

## **OPINIA O PROJEKCIE USTAWY O POWSZECHNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM (Druk Sejmowy nr 1167)**

System opieki zdrowotnej funkcjonujący w Polsce jest niewydolny zarówno pod względem organizacyjnym, jak i finansowym. Jest wiele przyczyn wpływających na taką ocenę. Jest to system scentralizowany, zakładający powszechny dostęp do świadczeń, gdzie personel medyczny opłacany jest z pensji, opieka zdrowotna finansowana jest z budżetu państwa, zarządzana przez "administrację rządową". Zastanawiając się nad przyczynami konieczności zmian tego systemu, można stwierdzić, że system ten nie zaspokaja zarówno potrzeb i oczekiwań pacjentów (świadczeniobiorców) jak i świadczeniodawców. Jest on nieefektywny ekonomicznie, możliwość uzyskania potrzebnych świadczeń jest niedostateczna, system ten rodzi wiele sytuacji patologicznych (opłaty pobierane są za bezpłatne świadczenia, brak jasnych i egzekwowalnych zasad dostępu do świadczeń "deficytowych", powszechne zadłużenie jednostek służby zdrowia). Jednocześnie system ten nie kształtuje postawy odpowiedzialności za własne zdrowie, za jego ochronę.

Funkcjonujące w świecie systemy organizacyjno-finansowe opieki zdrowotnej można w zasadzie podzielić na: systemy ubezpieczeniowe (model niemiecki), systemy państwowe (model angielski / skandynawski) i systemy scentralizowane (model sowiecki). Obecnie systemy te nie występują już w "czystej postaci", a ostatni model jest w zaniku. Porównania systemu ubezpieczeniowego i zaopatrzeniowego (państwowego) nie wskazują na przewagę funkcjonalną któregoś z nich.

Funkcjonowanie danego systemu ma raczej podstawę historyczno-polityczną niż efektywnościową. Dlatego też obserwuje się proces coraz większego mieszania się rozwiązań stosowanych w tych systemach.

\* \* \*

Przedstawiony w Druku Sejmowym nr 1167 rządowy projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym jest próbą zmiany dotychczasowej organizacji i finansowania opieki zdrowotnej. Zakłada on wprowadzenie funduszy ubezpieczenia zdrowotnego (Regionalne Kasy Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego i Branżowe Kasy Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego), których celem będzie gromadzenie środków finansowych i zakup "świadczeń zdrowotnych" dla osób ubezpieczonych (w praktyce wszystkich obywateli kraju, gdyż osoby nie wykazujące określonych dochodów będą również ubezpieczone, płatnikiem składki będzie określona instytucja). Będzie to powszechne i obowiązkowe ubezpieczenie, projektodawca nie zakłada tu żadnych odstępstw od tych zasad czy to ze względu na wysokość dochodów, czy na ubezpieczenie od ryzyka choroby w firmie komercyjnej. Regionalne i Branżowe Kasy tworzą Krajowy Związek Kas Ubezpieczenia Zdrowotnego, do którego przynależność jest obowiązkowa. Gwarantem realizacji świadczeń określonych przepisami tej ustawy jest Państwo, z czego wynikają różne konsekwencje w zakresie tworzenia, organizacji i nadzoru proponowanych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego.

Większość środków finansowych przeznaczanych na opiekę zdrowotną ma być "wyciągnięta" z dotychczasowego systemu zasilania i redystrybucji (przez budżet państwa). Niezależnie od sytuacji budżetu państwa Kasy będą gromadzić środki finansowe pochodzące głównie ze składek osób ubezpieczonych, a wysokość tychże składek jest określona w projekcie ustawy - art. 30 (dla większości ubezpieczonych ma wynosić 9,6% podstawy wymiaru składki). Jednocześnie przyjmuje się w projekcie (art. 39), że składka na ubezpieczenie zdrowotne będzie podlegała kompensacie przy pobieraniu podatku od osób fizycznych. Przepis tego artykułu wydaje się być mało precyzyjny. Brak jest jasnego sformułowania jak duża będzie to kompensata. Już w uzasadnieniu czytamy, że rozważane są różne warianty wielkości kompensaty. O ile w art. 30, tak precyzyjne (konkretna wartość) podanie wysokości składki nie wydaje się słuszne, to w art. 39 należałoby uszczegółowić wielkość kompensaty, gdyż wpływa ona bezpośrednio na wysokość dochodów ubezpieczonych. Przy takim podejściu zwiększyłaby się pośrednia niezależność finansowania ubezpieczeń od sytuacji budżetu państwa. Gdyby nie wprowadzono postulowanych tutaj zmian, można z dużym prawdopodobieństwem przewidzieć, że wysokość tej kompensaty będzie zmieniała się corocznie i zależeć będzie od "potrzeb" budżetu państwa.

Jak już powiedziano wyżej zakres podmiotowy ubezpieczenia zdrowotnego dotyczy w zasadzie całej populacji, choć sposób zredagowania art. 16 (wylczenie poszczególnych grup osób) może powodować pozostawanie poza obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego niewielkiej grupy społeczeństwa, która nie będzie podlegać ubezpieczeniu. To wyłączenie nie ma uzasadnienia merytorycznego, a wynika jedynie z braku sformułowania ogólnego wyczerpującego wszystkie możliwe grupy osób. Poważne zastrzeżenia muszą budzić przepisy art. 17-25, określające terminy rozpoczynania oraz upływu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego. Przyjęcie proponowanej zasady obowiązku ubezpieczenia i jego wygaśnięcia może powodować zwiększenie liczby osób okresowo nie ubezpieczonych, nie posiadających żadnego tytułu do świadczeń zdrowotnych. Ponieważ projektodawca nie przewiduje bezpłatnych świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży wielkość grupy osób pozbawionych możliwości dostępu do świadczeń w systemie ubezpieczeniowym powiększy się. Przy takim sformułowaniu przepisów rozdziału 2 projektu, zakładana powszechność systemu nie jest w pełni realizowana.

Głównym źródłem finansowania świadczeń ubezpieczenia zdrowotnego i kosztów związanych z zapewnieniem tych świadczeń ma być składka na ubezpieczenie zdrowotne. Wysokość składki (art. 30) jest ustalana procentowo w zależności od dochodów ubezpieczonego. Za niektóre grupy ubezpieczonych składkę opłaca się z budżetu państwa.

Wysokość składki rolników jest ustalana parametrycznie, w zależności od wielkości "gospodarstwa rolnego" i ceny 1q żyta. Nieco odmiennie ustalana będzie wysokość składki dla rolników prowadzących działy specjalne produkcji rolnej. Warto zauważyć, że jednostkowa składka "opłacana przez rolnika" (w praktyce opłacana z budżetu państwa za pośrednictwem KRUS) na ubezpieczenie zdrowotne obejmuje wszystkie osoby, za które rolnik opłaca składkę na ubezpieczenie społeczne rolników.

Tak skomplikowane technicznie ustalanie wysokości składki rolników wydaje się być mankamentem tego projektu. Ponieważ środki finansowe na ten cel pochodzą z

budżetu państwa, powstaje pytanie czy przyjęcie tak niskiej wysokości składki nie wpłynie negatywnie na równowagę finansową Kas Regionalnych. Dlaczego przyjęto taką zasadę ustalania wysokości składki (brak jest powiązania logicznego przyjętego parametru z płatnikiem składki, w rejonach kraju gdzie gospodarstwa są obszarowo większe, większe będą kwoty przekazywane z KRUS - finansowane z dotacji budżetowej - do Kas Regionalnych). **Powiązanie wysokości składki rolników płaconej ze środków budżetu państwa z wielkością gospodarstwa jest chyba nieracjonalne.**

Wątpliwości budzi także przepis art. 31 ust. 4. Nie należy - jak się wydaje wprowadzać szczególnych zasad określania wysokości podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne (zmniejszania jej) tylko dlatego, że środki na opłacenie tych składek pochodzą z budżetu państwa. **Wypaczana jest tu zasada solidaryzmu społecznego.** Jeżeli projektodawca uznaje za zasadne pokrywanie składek na ubezpieczenie zdrowotne niektórych grup ze środków budżetu państwa, to nie może jednocześnie ustawowo gwarantować, że składki te będą niewspółmiernie niskie w stosunku do wysokości składek opłacanych bezpośrednio przez inne grupy ubezpieczonych. Takie podejście może spowodować także nierównowagę finansową Kas, a w rezultacie skompromitować ideę reformy.

Art. 34 ust. 2 pkt 1 wyłącza grupę osób studiujących na uczelniach prywatnych z grona studentów podlegających obowiązkowi ubezpieczenia, którym składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca się ze środków budżetu państwa. Takie wyłączenie dyskryminuje osoby pragnące studiować na uczelniach niepaństwowych, a oszczędność w wydatkach budżetu państwa jest niewielka.

## **Świadczenia**

Zakres przedmiotowy świadczeń przysługujących ubezpieczonym sprowadza się wyłącznie do świadczeń rzeczowych, których rodzaje zostały wyliczone w art. 40 ust. 1. W ust. 2 tegoż artykułu wyliczono z kolei te przypadki (rodzaje świadczeń), których ubezpieczenie nie obejmuje.

W projekcie zawarta jest zasada wnoszenia przez ubezpieczonego dopłat (współpłacenia) za niektóre świadczenia zdrowotne (art. 41). Ogranicza się ona wyłącznie do świadczeń pomocy doraźnej (w określonych przypadkach) oraz leczenia szpitalnego. Wprowadza się listę grup zwolnionych z dopłat za pobyt w szpitalu, przy czym nie jest określona zasada kompensacji utraconych przychodów świadczeniodawców (szpitali) w przypadku leczenia osób znajdujących się na tej liście. Wysokość dopłat za świadczenia określone w art. 41 ust. 1 ustali Minister Zdrowia i Opieki Społecznej.

Projekt szczegółowo przedstawia zasady zaopatrzenia ubezpieczonych w leki i artykuły sanitarne oraz praktycznej realizacji tego uprawnienia. Z rozwiązań dotyczących leków warto zwrócić uwagę na uprawnienie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, który na wniosek Rady Krajowego Związku Kas ustala limity cen dla leków posiadających tę samą nazwę międzynarodową, a wymienionych w wykazach leków podstawowych i leków uzupełniających pod nazwami handlowymi, a także dla leków o różnych nazwach międzynarodowych, ale o podobnym zakresie działania terapeutycznego. Refundacja

aptece, przez kasę ceny leku wydawanego bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością nie może przekroczyć ustalonego limitu. Art. 47 i 48 określają grupy, którym przysługuje - w określonych warunkach - bezpłatne zaopatrzenie w leki i artykuły sanitarne. Podobnie jak w przypadku wyłączeń z współpłacenia, brak jest określenia zasad rekompensaty tych wyłączeń (koszty tego przywileju powinien ponosić budżet państwa).

Taka konstrukcja prawna wprowadzania limitów cen leków nie uwzględnia interesów producentów i handlowców (hurtowni i aptek), co może powodować spory między dostawcami leków i Ministerstwem lub Związkiem Kas. Przyjęcie zasady negocjacyjnego ustalania limitów cen (lub wzrostu cen leków) w danym okresie przy udziale wszystkich zainteresowanych stron wydaje się być bardziej skuteczną formą ograniczania wzrostu kosztów działalności Kas związanych z zaopatrzeniem ubezpieczonych w leki i artykuły sanitarne.

Ważny, choć kontrowersyjny jest przepis art. 54 dający prawo ubezpieczonemu do leczenia (w szczególnych przypadkach), na koszt Kasy, poza granicami kraju. Rodzi się pytanie, czy tego typu leczenie powinno być finansowane ze środków Kas oraz czy w ogóle można zakładać transfer pieniędzy ubezpieczonych do usługodawców zagranicznych. Z uwagi na ograniczoność środków finansowych, w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej do tego artykułu ustawy w § 8 zapisano: "1. Wysokość środków na leczenie za granicą na dany rok jest określona w planie finansowym kasy. 2. **Podjęcie decyzji o skierowanie pacjenta na leczenie za granicą jest dopuszczalne wyłącznie w ramach środków przewidzianych w planie finansowym kasy**". Przy obecnych kosztach leczenia za granicą dawanie teoretycznej możliwości takiego leczenia bez podstaw jego zagwarantowania może tworzyć sytuacje patologiczne w procesie rekrutacji pacjentów do leczenia zagranicznego.

## **Organizacja udzielania świadczeń ubezpieczeniowych**

Autorzy projektu zakładają rozdzielenie funkcji płatnika (kasa) od funkcji dostawcy usług zdrowotnych (zakłady opieki zdrowotnej, lekarze i inne osoby wykonujące zawody medyczne poza zakładami opieki zdrowotnej).

Dostarczanie usług zdrowotnych odbywałoby się na podstawie umowy między kasą a podmiotami wymienionymi w art. 56 projektu. Art. 57 ust. 1 określa te treści, które muszą znaleźć się w takiej umowie. Są to: zakres podmiotowy świadczeń; rodzaje świadczeń; warunki i zasady udzielania świadczeń, w tym obowiązki zleceniobiorcy dotyczące dostępności świadczeń, ich ciągłości i jakości; kryteria oceny wykonania obowiązków przez zleceniobiorcę (wskaźniki kosztowe, ilościowe i jakościowe przedmiotu umowy); sposób negocjowania rozliczeń; sposób i tryb rozliczeń finansowych między kasą a zleceniobiorcą; przypadki stanowiące podstawę do rozwiązania umowy oraz tryb rozstrzygania sporów związanych z realizacją i rozliczeniem finansowym umowy.

Wzór umowy o udzielanie świadczeń określi Rada Krajowego Związku Kas po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Widać wyraźnie na przykładzie tego przepisu, że brak jest drugiej strony w

procesie negocjacyjnym i zawierania umów ze świadczeniodawcami. Rola samorządu lekarskiego, pielęgniarek i położnych w procesie zawierania umów jest zbyt eksponowana i nie odpowiada roli, jaką te korporacje zawodowe spełniają. O ile w przypadku zawierania umów z praktykującymi samodzielnie można uznać rolę korporacji zawodowych jako strony uzgodnień, to w przypadku zawierania umów z zakładami opieki zdrowotnej przedstawiciele zawodów medycznych nie są stroną zawierającą umowę, przez co nie mogą ustalać jej treści. **Pomija się rolę właścicieli zakładów opieki zdrowotnej.** Sytuacja jest skomplikowana, gdyż projektodawca nie przewiduje kreacji ustawowej przedstawicielstwa świadczeniodawców, które by było stroną negocjacji i ustalania zasad organizacji i **dostarczania świadczeń**, czyli partnera dla Rady Krajowego Związku Kas Chorych. Taka asymetryczność podmiotów jest możliwa przy założeniu, że zdecydowana większość świadczeniodawców (zoz-ów), z którymi kasy będą zawierać umowy o świadczenia, będzie własnością administracji rządowej (państwa) i będą zobligowane do zawierania umów na warunkach ustalonych przez kasy.

Projekt dopuszcza dowolność ustalania - w umowie o świadczeniach - zasad rozliczeń finansowych kasy ze zleceniobiorcą.

Nowym rozwiązaniem proponowanym przez autorów jest możliwość występowania list oczekujących na dane świadczenia zdrowotne, ze względu na ograniczoną dostępność tych świadczeń. Listę taką prowadziłby kierownik zakładu opieki zdrowotnej lub osoba przez niego upoważniona. Nadzór nad dostępnością i realizacją świadczeń udzielanych osobom umieszczonym na listach osób oczekujących sprawuje komisja, złożona z przedstawicieli ubezpieczonych, powoływana przez radę nadzorczą kasy.

Wprowadzenie listy oczekujących na świadczenia zdrowotne w powiązaniu z zasadą swobodnego wyboru lekarza i zakładu opieki zdrowotnej (określonej w art. 61 projektu) może sugerować ograniczanie przez kasę ilości świadczeniodawców, z którymi zawierano by umowę na dane świadczenia z powodów finansowych. Obecnie trudno ocenić jaka będzie praktyka i czy listy oczekujących stanowiąc będą wyjątki (ograniczać się będą jedynie do wysoko specjalistycznych, trudno dostępnych świadczeń), czy też będą immanentną cechą procesu uzyskiwania wszelkich świadczeń zdrowotnych?

