

Warszawa, 21 listopada 2002 r.

Opinia merytoryczna do sprawozdania Komisji Zdrowia do druku 932 (projekt ustawy o ubezpieczeniu w narodowym Funduszu Zdrowia)

Sprawozdanie Komisji Zdrowia o rządowym projekcie ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia niewiele odbiega od treści propozycji rządowych. W trakcie prac dokonano szeregu zmian, jednak zachowano rozwiązania systemowe proponowane przez rząd. Ponieważ projekt jest bardzo obszerny uwagi autora koncentrują się tylko na wybranych, najważniejszych sprawach dotyczących tego projektu.

Projekt ustawy oparty jest w głównej mierze na rozwiązaniach technicznych zawartych w ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.). Odrzuca jednak - w dużej części - jej założenia ideowe. Zamiast obecnego zdecentralizowanego systemu instytucji ubezpieczenia zdrowotnego przyjęto formułę systemu bardzo mocno zcentralizowanego. Jediną instytucją ubezpieczenia zdrowotnego ma być Narodowy Fundusz Zdrowia, który dla wypełniania swoich funkcji będzie posiadał także struktury wojewódzkie.

1. Pierwsza kwestia jaką należy podnieść przy analizie tego projektu dotyczy zasadności utrzymania zasady ubezpieczeniowej w nowym systemie. Zachowanie rozwiązania ubezpieczeniowego, przy słusznym określeniu w art. 129 projektu, że środki finansowe Funduszu są środkami publicznymi musi być skorelowane z normą wynikającą z przepisu art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, który mówi że *obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.* W świetle tego przepisu konstytucyjnego istotne jest aby definicja „ubezpieczonego” przyjęta w projekcie była na tyle pojemna, żeby zawierała zbiór wszystkich obywateli. Jest to problem, który dotyczy także obecnie obowiązującej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Rząd, w uzasadnieniu do projektu ustawy powołuje się właśnie na ten przepis Konstytucji jako jeden z czynników prowadzących do zmiany obecnych

rozwiązań dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych. W uzasadnieniu rozważana jest jednak tylko kwestia zakresu przedmiotowego świadczeń zdrowotnych i zagwarantowania organizacyjnego równości dostępu nie zaś sprawa zakresu podmiotowego. Przyjęcie założenia, że pojęcie ubezpieczony - zdefiniowane w projekcie zawiera w sobie wszystkich obywateli RP byłoby błędne. Proponowane w projekcie rozwiązanie, które daje możliwość pozostawania niektórym grupom obywateli poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego rodzi zatem problem korzystania przez te grupy ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

2. Narodowy Fundusz Zdrowia, zgodnie z zasadami przyjętymi w rozdziale 4 projektu ustawy jest jednostką rządową dysponującą środkami finansowymi w skali roku przekraczającymi 25 mld zł (ok. 1/8 rocznych wydatków budżetu państwa). W związku z rezygnacją z zasad decentralizacji i pomocniczości państwa w dziedzinie ubezpieczenia zdrowotnego i zastąpieniem kas chorych państwową jednostką organizacyjną postawić należy pytanie, czy środki gromadzone w Narodowym Funduszu Zdrowia nie powinny podlegać procedurze budżetowej? Wydaje się, że konsekwencją zmian organizacyjnych instytucji finansującej powszechne ubezpieczenie zdrowotne powinien być nadzór parlamentu nad tymi środkami i włączenie ich do ustawy budżetowej w postaci funduszu celowego. Ograniczenia formalne (w postaci art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 26 listopada 1998 r.) nie mogą stanowić tu przeszkody, gdyż funkcjonalnie Narodowy Fundusz Zdrowia jest państwowym funduszem celowym. Należałoby zatem dokonać odpowiedniej zmiany w art. 22 ust. 1 ustawy o finansach publicznych.

