych zwykło być uważane za powiązane dość ściśle z mechanizmami systemowymi typowymi dla sowieckiego modelu Siemaszki. Z nielicznymi wyjąt-

kami (Czechy, Chorwacja, Słowenia, Estonia) opisywane jest jako występujące w ponadprzeciętnej skali we wszystkich krajach postkomunistycznych (30–34).

## WYNIKI

### 5.1. Charakterystyka i skala zjawiska korupcji w polskim systemie zdrowotnym

Według badań opinii publicznej, lekarze są postrzegani jako jedna z najbardziej skorumpowanych grup zawodowych w Polsce. W 1999 r. lekarzy wskazało 78% respondentów; w porównaniu do roku 1993 ten odsetek wzrósł o 16 punktów procentowych. Ochrona zdrowia została wskazana przez 77% respondentów jako obszar, w którym łapówka może być pomocna w pomyślnym załatwieniu oczekiwanej sprawy (35). W innym sondażu przeprowadzonym w 2000 r., 50% osób przyznających się do wręczenia łapówki (10% ogółu badanych) przyznało, iż uczyniło to na korzyść pracownika ochrony zdrowia (36). W 2006 roku, wśród osób, które w badaniu CBOS przyznały się do wręczenia łapówki, 79% potwierdziło, iż miało to miejsce w kontakcie z ochroną zdrowia. W tym samym badaniu ogół respondentów ochronę zdrowia wskazał jako najczęstszy obszar występowania zjawisk korupcyjnych (53,1% wskazań) (37). Z kolei w roku 2007 przeprowadzono badanie dotyczące poglądów i doświadczeń korupcyjnych w kontaktach z ochroną zdrowia. W tym przypadku 21% badanych zadeklarowało, iż mieli kontakt (lub miał któryś z członków rodziny) z sugestią wręczenia łapówki ze strony lekarza. Jednocześnie 43% badanych mających kontakt z ochroną zdrowia przyznało się do wręczenia tzw. „dowodu wdzięczności” po zakończeniu leczenia, a 31% – do wręczenia podarku w trakcie leczenia (własnego, lub członka rodziny) (38).

Wyniki te nie różnią się znacznie od tych, wynikających z badań prowadzonych w czasach rządów komunistycznych. W 1976 roku 52% respondentów stwierdziło, że kontakt z lekarzem jest najczęstszą sytuacją skutkującą wręczeniem łapówki (39). Może to prowadzić do wniosku, że wszelkie działania podejmowane w trakcie przekształcania w celu wyeliminowania lub zmniejszenia zakresu tego zjawiska nie przyniosły zakładanego skutku, a wręcz skala zjawiska się powiększyła.

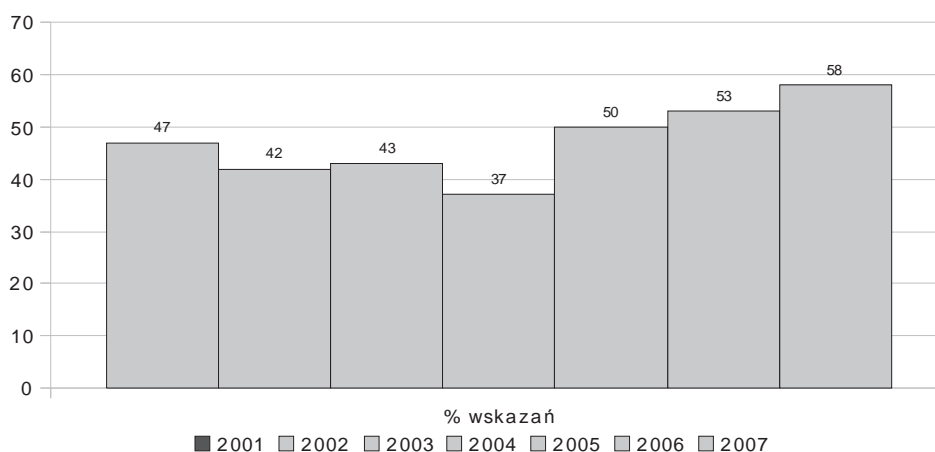
Wyniki badań przeprowadzonych przez organizację pozarządową są podobne: lekarze byli, a w rzeczywistości nadal są, postrzegani jako jedna z najbardziej skorumpowanych grup zawodowych w Polsce. W badaniach przeprowadzanych przez Fundację im. Stefana Batorego, około 50% respondentów wskazuje ochronę zdrowia jako najbardziej zepsutą sferę aktywności publicznej. Wyższy odsetek uzyskiwała jedynie polityka, choć w latach 2006 i 2007 została już przez ochronę zdrowia zepchnięta na drugą pozycję. Również pytanie o osoby, którym najczęściej wręczane są łapówki, przyniosło skutek w postaci dominacji odpowiedzi wskazujących pracowników ochrony zdrowia (56–57% wskazań, zależnie od roku przeprowadzenia badania). Znajdujący się na drugim miejscu policjanci uzyskali już „jedynie” 12–15% wskazań (40, 41). W jeszcze innym badaniu wręczenie łapówki pracownikowi ochrony zdrowia w ciągu ostatnich 10 lat potwierdziło 36% respondentów (kolejne 3% odmówiło odpowiedzi na pytanie). Więcej niż połowa badanych przyznała się do wręczenia łapówki więcej niż jeden raz (41, 42).

Poniższy wykres przedstawia zmiany w postrzeganiu korupcji w ochronie zdrowia rejestrowane w kolejnych badaniach przeprowadzanych przez Fundację im. Stefana Batorego. Wykres wyraźnie ukazuje stale wysoki utrzymujący się poziom ochrony zdrowia jako obszaru postrzeganego jako najbardziej podatny na korupcję. Szczególny wzrost wskazań ochrony zdrowia nastąpił w okresie 2005

–2007. Najprawdopodobniej jednak nie tyle jest to rezultat zwiększenia się poziomu korupcji w ochronie zdrowia, co odzwierciedlenie powszechności doniesień medialnych relacjonujących głośnie afery korupcyjne ujawniane w owym czasie. Towarzysząca temu zjawisku opisana poniżej znacząca poprawa rezultatu uzyskanego przez Polskę w rankingu *Corruption Perception Index* zdaje się potwierdzać taką interpretację.