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne oraz świadczenia zdrowotne szpitali będą udzielane ubezpieczonym - poza niektórymi świadczeniami wymienionymi w art. 59 ust. 1 - na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego podstawowej opieki zdrowotnej. Gwarantuje się także możliwość uzyskania świadczeń w razie pobytu ubezpieczonego poza obszarem działania kasy regionalnej przez lekarza lub zakład opieki zdrowotnej mający umowę z inną kasą. W takim wypadku kasy dokonują rozliczeń finansowych za uzyskane świadczenia między sobą.

Ubezpieczony zaopatruje się w leki i materiały medyczne w aptekach, które zawarły umowę z kasą. Również kasy zawierają umowy z właściwymi podmiotami o zaopatrzenie ubezpieczonych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Spory, które mogą powstawać przy zawieraniu umów rozstrzygać będzie komisja rozjemcza.

## **Kasy ubezpieczenia zdrowotnego - organizacja i zakres działania**

Konstrukcja organizacji kas jest skomplikowana. Do wielu rozwiązań szczegółowych można mieć zastrzeżenia. Można też żywić obawy co do funkcjonalności przyjętych rozwiązań. Podstawowym mankamentem przyjętych rozwiązań jest ograniczenie samorządności kasy a jednocześnie wprowadzenie na niższym szczeblu organizacyjnym (oddziale regionalnym) *quasi* samorządowych struktur, gdzie bardziej odpowiednie byłyby jedynie struktury administracyjne. Samorządność kas jest niepełna z wielu powodów. Do najważniejszych z nich należy zaliczyć sposób wyłaniania organów przedstawicielskich, zakres kompetencji oraz rodzaj relacji między Związkiem Kas i Kasami a Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej oraz w przypadku Kas Branżowych między tymi Kasami a odpowiednim ministrem resortowym.

Organami regionalnej kasy są: rada nadzorcza, naczelny dyrektor, naczelny lekarz zaufania ubezpieczenia zdrowotnego i komisja rewizyjna.

Skład rady nadzorczej kasy regionalnej jest zróżnicowany. Istnieją trzy kategorie członków. W połowie radę nadzorczą tworzą reprezentanci zgromadzenia przedstawicieli ubezpieczonych, w 1/4 przedstawiciele sejmików samorządowych oraz w 1/4 przedstawiciele organów rządowej administracji ogólnej województw objętych obszarem działania regionalnej kasy. Brak jest w uzasadnieniu do projektu ustawy wyjaśnienia, dlaczego przyjęto takie rozwiązanie.

Ograniczeniem samorządności jest także zobowiązanie (na podst. art. 74 ust. 3) do zwoływania posiedzenia rady nadzorczej kasy na każde żądanie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

Niezrozumiały jest przepis art. 82 mówiący, że naczelnego dyrektora i naczelnego lekarza zaufania powołuje w drodze konkursu rada nadzorcza po zasięgnięciu opinii o kandydacie, który wygrał konkurs odpowiednio Prezesa Krajowego Związku Kas i Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Rodzi się pytanie, czy w przypadku negatywnej opinii wynik konkursu jest podważony, czy opinia nie ma wpływu na powołanie na dane stanowisko.

W zakresie władzy wykonawczej kasy decydujące znaczenie dla efektywności działań będzie miała współpraca między naczelnym dyrektorem i naczelnym lekarzem zaufania. Niejasne są powiązania tych organów, art. 85 odsyła do statutu kasy jako aktu określającego liczbę biur, zadania i ich organizację. Trudno obecnie rozstrzygnąć czy nie spowoduje to rozrostu biurokracji.

Rejonowy oddział regionalnej kasy jako organ pomocniczy kasy w przyjętej przez projektodawcę konstrukcji organizacyjnej niepotrzebnie chyba zawiera elementy samorządu (zgromadzenie przedstawicieli ubezpieczonych). Brak pełnej samorządności kas regionalnych próbuje się kompensować na szczeblu oddziału. Uprawnienia zgromadzenia przedstawicieli, poza wyborem przedstawiciela do rady nadzorczej regionalnej kasy w zasadzie nie mają większego znaczenia dla funkcjonowania oddziału rejonowego. Podobnie jak w kasie regionalnej, członkowie zgromadzenia przedstawicieli pochodzą z wyboru oraz z nominacji. **Moim zdaniem należałoby uprościć struktury organizacyjne kas** (oddziały jako część biur kasy regionalnej) **oraz zmienić reguły wyłaniania składu rad nadzorczych kas.**

Szczegółowe zasady organizacyjne, zakres zadań (poza zapisanymi w ustawie) oraz zasady realizacji tych zadań dla **kas branżowych** ustala minister tworzący daną kasę.

Instytucją centralną ubezpieczenia zdrowotnego jest Krajowy Związek Kas zrzeszający regionalne i branżowe kasy. Określenie Krajowego Związku jako instytucji centralnej wynika z zakresu jego uprawnień m.in.: ustalanie wzorów umów o udzielanie świadczeń, umów o zaopatrzenie w leki i materiały medyczne, uchwalanie wysokości dotacji wyrównawczych dla regionalnych kas z funduszu kompensacyjnego, uchwalanie ramowego statutu kas regionalnych, udzielanie wytycznych działalności naczelnym dyrektorom regionalnych i branżowych kas. Statut Krajowego Związku, na podstawie przepisu art. 120, określa ogólne zadania regionalnych i branżowych kas, tryb ich działania oraz stosunki wzajemne między kasami i ich organami. Ograniczenia samodzielności kas występują także w zasadach gospodarki finansowej (uprawnienia władcze Krajowego Związku w stosunku do poszczególnych kas są istotne)

## Finanse ubezpieczeń

Dochodami ubezpieczeń zdrowotnych są: składki, odsetki za nieterminowe i niezgodne z prawem opłacanie składek, dotacje z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów świadczeń zdrowotnych (trudno określić jakich świadczeń, gdyż w art. 125 ust. 2 pkt 3 błędnie odesłano do art. 160, który reguluje całkiem inne zagadnienia), darowizny i zapisy oraz inne przychody, jeżeli przewidują je odrębne przepisy.

Zakłada się, że dochody i wydatki funduszy kasy powinny się bilansować. Rejonowe oddziały kasy prowadzą gospodarkę finansową na zasadach wewnętrznego rozrachunku z kasą regionalną. Kasy tworzą trzy fundusze: składkowy, administracyjny i rezerwowy. Fundusz składkowy przeznaczony jest na finansowanie świadczeń oraz na finansowanie wydatków administracyjnych obsługi ubezpieczenia. Fundusz administracyjny, podobnie jak fundusz rezerwowy, tworzony jest z odpisu z funduszu składkowego, przeznaczony jest na finansowanie wydatków administracyjnych organów kas, rejonowych oddziałów i ich biur. Fundusz rezerwowy, przeznaczony na uzupełnienie funduszu składkowego kasy, może być wykorzystany wyłącznie za zgodą Rady Krajowego Związku Kas.

Ważną instytucją finansową projektowaną tą ustawą jest **fundusz wyrównawczy** tworzony przez Krajowy Związek Kas. Przeznaczony jest on na wyrównanie różnic w dochodach poszczególnych kas regionalnych wynikających między innymi z poziomu dochodów ludności, struktury zatrudnienia i sytuacji demograficznej. Powstanie i zasady działania funduszu wyrównawczego są bardzo ważną częścią proponowanych zmian. Z uwagi na zróżnicowanie przestrzenne infrastruktury medycznej, różnic w dochodach ludności, struktury zatrudnienia (w niektórych kasach będzie występowała nadreprezentatywność ludności rolniczej i utrzymującej się z dochodów ze świadczeń społecznych) niezbędna jest konieczność prowadzenia polityki wyrównywania istniejących różnic przestrzennych w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Uchwalanie wysokości dotacji wyrównawczych należy Rady Krajowego Związku i obecnie trudno przesądzać jaką rolę w praktyce będzie spełniał ten fundusz. Można jedynie postulować, aby w ustawie znalazły się przepisy dotyczące podstawowych kryteriów rozdziału środków z tego funduszu.

Wątpliwości, co do celowości, może budzić tworzenie przez Krajowy Związek Kas funduszu rezerwowego, którego środki przeznaczone są na dodatkowe dotacje celowe

dla kas regionalnych. Ponieważ fundusz ten tworzony jest z odpisu z funduszu wyrównawczego, wyjaśnienia wymaga określenie "dodatkowe dotacje celowe", czyli czemu konkretnie miałyby służyć ten fundusz.

Ważnym rozwiązaniem - ograniczającym samodzielność kas - jest możliwość określenia przez Radę Ministrów szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Krajowego Związku Kas oraz kas regionalnych i branżowych.

Nadzór nad działalnością kas sprawuje Minister Zdrowia i Opieki Społecznej oraz specjalnie utworzona instytucja - Krajowa Izba Rozrachunkowa Ubezpieczenia Zdrowotnego nadzorowana przez Premiera. Izba nadzoruje gospodarkę finansową kas i Krajowego Związku.

### **Okres przejściowy**

Projektodawcy przewidują występowanie okresu przejściowego, w którym nastąpią niezbędne zmiany przygotowawcze dla wprowadzenia systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Tworzenie podstaw działania kas będzie się odbywać w oparciu o istniejące obecnie struktury administracyjne.

W zestawie projektów aktów wykonawczych warto zwrócić uwagę na rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie utworzenia i ustalenia obszaru działania regionalnych kas powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W § 5 pominięto zapewne kasę szczecińską, obejmującą woj. szczecińskie, koszalińskie i gorzowskie. Brak jest podstaw merytorycznych aby sądzić, że Minister Zdrowia i Opieki Społecznej świadomie nie zamierza objąć ubezpieczeniem zdrowotnym, realizowanym przez kasę regionalną mieszkańców tych województw. Kasy częstochowska i katowicka obejmują te same województwa. Jest to niezgodne z proponowanymi rozwiązaniami.

### **Podsumowanie**

Projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Druk Sejmowy nr 1167) przedstawia w pełni dojrzałą koncepcję reformy opieki zdrowotnej. W tym projekcie zasady ubezpieczeniowe przeplatają się z zaopatrzeniowymi, co dla jednych może stanowić zaletę, dla innych wadę projektu. Można mieć szereg zastrzeżeń, uwag i wątpliwości co do funkcjonalności niektórych rozwiązań. Niektóre na pewno należy zmienić lub zmodyfikować. Słabym punktem projektu jest pominięcie skutków finansowych oraz symulacje dotyczące równowagi finansowej działalności kas. Mamy tu do czynienia z myśleniem życzeniowym. Przyjmuje się założenie, że jedynie zmiana organizacji dostarczania świadczeń i sposobu ich finansowania zrównoważy popyt z podażą, przy czym zakłada się niezmienny praktycznie zakres przysługujących ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych. W tekście druku nie ma próby odpowiedzi, przy jakich założeniach taka równowaga jest możliwa. Czy przyjęte rozwiązania dają szansę uzdrowienia systemu przy zakładanych środkach finansowych?

*Warszawa, 29 września 1995 r.*

*Opracował: Grzegorz Ciura*



**OPINIA PRAWNA W SPRAWIE RZĄDOWEGO PROJEKTU USTAWY  
O POWSZECHNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM  
(Druk Sejmowy nr 1167)**

UWAGI OGÓLNE

Projekt przedstawiony do zaopiniowania wprowadza zupełnie nowe zasady funkcjonowania systemu świadczeń zdrowotnych inne niż istniejące dotychczas. Celem projektu jest wprowadzenie powszechnego i obowiązkowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, stanowiącego odejście od bezwzględnego uzależnienia sfery świadczeń zdrowotnych od budżetu Państwa, poprzez stworzenie mechanizmu, w którym koszty tychże świadczeń będą ponoszone przez ogół ubezpieczonych, w postaci składki ubezpieczeniowej. Wysokość składki płaconej przez osoby ubezpieczone będzie uzależniona od ich dochodów. Natomiast świadczenia z tytułu ubezpieczeń będą zależne tylko od uzasadnionej potrzeby zdrowotnej, a więc równe dla wszystkich. Omawiany projekt nie dopuszcza zwolnień z obowiązku ubezpieczenia oraz dobrowolnych ubezpieczeń.

Proponowana ustawa przewiduje, że powstaną nowe samorządne instytucje ubezpieczeniowe - rejonowe i branżowe kasy chorych (nie pozbawiono jednak wpływu organów administracji państwowej), które będą służyły realizacji celów ubezpieczenia. Nadto reguluje również mechanizm negocjowania i zawierania umów o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej pomiędzy kasami a wykonawcami świadczeń zdrowotnych (lekarzami, z.o.z.-ami, aptekami itd.). Wobec niewydolności obecnie istniejącego systemu opieki zdrowotnej oraz zagmatwanego stanu prawnego dotyczącego źródeł uprawnień do świadczeń zdrowotnych konieczność kompleksowego uregulowania tej dziedziny jest bezsporna. Należy stwierdzić, że generalnie projekt jest materiałem przemyślanym i dopracowanym, jak również skomplikowanym, co sprawia, że w tej fazie prac nad projektem trudno jest ustosunkować się do wszystkich zawartych w nim kwestii. Dopiero podczas prac w Komisjach będzie można przeprowadzić wnikliwą analizę poszczególnych zagadnień.

Projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym jest aktem obszernym, zawierającym szereg nowych rozwiązań, które nie zostały w sposób dostateczny przedstawiony w uzasadnieniu do tegoż projektu. W wielu przypadkach nie można było więc stwierdzić czy zapis proponowany w projekcie oddaje rzeczywiste intencje autorów.

Istotną jego cechą jest zbyt duża liczba odesłań do różnych aktów prawnych, a także duża liczba delegacji utrudniająca dodatkowo jego czytanie.

Należy zaznaczyć, że rozwiązania w nim zawarte mogą się spotkać z zarzutem niezgodności z zasadami Konstytucji, gwarantującymi bezpłatną opiekę lekarską. Konieczne jest więc uzyskanie poparcia dla zmiany obecnego zapisu w Konstytucji (art. 70).

Nadto projekt dotyczy materii wymagającej wiedzy specjalistycznej, dlatego też przedstawione stanowisko ujęte zostało w formie uwag, nie zaś kompleksowej opinii o przedstawionym projekcie.

## UWAGI SZCZEGŁOWE

### Rozdział 1. Przepisy ogólne

W rozdziale tym określony został zakres przedmiotowy i podmiotowy projektu. W kolejnych przepisach określono podmioty realizujące zadania z zakresu ubezpieczeń zdrowotnych. Dopiero na końcu tegoż rozdziału w art. 14 i 15 zamieszczono definicje określeń nieostrych i tych których znaczenie nie jest powszechnie zrozumiałe. Zgodnie z zasadami techniki prawodawczej "słowniczek" powinien być zamieszczony w art. 3 czy 4, co ułatwiałoby zrozumienie następnych artykułów, w których występują definiowane pojęcia.

Nadto należałoby ust. 2 art. 2 zamieścić w art 15 pkt 6. Jest to bowiem definicja członka rodziny w rozumieniu omawianego projektu ustawy.

### Rozdział 2. Obowiązek ubezpieczenia

Rozdział ten obejmuje regulacje dotyczące grup podlegających obowiązkowi ubezpieczenia oraz momentu powstania i wygaśnięcia tego obowiązku. Wśród zawartych tu przepisów wątpliwości mogą budzić następujące:

1) W art. 20 dotyczącym momentu powstania i wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia posłów i senatorów pominięto posłów i senatorów, którzy pobierają ryczałt na podstawie art. 24 ust. 4 ustawy z dnia 31 lipca 1985 r. o obowiązkach i prawach posłów i senatorów (Dz. U. z 1991 r. Nr 18, poz. 79)

2) W art. 21 ust. 2 i art. 22 użyto sformułowania, iż obowiązek ubezpieczenia powstaje "z dniem faktycznego rozpoczęcia działalności". Jest to pojęcie nieostre i może nasręcać trudności interpretacyjne. Aby tego uniknąć należałoby podać konkretną czynność, (czynności, zdarzenia) od której rozpoczęcia powstanie obowiązek ubezpieczenia lub wyznaczyć nieprzekraczalną granicę.