3. Rozdział środków Narodowego Funduszu Zdrowia na poszczególne województwa nie jest w projekcie jasno określony i praktycznie brak jest mechanizmów, które określałyby czy środki pozyskiwane na danym obszarze powracają tam poprzez centralę Funduszu, czy też wydatki na danym terenie nie są związane z przychodami z danego terenu. Jeżeli przyjmujemy, że wydatkowanie środków przez Fundusz opiera się na innych kryteriach niż źródło (miejsce przychodów), to można w praktyce zrezygnować z indywidualnej ewidencji składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Nie jest bowiem istotne czy środki pochodzą od „Kowalskiego” z miejscowości X czy Y, ważne jest aby i X i Y płacili składkę. Rezygnacja z indywidualnej ewidencji składki uprościłaby system poboru składki, który obecnie i tak nie działa prawidłowo, dzięki czemu zmniejszyłyby się koszty z

tym związane oraz zadania pracodawców w tym zakresie (projektodawca rezygnuje z wynagradzania pracodawców za prowadzenie ewidencji składek i terminowe ich regulowanie).

4. Ewidencja ubezpieczonych i wprowadzenie karty ubezpieczenia to kolejne sprawy, których projekt ustawy nie sanuje. Jedną z bolączek obecnego systemu jest brak pełnej ewidencji ubezpieczonych oraz dokumentów potwierdzających uprawnienia do świadczeń. W art. 20 projektu został określony dokument, który jest dowodem objęcia ubezpieczeniem, ale już w art. 211 (w przepisie przejściowym) przyjmuje się bez określenia konkretnej daty granicznej, że do czasu wydania ubezpieczonemu karty ubezpieczenia zdrowotnego dowodem ubezpieczenia jest każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń zdrowotnych. Artykuł ten sugeruje, że jest wiele dokumentów potwierdzających uprawnienia do świadczeń, a tak nie jest, gdyż praktycznie jedynym dokumentem pewnym jest raport miesięczny przekazywany ubezpieczonemu przez pracodawcę.

Obecny poziom identyfikacji składek przez ZUS jest niezadowalający. Należałoby rozważyć odejście od indywidualnej ewidencji składek, gdyż jak pokazuje praktyka instytucja do tego upoważniona (Zakład Ubezpieczeń Społecznych) nie jest w stanie realizować tego zadania, a w przyjętej formule podziału środków na świadczenia nie ma znaczenia czy składka została zidentyfikowana. Podziału środków dokonują władze Funduszu według potrzeb wyznaczonych planami zabezpieczenia świadczeń.

5. Kolejnym tematem, który należy poruszyć przy analizie sprawozdania Komisji jest wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne. Utrzymanie wysokości składki na poziomie 7,75% podstawy wymiaru składki, oraz brak przepisów dających możliwość jej wzrostu w latach następnych skazuje cały nowo projektowany system na trudności finansowe. Sprawą nierozstrzygniętą w projekcie pozostaje także relacja składki do podatku dochodowego od osób fizycznych. Komisja nie opowiedziała się ani za ewentualnym obciążaniem ubezpieczonych wzrostem składki zdrowotnej, ani za przenoszeniem ciężaru wzrostu składki na budżet państwa w postaci zmniejszonych przychodów z podatku dochodowego od osób fizycznych. Utrzymano dotychczasowe przepisy usztywniające możliwość wzrostu składki.

6. Kluczową zmianą w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest jego centralizacja. Kasy chorych zastępuje się jedną instytucją Narodowym Funduszem Zdrowia. Władze Funduszu są zależne od Rządu, a szczególnie od

Prezesa Rady Ministrów i Ministra Zdrowia. Prezesa Funduszu powołuje i odwołuje Premier na wniosek Ministra Zdrowia. Radę Funduszu, w skład której wchodzi 13 osób powołuje również Premier. Ponieważ rada funduszu jest wyłaniana spośród osób cieszących się zaufaniem obecnego Rządu (10 członków spośród 13) wydaje się, że przyjęcie 5 letniej kadencji rady jest nieuzasadnione. Kadencja rady powinna ulegać zakończeniu wraz z powołaniem nowego Rządu. Trudno bowiem zakładać aby rada Funduszu mogła współpracować z nowym Rządem, w przypadku zmiany ekipy rządzącej. Nie do końca spójne wydają się przepisy określające zakres zadań Funduszu, jego strukturę i organizację. Zakres działania Funduszu powinien być ustawowo zamknięty. Kontrowersyjne wydaje się zadanie polegające na prowadzeniu wydawniczej działalności promocyjnej w zakresie ochrony zdrowia. W projekcie ustawy brak jest sprecyzowania zadań centrali Funduszu, a szczególnie oddziałów wojewódzkich. Wydaje się, że odsyłanie do unormowań statutowych w przypadku braku podstawowych zadań oddziałów określonych ustawowo jest zbyt dużą swobodą. Niezrozumiałe w projekcie ustawy jest wyodrębnianie wojewódzkich komórek organizacyjnych do spraw służb mundurowych. Jeżeli zamiarem projektodawcy jest ujednoczenie zasad świadczeń zdrowotnych, to nie mogą one być różnicowane ze względu na podmiot tych świadczeń, a co za tym idzie w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nie może być różnicy między świadczeniem zdrowotnym dla „mundurowego” czy „cywila”. Zapewnienie świadczeń zdrowotnych związanych ze służbą powinno odbywać się poza powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Przepisy rozgraniczające kompetencje poszczególnych organów Funduszu nie są spójne. Na przykład wynagrodzenie Prezesa Funduszu określa Premier, a wynagrodzenie Zastępców Prezesa Rada Funduszu. Z kolei rada tylko opiniuje a nie zatwierdza system wynagradzania pracowników Funduszu.