Badania opinii publicznej są zgodne z szacunkami skali nieformalnych płatności w systemie opieki zdrowotnej, jak również ogólnymi szacunkami poziomu korupcji w sferze społecznej. Według organizacji *Transparency International*, Polska jest jednym z najbardziej skorumpowanych krajów wśród wszystkich państw członkowskich UE. W 2005 w rankingu *Corruption Perception Index* Polska zajęła siedemdziesiątą pozycję na 158 uwzględnionych państw, znalazłszy się w sąsiedztwie Burkina Faso, Egiptu i Lesotho (3,4 punktu w skali 0–10, gdzie 10 oznacza brak korupcji, a 0 – najwyższy poziom korupcji). Znamienna jest jednak wyraźna zmiana zauważalna w ostatnich latach. Najnowszy ranking z roku 2009 sytuuje Polskę na pozycji 49 z wynikiem 5 punktów (43).

W ochronie zdrowia, w pierwszej dekadzie po upadku komunizmu zjawisko opłat nieformalnych stało się nieomal symbolem systemu, stanowiąc pod koniec lat 90. więcej niż 23% całkowitych wydatków na zdrowie (13, 15). Wyniki badań przeprowadzonych w Kra-



Wykres 1. Postrzeganie korupcji w ochronie zdrowia – wyniki badań Fundacji im. Stefana Batorego (liczba badanych wskazujących ochronę zdrowia jako najbardziej skorumpowany obszar życia społecznego)

Źródło: Fundacja im. Stefana Batorego.



kwiecień w 1998 roku przez M. Chawłę i wsp. wykazały, że w grupie wszystkich wydatków bezpośrednich na leczenie ambulatoryjne, w sektorze publicznym 17,8% stanowiły opłaty nieformalne, zaś w leczeniu szpitalnym odsetek ten wyniósł 15,4%. Przy uwzględnieniu faktu, że znaczna część opłat bezpośrednich jest dokonywana jako zakup środków farmaceutycznych (74,1% w leczeniu ambulatoryjnym i 68,2% w szpitalnym), nieformalne płatności mogą być uznane jako najważniejsza pozycja wydatków na bezpośrednie leczenie. Dziewięćdziesiąt cztery procent wszystkich tego rodzaju płatności zostało wniesione na rzecz placówek publicznych (44). We wcześniejszym badaniu, M. Chawła i wsp. stwierdzili, że ponad 46% przypadków korzystania z opieki medycznej wiąże się z wystąpieniem zjawiska korupcyjnego, zaś 81% opłat nieformalnych wręczanych jest jako korzyść lekarza (14).

Oprócz tradycji historycznej i akceptacji społecznej, wskazać należy także inne czynniki, które przyczyniły się do eskalacji omawianego zjawiska. W tej grupie niebagatelne znaczenie mają niejasne relacje pomiędzy placówkami publicznymi i prywatnymi, gdzie większość specjalistów, oprócz pracy w placówkach publicznych, prowadzi również prywatną praktykę. Formą korupcji, choć trudną do oszacowania i udowodnienia, staje się w tych okolicznościach wniesienie oficjalnej i legalnej opłaty za usługę lekarską w placówce prywatnej, gdzie jednak w rzeczywistości jest to furtka pozwalająca uzyskać szybszy dostęp (lub też – w ogóle uzyskać dostęp) do łóżka szpitalnego w placówce publicznej zatrudniającej lekarza będącego beneficjentem wniesionej opłaty. Szacuje się, że w końcu lat 90. nawet połowa łóżek szpitalnych przydzielana była w oparciu o tego rodzaju nieformalne kryteria (15).

### 5.2. Beneficjenci zjawisk korupcyjnych w ochronie zdrowia

Analiza prasy codziennej została przeprowadzona w celu przedstawienia specyfiki zjawiska korupcji w polskim systemie zdrowotnym. Stworzono bazę 348 artykułów, z czego 162 wyselekcjonowano jako ostateczną bazę analizy. Pozostałą część stanowiły chybione rekordy wyszukiwania oraz teksty stanowiące echo wcześniejszych publikacji. Pominęto także artykuły dotyczące: zagranicy, korupcji na poziomie politycznym (przy okazji zmian ustro-

jowych w ochronie zdrowia), szkoleń antykorupcyjnych dla lekarzy. Spośród wskazanej liczby, rozkład tematyki poruszanej w tekstach przedstawiał się następująco:

- 38 artykułów dotyczyło fałszowania dokumentacji medycznej i orzeczeń na potrzeby postępowania przed Zakładem Ubezpieczeń Społecznych. Tego rodzaju zjawiska najczęściej dotyczyły lekarzy psychiatrów;
- 16 artykułów dotyczyło korupcji wśród ordynatorów oddziałów szpitalnych;
- 15 artykułów dotyczyło korupcji wśród słynnych specjalistów, najczęściej ginekologów;
- 10 artykułów dotyczyło korupcji wśród dyrektorów szpitali. W tej i dwóch wcześniejszych kategoriach, największa część analizowanych tekstów omawiała działania policji prowadzone przeciw osobom podejrzanym o łapownictwo;
- 2 artykuły omawiały sprawozdania z kontroli NIK przeprowadzanych w szpitalach klinicznych, gdzie podkreślone zostały okoliczności sprzyjające wystąpieniu zjawisk korupcyjnych;
- 1 artykuł opisywał wykrycie przypadku skorumpowanego lekarza rodzinnego;
- 7 artykułów dotyczyło głośnej sprawy „łowców skór” w Łodzi;
- 13 dotyczyło „sprawy doktora G.” – omówienia jednostkowego, ale spektakularnego przypadku zatrzymania lekarza podejrzanego o korupcję;
- 6 artykułów dotyczyło korupcji w związku z przetargami na zakup sprzętu oraz konstruowaniem listy leków refundowanych;
- 2 artykuły dotyczyły korupcji w sytuacji starania się przez młodych lekarzy o przyjęcie na kurs specjalizacyjny;
- 2 artykuły omawiały prowokację dziennikarską w stosunku do lekarza;
- 50 artykułów w sposób ogólny odnosiło się do problemu korupcji w ochronie zdrowia.