3) W art. 25 pkt 4 stanowi, iż obowiązek ubezpieczenia bezrobotnego powstaje z dniem uzyskania statusu bezrobotnego a wygasa z dniem utraty tego statusu. Wprawdzie ustawa z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz. U. z 1995 r. Nr 1, poz. 1) używa sformułowania status bezrobotnego ale nie precyzuje dokładnie kiedy bezrobotny go uzyskuje. Należy domyślać się, że następuje to po spełnieniu warunków przewidzianych w tej ustawie i zarejestrowaniu przez rejonowy urząd pracy. Niejasny jest również sposób pozbawienia danej osoby statusu bezrobotnego. Wobec powyższego używanie tego określenia może powodować kłopoty interpretacyjne.

4) W art 25 pominięto kombatanatów pobierających zagraniczne świadczenia emerytalno-rentowe stale zamieszkałych w Polsce. Jeżeli stosuje się do nich art. 24 to należy to dla jasności zaznaczyć w tym przepisie. Jeżeli nie - to trzeba dodać do art. 25 punkt 6, w którym określony zostanie moment powstania i wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego dla tej kategorii ubezpieczonych.

5) Artykuł 28 ust. 1 przewiduje, iż dowodem objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym jest książeczka zdrowia. Książeczka ta, co wynika z załączonego projektu zarządzenia

Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej wydanego na podstawie art. 18 ust. 4, wystawiana jest przez oddział regionalnej lub branżowej kasy. Brak jest zarówno we wspomnianym projekcie zarządzenia, jak i projekcie ustawy określonego trybu postępowania w razie utraty książeczki.

Ustęp 3 wyżej wymienionego artykułu stanowi, iż odmowa wydania książeczki zdrowia następuje w drodze decyzji. Nie ma w tym artykule (ani żadnym innym) wymienionych przesłanek wydania decyzji odmownej. Nie jest też zaznaczone czy jest to decyzja ostateczna czy nie. Jeżeli nie jest ona ostateczna, to należałoby określić do kogo służy odwołanie. Jest to bowiem istotne z punktu widzenia uprawnień pacjenta.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że równoległe z omawianym projektem wpłynął projekt rządowy o świadczeniach zdrowotnych gwarantowanych przez państwo ze środków publicznych (Druk Sejmowy nr 1168), który w art. 4 przewiduje, iż świadczenia zdrowotne udzielane są osobie uprawnionej po stwierdzeniu jej tożsamości oraz na podstawie książeczki służącej rejestrowaniu świadczeń gwarantowanych przez ustawę. Wobec powyższego należałoby zastanowić się nad sensem wprowadzania dwóch rodzajów książeczek zdrowia uprawniających do tych samych świadczeń zdrowotnych. Spowoduje to tylko niepotrzebne komplikacje w praktyce. Wprowadzenie zaś książeczek, przewidzianych w art. 4 cytowanego wyżej projektu ustawy, na okres roku czy dwóch (z uzasadnienia do tegoż projektu wynika, że jest to ustawa epizodyczna mająca obowiązywać do czasu wejścia w życie ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych) spowoduje tylko dodatkowe i zapewne znaczne wydatki z budżetu Państwa.

### **Rozdział 3. Składki na ubezpieczenie zdrowotne**

1) Rozdział ten określa wysokość składki, podstawę jej wymiaru (odsyłając do poszczególnych przepisów o ubezpieczeniu społecznym) oraz osoby zobowiązane do jej opłacania. Z brzmienia przepisów zawartych w tym rozdziale nie wynika, kto opłaca składki za członków rodziny i czy jednostkowa składka obejmuje wszystkich członków, tak jak jest to jasno określone w przypadku rolników (art. 30 ust. 3).

2) W art. 35 brak jest precyzyjnego określenia terminu opłacania składki. Ułatwi to określenie okresu wymagalności i egzekwowanie odsetek za zwłokę.

3) Art. 39 odsyła (w zakresie odliczania składki od podatku dochodowego) do ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych. Używa przy tym pojęcia "kompensata". Przepis ten, jak się wydaje, należy czytać łącznie z propozycjami zmian w ustawie o której mowa, zawartymi w art. 160 projektu.

Mechanizm zaproponowany w tych zmianach polega na obniżeniu kwoty naliczonego już podatku o kwotę składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Należy wątpić czy użycie w tym przypadku słowa kompensata jest właściwe. Zgodnie ze Słownikiem Języka Polskiego (PWN, 1992 r.) kompensata oznacza "wyrównanie wzajemnych roszczeń, należności, pretensji; odszkodowanie z tytułu poniesionych wydatków".

### **Rozdział 4. Świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego**

1) W art. 40 tegoż rozdziału, w którym wymienia się świadczenia rzeczowe przysługujące ubezpieczonemu nie uwzględniono świadczeń pomocy doraźnej. Art. 41 ust. 1 pkt 1 nakłada na osoby ubezpieczone obowiązek wnoszenia dopłat za świadczenia pomocy doraźnej. Definicja świadczeń pomocy doraźnej zawarta została w art. 15 pkt 5. Z zestawienia obu tych przepisów wynika, że dopłaty wnosi się za świadczenia udzielane w razie nagłych zachorowań w miejscach niepublicznych. Jeżeli istotnie intencją projektodawcy jest nałożenie dopłat za tego rodzaju świadczenia to czytelniej byłoby zapisać to wprost, a nie poprzez tworzenie wyjątków niweczających definicję pomocy doraźnej. Należy więc zmienić definicję świadczeń pomocy doraźnej lub zastanowić się nad inną redakcją artykułu 41. Jest on bowiem bardzo istotny dla pacjentów i powinien być jasno sformułowany.

## **Rozdział 5. Organizacja udzielania świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego**

1) Z art. 56 ust. 1 pkt 3 wynika, iż kasy chorych będą negocjowały i zawierały umowy o udzielania świadczeń zdrowotnych z poszczególnymi lekarzami wykonującymi zawód poza zakładami opieki zdrowotnej. Ustęp 2 tegoż artykułu przewiduje jedynie możliwość uczestniczenia przedstawiciela właściwej okręgowej izby lekarskiej w przedmiocie zawarcia umowy. Takie rozwiązanie może powodować trudności w praktyce. Wydaje się, że słuszniesze byłoby rozwiązanie polegające na negocjowaniu i zawieraniu umów z organizacją będącą reprezentantem tejże grupy lekarzy. Takie rozwiązanie ułatwiłoby również lekarzom negocjowanie korzystniejszych warunków umów w tym warunków finansowych.

2) Art. 58 ust. 4 przewiduje powołanie komisji, złożonej z przedstawicieli ubezpieczonych, powoływanej i odwoływanej przez radę nadzorczą kasy. Komisja ta ma sprawować nadzór nad dostępnością i realizacją świadczeń udzielanych osobom umieszczonym na listach oczekujących na określone świadczenia, których dostępność jest ograniczona. Przepis ten nie określa jednak uprawnień tejże komisji, jakie by jej przysługiwały w ramach nadzoru w stosunku do osób (kierownika z.o.z., ordynatora szpitala) prowadzących listy ani kryteriów wpisu na listę. Doprowadzi to do sytuacji, w której komisja pomimo stwierdzonych uchybień nie będzie mogła zastosować żadnych środków prowadzących do ich likwidacji. Nadto obecny zapis, nie dający komisji żadnych uprawnień, nie zlikwiduje istniejących w wielu przypadkach niejasnych kryteriów zapisów na listy i związanych z tym nieprawidłowości i emocji.

3) W art. 59 zostało użyte słowo "ambulatoryjne", którego brak jest w definicji świadczeń z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej, dlatego też należałoby je wykreślić lub zdefiniować.

4) Art. 61 przewiduje prawo wyboru lekarza na obszarze działania kasy, której pacjent jest członkiem. Dotychczas pacjentowi przysługiwało takie prawo choć nie zawsze wynikało z przepisów. Aby to prawo mogło być w pełni realizowane pacjenci powinni mieć zagwarantowany dostęp do informacji o danym lekarzu - przebiegu jego kariery zawodowej, naukowej. Wówczas można mówić o świadomym wyborze, opartym na

konkretnych, fachowych informacjach, a nie na podstawie wyglądu zewnętrznego lekarza, czy też zasłyszanych opiniach od znajomych. Taka możliwość, dana pacjentowi, skłoni również lekarzy do podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych.

5) Art. 67 projektu przewiduje powołanie komisji rozjemczej, która miałaby rozstrzygać spory w razie nieosiągnięcia przez strony porozumienia w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń i umowy o zaopatrzenie ubezpieczonych w leki. Jednakże projekt nie określa statusu tej komisji, okresu jej kadencji (a może powoływana będzie tylko do rozstrzygnięcia konkretnej sprawy). Brak jest również projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej określającego sposób powoływania i odwoływania komisji rozjemczej i postępowania przed nią, co utrudnia ustosunkowanie się do tej instytucji.

## **Rozdział 6. Organizacja i zakres działania kas regionalnych i branżowych oraz Krajowego Związku Kas**

Rozdział niniejszy jest bardzo szczegółowo uregulowany i nie zawiera istotnych błędów ani luk. Lektura rozdziału nasuwa generalne spostrzeżenie, że struktura organów jest skomplikowana a wewnętrzne relacje pomiędzy nimi będą dosyć zbiurokratyzowane.

1) W artykułach dotyczących ciał kolegialnych kas chorych nie określono ich składu liczbowego (art. 70, art 116). W niektórych przypadkach (art. 69) będzie określał to statut. Nasuwa się jednak wątpliwość czy ta kwestia nie powinna zostać uregulowana w ustawie.

Art. 88, który dotyczy zgromadzenia przedstawicieli rejonowych oddziałów regionalnej kasy również nie określa składu liczbowego tego organu. Nadto brak jest w nim odesłania do statutu, co stanowi poważną lukę prawną

2) W art. 71, gdzie określono skład rady nadzorczej regionalnej kasy, nie sprecyzowano jakiego szeregu przedstawicieli organów rządowej administracji ogólnej mają wejść w skład rady nadzorczej (są 2).

3) Art. 105 stanowi, iż w posiedzeniach Rady Krajowego Związku Kas uczestniczą przedstawiciele Kancelarii Prezydenta, Ministra Finansów, Obrony Narodowej, Pracy i Polityki Socjalnej, Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej, Sprawiedliwości, Spraw Wewnętrznych, Transportu i Gospodarki Morskiej oraz Zdrowia i Opieki Społecznej. Z artykułu tego nie wynika jednak na czym to uczestnictwo miałyby polegać. Czy będą mieli oni prawo głosu czy tylko przysłuchiwanie się obradom komisji bez takiego prawa.

*Warszawa, 28 września 1995 r.*

*Opracowała: Anna Janicka*

**OPINIA PRAWNA DO PROJEKTU USTAWY O ŚWIADCZENIACH  
ZDROWOTNYCH GWARANTOWANYCH PRZEZ PAŃSTWO ZE ŚRODK'W  
PUBLICZNYCH  
(Druk Sejmowy nr 1168)**

Przedstawiony projekt jest próbą uporządkowania zagnatwanego stanu prawnego dotyczącego źródeł uprawnień do świadczeń zdrowotnych, które zawarte są obecnie w wielu rozproszonych przepisach różnej rangi (ustawy, rozporządzenia, zarządzenia). Wprowadza on pewien zakres świadczeń zdrowotnych gwarantowanych przez państwo ze środków publicznych w zamian za istniejące prawo do korzystania ze świadczeń leczniczych i innych świadczeń rzeczowych w nieograniczonym zakresie.

Nadto proponowana ustawa porządkuje zasady dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz wprowadza mechanizmy racjonalizujące korzystanie z tych świadczeń poprzez wprowadzenie dopłat i opłat za niektóre z nich.

Wśród rozwiązań zawartych w projekcie zastrzeżenia może budzić treść omawianej regulacji z punktu widzenia zgodności z art. 70 Konstytucji a także następujące przepisy:

1) art. 2 pkt 7 i 9 zawiera niejasne definicje "lekarza specjalisty" oraz "świadczenia ambulatoryjnego z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej".

2) w art. 3 ust. 3 oraz art. 7 ust. 1 użyto zwrotu "felczer publicznego zakładu opieki zdrowotnej", którego definicji brak jest w art. 2 i a który nie jest powszechnie zrozumiały.

3) art. 4 ust. 1 przewiduje, że świadczenia zdrowotne udzielane są osobie uprawnionej na podstawie książeczki służącej rejestrowaniu świadczeń gwarantowanych przez ustawę, przepisywanych środków farmaceutycznych i materiałów medycznych. Projekt nie ustosunkowuje się do obecnie istniejących legitymacji ubezpieczeniowych wydawanych na podstawie art. 6 ust. 3 ustawy z dn. 25 listopada 1986 r. o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 1989 r. Nr 25, poz. 137 z późn. zm.). Są one wprawdzie dowodem objęcia ubezpieczeniem społecznym ale na ich podstawie udzielane są również świadczenia lecznicze oraz dokonywane są przez z.o.z-y wpisy dotyczące:

- badań pomocniczych i szczepień ochronnych,
- pobytu w zakładach opieki zdrowotnej zamkniętej i zakładach lecznictwa uzdrowiskowego,
- środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że równoległe z omawianym projektem wpłynęły dwa projekty dotyczące ubezpieczeń zdrowotnych (Druk Sejmowy nr 1167 i 1192), które także przewidują wprowadzenie nowych książeczek zdrowia. Wobec powyższego należałoby zastanowić się nad sensem tworzenia kolejnej książeczki po to tylko, by zmieniać ją za dwa czy trzy lata (omawiany projekt, co wynika z uzasadnienia przewidywany jest na okres przejściowy, do czasu wprowadzenia systemu ubezpieczeń zdrowotnych). Spowoduje to niepotrzebne komplikacje w praktyce i znaczne wydatki z budżetu państwa.

4) Wprowadzenie w art. 5 ust. 2 zapisu, że wyboru lekarza dokonuje się na okres jednego roku budzi poważne wątpliwości i jest znacznym ograniczeniem prawa

wynikającego z ust. 1 tegoż artykułu, szczególnie gdy okaże się, że dany lekarz zaniedbuje swoje obowiązki, czy z innego powodu wybór będzie nietrafny. Należy dodać, że dotychczas - choć nie wynika to z przepisów - pacjent ma możliwość wyboru lekarza bez żadnych ograniczeń, chyba że w rejonie przyjmuje tylko jeden ale w takiej sytuacji zapis art. 5 nie będzie miał również znaczenia.

5) poważne zastrzeżenia budzi proponowany przez art. 9 projektu mechanizm ustalania w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia corocznej liczby zabiegów wysokospecjalistycznych (operacje kardiochirurgiczne, ortopedyczne, transplantacje, dializy). Takie rozwiązanie może przyczynić się do utrudniania, czy też nieudzielenia pomocy w przypadkach w których byłoby to możliwe z punktu widzenia medycznego. Przy takim rozwiązaniu celowe byłoby wskazanie zasad kwalifikacji na dany zabieg.

6) art. 10 jest nieprzejrzysty z uwagi na wielość sytuacji, w których stosuje się dopłaty oraz wielość sytuacji uzasadniających zwolnienie od nich. Szczególne wątpliwości budzi ust. 1 pkt 1. Świadczenie pomocy doraźnej w rozumieniu art. 28 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.) to świadczenie zdrowotne, które udzielane jest w razie wypadku, urazu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia z zagrożeniem życia. Art. 10 ust. 1 pkt 1, który powołuje się na powyższy artykuł nakłada na osoby uprawnione obowiązek wnoszenia zryczałtowanych dopłat za świadczenia pomocy doraźnej z wyjątkiem wypadków, urazów, stanów zagrożenia życia lub potrzeby natychmiastowego leczenia szpitalnego, oraz świadczeń związanych z ciążą, porodem i położeniem. Z zestawienia tych przepisów wynika, że dopłacie podlegają świadczenia udzielane w stanach zagrożenia zdrowia nie wymagające natychmiastowego leczenia szpitalnego. Jeżeli istotnie intencją projektodawcy jest nałożenie dopłat za tego rodzaju świadczenia to czytelniej byłoby zapisać to wprost, a nie poprzez tworzenie niejasnych wyjątków. Omawiany artykuł jest bardzo istotny dla pacjentów i powinien być sformułowany tak, aby nie sprawiał kłopotów interpretacyjnych.