Działające na podstawie art. 47 projektu Rady Społeczne trudno nazwać społecznymi na skutek sposobu ich powoływania. Z uwagi jednak na ograniczony zakres zadań ich znaczenie dla systemu jest niewielkie i problem ich reprezentatywności jest mało istotny.

7. W rozdziale 5 dotyczącym świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego należałoby wyjaśnić jakie są przyczyny wprowadzenia w art. 60 ust. 3 różnych limitów cen leków i jakie może to mieć skutki finansowe i faktyczne.

W związku z przepisem art. 65 ust. 1 dającym uprawnienie żołnierzom odbywającym zasadniczą służbę wojskową itp. do bezpłatnego zaopatrzenia w leki należy ocenić skutki finansowe tego rozwiązania. W związku z objęciem ubezpieczeniem zdrowotnym tej grupy obywateli (żołnierzy zasadniczej służby wojskowej) pojawia się pytanie, czy to rozszerzenie kręgu osób podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu zwiększy przychody środków finansowych do systemu, czy też spowoduje tylko większe wydatki. W proponowanym brzmieniu art. 9 ust. 1 pkt 2 mówi, że żołnierze ci podlegają ubezpieczeniu (płacone są za nich składki niestety tylko od podstawy w wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej) o ile nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu.

8. W rozdziale 6 - Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przepisy określające procedurę zawierania umów ze świadczeniodawcami posługują się pojęciem Fundusz, co stwarza wrażenie jakoby to ustawowe władze Funduszu zawierały wszystkie umowy na świadczenia zdrowotne. Wydaje się, że w przepisach ustawy, a nie statutu Funduszu powinny być zawarte podstawowe kompetencje (ich rozgraniczenie) centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu w zakresie zawierania umów na świadczenia zdrowotne.

W celu wykluczenia możliwości wykorzystywania przepisu art. 101 do zmian parametrów umowy, mogących mieć wpływ na konkurencyjność oferty wydaje się celowe rozbudowanie tego przepisu, tak aby wyznaczyć granice zmian umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, jeżeli ma ona odbywać się z pominięciem procedury w sprawie zawarcia umowy.

Projekt odchodzi od zasady, że umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w szpitalach mogą być zawierane tylko z **samodzielnymi** publicznymi lub niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej.

9. Interesujące i zarazem w niektórych aspektach kontrowersyjne rozwiązania projektu dotyczą planowania potrzeb zdrowotnych. Uwagi jakie pojawiają się w związku z proponowanym podziałem kompetencji w zakresie sporządzania planów zdrowotnych i planów zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych dotyczą braku rozwiązań prawnych ułatwiających przyjmowanie takich planów, które satysfakcjonowałyby i świadczeniodawców i płatnika czyli Fundusz. Zgodnie z przyjętymi w projekcie zasadami plany zdrowotne są tylko **wytycznymi** dla planów zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych. Będziemy mieli zatem sytuację, w której to Fundusz będzie skupiał funkcje i planistyczne i realizacyjne. W przypadku niedoboru

środków finansowych spowoduje to dominację Funduszu nie tylko w stosunku do świadczeniodawców ale i samorządowych władz wojewódzkich. Projekt przewiduje bardzo jednostronny rodzaj arbitrażu w przypadku rozbieżności między planem zdrowotnym sporządzonym przez zarząd województwa a planem zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych. Sprowadza się on do przedstawienia Ministrowi Zdrowia opinii i propozycji zmian planu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych.