Na tej podstawie można wyciągnąć wnioski, iż szczególnie podatną na korupcję sferą jest system orzecznictwa w związku z postępowaniami rentowymi i sądowymi oraz system poboru wojskowego. Te zagadnienia nie są rozwijane w niniejszym artykule. Spośród pozostałych przypadków korupcji, liczba publikowanych tekstów sugeruje, iż zjawisko najczęściej dotyczy ordynatorów szpitalnych oddziałów oraz znanych specjalistów klinicznych. Tego

rodzaju rezultat należy traktować jako zbieżny z wnioskami zamieszczonymi w cytowanym wcześniej raporcie Banku Światowego, gdzie specjaliści wskazani zostali jako podstawowi beneficjenci łąpownictwa, w szczególności w takich dziedzinach, jak chirurgia, laryngologia, neurologia i ortopedia (15). Jest to również zbieżne z wynikami badań opinii publicznej, na gruncie której popularne w swoim czasie stało się sformułowanie mówiące o istnieniu „lobby ordynatorsko-profesorskiego” jako głównego odbiorcy zysków korupcyjnych.

Przywołane wcześniej badania nie dostarczają danych o zakresie zjawiska i kwotach nieformalnych opłat wnoszonych w szpitalach klinicznych, ale stwierdza się, że w połowie lat 90., pacjenci korzystający z opieki medycznej poza regionem swojego zamieszkania częściej wręczali tzw. „koperty” (69% pacjentów w tej kategorii przyznało się do wręczenia łąpówek lekarzom, 58% innym pracownikom, podczas gdy wśród pacjentów korzystających w miejscu zamieszkania odsetek ten wynosił odpowiednio 61% i 50%). Kwoty wypłacane przez pacjentów „migrujących” średnio były trzykrotnie wyższe niż płacone w szpitalach w miejscu zamieszkania (14). Przy założeniu, że podstawowym bodźcem skłaniającym pacjenta do korzystania ze świadczenia poza miejscem zamieszkania jest wyższa jakość usług (37% wszystkich wskazań, 42% na obszarach wiejskich), lepszy stosunek personelu do pacjenta (29% wskazań) oraz lepsze wyposażenie placówki (15% wskazań) (14), można stwierdzić z dużym prawdopodobieństwem, że łąpówki są bardziej zyskowne dla personelu medycznego z bardziej prestiżowych klinik wysokospecjalistycznych.

Taka sytuacja może być spowodowana następującymi czynnikami:

- Zabiegi wykonywane w szpitalach klinicznych są najbardziej skomplikowane i odnoszą się do najbardziej niebezpiecznych dla życia i sprawności pacjenta jednostek chorobowych. Silniejsza jest zatem motywacja do zapewnienia sobie (lub bliskiej osobie) możliwie najlepszej opieki, wszelkimi możliwymi sposobami w sytuacji konieczności korzystania z tego rodzaju usługi. Z uwagi na mniejszą dostępność świadczeń wysokospecjalistycznych, także w tym przypadku bardziej logiczne wydaje się uzyskiwanie wyższych profitów przez ordynatorów decydujących o przyjęciu na oddział (15). Jedną z najczęstszych form płatności nieformal-

nych występujących na tym obszarze są wymienione powyżej płatności wnoszone za pośrednictwem prywatnej praktyki (14).

- Popyt na usługi szpitali klinicznych jest wysoki także wśród pacjentów, którzy mogliby uzyskać adekwatną do potrzeby pomoc w jednostkach niższych rangą. Wynika to z oczekiwania wyższej jakości świadczenia w tego rodzaju placówce. Zwiększając nierównowagę pomiędzy podażą a popytem na świadczenia szpitali klinicznych, stwarza to dodatkową presję sprzyjającą rozwojowi zjawisk korupcyjnych.

Nie jest możliwe precyzyjne oszacowanie dochodów uzyskiwanych przez beneficjentów łąpownictwa dzięki temu procederowi. W badaniu M. Chawli i wsp. stwierdzono, że w połowie lat 90. łąpówki przyczyniały się do zwiększenia oficjalnych wynagrodzeń lekarzy nawet dwukrotnie (14). Jeden z najbardziej popularnych tabloidów w Polsce opublikowała kilka lat temu „nieoficjalny cennik” procedur medycznych, zgodnie z którym za miejsce w szpitalu pacjent średnio musi zapłacić 600 zł, za przyspieszenie wykonania świadczenia co najmniej 500 złotych, za odebranie porodu 1000 – 2000 zł, za operację cesarskiego cięcia 1800 – 4500 zł, za wszczepienie sztucznego stawu biodrowego 3500 – 4500 (45). Są to jednak dane mało wiarygodne, jeśli chodzi o źródło swojego pochodzenia i trudno potraktować je jako rzetelną podstawę analizy zjawiska. Bardziej nieco wiarygodne dane zostały opublikowane przez „Gazetę Wyborczą”, zgodnie z którą nieformalna cena wybranych zabiegów wynosi: około 100 zł za lepszą opiekę przez prowadzącego lekarza, średnio 500 – 1000 zł jako dowód wdzięczności po interwencji chirurgicznej, 1000 zł za szybszy dostęp do leczenia i podobnej wysokości opłata za miejsce w szpitalu (46). Według raportu Banku Światowego w sprawie nieformalnych płatności w Polsce, przeszczep serca może wymagać nieformalnej dopłaty w wysokości nawet 20.000 złotych (15).

### 5.3. Kształtowanie się stanowisk grup interesu

W niniejszej analizie rozpatrzeniu poddano stanowiska dwóch głównych zainteresowanych stron. Pierwszą z nich jest szeroko rozumiana kategoria „klinikistów”, obejmująca w szczególności ordynatorów oddziałów klinicznych i wysoko wykwalifikowanych specjalistów. Na gruncie publicystyki grupa ta nazy-

wana bywa mianem „lobby profesorsko-ordynatorskie”. Tego rodzaju określenie stanowi podkreślenie swoistej jedności interesów członków tej grupy, pomimo różnych politycznych sympatii i zaangażowania. Przegląd prasy codziennej pozwolił wyselekcjonować 5 artykułów zawierających słowa kluczowe „lobby profesorsko-ordynatorskie”, opublikowanych w „Gazecie Wyborczej,” i „Rzeczpospolitej” w latach 1995 – 2000. W czterech przypadkach artykułów dotyczy prywatyzacji zakładów opieki zdrowotnej, w jednym przypadku – protestu anestezyjologów. We wszystkich przypadkach przydomek został użyty do określenia grupy, która w opinii niższego personelu medycznego utrudnia zmiany strukturalne systemu ochrony zdrowia.