*Warszawa, 5 października 1995 r.*

*Opracowała: Anna Janicka*

**OPINIA PRAWNA DO PRZEDSTAWIONEGO PRZEZ PREZYDENTA R.P.  
PROJEKTU USTAWY O POWSZECHNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM (Druk  
Sejmowy nr 1192)**

UWAGI OGÓLNE

Projekt przedstawiony do zaopiniowania zawiera nową koncepcję organizacji systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Wprowadza on obowiązkowe i powszechne ubezpieczenia zdrowotne. Przewiduje utworzenie Kas Chorych, które zobowiązane są do zagwarantowania ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych. Kasy te są samorządnymi instytucjami działającymi na szczeblu terytorialnym, zakładowym i krajowym, posiadającymi osobowość prawną. Podstawowymi ich dochodami są składki osób ubezpieczonych. Projekt nie przewiduje dotacji z budżetu państwa, co pozwoli na uniezależnienie się tych instytucji od administracji rządowej.

System ubezpieczeń zdrowotnych ma działać w oparciu o umowy negocjowane i zawierane z kasami przez świadczeniodawców, którzy mogą zrzeczać się (np. Zrzeszenie Lekarzy Kas Chorych), co zapewni lepszą organizację opieki zdrowotnej i postawi świadczeniodawców w korzystniejszej sytuacji wobec Kas.

Projekt wprowadza również nowy centralny urząd - Urząd Nadzoru podlegający jedynie Prezesowi Rady Ministrów, który będzie nadzorował przestrzeganie prawa przez Kasy Chorych.

Na uznanie zasługuje szereg zaproponowanych uregulowań. Niemniej proponowana ustawa budzi także wiele wątpliwości, które zostaną dokładniej omówione w części "Uwagi szczegółowe". Na wstępie należy stwierdzić, że charakteryzuje ją niedopracowanie wielu koncepcji merytorycznych. Jako przykład konkretnego niedopracowanego rozwiązania można przytoczyć procedurę tworzenia Kas Chorych (z mocy ustawy, czy decyzji), sposób naliczania, wysokość oraz zasady odprowadzania składki. Nadto niejasne są kwestie związane z zawieraniem umów z ubezpieczonymi, a także wiele innych omówionych w dalszej części opinii.

Zbadania sensu niektórych przepisów nie ułatwia uzasadnienie do omawianego projektu, które - choć obszerne - nie zawsze jest z nim spójne.

Trzeba również zwrócić uwagę na liczne odesłania do statutów niekiedy w sprawach bardzo istotnych, które powinny zostać uregulowane w ustawie (np. wysokość składki) ze względu na ich wagę.

Projektodawcy nie ustrzegli się błędów natury techniczno-legislacyjnej. Artykuły zawarte w projektowanej ustawie składają się niekiedy z kilkunastu ustępów (art. 71, 78), co czyni je mało czytelnymi. Należy więc rozważyć czy nie powinny zostać utworzone odrębne artykuły, ze względu na to, że dotyczą zupełnie odrębnych merytorycznie kwestii.

Zastrzeżenia budzi również treść projektowanej regulacji z punktu widzenia jej zgodności z art. 70 Konstytucji.

W rezultacie, jeśli dodamy do tego uchybienia językowe, przedstawiony projekt jawi się jako akt niezbyt komunikatywny, nieprzejrzysty i trudny do interpretacji, co z punktu widzenia typowego adresata przepisów o ubezpieczeniach zdrowotnych nie jest bez znaczenia.



Mając na względzie fakt, iż przedłożony projekt dotyczy materii wymagającej wiedzy specjalistycznej, przedstawione stanowisko ujęte zostało w formie uwag nie zaś kompleksowej opinii.

## UWAGI SZCZEGÓŁOWE

### Rozdział 1. Przepisy ogólne

- 1) Proponowana ustawa powinna w rozdziale 1 dokładnie określać stosunki jakie reguluje oraz podmioty, do których się odnosi, czego brak jest w omawianym projekcie.
- 2) Niezrozumiałe jest zamieszczenie w art. 3 "definicji" zasad świadczeń zdrowotnych i leczenia lekarskiego. Określenia te nie zostały użyte w żadnym przepisie projektu. Brak jest natomiast definicji chociażby "pomocy doraźnej", czy "innych osób udzielających świadczeń zdrowotnych", które występują w tekście a nie są powszechnie zrozumiałe. Nieprecyzyjny jest zwrot zawarty w art. 3 pkt 7 "inny samodzielny wykonawca". Zawężona została, być może celowo, definicja członka najbliższej rodziny. Pominięto w niej bowiem dzieci przysposobione, przyjęte na wychowanie.
- 3) Art. 4 przewiduje, iż Kasa Chorych zawiera umowę z ubezpieczonym opłacającym składkę. Dalsze przepisy dotyczące umowy znajdują się w kolejnych rozdziałach, co utrudnia ich czytanie i zrozumienie. Art. 26 (rozdział 3) stanowi, iż dochodzenie roszczeń ubezpieczonego z tytułu umowy z Kasą Chorych jest zwolnione z opłat sądowych. Natomiast z art. 34 (rozdział 4) wynika, że Rada Kasy Chorych ustala wzór umowy z ubezpieczonym. Ale już art. 31, który określa od kiedy osoba objęta obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego staje się członkiem Kasy, pomija istnienie umowy. Również art. 32 określający moment ustania członkostwa nie wspomina o umowie. Jest to więc pewna niekonsekwencja wynikająca z niedopracowania tej kwestii. Nadto wydaje się słusznym postulat, aby wzór umowy znalazł się w akcie rangi rozporządzenia i był jednakowy dla wszystkich ubezpieczonych.

### Rozdział 2. Osoby ubezpieczone

- 1) W art. 6 pkt 1 wkraść się istotny błąd, o ile nie było to zamierzone. Powinno być podatników a nie płatników. Zgodnie z przepisami podatkowymi (por. w szczególności art. 3 ust. 4 ustawy z dnia 19 grudnia 1980 r., Dz. U. z 1993 r. Nr 108, poz. 486 z późn.zm.) płatnikiem jest osoba obowiązana do obliczenia i pobrania od podatnika podatku oraz do wpłacenia go na właściwy rachunek.
- 2) Art. 7 ust. 1 wyłącza określone kategorie osób z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego. Rozwiązanie takie wydaje się sprzeczne z zasadą powszechności zawartą w art 1 i zbędne, tym bardziej, że osoby te oraz członkowie ich rodzin korzystają ze świadczeń przewidzianych w ustawie z tą jedynie różnicą, że ich świadczenia finansowane są z budżetu państwa lub gminy. Ustęp 2 omawianego artykułu powinien wskazywać konkretne akty prawne zawierające zasady finansowania świadczeń zdrowotnych. W ustępie 3 należałoby określić zasady i tryb zwrotu kosztów poniesionych przez Kasy Chorych.

- 3) Na tle treści art. 9 powstaje pytanie, czy również w przypadku dobrowolnego ubezpieczenia się w Kasie przez osoby podlegające zwolnieniu z mocy art. 7 budżet państwa lub gminy będzie pokrywał koszty świadczeń udzielonych tym osobom.
- 4) art. 10 powinien zostać zamieszczony w rozdziale 1 w art. 3. Jest to bowiem definicja osoby ubezpieczonej.

### **Rozdział 3. Świadczenia ubezpieczenia zdrowotnego**

- 1) Określenia zawarte w tym rozdziale, takie jak: promocja zdrowia, pomoc doraźna oraz uznane standardy powinny zostać zdefiniowane.
- 2) Redakcja art. 12 budzi zastrzeżenia. Użyto w nim kilku zwrotów, które są nieostre i mogą nastroczać trudności interpretacyjne ("koniecznych", "bezpodstawnej", "niezbędne"). A nadto nie jest jasne - kto miałby decydować o udzieleniu koniecznych świadczeń, czy też rozstrzygać o ich niezbędności.
- 3) Wykaz podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty oraz podstawowych materiałów dentystycznych (art. 15 ust. 2) powinien, podobnie jak wykaz świadczeń zdrowotnych (art. 11) zostać określony w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej dostępnego dla wszystkich zainteresowanych a nie w drodze wewnętrznych uzgodnień. To samo dotyczy wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych (art. 17 ust. 2), zasad udziału ubezpieczonego w kosztach wyżywienia i zakwaterowania w ośrodku rehabilitacyjnym (art. 19 ust. 2) oraz w kosztach leczenia sanatoryjnego (art. 20 ust. 2). Projekt przewiduje w wyżej wymienionych przypadkach regulację statutową co może doprowadzić do dysproporcji pomiędzy poszczególnymi Kasami i nierównego traktowania ubezpieczonych.
- 4) Ustalenie przewidziane w art. 22 ust. 2 może doprowadzić do sytuacji, w której w poszczególnych Kasach będą obowiązywały różne "karty ubezpieczenia". Wydaje się więc, że właściwym byłoby określenie treści i formy dokumentu potwierdzającego przynależność do Kasy w drodze rozporządzenia.

### **Rozdział 4. Organizacja instytucji ubezpieczenia zdrowotnego**

- 1) Rozdział niniejszy w sposób mało czytelny, a czasami sprzeczny z przepisami zawartymi w dalszej części proponowanej ustawy, określa tryb tworzenia, strukturę oraz organizację wewnętrzną Kas Chorych. Jedynie tryb tworzenia Kas Zakładowych można uznać za uregulowany w sposób wyczerpujący, jakkolwiek pewne zastrzeżenia budzi konieczność uzyskania przez Radę Założycieli pisemnych deklaracji przystąpienia do Zakładowej Kasy Chorych od co najmniej 10 000 przyszłych jej członków (art. 29 ust. 2). Wydaje się, że w praktyce warunek ten spełnić będzie mogło tylko kilka zakładów pracy. Nasuwa się również pytanie czy powyższy wymóg odnosić się będzie także do Kas międzyzakładowych (art. 29 ust. 10).
- 2) Zasadnicza wątpliwość nasuwa się na tle art. 27 ust. 3 pkt 1, art. 28 oraz art. 78 ust. 7 pkt 3, bowiem art. 28 stanowi, że Kasy Chorych tworzone są z mocy prawa, natomiast z dwóch pozostałych artykułów wynika, że powstają w drodze decyzji. W

uzasadnieniu stwierdza się natomiast, że tworzone są z mocy ustawy. Powyższą sprzeczność należy więc usunąć.

3) W art. 29 ust. 5 powinien zostać precyzyjnie określony termin w jakim wnosi się odwołanie do Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych i za pośrednictwem jakiego organu.

4) Na tle niniejszego rozdziału niejasny jest tryb zgłaszania się osób ubezpieczonych do Kas. Nie wyjaśniają tego również inne rozdziały.

5) W art. 34 wydaje się właściwym określenie trybu podejmowania uchwał przez Radę Kasy Chorych.

6) Zastrzeżenia budzi także uchwalanie wysokości składki przez Radę Kasy Chorych (art. 34 ust. 2 pkt 7). Ta kwestia powinna zostać uregulowana w drodze ustawy, zapewniając jednakowy sposób liczenia składki dla wszystkich. Również kompetencja Rady w zakresie decydowania o majątku Kasy, powinna znaleźć odzwierciedlenie w ustawie, bowiem tak istotna sprawa nie może być pozostawiona regulacji statutowej.

7) Art. 39 ani kolejne nie przewidują żadnych organów w strukturach Krajowego Związku Terytorialnych Kas Chorych oraz Krajowego Związku Zakładowych Kas Chorych.

## **Rozdział 5. Przepisy finansowe**

1) Art. 46 nie określa wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne lecz jedynie stanowi, że będzie ona uzgadniana corocznie przez Krajowy Związek Terytorialnych Kas Chorych i Krajowy Związek Zakładowych Kas Chorych. Kwestie wysokości składki, sposobu jej naliczania (art. 47), oraz zasady jej odprowadzania (art. 49) z uwagi na bardzo istotne znaczenie dla całości projektu powinny być dokładnie określone w ustawie. Nadto projekt nie wskazuje kto płaci składki za członków rodziny i czy jest to składka jednostkowa.

Nie jest również jasna delegacja dla Prezesa Rady Ministrów zawarta w art. 46 ust. 1 pkt 4.

2) Czy określenie inwalida wojenny zawarte w art. 47 ust. 7 i art. 49 ust. 4 jest tożsame z określeniem użytym w art. 48 - osoba pobierająca rentę inwalidzką z tytułu inwalidztwa wojennego? Jeżeli tak to należałoby zrezygnować z jednego z nich bo w przeciwnym razie jest to mylące.

## **Rozdział 6. Zasady współdziałania Kas Chorych i Świadczeniodawców**

1) Z przepisów zamieszczonych w tym rozdziale (art. 52 ust. 2, 53, 54, 55, 60 ust 1, 61 ust. 1) oraz art. 4 ust. 3 pkt 2 wynika, że Kasa Chorych zawiera umowę ze świadczeniodawcami. Art. 34 określający kompetencje Rady Kasy Chorych stanowi jedynie, że Rada ustala wzór umowy Kasy ale tylko z ubezpieczonymi. Według art. 40 to Krajowe Związki Kas Chorych negocjują i zawierają ramowe (określenie niejasne) umowy z przedstawicielami świadczeniodawców. W przypadku braku uzgodnienia stanowisk i niemożności zawarcia umowy między Zrzeszeniem Lekarzy Kas Chorych a Związkami Kas Chorych, sporną kwestię rozstrzyga Komisja Arbitrażowa. Natomiast art. 67 dopuszcza możliwość zawarcia umowy z innymi niż lekarze i szpitale

świadczeniodawcami lub ich organizacjami przez Kasy Chorych lub Związki Kas Chorych. W takiej sytuacji należałoby dokładnie sprecyzować czym jest umowa ramowa oraz podmioty, które będą negocjowały i zawierały umowy ze świadczeniodawcami. Celowym byłoby również określenie wzorów takich umów.

2) Art. 54 zawiera zwrot "podstawowej opieki lekarskiej", który należałoby zdefiniować. Nadto omawiany artykuł przewiduje prawo do wolnego wyboru lekarza działającego w ramach umów z Kasami (brak ograniczeń terytorialnych). Pragnę zauważyć, że dotychczas pacjentowi również przysługiwało takie prawo choć nie zawsze wynikało ono z przepisów. Aby to prawo mogło być w pełni realizowane, ubezpieczeni powinni mieć zagwarantowany dostęp do informacji o danym lekarzu - przebiegu jego kariery zawodowej, naukowej.

3) W świetle art. 55 nie wiadomo ilu stopniowa jest struktura Zrzeszenia Lekarzy Kas Chorych (dwu- czy trójstopniowa), a także w którym momencie Zrzeszenie uzyskuje osobowość prawną.

4) Wydaje się także, że kompetencje organów Zrzeszenia określone zostały zbyt ogólnie (art. 56). Ze względów stylistycznych proponuję w art. 56 ust. 3 skreślenie słowa "członków".

5) Art. 62 przewiduje powołanie Komisji Arbitrażowej (brak składu liczbowego), która będzie rozstrzygała spory dotyczące zawarcia umowy między Zrzeszeniem Lekarzy Kas Chorych a Związkami Kas Chorych. Przepis ten nie wskazuje jednak czy decyzje wydane przez Komisję są ostateczne, oraz czy służy od nich odwołanie i do kogo. Z art. niniejszego oraz art. 69 wynika, że Komisja Arbitrażowa rozstrzyga jedynie spory dotyczące zawarcia umowy między stronami. Do jej kompetencji nie będzie więc należało rozstrzyganie sporów związanych z realizacją i rozliczeniami wynikającymi z umów, co nie wydaje się zamierzone przez projektodawcę.

6) Art. 67 powinien brzmieć: "Kasa Chorych lub Związki Kas Chorych zawierają umowy z innymi samodzielnymi wykonawcami świadczenia zdrowotnego lub ich organizacjami o:".

Będzie to zgodne z definicją świadczeniodawcy zawartą w art. 3 pkt 7.

7) Nie jest również jasne co ma zawierać umowa z aptekami lub ich organizacjami oraz kto będzie dokonywać wyboru strony (apteki Kasy, czy ich związki). Z projektu wynika, iż będzie panować całkowita dowolność co do treści umowy. Nawet w artykule dotyczącym kompetencji organów Kas Chorych nie ma zapisu dotyczącego zawierania umów z aptekami.