Niezrozumiałe ze względów organizacyjnych jest utrzymywanie podziału na potrzeby zdrowotne służb mundurowych i cywili. W projekcie brak jest spójnej koncepcji wchłonięcia Branżowej Kasy Chorych w struktury Narodowego Funduszu Zdrowia. Przejawem sztuczności niektórych rozwiązań, są m.in. propozycje dotyczące tworzenia planów zdrowotnych dla służb mundurowych, czy planów zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla służb mundurowych. Jeżeli przyjmuje się, że ubezpieczony ma swobodny wybór świadczeniodawcy to musi to oznaczać, że „cywil” może się leczyć w placówkach policyjnych (wojskowych) i na odwrót „mundurowy może korzystać z powiatowych, wojewódzkich czy innych zoz-ów. Ważne jest zatem przygotowanie spójnego na danym terenie planu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych, a nie sztuczny podział nie mający związku z rzeczywistym zróżnicowaniem potrzeb zdrowotnych populacji.

10. Przyjęte w projekcie zasady planowania potrzeb zdrowotnych w województwie mogą okazać się niedostosowane do nowych warunków określonych w rozdziale 8 - Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych. Obecnie swoboda wyboru świadczeniodawcy sprowadzała się do wyboru w obrębie danej kasy chorych. Projekt natomiast daje możliwość wyboru świadczeniodawcy w ramach Funduszu, dotyczy to więc całego kraju. Może się okazać, że szczególnie w przypadku świadczeń bardziej skomplikowanych popyt jest inaczej ukierunkowany przestrzennie niż podaż. Można z dużym prawdopodobieństwem założyć, że władze wojewódzkie będą starały się, aby świadczeniodawcy z ich terenu mogli zawierać umowy z Funduszem nawet jeśli nie istnieje zainteresowanie ubezpieczonych uzyskaniem świadczenia u tych świadczeniodawców.

11. Przepisy dotyczące gospodarki finansowej Funduszu są mało precyzyjne i nie są dostosowane do wielkości środków, którymi ten Fundusz będzie zarządzał. W art. 131 w pkt 7 wprowadza się pojęcie inne przychody, a w art. 132 pkt 7 inne koszty, które mogą być interpretowane dowolnie. Nie jest jasne np. czy Fundusz może zaciągać pożyczki, kredyty. Nie ma przepisu, który mówiłby, że Fundusz wolne

środki przeznacza przede wszystkim na zakup świadczeń zdrowotnych, natomiast mówi się o przychodach z tytułu lokat i zakupu papierów wartościowych. Nie ma także przepisów ograniczających ustawowo wysokość kosztów administracyjnych Funduszu. W art. 135 określenie wysokości kosztów administracyjnych powierza się Radzie Funduszu. O przeznaczeniu zysku za dany rok również decyduje Rada Funduszu. Przyjęte rozwiązania wzorowane na regulacjach dotyczących spółek prawa handlowego nie w pełni oddają specyfikę tego Funduszu i wydaje się że w projekcie ustawy przepisy dotyczące gospodarki finansowej Funduszu powinny bardzo szczegółowo określić dopuszczalne zachowania w tym zakresie. Tym bardziej jest to potrzebne, że środki Funduszu nie będą podlegać parlamentarnej procedurze oceny w związku z uchwalaniem budżetu państwa.

12. W projekcie ustawy brak jest przepisów określających przyszłość pracowników Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. Ponieważ nastąpiła modyfikacja przepisów dotyczących nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia i funkcje nadzorcze ma sprawować tylko Minister Zdrowia należy określić w jaki sposób ma być zlikwidowany UNUZ. Jego włączenie do Komisji Nadzoru Ubezpieczeń traci sens ponieważ obszar jego działania zostanie zlikwidowany wraz z wejściem w życie opiniowanego projektu.

13. Proponowana ustawa jest na tyle obszerna i jej znaczenie na tyle ważne, że czas wejścia w życie tej ustawy powinien być odpowiednio odległy. Obecne brzmienie art. 220 nie gwarantuje możliwości zapoznania się z nowym prawem wszystkim zainteresowanym tą regulacją nie mówiąc już o możliwości przygotowania się do nowych warunków.

Sporządził: Grzegorz Ciura