Druga z zainteresowanych stron to lekarze rodzinni, stanowiący w analizowanym okresie środowisko stosunkowo słabo skonsolidowane, dopiero kształtujące swoją zbiorową świadomość po reformie 1999 roku. Te dwie grupy są właściwie jedynymi, które w okresie przedmiotowych reform w dość otwarty sposób artykułowały swoje stanowiska, czyniąc to w sposób pozwalający prezentowane opinie potraktować jako zbiorowe wyrażenie interesu. Obydwie także nasiliły swoją aktywność po reformie 1999 roku. Pierwsza w obliczu niebezpieczeństwa utraty wcześniej uprzywilejowanej pozycji, druga jako ta grupa, która w bardzo dużym stopniu zyskała na zmianach wprowadzonych wraz z reformą (2, 47). Prawdopodobne przyczyny tej sytuacji są następujące:

- Lekarze rodzinni, a wcześniej lekarze ogólni, nie czerpali nigdy znacznych zysków z łąpownictwa. Cytowane badania M. Chawli i wsp. nie zawiera żadnych danych mówiących o nieformalnych płatnościach w tej grupie lekarzy (44). Wykonany przegląd prasy codziennej pozwolił na zidentyfikowanie jednego takiego wykrytego przypadku. Nie oznacza to, rzecz jasna, że w tej grupie problem całkowicie nie istnieje. Można przypuszczać, że w szczególności na obszarach wiejskich, gdzie dostęp do usług zdrowotnych jest ograniczony, lekarze POZ także mieli sposobność uzyskiwania dodatkowych profitów z procedury łąpowkowej. Wciąż jednak miałyby to znamiona zjawiska, jeśli nie o niniejszej skali liczby przypadków, to na pewno kwot pozostających w nieformalnym obiegu (48).
- W systemie zdrowotnym zorganizowanym w oparciu o model Siemaszki rola lekarzy

podstawowej opieki zdrowotnej i ich prestiż był niski. Sytuacja taka utrzymywała się do czasu reformy z 1999 roku (16, 49–51). Założone zwiększenie roli POZ po 1999 r., jak również zmiana modelu finansowania świadczeń tego szczebla, sprawiły, iż tak formalna, jak i finansowa pozycja lekarzy rodzinnych uległa nagłej i bardzo wyraźnej poprawie (2). Szacuje się, że najbardziej skuteczne prywatne praktyki podstawowej opieki zdrowotnej zapewniają lekarzom dochody sięgające nawet 10.000 zł (52, 53), co nawet kilkukrotnie przekracza przeciętny zarobek lekarza w Polsce (52, 54).

W przypadku klinicystów przyjęcie stanowiska wrogiego reformie 1999 roku może być spowodowane następującymi przyczynami:

- mechanizmy wykształcone w modelu Siemaszki pozwalały im funkcjonować w dość korzystnych, choć nielegalnych, warunkach dochodowych;
- celem reformy w roku 1999 było wprowadzenie przejrzystych zasad finansowania poszczególnych zabiegów i kwalifikowania pacjentów do szpitali. Tym samym pojawiło się niebezpieczeństwo ograniczenia lub całkowitej utraty nieformalnego źródła przychodów;
- poza aspektem finansowym, zmiana modelu finansowania, szczególnie przy uwzględnieniu modelu *fundholdingu*, rodziła niebezpieczeństwo odwrócenia się hierarchii prestiżu w grupie zawodów medycznych, co należy traktować być może w kategoriach czysto ambicjonalnych, niewątpliwie pogłębiających ogólne poczucie niepokoju zachwianiem dotychczasowego *status quo*;
- możliwa realizacja zakładanych dalszych etapów reformy, takich jak dopuszczenie konkurencji między kasami chorych i otwarcie systemu dla firm prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, jak również szersza prywatyzacja w sektorze opieki, mogły dodatkowo ograniczyć korupcję poprzez wprowadzenie oficjalnych kryteriów przyjmowania pacjentów (posiadania odpowiedniego programu ubezpieczeń) oraz wyeliminowanie korupcji wynikającej z relacji pomiędzy prywatnym i publicznym sektorem lecznictwa.

Po wyborach w 2001 r. oraz deklaracjach nowego rządu, że kasy chorych zostaną zastąpione Narodowym Funduszem Zdrowia, dwie

analizowane grupy ponownie przyjęły skrajnie odmienne stanowiska. Centralizacja zarządzania, jak również gwarancja monopolu publicznego płatnika i niechęć do prywatyzacji w sektorze świadczeniodawców dawały grupie „klinikistów” podstawy do nadziei na zachowanie własnej pozycji i podtrzymania we wcześniejszym okresie układu sił. Grupa otwarcie deklarowała poparcie dla projektu reformy przygotowanego przez ministra Mariusza Łapińskiego. Tekst deklaracji Konferencji Rektorów Akademii Medycznych można potraktować tu jako artykulację owego poparcia<sup>1</sup> (55). Tymczasem z perspektywy lekarzy rodzinnych pojawiło się niebezpieczeństwo utraty pozycji uzyskanej w przeciągu kilku lat funkcjonowania nowego modelu organizacyjnego. Wprawdzie ministerstwo oświadczyło, że będzie dążyć do dalszego wzmocnienia struktur podstawowej opieki zdrowotnej, rezultaty faktycznych decyzji ministra sugerowały dążenie do ograniczenia roli lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach systemu (2, 56). Sytuacja zagrożenia przyspieszyła proces konsolidacji tej grupy, czego wyrazem stało się zawiązanie tzw. „Porozumienia Zielonogórskiego”, które zorganizowało ostry bojkot umów oferowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na koniec 2003 roku, rodząc niebezpieczeństwo paraliżu systemu zdrowotnego (57).

Tym samym można na podstawie powyższego dość wyraźnie zauważyć, iż dwie przeprowadzone w kilkuletnich zaledwie odstępach czasowych reformy systemu zdrowotnego, doprowadziły do wyklarowania się dwóch grup interesu, dla których powodzenie lub porażka kolejnych reform mogły mieć kluczowe znaczenie z punktu widzenia konkretnych korzyści osiąganych w danych okolicznościach instytucjonalnych. Grupa „klinikistów” przy tym wykształciła się realnie, zanim proces reformatorski w ogóle zaistniał, w rezultacie sprzyjających uwarunkowań charakteryzujących polski system zdrowotny przed 1999 rokiem, jakkolwiek nie miała ona charakteru skonsolidowanego, ani jednolitej reprezentacji – czy to formalnej, czy nieformalnej. Zagrożenie pozycji zaistniałe wskutek reformy 1999 roku rozpoczęło proces konsolidacji tej grupy, choć ar-

tykulacja jej stanowiska także ma postać rozproszoną i nie dysponuje ona jednolitą reprezentacją (pozostając wszak bardzo wpływową z uwagi na liczne kontakty ze sceną polityczną). Grupa lekarzy rodzinnych *de facto* powstała wskutek reformy 1999 roku, która to reforma stworzyła z kolei okoliczności instytucjonalne tej grupie przysparzające korzyści. Zagrożenie cofnięcia zapoczątkowanych zmian w 2003 roku spowodowało konsolidację tej grupy, przez co nabrała ona bardziej sformalizowanego charakteru (Stowarzyszenie Porozumienie Zielonogórskie).