## **Rozdział 8. Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych**

1) W art. 71 bądź w następnych należałoby określić uprawnienia, które przysługują Prezesowi Rady Ministrów w ramach sprawowanego nadzoru nad działalnością Urzędu.

2) Art. 71 ust. 13 stanowi, że Urząd Nadzoru prowadzi rejestr Kas Chorych. Z przepisu tego nie wynika czy wpis do rejestru osób prawnych jakimi są Kasy ma charakter konstytutywny, tzn. osobowość prawną jednostka organizacyjna nabywa z dniem wpisu do rejestru, czy też ma znaczenie ewidencyjne. W pierwszym przypadku organ rejestrowy bada legalność czynności zmierzających do powołania osoby prawnej.

Należałoby więc określić tryb wpisywania do rejestru ale przede wszystkim zdecydować się w jaki sposób mają być tworzone Kasy o czym mowa była wyżej.

## **Rozdział 11. Przepisy przejściowe - wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego**

1) Brak jest określenia kompetencji Prezesa Rady Ministrów w ramach nadzoru nad działalnością Pełnomocnika.

2) W art. 88 ust. 1 zostało użyte pojęcie "kompensata" dla określenia, jak się wydaje, odpowiedniego obniżenia stopy podatku dochodowego od osób fizycznych o kwotę składki. Należy wątpić czy użycie w tym przypadku słowa kompensata jest właściwe. Zgodnie ze Słownikiem Języka Polskiego (PWN, 1992 r.) kompensata oznacza "wyrównanie wzajemnych roszczeń, należności, pretensji; odszkodowanie z tytułu poniesionych wypadków".

Ustę 3 art. 88 nakłada na Sejm i Radę Ministrów obowiązek uchwalenia wysokości składki na ubezpieczenia zdrowotne w pierwszym roku działania Kas Chorych łącznie z obniżeniem m.in. stóp podatku dochodowego w zakresie odpowiadającym 100% wysokości składki. Wydaje się, że powinno to znaleźć wyraz w samej ustawie z uwagi na charakter i wagę tych rozwiązań.

### **POR'WNANIE PROJEKTU PREZYDENCKIEGO Z PROJEKTEM RZĄDOWYM**

#### **PODOBIENSTWA**

1) obydwa projekty wprowadzają powszechne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne,

2) zakładają utworzenie Kas Chorych, które będą realizowały zadania z zakresu ubezpieczeń zdrowotnych. Kasy mają osobowość prawną i posiadają podobną strukturę organizacyjną (Kasy Regionalne, Branżowe i Krajowe),

3) przewidują utworzenie funduszu wyrównawczego umożliwiającego wyrównanie finansowe różnic w dochodach Kas wynikających z poziomu dochodów ludności, struktury zatrudnienia i sytuacji demograficznej,

4) oba projekty wprowadzają mechanizm "kompensaty" polegający na odliczeniu składki na ubezpieczenie od podatku dochodowego od osób fizycznych,

5) przewidują negocjowanie i zawieranie umów z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym.

#### **R'ŻNICE**

1) Omawiane projekty odmiennie określają zakres podmiotowy proponowanej ustawy:

- prezydencki opiera się na systemie podatkowym,
- rządowy - na ubezpieczeniu społecznym,

2) odmienny jest sposób nawiązania stosunku ubezpieczenia:

- projekt prezydencki wprowadza umowę pomiędzy ubezpieczonym a Kasą,

- rządowy zakłada tylko zgłoszenie ubezpieczonego w Kasie,
- 3) rządowy projekt przewiduje rozbudowaną i zbiurokratyzowaną strukturę Kas, które będą podlegały w ramach nadzoru Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej. W projekcie prezydenckim natomiast struktura organizacyjna Kas jest prosta, są one bardziej samodzielne i nie podlegają Ministrowi,
- 4) projekt prezydencki nie przewiduje żadnych dotacji z budżetu państwa, a wysokość składki na ubezpieczenie ustalają Kasy,
- 5) projekt prezydencki zakłada tworzenie organizacji świadczeniodawców (np. Zrzeszenie Lekarzy Kas Chorych), z którymi zawierane będą umowy. Zgodnie z projektem rządowym umowy takie zawierane będą z poszczególnymi świadczeniodawcami,
- 6) nadzór nad działalnością Kasy, w projekcie prezydenckim, sprawuje Urząd Nadzoru, który jest centralnym urzędem państwowym podlegającym Prezesowi Rady Ministrów i całkowicie niezależny w zakresie wykonywanej funkcji. W przypadku projektu rządowego funkcje kontrolne w zakresie gospodarki finansowej ubezpieczeń zdrowotnych spełniać będzie Krajowa Izba Rozrachunkowa (jednostka budżetowa). Minister Zdrowia i Opieki Społecznej będzie natomiast sprawował nadzór nad działalnością Kas według kryteriów zgodności z prawem i statutem,
- 7) projekt prezydencki przewiduje powołanie Pełnomocnika Rządu ds. wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego; projekt rządowy zakłada powołanie ciał kolegialnych.

*Warszawa 28 września 1995 r.*  
*Opracowała: Anna Janicka*

**EKSPERTYZA PROJEKT'W USTAW O POWSZECHNYM  
UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM  
(Rządowego i Prezydenckiego)**

Przystępując do analizy porównawczej dwóch projektów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, przyjęto dla potrzeb niniejszego opracowania, pewne skróty myślowe celem uniknięcia powtórzeń. Tak więc, projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym opracowany przez przedstawicieli Rządu nazwany został w dalszej części projektem "Rządowym", natomiast projekt skierowany do Sejmu Rzeczypospolitej przez Prezydenta RP, nazwany został w dalszej części projektem "Prezydenckim". Ponadto w trosce o przejrzystość formułowanych uwag, w związku z objętością przedłożonego materiału, stopniem jego trudności oraz uwzględniając ważkość zagadnienia, podjęto próbę równoległej oceny poszczególnych zagadnień przedstawionych w projektach.

Oba projekty, jako zasadę stanowią powszechny obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego. Jednakże owa powszechność i obowiązkowość wykazuje istotne rozbieżności w proponowanych rozwiązaniach. Projekt Rządowy w art. 16 określa bardzo szeroko, lecz taksatywnie krąg osób objętych z mocy prawa, z chwilą wejścia w życie niniejszego aktu, obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. Projekt Prezydencki przewiduje zasadniczo odmienny katalog osób objętych obowiązkiem ubezpieczenia z mocy prawa, zawężając krąg podmiotów do czterech punktów art. 6 i tym samym wyłączając z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego żołnierzy służby zasadniczej, osoby odbywające karę pozbawienia wolności lub tymczasowo aresztowane, osoby otrzymujące zasiłek stały z pomocy społecznej oraz inne osoby nie wymieniane w art. 6 projektu Prezydenckiego. Osobom pozostającym poza systemem ubezpieczeń zdrowotnych, świadczenia zdrowotne miałyby być udzielane na koszt budżetu państwa lub gminy wg przepisów odrębnych (wymagających opracowania). Ponadto projekt Prezydencki przewiduje możliwość dobrowolnego poddania się obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego oraz możliwość, po upływie 3 lat od dnia rozpoczęcia działalności Kas Chorych, dla osób o wysokich dochodach, zwolnienia z obowiązku ubezpieczenia. Oba projekty objęły ubezpieczeniem członka rodziny ubezpieczonego z pewnymi zastrzeżeniami i niewielkimi rozbieżnościami.

Zasadniczo odmiennie rozwiązano w projektach problematykę zakresu świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego. Projekt Rządowy w świetle art. 2 dąży do jednolitego ubezpieczenia zdrowotnego społeczeństwa w razie choroby, urazu, porodu, położu, powszechnych akcji zapobiegania chorobom oraz konieczności dokonania oceny stanu zdrowia wymaganej na podstawie odrębnych przepisów. W przypadku spełnienia się ryzyka ubezpieczonego, ubezpieczonym przysługiwałby następujący katalog świadczeń: świadczenia z zakresu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej

służące ratowaniu życia, przywracaniu lub poprawie zdrowia, a w szczególności badania, porady i zabiegi lekarskie, badania diagnostyczne, leczenie i rehabilitacja lecznicza, opieka pielęgniacyjna oraz szczepienia ochronne, inne planowe działania zapobiegawcze z zastrzeżeniem wyjątków, orzekanie o stanie zdrowia, opieka nad kobietą ciężarną, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem, standardowe świadczenia z zakresu stomatologii oraz czynności techniczne z zakresu protetyki stomatologicznej i ortodoncji, określone przez MZiOS w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii RKZK, zaopatrzenie w leki i artykuły sanitarne, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, niektóre świadczenia lecznictwa uzdrowiskowego, świadczenia opiekuńczo-lecznicze, przewozy środkiem transportu sanitarnego.

Do zakresu świadczeń nie przysługujących ubezpieczonym zaliczono natomiast: zabiegi chirurgii plastycznej i zabiegi kosmetyczne w przypadkach nie będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstw jej leczenia, zabiegi przyrodolecznicze w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych nie związane z chorobą podstawową, stanowiącą bezpośrednią przyczynę skierowania na leczenie uzdrowiskowe, orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydane na życzenie ubezpieczonego, z licznymi wyjątkami, szczepienia ochronne, inne niż określone w kalendarzu szczepień lub inne niż wprowadzone na mocy odrębnych przepisów jako powszechnie obowiązujące w związku z szerzeniem się choroby zakaźnej, a ponadto orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych, oraz interpretując zapis art. 40 ust. 1 pkt 4, ponadstandardowe świadczenie z zakresu stomatologii nie ujęte w wykazie MZiOS. Projekt Rządowy przewiduje również inną formę partycypacji ubezpieczonych w kosztach leczenia, obowiązek wnoszenia dopłat ze świadczenia pomocy doraźnej, z wyjątkiem nagłych zachorowań w miejscach publicznych, wypadków, urazów, stanów zagrożenia życia lub potrzeby natychmiastowego leczenia szpitalnego, świadczeń związanych z ciążą, porodem i położeniem oraz świadczeń udzielanych uczniom szkół stacjonarnych, dzieciom do czasu rozpoczęcia nauki w szkole, osobom do 18 roku życia zwolnionym z obowiązku szkolnego oraz ponoszenia zryczałtowanych kosztów zakwaterowania i wyżywienia na łóżku etatowym w szpitalu nie więcej jednak niż za 5 dni pobytu w roku kalendarzowym. Jednakże wyjątkowo, bezpłatnym leczeniem szpitalnym zostałyby objęte dzieci, uczniowie, studenci studiów dziennych, osoby pobierające emerytury i renty nie przekraczające najniższego wynagrodzenia w gospodarce narodowej, inwalidzi wojenni, wojskowi, kombatanci, bezrobotni, osoby pobierający zasiłek z pomocy społecznej i inni objęci regulacją art. 41 ust. 2 projektu ustawy. Ponadto projekt przewiduje, że ubezpieczonemu przysługiwałyby leki podstawowe i leki recepturowe po uiszczeniu opłaty ryczałtowej a leki uzupełniające za częściową odpłatnością w wysokości 30%-50% ceny leku. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przysługiwałyby na zlecenie lekarza ubezpieczeniowego bezpłatnie za częściową opłatą lub odpłatnie wg zasad określonych przez MZiOS. Leczenie uzdrowiskowe przysługiwałoby ubezpieczonym w oparciu o obowiązujące przepisy z zastrzeżeniem, że ubezpieczony w sanatorium uzdrowiskowym, ponosi koszty zakwaterowania, wyżywienia, przejazdu do i z sanatorium (z wyjątkiem osób z dysfunkcją ruchu uniemożliwiającą korzystanie z transportu publicznego). Opłaty z tytułu kosztów utrzymania ubezpieczonego pobierane



byłyby za pobyt w zakładach opiekuńczo-leczniczych na zasadach odpłatności za pobyt w domach pomocy społecznej. Ubezpieczonemu przysługiwałby natomiast bezpłatny przejazd środkiem transportu w przypadkach: przewozu między zakładami opieki zdrowotnej, przewozu osób wymagających leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej, na podstawie zlecenia lekarza, przewozów wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia w przypadkach schorzeń zagrażających życiu, przewozów osób z dysfunkcją narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia uzdrowskiego oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze, do najbliższego zakładu udzielającego świadczeń w tym zakresie i z powrotem.

Zagadnienie rodzaju świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego zostało, inaczej ujęte w projekcie Prezydenckim, zgodnie z którym Kasa Chorych zobowiązana jest zapewnić osobom ubezpieczonym świadczenia dotyczące promocji zdrowia, utrzymania zdrowia, zapobiegania chorobom, wczesnego wykrywania chorób, leczenia choroby, rehabilitację, zaopatrzenia w środki farmaceutyczne, materiały medyczne, przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoc doraźną w nagłych wypadkach i zachorowaniach. Jednocześnie projekt ustawy zobowiązuje Ministra Zdrowia do określenia w uzgodnieniu z Krajowym Związkiem Kas Chorych oraz Naczelną Radą Lekarską szczegółowego wykazu tych świadczeń. Ponad przedmiotowy wykaz Ministra Zdrowia "Kasa Chorych z mocy ustawy byłaby zobowiązana do pomocy ubezpieczonym w działaniach na rzecz utrzymania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób w zakresie i rodzaju świadczeń określonych w statucie Kasy Chorych, niezależnie od obowiązku realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych zleczanych jej przez MZiOS oraz inne podmioty. W przypadku choroby Kasa Chorych zapewniałaby leczenie ambulatoryjne, szpitalne, zaopatrzenie w leki, materiały medyczne, przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze zalecane przez lekarza, rehabilitację, świadczenia położnej, psychologa i innych osób wykonujących samodzielne zawody medyczne. Istotną rozbieżnością w stosunku do projektu Rządowego jest zaproponowane w projekcie Prezydenckim rozwiązanie świadczeń zdrowotnych lekarza dentystry. Krajowy Związek Kas Chorych oraz Zrzeszenie Lekarzy Kas Chorych uwzględniając wykaz świadczeń podstawowych MZiOS (o którym była mowa powyżej) ma określić wykaz podstawowych świadczeń lekarza dentystry oraz podstawowych materiałów dentystrycznych. Kasa Chorych zapewniałaby ubezpieczonemu podstawowe świadczenia dentystryczne oraz podstawowe materiały dentystryczne, jednakże Statut Kasy Chorych określałby wysokość udziału własnego samych ubezpieczonych w kosztach tych świadczeń z zastrzeżeniem, iż nie może on przekroczyć 25% kosztów świadczeń z materiałami a w przypadku protezy dentystrycznej 50% kosztów. Zgodnie z projektem z udziału w kosztach zwolnione byłyby dzieci do lat 15 oraz kobiety w ciąży.

Udział ubezpieczonego w kosztach świadczeń przewiduje również projekt Prezydencki w stosunku do produktów ortopedycznych i środków pomocniczych w wysokości określonej Statutem Kasy Chorych, jednakże nie wyżej niż 50% kosztów.

Projekt Prezydencki nie przewiduje żadnych dodatkowych obciążeń finansowych ubezpieczonych w stosunku do leczenia szpitalnego obejmującego: leczenie lekarskie, pielęgnację chorego, zaopatrzenie w leki, materiały medyczne, przedmioty

ortopedyczne, środki pomocnicze, zakwaterowanie i wyżywienie zastrzegając jednocześnie, że nie może ono trwać dłużej niż jest to niezbędne ze względu na stan zdrowia ubezpieczonego. Odmiennie reguluje też projekt Prezydencki kwestię świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego, stanowiąc obowiązek pokrywania przez Kasy Chorych kosztów leczenia w szpitalu sanatoryjnym lub sanatorium dla dzieci do lat 15 i odsyłając do postanowień Statutu Kasy Chorych kwestię jej uczestnictwa w kosztach leczenia sanatoryjnego dla ubezpieczonych powyżej 15 roku życia.

Zaopatrzenie w środki farmaceutyczne i materiały medyczne bazowałoby na istniejących uregulowaniach prawnych, tj. ustawie o zasadach odpłatności za leki i artykuły sanitarne z 27 września 1991 r. (Dz. U. 94, poz. 422 z późn.zm.). Zasady zwrotu kosztów przejazdu ubezpieczonego, o ile przejazd jest konieczny w celu otrzymania niezbędnego świadczenia określać będzie Statut Kasy Chorych.