## DYSKUSJA

6.1. *Korupcja w polskim systemie zdrowotny* Łąpownictwo jest niewątpliwie jednym z najważniejszych problemów systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Istnieje kilka koncepcji, dlatego kolejnym rządów nie udało się go rozwiązać w ciągu kilkunastu lat od upadku komunizmu. Niektórzy eksperci podkreślają, że brak reform w pierwszych latach niepodległej Polska skutkował utrwaleniem się negatywnych zjawisk, tym trudniejszych do wykorzenia w późniejszym czasie (41). Inni podkreślają zasadniczą nierównowagę pomiędzy popytem na świadczenia zdrowotne a ich podażą, której także reforma z 1999 roku nie zdołała wyeliminować (41). Innym możliwym powodem jest nieefektywna dystrybucja zasobów, które pozostają poza racjonalną kontrolą – wbrew deklaracjom, iż zreformowany system zapewni obieg zgodny z założeniem „pieniądz idzie za pacjentem” (59). Wreszcie niejasne relacje między sektorem publicznym i prywatnym są również postrzegane jako jedna z przyczyn korupcji (60). Z drugiej strony nie należy bagatelizować czynnika w postaci po prostu niedoboru środków. Niezależnie od domniemanego nadmiernego popytu, poziom finansowania świadczeń publicznych jest na tyle niski, że nie jest w stanie pokryć zapotrzebowania. Dodatkowym efektem jest wysoce niezadowolający poziom wynagrodzeń pracowników sektora zdrowotnego, który dodatkowo rodzi pokusę wykorzystania mechanizmów pozaprawnych, szczególnie, gdy ich pojawienie się dodatkowo jest stymulowane innymi czynnikami (61, 62).

Wszystkie te argumenty zapewne w jakimś stopniu determinują zjawisko opłat nieformalnych. Część spośród nich jednak nie sta-

<sup>1</sup> „Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych popiera rozwiązania przyjęte w ustawie o Narodowym Funduszu Zdrowia. Jednocześnie wyrażamy nadzieję, że przepisy wykonawcze do tej ustawy zapewnią szpitalom klinicznym należne im miejsce w systemie ochrony zdrowia i stworzą warunki do właściwego ich funkcjonowania.”

nowi wyraźnego zaprzeczenia postawionym w niniejszym artykule tezę, iż proces reform zdrowotnych może być stymulowany interesami powiązanych z profitami korupcyjnymi.

Pomimo powszechnej opinii o wielkości skali korupcji w służbie zdrowia w Polsce, można wskazać co najmniej dwie wiarygodne pozycje podważające dominującą opinię. Pierwszą z nich jest „Diagnoza Społeczna”, cykliczne badanie ankietowe przeprowadzone przez Polskie Towarzystwo Statystyczne, mające na celu diagnozowanie warunków życia gospodarstw domowych w Polsce. W odniesieniu do przedmiotowej kwestii wyniki tego badania sugerują, że ani skala zjawiska, ani zysków uzyskanych przez pracowników służby zdrowia nie jest tak wysoka, jak się powszechnie zwykło sądzić. W roku 2000 średnie roczne wydatki na prywatne usługi szpitalne wyniosły 1400 zł, z czego 40% stanowiły koszty „dowodów wdzięczności” lub łapówek. Średnia wartość łapówek wyniosła 209 zł, podczas gdy średnia wartość „szczyrych dowodów wdzięczności” 160 zł (25). W 2003 r. wartość łapówek wzrosła do 238 zł, natomiast wartość „dowodów wdzięczności” zmniejszyła się do 126 zł. Tylko 3,3% gospodarstw domowych przyznało się do wręczenia łapówki, a 4,2% do wręczenia „dowodu wdzięczności” w okresie 3 miesięcy od przeprowadzenia badania. Odsetek ten był nieco wyższy wśród gospodarstw domowych, które korzystały z usług szpitalnych i wyniósł 6,6% (26). W 2005 r. wartość łapówki i „dowodów wdzięczności” spadła – odpowiednio do 169 zł i 98 zł. Nastąpił niewielki wzrost liczby gospodarstw domowych, przyznających się do wręczenia łapówki (6%) i „dowodu wdzięczności” (9%) (27). Najnowszy raport z badania „Diagnoza Społeczna” (2009 rok) sygnalizuje dość wyraźny wzrost wartości opłat nieformalnych (475 zł i 136 zł w przypadku „szczyrych dowodów wdzięczności”), choć jednocześnie zmniejszył się odsetek gospodarstw domowych przyznających się do ich wręczenia (odpowiednio: 2,5% dla opłat nieformalnych i 3,8% dla „szczyrych dowodów wdzięczności”).

Drugie badanie zostało przeprowadzone przez Główny Urząd Statystyczny w 2003 r. i miało na celu oszacowanie całkowitych wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia. Zgodnie z jego wynikiem, wydatki na nieformalne płatności (w tym „koperty” i „dowody wdzięczności”) wyniosły 60 mln zł (63). W roku 2004 całkowita suma wydatków na

zdrowie w Polsce wyniosła około 62 mld zł (64), co oznacza, że nieformalne płatności wynosiły jedynie 1% całości wydatków krajowych na zdrowie – wielokrotnie mniej, niż wcześniej cytowane 23%.

Zarówno „Diagnoza Społeczna”, jak i badanie GUS wskazują, że zakres korupcji w służbie zdrowia w Polsce jest znacznie mniejszy niż to zostało zasugerowane w poprzednich częściach, a dodatkowo jego skala maleje. Jednocześnie jednak dokumenty te stanowią potwierdzenie innych cytowanych wcześniej tez. Zauważona korelacja pomiędzy spadkiem skali opłat nieformalnych a wzrostem wydatków w sektorze prywatnym (poza ubezpieczeniem społecznym), może bowiem potwierdzać, iż rzeczywiście zastosowane w ramach reformy 1999 roku rozwiązania stanowiły zagrożenie dla beneficjentów łapówek (25–27)

Dysproporcje w rezultatach poszczególnych badań mogą być spowodowane kilkoma przyczynami:

- badania analizujące postrzeganie zjawiska korupcji (cytowane raporty ośrodków badania opinii publicznej, Fundacji im. Stefana Batorego, jak również *Corruption Perception Index*, zawsze dają wyższy rezultat, niż w przypadku badań nakierowanych na oszacowanie skali zjawiska w oparciu o deklarowane zachowania własne. Wynika to zarówno z faktu, że respondenci są w mniejszym stopniu skłonni do przyznania się do własnych nielegalnych zachowań, niż do obserwowania ich u innych osób, jak i z niewątpliwego faktu, iż opinia publiczna stanowi w pewnej mierze odzwierciedlenie obrazu przedstawianego w mediach. Nasilenie się dyskusji publicystycznej na temat zjawiska korupcji, jak również częste medialne relacjonowanie spektakularnych przypadków zatrzymania osób z zarzutami korupcyjnymi skutkuje wytworzeniem się powszechnego odczucia wszechobecności korupcji w życiu społecznym. Wraz z przesunięciem się środka ciężkości w dyskursie publicznym na inne problemy zmienia się wynik badań w tej materii.
- Należy uwzględnić różnice w czasie realizowania badania. Cytowane raporty zespołów badawczych wspieranych przez Bank Światowy dotyczą okresu sprzed reform zdrowotnych oraz okresu szczególnego nasilenia się całościowych procesów transformacyjnych w kraju. Jest możliwa interpretacja, która mówił będzie o spadku ska-

li zjawiska korupcji w ochronie zdrowia w obecnej dekadzie, w porównaniu do poprzedniej.

- Różnice w wynikach badań mogą być spowodowane różnicami w zastosowanej metodologii. „Diagnoza Społeczna” obejmowała pytanie o wręczenie opłaty nieformalnej na przestrzeni ostatnich trzech miesięcy, podczas gdy badania OBOP i Fundacji im. Stefana Batorego zakreślały nawet 10-letni okres styczności ze zjawiskiem. Tego rodzaju różnica metodologiczna może zostać zinterpretowana na dwa przeciwstawne sposoby. Z jednej strony niższy wynik w przypadku „Diagnozy Społecznej” może zostać uznany za zaniżenie realnego poziomu występowania badanego zjawiska, z uwagi na zbyt krótki przyjęty pułap czasowy. Przeciwna interpretacja z kolei mogłaby stanowić potwierdzenie tezy zarysowującej się w punkcie drugim powyżej – dziesięcioletni pułap przyjęty w pozostałych badaniach może oznaczać wyższy poziom skali zjawiska w latach 90., ale wcale niekoniecznie w drugiej dekadzie okresu transformacji systemowej. Różnicą metodologiczną, która może mieć wpływ na rezultat badania, występującą na linii badanie M. Chawli - „Diagnoza Społeczna”/CBOS/OBOP/Fundacja im. Stefana Batorego, jest również fakt przeprowadzenia sondażu telefonicznego w pierwszym przypadku i badań ankietowych w drugim. Brak osobistego kontaktu z ankierem w przypadku sondażu telefonicznego może stanowić czynnik nakłaniający do większej szczerości w dzieleniu się własnymi doświadczeniami korupcyjnymi. Badanie M. Chawli wskazało wreszcie na bardzo istotny aspekt sprawy, który nie został uwzględniony w pozostałych cytowanych badaniach, mianowicie zdecydowanie większą skalę zjawiska w przypadku leczenia szpitalnego, w porównaniu z leczeniem ambulatoryjnym. Pytanie o wystąpienie zjawiska korupcyjnego bez uwzględnienia tego podziału może być przyczyną zaniżenia skali problemu.

Podsumowując, nie jest możliwe udzielenie jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o rzeczywistą skalę korupcji w polskim systemie ochrony zdrowia. Nie negując stwierdzenia, iż jest to problem istotny, można jednak z pewną dozą prawdopodobieństwa stwierdzić, że jego realna skala jest niższa, niż sugerowałyby

to postrzeżenie problemu przez opinię publiczną. Można również zaryzykować stwierdzenie, iż w przeciągu ostatniej dekady jego skala raczej się zmniejszyła, niż wzrosła. Nie ulega wreszcie wątpliwości, że obraz problemu będzie różny, zależnie od tego, czy wziąć pod uwagę całość kształt systemu zdrowotnego, czy też dokonać rozdziału pomiędzy lecnictwem specjalistycznym zamkniętym a lecnictwem otwartym, skupiając się na pierwszym z tych przypadków. W związku z tym mniejszy realny poziom skali zjawiska, niż poziom sugerowany przez dominujący na forum publicznym pogląd, nie stanowi w rzeczywistości argumentu obalającego postawioną tezę o możliwym wpływie korzyści korupcyjnych na kształtowanie się grupy interesu niechętniej zaimplementowanym w 1999 roku reformom.

#### 6.2. *Przyczyny powstania Narodowego Funduszu Zdrowia*

Istnieje wiele możliwych przyczyn likwidacji kas chorych i zastąpienia ich centralnym Narodowym Funduszem Zdrowia. Projekt drugiej reformy był dość wyraźnie warunkowany negatywnym odbiorem społecznym reformy 1999 roku i likwidacja kas chorych stanowiła jeden z elementów programu politycznego obozu, który wygrał wybory w 2001 roku. Pierwotnie jednak zakładano zastąpienie 17 kas pięcioma lub sześcioma funduszami ponadregionalnymi (18). Już po wyborach i objęciu stanowiska ministerialnego przez Mariusza Łapińskiego nastąpiła zmiana projektu w kierunku, który ostatecznie przybrał postać realizowanego projektu. Zważając na konotacje zawodowe Mariusza Łapińskiego wywodzącego się ze środowiska klinicyistów, może to sugerować pewne warunkowanie projektu reformy grą interesów (22, 24). Tego rodzaju opinie nasiliły się szczególnie po orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego o niezgodności ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej (65). Doniesienia o niejasności relacji ministra i jego najbliższego otoczenia z koncernami farmaceutycznymi dodatkowo nasiliły poczucie wątpliwości co do klarowności intencji autora reformy (66–69).

#### OGRANICZENIA MATERIAŁU I METODY

Zaprezentowanego tekstu nie należy traktować jako silnego dowodu na postawione tezy.