Podsumowując tę część problematyki ujętej w projekcie Rządowym w rozdziale 4 zatytułowanym "Świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego", a w projekcie Prezydenckim w rozdziale III zatytułowanym "Świadczenia ubezpieczenia zdrowotnego" nie można nie zgodzić się z ogólną uwagą, iż projekt Prezydencki stwarza realne możliwości decydowania o zasadach odpłatności za świadczenia zdrowotne przez statutowe organy Kasy Chorych i co więcej stwarza prawną możliwość objęcia ubezpieczeniem również innych świadczeń poza narzuconymi ustawą (art. 33).

Powyższa uwaga skłania, więc do twierdzenia, że zasada samorządności Kas w zakresie pakietu przysługujących świadczeń, byłaby realizowana pełniej w systemie proponowanym przez projekt Prezydencki. Również zapis art. 4 ust. 6 dopuszczający możliwość realizowania powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez inne niż Kasy Chorych instytucje przy spełnianiu warunku uzyskania koncesji Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych i obowiązku zapewnienia świadczeń w zakresie nie mniejszym niż Kasa Chorych, należy ocenić jako rozwiązanie nowatorskie, stymulujące jawną, otwartą i rozsądną konkurencję podmiotów na rynku usług medycznych. Dowodem potwierdzającym fakt objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym - zgodnie z projektem Rządowym byłaby "Książeczka zdrowia", a zgodnie z projektem Prezydenckim "Karta ubezpieczonego".

Ocena sposobu realizacji powyższych świadczeń nie jest możliwa bez analizy proponowanej w projektach, struktury organizacyjnej systemu ubezpieczeniowego. Tak więc w projekcie Rządowym, przewiduje się utworzenie trójpoziomowej struktury organizacyjnej. Na poziomie krajowym, przewiduje się utworzenie Krajowego Zarządu Kas Powszechnych Ubezpieczeń Zdrowotnych, posiadającego osobowość prawną i będącego zrzeszeniem regionalnych i branżowych kas powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zakres działania KZK poza funkcją reprezentacyjną obejmuje w szczególności (art. 103): koordynację i kontrolę działalności kas, ocenę ich działalności, przedstawienie uwag i wniosków co do wykonywanych zadań, zarządzanie funduszami Krajowego Związku Kas, ustalanie wzorów umów o udzielanie świadczeń, zaopatrywanie w leki i materiały medyczne, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz ustalanie szczegółowych zasad refundacji apteczki i ceny leków wydawanych ubezpieczonym. Realizacja powyższych zadań należeć będzie do organów KZK, którymi są Rada Krajowa Związków Kas, Zarząd KZK, Prezes KZK i

Komisja Rewizyjna. Analiza składu osobowego Rady KZK oraz poszczególnych kompetencji organów (np. Rada uchwała program działania, plan finansowy, rozpatruje sprawozdania z ich wykonania, uchwała wysokość dotacji wypłacanych dla regionalnych kas z funduszu kompetencyjnego, rozpatruje sprawozdania z działalności regionalnych i branżowych kas, oraz organów KZK i uchwała w wyniku oceny ich działalności opinie, wnioski i wytyczne, a Zarząd przykładowo udziela wytycznych działalności naczelnym dyrektorem regionalnych i branżowych kas) oraz ich wpływu na działalność organów na poziomie regionalnym i lokalnym wykazuje tendencje do scentralizowanego modelu systemu usług zdrowotnych.

Projekt Rządowy przewiduje utrzymanie na poziomie regionu Regionalnych Kas Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego (oraz Branżowych Kas Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego) przyznając im osobowość prawną. Szeroki zakres działań Regionalnych Kas ustalony w art. 68 spoczywałby na organach Kasy którymi są: rada nadzorcza, naczelny dyrektor, naczelny lekarz zaufania i komisja rewizyjna. Na szczególną uwagę zasługuje proponowany skład rady nadzorczej do której wchodzi: w połowie - reprezentanci zgromadzenia przedstawicieli ubezpieczeniowych, w liczbie proporcjonalnej do liczby ubezpieczonych na obszarze działania regionalnej kasy, nie mniej jednak niż po jednej osobie z każdego rejonowego oddziału regionalnej kasy, w jednej czwartej - przedstawiciele sejmików wojewódzkich, w jednej czwartej - przedstawiciele administracji rządowej województw objętych obszarem działania regionalnej kasy. Udział w radzie nadzorczej samych ubezpieczonych, w tak liczny składzie, stwarza wrażenie dążeń do samorządności Kas. Jednakże bliższa analiza kompetencji rady nadzorczej w kontekście kompetencji organów Krajowego Związku Kas przesądza o wykonawczo-porządkowym charakterze tej instytucji. Powyższa uwaga dotyczy również uprawnień rady nadzorczej do powoływania i odwoływania naczelnego dyrektora i naczelnego lekarza zaufania ubezpieczenia zdrowotnego. Zgodnie z projektem powołanie dyrektora i naczelnego lekarza zaufania następuje bowiem po przeprowadzeniu postępowania konkursowego oraz po zasięgnięciu opinii o kandydacie wyłonionym w wyniku konkursu - na stanowisko naczelnego dyrektora - Prezesa Krajowego Związku Kas, a na stanowisko naczelnego lekarza zaufania - Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Wymóg zasięgnięcia opinii, dotyczy odpowiednio zamiaru odwołania z tych stanowisk, a sam tryb przeprowadzania konkursu zostanie określony przez MZiOS. Bardzo ważnym organem Kas na poziomie regionu jest Naczelny Lekarz Zaufania ubezpieczenia zdrowotnego odpowiedzialny za zapewnienie świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonym, organizację kontroli dostępności świadczeń i ich jakości. Naczelny Lekarz Zaufania w realizacji swoich zadań ma współdziałać z sejmikami wojewódzkimi, organami do spraw ochrony zdrowia administracji rządowej, rektorem wyższej uczelni medycznej, organami samorządów zawodowych, zrzeszających zawody medyczne i z konsultantami medycznymi - w zakresie promocji zdrowia, zapobieganiu chorobom i urazom oraz w organizacji świadczeń dla ubezpieczonych. Organem doradczym Naczelnego Lekarza Zaufania ma być rada lekarska w skład której wchodzi: lekarze zgłoszeni przez wojewodów, po jednym z województwa, objętego obszarem działania regionalnej kasy, przedstawiciel rektora wyższej uczelni medycznej mającej siedzibę na obszarze działania regionalnej kasy, dwóch przedstawicieli każdej okręgowej izby

lekarskiej z obszaru działania regionalnej kasy. Powyższe instrumenty wydają się być uzasadnione w świetle trudności i ciężaru gatunkowego zakresu działań lekarza zaufania do którego należy m.in.: przygotowanie projektów planu pracy i planów finansowych regionalnej kasy oraz sprawozdań z ich wykonania w części odnoszącej się do udzielania świadczeń, przygotowywanie projektów umów o udzielaniu świadczeń, dokonywanie ocen umów o udzielanie świadczeń zawieranych przez regionalne oddziały pod kątem dostępności i jakości świadczeń, dokonywanie ocen zachorowalności i chorobowości na obszarze regionu i opracowywanie na ich podstawie wytycznych i wskazówek do zawierania umów o udzielanie świadczeń, opracowywanie planów kontroli dostępności i jakości świadczeń oraz zlecenie ich przeprowadzania, sprawowanie nadzoru nad działalnością lekarzy zaufania ubezpieczenia zdrowotnego rejonowych oddziałów. Z drugiej strony - są to przedstawiciele usługodawców, wykazujących zainteresowanie jak najwyższymi nakładami finansowymi na swoją działalność, natomiast Lekarz Zaufania i jego organy powinny dbać przede wszystkim o ubezpieczonych, których interesem będzie minimalizacja kosztów opieki zdrowotnej (jak najniższe składki).

Przedłożony projekt, przewiduje funkcjonowanie na poziomie lokalnych rejonowych oddziałów regionalnych Kas, nie posiadających osobowości prawnej, działających w oparciu o regulamin zatwierdzony przez radę nadzorczą regionalnej kasy. Regionalna Kasa decyduje również o utworzeniu i obszarze działania rejonowego oddziału. Do zakresu działania rejonowego oddziału należy: stwierdzanie obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego i prawa do świadczeń, naliczanie, pobieranie i przekazywanie składek na ubezpieczenie zdrowotne, prowadzenie wykazów osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym, poświadczenie opłacania składek, prowadzenie kart zawierających informacje o udzielanych świadczeniach zdrowotnych i innych świadczeniach wymagających udokumentowania, zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, kontrola wykonywania przez pracodawców obowiązków w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego, kontrola wykonywania umów o świadczenia przysługujące ubezpieczonym.

Powyższe zadania rejonowy oddział wykonuje przy pomocy organów, którymi są: zgromadzenie przedstawicieli ubezpieczonych, dyrektor oddziału i lekarz zaufania ubezpieczeń zdrowotnych.

Nie wdając się w szczegółową analizę kompetencji poszczególnych organów rejonowej kasy ubezpieczeń zdrowotnych należy podkreślić, iż w kontekście zakresu działania rejonowego oddziału mają one charakter administracyjny. Ogromną część kompetencji w sposób bezpośredni lub pośredni kumuluje w swojej gestii Minister Zdrowia. Dotyczy to tworzenia, znoszenia, ustalania obszaru działania Regionalnych Kas, ustalania zakresu świadczeń, wysokości dopłat, wpływu na obsadę stanowisk oraz uprawnień nadzorczych. Zgodnie z projektem, Minister Zdrowia sprawuje nadzór nad działalnością kas wg kryterium zgodności z prawem i statutem oraz nadzór nad realizacją przez kasy państwowych programów w dziedzinie ochrony zdrowia. W tym celu wyposażony został w uprawnienia do: występowania o niezbędne informacje o działalności Krajowego Związku Kas i kasy, żądania zmiany uchwały Rady Krajowego Związku Kas w razie stwierdzenia sprzeczności z prawem lub statutem, sprawdzania przez swoich przedstawicieli w każdym czasie stanu załatwiania spraw, prowadzenia gospodarki

finansowej oraz realizacji świadczeń przysługujących ubezpieczonym, występowania do organów Krajowego Związku Kas o podjęcie określonych inicjatyw lub działań w sprawach związanych z ubezpieczeniem zdrowotnym. Adresat wystąpienia jest obowiązany udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni.

Poza uprawnieniami nadzorczymi Ministra Zdrowia, należy podkreślić, że przyznano je również w wewnętrznej strukturze Kas, komisjom rewizyjnym, w pewnym stopniu radom nadzorczym i naczelnemu lekarzowi a oprócz tego przewiduje się utworzenie zupełnie nowej instytucji Krajowej Izby Rozrachunkowej Ubezpieczenia Zdrowotnego. Zadaniem Izby będzie kontrolowanie gospodarki finansowej kas w oparciu o kryterium zgodności z prawem, zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym, oraz na podstawie kryteriów celowości, rzetelności i gospodarności. Izba w oparciu o kryterium zgodności działania z prawem nadzorowana byłaby przez Prezesa Rady Ministrów, który powoływałby, odwoływałby oraz ustalał wynagrodzenie Prezesa Izby na wniosek Ministra Zdrowia.

W tak rozbudowanej strukturze, świadczenia zdrowotne udzielane byłyby przez te zakłady opieki zdrowotnej i lekarzy z którymi Naczelny Dyrektor lub Dyrektor oddziału zawarłby umowę. Pacjent będzie miał prawo wybrać zakład opieki zdrowotnej lub lekarza z którym Kasa zawarła umowę, nie będzie miał natomiast możliwości wyboru kasy, bowiem przynależność do niej jest związana z miejscem zatrudnienia lub zamieszkania ubezpieczonego. Projekt Rządowy nie precyzuje w swoich postanowieniach kwestii wynagrodzenia lekarzy i innego personelu. Stanowi natomiast ogólnie, że podstawą rozliczeń może być wycena punktowa świadczeń, cennik, zwrot kosztów lub inna forma ustalona przez strony umowy. Porównując powyższe rozwiązania z zaproponowanymi w projekcie Prezydenckim należy stwierdzić, że mimo pewnych podobieństw są to dwa zupełnie różne projekty, w sposób zasadniczo odmienny regulujące kwestię organizacji systemu.

Wspólną cechą obydwu projektów, jest jasne określenie źródeł finansowania usług zdrowotnych (składka ubezpieczeniowa), uwypuklenie przepływu środków finansowych w opiece zdrowotnej w wyniku automatycznego oddzielenia instytucji ubezpieczeniowej, dysponującej środkami finansowymi na opiekę zdrowotną od podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne, redystrybucyjny charakter systemu, polegający na udzielaniu świadczeń wg potrzeb, a opłacaniu składek wg możliwości. Najistotniejszą cechą różnicującą projekt Prezydencki od projektu Rządowego jest sfera niezależności instytucji ubezpieczeniowych jako odrębnych podmiotów, w zarządzaniu których występuje element samorządności i szerokie wykorzystanie mechanizmów negocjowania między stronami umowy.

Zaproponowane w projekcie Prezydenckim rozwiązanie organizacyjne instytucji ubezpieczenia zdrowotnego przewiduje utworzenie Terytorialnych Kas Chorych i dopuszcza możliwość tworzenia Zakładowych i Międzyzakładowych Kas Chorych posiadających osobowość prawną. Podstawową jednostką organizacyjną systemu ubezpieczenia zdrowotnego byłaby Terytorialna Kasa Chorych obejmująca zasięgiem swojego działania obszar zamieszkały przez minimum 500 tys. ludności.

Przynależność do Kasy wiązałaby się z miejscem zamieszkania (lub zatrudnienia), jednakże Kasa miałaby obowiązek przyjąć w skład swoich członków każdą osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zamieszkałą poza obszarem działania Kasy

na jej wniosek. Organami Kas byłyby Rada Kas Chorych i Zarząd Kas Chorych. Kasy funkcjonowałyby w oparciu o statut, który po uchwaleniu przez Radę zatwierdzałby Urząd Nadzoru. Analiza kompetencji Rady, przykładowo: uchwalenie wysokości składki, decydowanie o majątku Kasy, zaciąganiu pożyczek, podejmowaniu decyzji o połączeniu, podziale lub zmianie obszaru działania czy też o rozwiązaniu Kasy, potwierdza wcześniejsze wnioski o dużo większej samodzielności tych podmiotów w porównaniu z propozycjami projektu Rządowego. Na poziomie krajowym Terytorialne Kasy Chorych tworzą Krajowy Związek Kas Chorych a Zakładowe Kasy Chorych tworzą Krajowy Związek Zakładowych Kas Chorych. Ich organizację ma określać statut zatwierdzony przez Urząd Nadzoru. Istotną kompetencją KZKCh jest przygotowywanie i przeprowadzanie tzw. wyrównania finansowego między Kasami Chorych na podstawie analizy czynników różnicujących (np. liczba emerytów i rencistów I i II gr.). Przynależność do Kasy poszczególnych osób wiąże się z miejscem zamieszkania, zatrudnienia lub wolą ubezpieczonego, projekt przewiduje w art. 4, że Kasa Chorych zawiera z ubezpieczonym, opłacającym składki umowę. Projekt nie precyzuje jednak w jakiej formie umowa miałaby być zawarta oraz w jakim stopniu, mogłyby być modyfikowane jej istotne postanowienia.

Projekt Prezydencki obliguje ponadto lekarzy działających w systemie ubezpieczeniowym do utworzenia Zrzeszenia Lekarzy Kas Chorych (posiadającego osobowość prawną), z którego oddziałami Terytorialne Kasy Chorych pertraktowałyby w kwestii warunków umowy - to jest: wysokości rocznej kwoty na wynagrodzenia lekarzy, kryteria ustalania wynagrodzenia lekarza za udzielane świadczenia, wysokość rocznej kwoty przeznaczonej na leki i materiały medyczne, sposobu zabezpieczenia całodobowej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych. Ponadto projekt przewiduje, że Kasy Chorych zawierałyby umowy ze szpitalami w celu zabezpieczenia ubezpieczonym możliwości leczenia szpitalnego. Umowy te regulowałyby warunki świadczenia usług, zasady finansowania kosztów świadczeń i zasady kontroli działalności szpitali. Kompetencję ustalania zasad pokrywania przez Kasy Chorych kosztów leczenia szpitalnego osób, przekazano Krajowym Zarządom Kas Chorych, Ministrowi Zdrowia oraz przedstawicielom szpitali bez określenia formy aktu. Bardzo ważnym zastrzeżeniem wydaje się być zapis art. 65.4,1 stanowiący iż wydatki inwestycyjne szpitala pokrywa organ założycielski. Nadzór nad całością realizacji ubezpieczeń zdrowotnych przekazano Urzędowi Nadzoru, posiadającemu status państwowej jednostki budżetowej i w zakresie swojej funkcji niezależność od Prezesa Rady Ministrów. Prezes Rady Ministrów miałby sprawować nadzór nad Urzędem, w oparciu o kryterium zgodności jego działań z prawem.