Zastosowana metodologia posiada kilka bardzo istotnych ograniczeń. Zarówno analiza prasy codziennej, jak i badań opinii publicznej może skutkować istotnym zakłóceniem realnego poziomu korupcji. W przypadku prasy charakterystyczna jest bowiem skłonność do wyolbrzymiania prezentowanych zjawisk, co z kolei skutkuje nieadekwatną reakcją opinii publicznej. Nie tyle zatem powszechność opinii o wysokiej skali korupcji wynikać może z realnych doświadczeń ludności, co ze stymulowania poglądów obrazem medialnym. Podkreślić należy przy tym, że sama specyfika zjawiska opłat nieformalnych nie daje możliwości rzetelnego szacowania skali tego zjawiska. Nie istnieje zatem prawdopodobnie w ogóle bardziej wiarygodne źródło danych, niż to, które zostało wykorzystane.

Podobnie teza o relacji pomiędzy interesem grupowym a przebiegiem procesów politycznych poparta została wyłącznie poszlakami wynikającymi z analizy obrazu medialnego przedmiotowych zjawisk, niż niepozostawiającymi wątpliwości dowodami. Z uwagi bowiem na specyfikę interesu, który został tu wskazany jako kluczowy, nie można oczekiwać jego otwartej artykulacji.

#### WNIOSKI

- Korupcja w systemie ochrony zdrowia w Polsce, niezależnie od niejasności co do rzeczywistej skali zjawiska, uznana powin-

na zostać jako jeden z najistotniejszych problemów towarzyszących transformacji systemowej.

- Jako najważniejszych beneficjentów korzyści czerpanych z łapownictwa wskazać należy osoby uwikłane w procedury orzecznicze dla potrzeb ubezpieczenia społecznego oraz procesów sądowych, w drugiej kolejności – przedstawiciele wysoko wykwalifikowanego personelu placówek klinicznych oraz ordynatorów oddziałów szpitalnych, w szczególności klinicznych.
- Wstrzymywanie procesów reformatorskich w pierwszej dekadzie okresu transformacji, jak również odwrócenie procesu reform w 2003 roku należy traktować jako zbieżne z interesem grupy klinicystów zagrożonych utratą korzyści czerpanych z opłat nieformalnych i wpływów decyzyjnych na rzecz nowo krystalizującej się grupy lekarzy rodzinnych.
- Istnieje prawdopodobieństwo stymulowania kształtu projektu reformy wdrożonej w 2003 roku grą interesów skupiających się wokół korzyści uzyskiwanych w drodze opłat nieformalnych. Również i realna porażka tej reformy może być determinowana silną konsolidacją środowiska przeciwnego projektowanym zmianom, czyli lekarzy rodzinnych.

Praca zrealizowana przy wsparciu finansowych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, w ramach projektu o numerze NN-2-056/07.

#### PIŚMIENNICTWO:

1. Reich M.R. The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. *Health Policy* 1995, 32 (1-3): 47-77.
2. Włodarczyk C. Reformy Zdrowotne – uniwersalny kłopot. Wydawnictwo UJ, Kraków 2003.
3. Dudek A. Pierwsze lata III Rzeczypospolitej 1989-2001. Wydawnictwo Arka, Kraków 2002.
4. Gawin D. Obóz solidarnościowy – wzlot, upadek i odbudowa idei demokracji. W: Nelicki A. (red.). O naprawę III Rzeczypospolitej. Instytut Spraw Publicznych, Wydawnictwo Platan, Kraków 1998: 81 – 116.
5. Cichońska E. Główne założenia. W: Kolarska – Bobińska L. (red.). Cztery Reformy. Od Koncepcji do Realizacji. Instytut Spraw Publicznych, Oficyna Naukowa, Warszawa 2000: 139-144.
6. Bossert T., Włodarczyk C. Unpredictable Politics: Policy Process of Health Reform in Poland. [www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/No-74.pdf](http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/No-74.pdf).
7. Włodarczyk C. Droga do ubezpieczeń zdrowotnych. Wędrówka koncepcji reformatorskich w procesie polityki zdrowotnej. *Zdrowie i Zarządzanie* 1999, 2(1): 13 –28.
8. Figueras J., McKee M., Cain J., Lessof S. (eds.). Health care systems in transition: learning from experience. World Health Organization, European Observatory on Health Care Systems and Policies, Copenhagen 2004.
9. Tymowska K. Health care under transformation in Poland. *Health Policy* 2001, 56: 85-98.
10. Health Care Systems in Transition. Poland. European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 1999.
11. Reich M.R. Applied Political Analysis for Health Policy Reform. *Current Issues in Public Health* 1996, 2: 186-191;
12. Reich M.R., Cooper D.M. PolicyMaker: Computer-Assisted Political Analysis. Software and Manual. PoliMap, Brookline MA 1996.
13. Formal and Informal Household Spending On Health: A Multicountry Study In Central And Eastern Europe. Harvard School of Public Health, Boston MA 2003.
14. Chawla M., Beraman P., Kawiorska D. Financing health services in Poland: new evidence on private expenditures. *Health Economics* 1998, 7(4): 337-346.
15. Shahriari H., Belli P., Lewis M. Institutional Issues in Informal Health Payments in Poland. Report on the Qualitative Part of the Study. The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank, Washington 2001.