Ciekawym i pozytywnym kierunkiem wydaje się być ponadto regulacja art. 70 przyznająca Kasie Chorych prawo regresu kosztów poniesionych w związku z leczeniem ubezpieczonego z powodu wypadku przy pracy od pracodawcy lub instytucji ubezpieczających pracownika lub pracodawcę.

Zwraca uwagę niezależność systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych od administracji państwowej, a więc zdolność mobilizowania takich środków finansowych, które nie są związane z partycypacją w dochodach budżetu państwa. Uzasadnia rozwój struktur samorządowych systemu ubezpieczeniowego. Dlatego też, należy zastanowić się nad propozycją projektu Rządowego głównie w kierunku odpowiedzi na pytanie: jaki

jest sens rozbudowywania tak skomplikowanego układu zarządzania struktur samorządowych w sytuacji bezpośredniego i pośredniego (dotacje, opłacanie składki za określone grupy społeczne, gwarancja państwa za określony pakiet świadczeń) zaangażowania środków państwowych ograniczających niezależność Kas.

Przedłożone projekty Rządowy i Prezydencki reprezentują różne rodzaje pozyskiwania środków na finansowanie świadczeń zdrowotnych. Projekt Rządowy proponuje ubezpieczeniowo-budżetowy system finansowania, natomiast projekt Prezydencki ma charakter wybitnie ubezpieczeniowy. Należy podkreślić, iż w większości państw europejskich dominują systemy budżetowe nad ubezpieczeniowymi. Ale nie są to czyste systemy tylko mieszane, w których występuje różny udział pozyskiwania środków na finansowanie jednoznacznie określonego zakresu świadczeń. Świadczenia zdrowotne finansowane są ze składek, dotacji budżetowych oraz współpłacenia pacjentów. Wybór źródeł finansowania jest uzależniony od stanu gospodarczego danego kraju. Projekt Prezydencki reprezentujący model czysto ubezpieczeniowy zakłada pełną niezależność finansową od budżetu państwa, proponując jako główne źródło finansowania system składkowy. (Należy zaznaczyć, że takiego modelu finansowania nie udało się wprowadzić w żadnym z państw europejskich).

Odzwiedleniem tej zasady jest art. 41 ust. 1, wymieniający rodzaje dochodów instytucji ubezpieczeniowej z których będą finansowane świadczenia. Jednakże z treści całego projektu ustawy wynika jednoznacznie, iż w finansowaniu ochrony zdrowia w ramach tego modelu w szerszym stopniu będzie zaangażowany budżet państwa dotyczy to żołnierzy służby zasadniczej, osób odbywających karę pozbawienia wolności lub tymczasowo aresztowanych, osób korzystających z pomocy społecznej (art. 7 ust. 1 i 2), bezrobotnych (art. 49 ust. 5) oraz inwalidów wojennych i wojskowych (art. 49 ust. 4) a także rolników, za którą to część społeczeństwa, dość liczną, bezpośrednio lub pośrednio płacić będzie budżet państwa - czyli będą to dotacje budżetowe.

Projekt Rządowy - ubezpieczeniowo-budżetowy zakłada, iż koszty świadczeń zdrowotnych będzie pokrywała instytucja ubezpieczeniowa z dochodów kasy, które zgodnie z art. 126 ust. 2 będą stanowiły: 1) składki; 2) odsetki za nieterminowe i niezgodne z przepisami opłacanie składek; 3) dotacje budżetu państwa, 4) dotacje wyrównawcze; 5) darowizny i zapisy; 6) oraz inne przychody.

Katalog pozyskiwania środków na finansowanie świadczeń również jest nieprecyzyjny i niekompletny. Projektodawcy, wymieniając dotacje budżetowe jako jedno ze źródeł finansowania ograniczyli je tylko do sfinansowania przez budżet państwa kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych m.in. w związku z chorobami o znaczeniu społecznym. Z treści art. 34 ust. 1 i 2 wynika w sposób jednoznaczny, że budżet państwa bezpośrednio lub pośrednio będzie również zaangażowany w finansowanie świadczeń zdrowotnych, określonych grup osób właśnie poprzez dotacje. Ponadto z treści art. 125 ust. 1 nie wynika, aby źródłem dochodów funduszu było współpłacenie pacjenta poprzez różnego rodzaju opłaty i dopłaty, do wnoszenia których w projekcie Rządowym pacjent jest zobligowany w dość licznych przypadkach. Należy również zaznaczyć, iż z treści obu przedłożonych projektów ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym nie wynika, chociaż autorzy obu zakładają, że budżet państwa z podatków obywateli sfinansuje koszty kształcenia kadr medycznych, prac naukowo-badawczych, realizacji programów polityki zdrowotnej, inspekcji sanitarnej i farmaceutycznej, zakup

wysoko specjalistycznej aparatury medycznej. Zważywszy powyższe wydaje się zasadne stwierdzenie, że budżet realizując te zadania będzie dotował Kasy (dotacje celowe).

Reasumując, zarówno w projekcie Prezydenckim, jak i projekcie Rządowym treść artykułów traktujących o źródłach dochodu należałoby uzupełnić o powyżej omówione rodzaje finansowania świadczeń zdrowotnych.

Nie bez znaczenia jest również określenie skutków dla budżetu państwa wprowadzenia ubezpieczeń zdrowotnych. Podstawowe znaczenie w rachunku kosztów ma wysokość przychodów i wydatków. Oba projekty zakładają, że przychody instytucji ubezpieczeniowych (kas) powinny umożliwić sfinansowanie rzeczowych świadczeń zdrowotnych. Jednakże autorzy projektu Rządowego przyjęli, iż wydatki budżetu zostaną zwiększone o 15% kosztów amortyzacji infrastruktury zdrowotnej co automatycznie spowoduje zwiększenie wydatków na ubezpieczenie zdrowotne związane z koniecznością poniesienia kosztów odtworzenia majątku. Takiego rozwiązania nie proponują autorzy projektu Prezydenckiego. Wydaje się, że koszty amortyzacji nie powinny być włączone do kosztów usług medycznych finansowanych ze składki ubezpieczeniowej.

Zarówno w projekcie Prezydenckim jak i projekcie Rządowym głównym źródłem finansowania świadczeń będą składki uiszczane przez osoby ubezpieczone. Między propozycjami w przedmiocie składek zawartymi w obu projektach występuje jedna zasadnicza różnica, która dotyczy procedury ustalania wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne. Autorzy projektu Rządowego zdecydowali się na ustawowe uregulowanie wysokości składki ubezpieczeniowej. Natomiast projekt Prezydencki zakłada, iż wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne będzie corocznie uzgadniana przez instytucję ubezpieczeniową (poza okresem przejściowym), zastrzegając jednocześnie, iż zmiana jej wysokości nie może przekroczyć 1% obowiązującej składki. Brak mechanizmów ograniczenia wzrostu wysokości składki może spowodować ciągłe jej podwyższanie. Jaskrawym tego przykładem jest stały wzrost składki na ubezpieczenie społeczne - w ciągu ostatniego 15-lecia wzrosła ona trzykrotnie, podczas gdy nie poszerzył się zakres przedmiotowy ubezpieczeń społecznych a nawet ulega zawężeniu.

Określenie podstawy wymiaru składki a więc dochodu osoby ubezpieczeniowej, od którego należy opłacić składkę ma ogromne, wręcz decydujące znaczenie dla finansowania świadczeń zdrowotnych. Projekt Rządowy oraz projekt Prezydencki nie wykazują zasadniczych różnic w omawianej kwestii. Budzi natomiast wiele zastrzeżeń określenie podstawy wymiaru składki w przypadku niektórych grup zawodowych, dotyczy to w szczególności rolników indywidualnych. Oba projekty przyjmując koncepcję dochodu stanowiącego równowartość połowy ceny jednego q żyta z ha przeliczeniowego (projekt Prezydencki) lub 1/2 kwoty odpowiadającej również tym samym parametrom (projekt Rządowy) stworzyły nieuzasadnione preferencje tej grupy zawodowej w porównaniu np. do osób pobierających stały zasiłek z pomocy społecznej, które to najczęściej pozostają bez środków do życia, a za które budżet państwa opłaca składkę na zasadach ogólnych.

W obu projektach marginalnie został potraktowany problem stworzenia systemów pobierających składki, pomimo że jest on nie mniejszy niż ich wydawanie (zakup usług



medycznych-rzeczowych). Stworzenie takiego systemu obok już istniejących (fiskalnego i ubezpieczeń społecznych - ZUS) wymagać będzie przygotowania i zatrudnienia kilkunastu tysięcy nowych pracowników z zabezpieczeniem odpowiednio oprzyrządowanych miejsc pracy.

Również autorzy projektów nie zauważają faktu, że ubezpieczenie na wypadek ryzyka zachorowania (zdrowotne) to nie tylko problem świadczeń rzeczowych (zakupu usług, leków i sprzętu ortopedycznego), ale również świadczenia pieniężne wynikające z niezdolności do zatrudnienia wypłacane obecnie w formie zasiłków chorobowych, opiekuńczych, macierzyńskich oraz świadczeń rehabilitacyjnych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Wynika z tego, że ubezpieczony w przypadku zachorowania będzie miał kontakt co najmniej z dwoma instytucjami ubezpieczeniowymi (Kasa Chorych, ZUS lub KRUS). Każda z tych instytucji będzie zobowiązana również do sprawowania nadzoru nad wydatkami związanymi z chorobą swojego członka, jak również oddzielnie zbierała składki ubezpieczeniowe na wypadek ryzyka zachorowania.

Wdrożenie postanowień ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wymagać będzie stosownego czasu. Zarówno propozycje projektu Rządowego, jak i Prezydenckiego zakładają, że okres wprowadzania ubezpieczenia zdrowotnego powinien trwać 2 lata. Wydatki na utworzenie struktur organizacyjnych instytucji ubezpieczeniowej wg obu projektów będą finansowane z budżetu państwa i pożyczki. W celu realizacji postanowień ustawy o okresie przejściowym wg projektu Rządowego zostanie powołana przez Prezesa RM Tymczasowa Rada Krajowa Związku Kas, jako ciało kolegialne wyposażone w szereg kompetencji niezbędnych oraz realizacji postanowień ustawy, a działające do czasu powołania Zarządu i Prezesa oraz Komisji Rewizyjnej przez Radę Krajowego Związku Kas. Natomiast wg projektu Prezydenckiego odpowiedzialnym za realizację postanowień ustawy jest powołany i odwoływany przez Prezesa RM Pełnomocnik ds. wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, działający jako organ jednoosobowy. Pełnomocnik powołuje i odwołuje Komisarzy terytorialnych Kas Chorych, w kompetencji których leży zorganizowanie terytorialnych Kas Chorych. Projekt Prezydencki w sposób bardzo szczegółowy określa kompetencje i zakres działań organów odpowiedzialnych za realizację postanowień ustawy, określając jednocześnie harmonogram podejmowanych działań w okresie przejściowym. Ponadto projekt Prezydencki w okresie przejściowym, nakłada na świadczeniobiorców obowiązek potwierdzenia swojego członkostwa w terytorialnej Kasie Chorych.

Natomiast w projekcie Rządowym brak jest jakichkolwiek postanowień w tym przedmiocie. Opracowanie dokładnego harmonogramu podejmowanych działań w okresie przejściowym przez organy odpowiedzialne, zwłaszcza powołanie urzędu/osoby odpowiedzialnej za organizowanie terytorialnych i rejonowych Kas Chorych, a także dokładne określenie ich kompetencji, jest warunkiem koniecznym aby zapewnić prawidłową realizację postanowień ustawy.

Wprowadzenie ubezpieczeń zdrowotnych spowoduje automatycznie oddzielenie dysponenta środków finansowych od podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne. Zmiana przepływu środków finansowych wg autorów zarówno projektu Prezydenckiego jak i Rządowego wymusi reformę publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zakłada się

przejście wszystkich zakładów opieki zdrowotnej funkcjonujących obecnie w formie jednostek i zakładów budżetowych na status zakładów samodzielnych, posiadających osobowość prawną i finansujących koszty swojej działalności z uzyskanych dochodów. Podstawy prawne przekształcenia zostały stworzone, jednakże dotychczas ta forma zakładu opieki zdrowotnej praktycznie nie funkcjonuje. W okresie przejściowym, a więc bardzo krótkim, polska państwowa służba zdrowia może być niezdolna do przeprowadzenia przekształceń organizacyjnych o fundamentalnym znaczeniu. Autorzy obu projektów winni być na to przygotowani bowiem, jeśli pozostaniemy przy dotychczasowych kategoriach zakładów opieki zdrowotnej a więc jednostkach i zakładach budżetowych to powstanie szereg problemów natury prawnej i finansowej: np. kto i skąd przydzieli budżet tym zakładom skoro organy założycielskie (województwo, gmina) nie będą już dysponowały środkami na działalność placówek służby zdrowia; czy kasa dysponująca środkami finansowymi na świadczenia zdrowotne będzie zobowiązana do zawierania umów (kontraktów) ze wszystkimi jednostkami bądź zakładami budżetowymi. Jeśli w okresie przejściowym nie zostanie wypracowany i sprawdzony w praktyce status samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej to staje się bardzo realne, że zawierane umowy/kontrakty przez Kasy Chorych nie spełnią roli mechanizmu stymulującego efektywność w ochronie zdrowia.

Na zakończenie należy podkreślić, że autorzy obu projektów w uzasadnieniu nie potrafili wykazać konieczności wdrożenia systemu ubezpieczeń zdrowotnych, podpierając się między innymi takimi stwierdzeniami, jak "Zdaniem ekspertów jednak system ubezpieczeń zdrowotnych pozwala na racjonalizację wydatków i zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia" (projekt Rządowy), jak również nie zaproponowali, z wyjątkiem częściowego rozwiązania zapisanego w projekcie Prezydenckim o organizacji Związku Lekarzy Kas Chorych, mechanizmu stymulacji wydatków związanych z zakupem usług zdrowotnych, środków farmaceutycznych i ortopedycznych. Bez stworzenia takich systemów nie powstaną mechanizmy broniące ubezpieczonych przed nadmiernym wzrostem składek ubezpieczeniowych i nadmiernymi nieracjonalnymi wydatkami na ochronę zdrowia.

Reasumując, żaden z omawianych projektów na obecnym etapie przygotowania nie proponuje rozwiązań możliwych do jednoznacznego wdrożenia w Polsce. Projekt Rządowy jak i Prezydencki zawiera szereg ciekawych rozwiązań, które po połączeniu i uzupełnieniu o brakujące elementy (między innymi wskazane w ekspertyzie) mogą utworzyć możliwy do wdrożenia system ubezpieczeń zdrowotnych.

*Lublin, 15 września 1995 r.*

**OPINIA O PROJEKCIE REZOLUCJI SEJMU  
W SPRAWIE "ZAŁOŻEŃ POLITYKI BUDOWLANEJ PAŃSTWA"  
(Druk Sejmowy nr 1254)**

Po serii wystąpień Sejmu RP i sejmowej Komisji Polityki Przestrzennej, Budowlanej i Mieszkaniowej (uchwał, rezolucji i dezyderatów) poświęconych problematyce mieszkaniowej - w tym problematyce budownictwa mieszkaniowego - przedłożony projekt dotyczy kwestii zarazem szerszej jak i węższej. **Szerszej**, gdyż budownictwo mieszkaniowe stanowiło dawniej 20-30% a ostatnio, przejściowo, (wskutek ogólnej recesji gospodarczej i "siły bezwładu" mieszkaniówki kończącej zadania inwestycyjne podjęte przed laty) około 30-40% wartości budownictwa ogółem.<sup>1</sup> **Węższej**, gdyż budowanie nowych mieszkań stanowi tylko jeden z elementów kompleksu mieszkaniowego, w którym równie ważną rolę odgrywa racjonalność eksploatacji już istniejących zasobów i głębokość niezaspokojenia potrzeb mieszkaniowych różnych grup ludności.