16. May K. Rzecz o specjalizacji. Służba Zdrowia 2005, 1–16: 25–27.
17. Lawthers A.G. Różański B.S., Nizankowski R., Ryś A. Using patient surveys to measure the quality of outpatient care in Kraków, Poland. *International Journal for Quality in Health Care* 1999, 6(11): 497–506.
18. Kowalska - Koprowska I. Reformowanie opieki zdrowotnej w świetle programów, ustaw i w opiniach decydentów. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2003, 1(1): 65–76.
19. Włodarczyk C. Podstawowa opieka zdrowotna. W: Golinowska S. (red.). *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*. Centrum Analiz Społeczno – Ekonomicznych, Warszawa 2002: 119–160.
20. Sułek H. To państwo, rząd ponoszą odpowiedzialność za kreowanie i realizowanie polityki zdrowotnej. Wywiad z M. Łapińskim. *Zdrowie i Zarządzanie* 2002, 6: 8–10.
21. Narodowa Ochrona Zdrowia. Strategiczne kierunki działań Ministerstwa Zdrowia w latach 2002–2003. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2002.
22. Stanowisko opracowane na seminarium zorganizowanym przez Instytut Spraw Publicznych dnia 15 marca 2002 r. ws. dokumentu Narodowa Ochrona Zdrowia. Strategiczne kierunki działania Ministerstwa Zdrowia w latach 2002 – 2003. *Antidotum* 2002, 5: 42–44.
23. Włodarczyk C. Niebezpieczna koncentracja władzy. *Służba Zdrowia* 2002, 57 – 62: 4 – 9.
24. Narodowa Ochrona Zdrowia. Oceniają politycy i menedżerowie. *Służba Zdrowia* 2002, 15 – 18: 16–23.
25. Czapiński J, Panek T. (red.). *Diagnoza Społeczna 2000. Warunki życia Polaków oraz ich doświadczenia z reformami systemowymi po 10 latach transformacji*. Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania, Warszawa 2000.
26. Czapiński J, Panek T. (red.). *Diagnoza Społeczna 2003. Warunki i jakość życia Polaków*. Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania, Warszawa 2003.
27. Czapiński J, Panek T. (red.). *Diagnoza Społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*. Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania, Warszawa 2005.
28. Czapiński J, Panek T. (red.). *Diagnoza Społeczna 2007. Warunki i jakość życia Polaków*. Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania, Rada Monitoringu Społecznego 2007.
29. Czapiński J, Panek T. (red.). *Diagnoza Społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*. Rada Monitoringu Społecznego 2009.
30. Health Care Systems in Transition. Czech Republic European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2000.
31. Health Care Systems in Transition. Croatia. European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 1999.
32. Health Care Systems in Transition. Slovenia. European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2002.
33. Thomson S. (ed.). Health Care Systems in Transition. Estonia. European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2004.
34. Lewis M. Who is Paying for Health Care in Eastern Europe and Central Asia? Background Material for Service Delivery Parallel Session III – C, Second ECA Poverty Forum, November 27 – 30, 2001, Budapest, Hungary.
35. Polacy o korupcji. Ośrodek Badań Opinii Publicznej, Warszawa 1999.
36. Falkowska M. Korupcja i łapownictwo w życiu publicznym. Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa 2000.
37. Codzienne doświadczenia korupcyjne Polaków. Wyniki badania omnibusowego. Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa 2006.
38. Korupcja w służbie zdrowia – opinie i doświadczenia Polaków. Komunikat z badań. Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa 2007.
39. Zjawisko łapownictwa – jego zasięg ocena w opinii publicznej. Ośrodek Badań Opinii Publicznej, Warszawa 1976.
40. Kubiak A. Codzienne doświadczenia korupcyjne Polaków. Barometr korupcji 2006. Raport z badań. Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 2006.
41. Watson N. Poland's broken promises. *The Lancet* 2004, 364: 235 – 238.
42. Kubiak A. Barometr korupcji 2007. Raport z badań. Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 2008.
43. [http://www.transparency.org/policy\\_research/surveys\\_indices/cpi/2009](http://www.transparency.org/policy_research/surveys_indices/cpi/2009).
44. Chawla M., Berman P., Windak A., Kulis M. Provision of ambulatory health services in Poland: a case study from Krakow. *Social Science and Medicine* 2004, 58: 227 – 235.
45. Co wolno wręczyć lekarzowi? <http://www.epacjent.pl/arttykul.php?idartykul=1017&poddzial=Strona%20g%B3%F3wna>.
46. Kwaśniewski T. Udrożnianie złotej żyły. *Duży Format*, 26.09.2005: 2 – 3.
47. Włodarczyk C., Koprowska I. Wykorzystanie programu Policy Maker w polityce zdrowotnej. Niektóre aspekty wdrażania reformy opieki zdrowotnej w Polsce. *Problemy Polityki Społecznej* 2000, 2: 63 – 87.
48. Sowa A. Upodmiotowienie praw pacjenta. W: Golinowska S. (red.). *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*. Centrum Analiz Społeczno – Ekonomicznych, Warszawa 2002: 253 – 275.
49. Łaska – Formajster A. Proces kształtowania roli zawodowej lekarza rodzinnego. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2002.
50. Kruk B. Model współpracy lekarza rodzinnego i pracownika socjalnego w małej gminie. *Praca Socjalna* 1998, 23: 3 – 5.
51. Windak A., Łuczak J. Koń, jaki jest, każdy widzi – czyli drogi i rozdroża kształcenia lekarza rodzinnego. *Zdrowie i Zarządzanie* 2000, 5: 19 – 23.
52. Muszkieterowie. *Służba Zdrowia* 2004, 17 – 20: 12.
53. Leniart L. Lekarze Rodzinni Wyczekują ze Składaniem Wniosek o Zawarcie Umowy z NFZ na 2005. <http://www.nfz-rzeszow.pl/index.php?news=414&bn=176>.
54. Kozierkiewicz A. System Wartościowania Pracy Lekarzy. Wydawnictwo Termina, Poznań 2003.
55. Uchwała nr 15/02-05 Konferencji Rektorów Akademii Medycznych z dnia 06.02.2003 r.
56. Sapa R. Rozkład i paraliż. *Służba Zdrowia* 2005, 5 – 8: 16.
57. Pilonis D. PZ ma już rok. *Służba Zdrowia* 2004, 63 – 66: 9 – 10.
58. Biography of Mariusz Łapiński available on: [http://encyklopedia.servis.pl/wiki/Mariusz\\_%C5%81api%C5%84ski](http://encyklopedia.servis.pl/wiki/Mariusz_%C5%81api%C5%84ski).
59. Golinowska S. Problemy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia po wprowadzeniu reformy. *Poprawiać, ale gdzie i jak?* *Zdrowie i Zarządzanie* 2002, 5: 91 – 105.
60. Gielewska A. Korupcja w służbie zdrowia *Służba Zdrowia* 2000, 90 – 91: 3.
61. Czupryniak L., Loba J. Route of corruption in Poland's health-care system. *The Lancet* 2004, 364: 1856.
62. Sterkowicz S. O godność zawodu lekarza. *Służba Zdrowia* 2004, 17–20: 2–26.
63. Kijak R. Tylko ryba...? *Gazeta Lekarska* 2005, 10: 8, 12–13.
64. Raport finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2004.
65. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. Dz.U. z 2004 r. nr 5 poz. 37.
66. Solecka M., Stankiewicz A., Gottesman K. Leki za miliony dolarów. *Rzeczpospolita* 12.05.2003.
67. Indulski G., Karnowski M. Matnia Łapińskiego. *Newsweek Polska* 2003, 21: 16 – 22.
68. Gawłowski J. Milcz Łapiński! *Gazeta Wyborcza* 21.05.2003.
69. Cieśla W. Zatopiony. *Gazeta Wyborcza* 24.05.2003.