Projekt rezolucji słusznie skupia się na **trzech głównych kwestiach** (choć w toku prac redakcyjnych warto by jeszcze bardziej je wypuklić i podporządkować im układ całości):

- I. konieczności pobudzania różnych (nie tylko mieszkaniowych) źródeł popytu na produkcję budownictwa i przemysłu materiałów budowlanych,**
- II. konieczności dostosowania instrumentów i celów polityki gospodarczej państwa do rozdrobnienia i prywatyzacji podmiotów działających na rynku budowlanym,**
- III. konieczności kontynuacji prac legislacyjnych (zapoczątkowanych uchwaleniem ustaw Prawo budowlane i o zagospodarowaniu przestrzennym) racjonalizujących, modernizujących i - krótko mówiąc - europeizujących procesy projektowania i inwestowania.**

O ile ostatnie zadanie jest oczywistą konsekwencją pozytywnych procesów rozwojowych polskiej gospodarki, to dwa pierwsze zadania wynikają - jak to się słusznie stwierdza w uzasadnieniu projektu rezolucji - z procesów niekorzystnych, z głębokiego "dołka" produkcyjnego w budownictwie i z patologicznych zjawisk towarzyszących dezintegracji rynku budowlanego i bezpardonowej walce o nielicznych klientów. Im więc należy poświęcić więcej uwagi.

---

<sup>1</sup> Przykładowo w roku 1992 wartość budownictwa mieszkaniowego (wraz z remontami i modernizacjami) wynosiła 41% wartości całej produkcji budowlano-montażowej, zaś udział zatrudnienia w tym sektorze budownictwa był mniejszy i wynosił 34%, co świadczy o dominacji technologii przemysłowych. W następnych latach rola mieszkalnictwa spadała wskutek jego głębokiej zapaści i pewnej poprawy w innych sektorach budownictwa. Źródło: W. Korecki, W. Rydzik, L. Kałkowski, *Związki budownictwa mieszkaniowego z gospodarką narodową, wyd. Instytut Gospodarki mieszkaniowej, październik 1994, str. 14.*

## Ad I)

Przyznając priorytet budownictwu mieszkaniowemu (za czym przemawia zarówno rozmiar niezaspokojonych potrzeb<sup>2</sup>, jak i wywoływany przez nie efekt mnożnikowy pobudzający całą gospodarkę<sup>3</sup>, **nie należy lekceważyć innych rodzajów budownictwa, również dających liczący się efekt mnożnikowy i rozluźniających ograniczenia popytu wynikające z niskiej siły nabywczej gospodarstw domowych**. Jest to budownictwo na potrzeby wewnętrzne - przemysłu, handlu, transportu, bankowości itp - a także **eksport usług budowlanych**. W żadnej z tych dziedzin nie dzieje się dobrze i interwencja polityki państwa wydaje się konieczna. Instytut Gospodarki Mieszkaniowej szacował, że w latach 1989 - 1993 łączna produkcja budowlana zrealizowana w kraju obniżyła się o około 26%.<sup>4</sup> Inaczej niż GUS, który - po stwierdzeniu spadku o 14,4% w roku 1990 - następnie szacował średni roczny wzrost produkcji podstawowej przedsiębiorstw budowlano-montażowych na 9%. Stanowisko IGM-u wydaje się potwierdzać fakt, że produkcja większości podstawowych materiałów budowlanych spadła o ponad 30% (np. elementów ściennych o ok. 57%, stolarki budowlanej otworowej o ok. 65%, prętów ciągnionych i innych o 60%, rur stalowych o 50%).<sup>5</sup> Różnice szacunków mogą wynikać z przesuwania się potencjału produkcyjnego budownictwa z systemu gospodarczego (obejmującego podmioty gospodarcze, których podstawowa działalność jest inna niż budowlana i ludność wykonującą roboty we własnym zakresie) do systemu zleceń (obejmującego przedsiębiorstwa budowlano-montażowe). Według GUS-u w roku 1993 i 1994 zahamowany został spadek produkcji budownictwa produkcyjno-usługowego i specjalistycznego (aczkolwiek głównie wskutek wzrostu

---

<sup>2</sup> "W latach 1989-1993 na 1000 nowo zawartych małżeństw budowano tylko 400-500 mieszkań rocznie, podczas gdy np. w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych 700-800 mieszkań. Nawet w okresach dość wysokiego poziomu budownictwa mieszkaniowego (lata siedemdziesiąte i osiemdziesiąte) liczba mieszkań oddawanych do użytku była z reguły znacznie niższa od liczby nowo zawieranych małżeństw. W większości krajów europejskich, głównie zachodnich, przez stosunkowo długi okres powojenny budowano 1 500 - 2 000 mieszkań w przeliczeniu na 1 000 zawartych małżeństw". Wybrane elementy strategii dla mieszkalnictwa, Zespół Doradców ds. Polityki Gospodarczej URM, lipiec 1994, str. 10.

<sup>3</sup> "Badania prowadzone w krajach Europy Zachodniej wykazały, że przemysł budowlany jest zasilany produkcją środków i materiałów wytwarzanych przez ponad 70 innych branż. Efekt mnożnikowy wyrażony współczynnikiem kształtował się w wielu krajach w latach osiemdziesiątych w granicach 2,0 - 2,9. Oznacza to, że na każde 100 jednostek pieniężnych (nakładów) zainwestowanych w budowę mieszkań niezbędne były nakłady pośrednie w innych dziedzinach wynoszące 100-190 jednostek. Według szacunków amerykańskich, 1 USD wydatkowany w sektorze mieszkaniowym generuje 4 USD produktu narodowego. Szacunki w Niemczech wykazały, że 1 DM wydatkowana z budżetu federalnego na mieszkalnictwo powoduje po pewnym czasie wpływ do budżetu 3 DM w postaci podatków od podmiotów gospodarczych i ludności.

Tamże, str. 79.

Zespół pod kierunkiem prof. Leszka Kałkowskiego z Instytutu Gospodarki Mieszkaniowej w Krakowie oszacował dokładnie efekt mnożnikowy zatrudnienia w budownictwie mieszkaniowym dla Polski - 2,4 - co oznacza, że np. w roku 1993 "ok. 310 tys. rzesza pracowników budujących i remontujących mieszkania wywołała łączne zatrudnienie w całej gospodarce w wysokości 2,4 raza większej - 743 tys. osób", W. Korecki, W. Rydzik, L. Kałkowski, op.cit., str. 29.

<sup>4</sup> M. Sochacki, Uwagi do przedstawionych przez GUS informacji i ocen dotyczących rozmiarów i dynamiki produkcji budowlanej realizowanej w kraju w latach 1990 - 1993, IGM, czerwiec 1994.

<sup>5</sup> Wybrane elementy strategii..., załącznik 1.

robót remontowych łącznie z robotami o charakterze modernizacyjnym, adaptacyjnym oraz rozbiórkowym). Zwiększył się zakres robót wykonanych przy obiektach przemysłowych i infrastruktury technicznej (m.in. wskutek wprowadzenia nowych ulg inwestycyjnych dla podmiotów gospodarczych, utrzymania i poszerzenia zakresu zwolnień i obniżonych stawek VAT na materiały i niektóre usługi budowlane). Natomiast wciąż dramatycznie spadało budownictwo mieszkaniowe, dotychczas podtrzymywane siłą bezwładu.<sup>6</sup>

Jednoznacznie negatywna była sytuacja w produkcji eksportowej. W roku 1994 nadal spadał eksport usług budowlanych, stanowiący zresztą margines - około 0,2% - wpływów z całego eksportu. *"Duże ograniczenie wystąpiło w eksporcie do Niemiec, spowodowane restrykcyjnymi warunkami stawianymi polskim firmom budowlanym, dla których rynek niemiecki był głównym odbiorcą. Eksport polskich usług budowlanych koncentruje się głównie na takich rynkach europejskich, jak: Niemcy, Holandia, Austria, Czechy, Szwecja oraz kraje b. ZSRR. Z drugiej strony następuje wzmożona penetracja zagranicznych firm budowlanych w Polsce"*.<sup>7</sup> Dopelnia ten obraz zjawisko - którego rozmiary trudno oszacować - zatrudniania "na czarno" obcokrajowców na budowach w Polsce.

## Ad II)

Budownictwo - obok handlu - przeżyło najbardziej radykalną rewolucję własnościową. Udział sektora prywatnego w budownictwie realizowanym w systemie zleceń wynosił w roku 1992 77,4%, w 1993 - 84,3%, a w 1994 - 86,2%. Liczba przedsiębiorstw państwowych w końcu 1994 roku była o 121 (a więc o 12,2%) mniejsza niż w końcu 1993 roku. Ubyło przedsiębiorstw komunalnych (o 8%) i spółdzielni (o 0,3%), przybyło spółek prawa handlowego (o 10%) i zakładów osób fizycznych (o 4,3%). Towarzyszyło tym procesom rozdrobnienie - w efekcie 94% podmiotów to jednostki bardzo małe (zatrudniające przeciętnie 2-2,5 osoby), które łącznie wykonują około jednej trzeciej całej produkcji budowlanej.

W opinii CUP-u, nadmiarowi podażcy usług budowlanych i nasilającej się konkurencji towarzyszą, obok zjawisk pozytywnych, także *"...zjawiska niepożądane, a nawet patologiczne, takie jak: stosowanie łapówek i przekupstwa za zlecenia robót, nieprawidłowa organizacja części przetargów budowlanych, zatajanie i fałszowanie wielkości produkcji i obrotów w celach podatkowych"*.<sup>8</sup> Nieprawidłowości funkcjonowania nowych małych firm budowlanych wynikają także z chęci utrzymania się za wszelką cenę na rynku co z ich niekompetencji, ze słabego obiegu informacji o możliwościach prawnych i wymogach technicznych.

\*

---

<sup>6</sup> Wstępna ocena sytuacji społeczno-gospodarczej w 1994 roku, Centralny Urząd Planowania, luty 1995.

<sup>7</sup> Tamże, str. 83.

<sup>8</sup> Wstępna ocena..., op.cit., str. 84.

Zarysowane powyżej elementy diagnozy przemawiają za przygotowaniem przez rząd programu działań postulowanego w projekcie Rezolucji.

Rozwiązaniu **kwestii nr I** - pobudzeniu różnych źródeł popytu na produkcję budowlaną - sprzyjałyby przede wszystkim działania zarysowane w punktach uzasadnienia nr 1, 2, 7 i 8, i warto by je przedstawić łącznie.

Korekcie zachowań nowych rozdrobnionych podmiotów budowlanych - a więc rozwiązaniu **kwestii nr II** - posłużyłyby zwłaszcza działania zarysowane w punktach 3, 4, 7, 9 i 10. Godne pochwały jest to, że działania proponowane w projekcie mają służyć zarówno interesom osób prowadzących nowe firmy budowlane (poprzez doradztwo, edukację, ulgi i kredyty), jak i interesom odbiorców ich usług, inwestorów (zwłaszcza tych nowych, którzy oby się niedługo pojawili - mowa o Towarzystwach Budownictwa Społecznego) a także pracowników (źle zorganizowanych, jak w całym sektorze prywatnym, i wyjątkowo - nawet jak na sektor prywatny - narażonych na złe warunki pracy i łamanie prawa pracy). **Kwestia nr III** - "europeizacja" procesów budowlanych - wiąże się szczególnie z działaniami nr 4, 5 i 6, ale oczywiście ten wymiar mają wszystkie proponowane kierunki działań.

**Czy zatem przyjęty w projekcie Rezolucji model współzależności warunkujących rozwój budownictwa w Polsce jest prawidłowy?**

Tak, uzasadnione jest szersze - nie ograniczające się do spraw mieszkalnictwa - ujęcie tego problemu (m.in. ze względu na dotychczasową koncentrację uwagi Parlamentu - choć niestety nie Rządu - na mieszkaniowym segmencie budownictwa). Może tylko **należałoby mocniej uwypuklić** - we właściwym tekście Rezolucji a nie tylko w tekście jej uzasadnienia - **związek postulowanego programu z całościowym programem antyrecesyjnym**, a przy okazji **przypomnieć poprzednie dokumenty sejmowe dotyczące już tylko samego mieszkalnictwa**.

**Czy proponowane kierunki i sposoby ingerencji państwa na rynku budowlanym są wskazane?**

Tak, dramatyzm sytuacji uzasadnia ingerencję, zaś proponowane instrumenty oddziaływania są w pełni dostosowane do warunków gospodarki rynkowej. Są to - warto przypomnieć - następujące instrumenty:

- legislacja,
- organizacja obiegu informacji, analizy rynku, poradnictwo ekonomiczne,
- certyfikacja, licencjonowanie, koncesjonowanie uczestników procesu inwestycyjnego (od projektanta po finalnego wykonawcę),
- nakładanie zobowiązań na dostawców usług budowlanych (obowiązek udzielania rękojmi i gwarancji, obowiązek ubezpieczeniowy),
- ustanawianie norm i standardów technicznych, doskonalenie pracy różnych państwowych inspekcji,
- zwalczanie praktyk monopolistycznych,
- udział w komisjach trójstronnych, mediowanie między pracodawcami i pracownikami, ochrona praw pracowniczych,
- dostosowywanie instytucji zamówień publicznych do specyfiki usług budowlanych,
- operowanie preferencjami kredytowymi i ulgami podatkowymi.

Trudno oczekiwać, aby Parlament w zwięzłym tekście Rezolucji uszczegółowił swoje oczekiwania w tych wszystkich dziedzinach, może natomiast domagać się takiego

właśnie - multiinstrumentalnego - oddziaływania na jeden z najbardziej złożonych segmentów rynku, jakim jest rynek budowlany.

I wreszcie - zostawmy to pytanie na koniec - **czy proponowany termin opracowania przez Rząd założeń polityki budowlanej państwa jest realny?**

Zapewne dokument przygotowany przez Rząd w lutym przyszłego roku nie będzie jeszcze programem w pełni operacyjnym, ale na pewno może zawierać informacje na temat dotychczasowych prac resortu związanych z problematyką Rezolucji (miejmy nadzieję, że szuflady nie są puste) i projekty pierwszych działań w zarysowanych w niej kierunkach.

Zachodzi natomiast obawa, że termin ten jest zbyt odległy - okres przejściowy związany z przebudową centrum gospodarczego może sprawić, że zniknie MGPIB, potencjalny wykonawca Rezolucji (zgodnie z dotychczasową praktyką Rada Ministrów na ten resort cedowała ustosunkowywanie się do rezolucji dotyczących mieszkalnictwa i budownictwa, nawet jeśli wymagały one przekraczania barier resortowych). Może jednak właśnie nowe struktury władzy wykonawczej wykażą się umiejętnością przełamywania dotychczasowych barier instytucjonalnych.

*Warszawa, 13 listopada 1995 r.*

**OCENA PROJEKTU REZOLUCJI SEJMOWEJ  
W SPRAWIE "ZAŁOŻEŃ POLITYKI BUDOWLANEJ PAŃSTWA"  
Druk Sejmowy nr 1254**

Projekt rezolucji Sejmu RP w sprawie "Założeń polityki budowlanej państwa", wniesiony przez Sejmową Komisję Polityki Przestrzennej, Budowlanej i Mieszkaniowej należy uznać za bardzo pożądaną w ramach porządkowania zasad funkcjonowania najważniejszych działów gospodarki kraju. Zarówno wagę merytoryczną tej rezolucji, jak i termin jej rozpatrzenia należy ocenić pozytywnie.

Rezolucja powyższa jest uzasadniona merytorycznie potrzebą określenia modelu rynku i budownictwa, do którego należy dążyć reformując ten dział w sferze realnej i regulacyjnej. Potrzeba tej rezolucji wynika również ze zbyt wolnego tworzenia rynkowego modelu funkcjonowania budownictwa w kraju w perspektywie wejścia Polski do Unii Europejskiej.

Procesy rynkowej przebudowy i zmian w strukturze budownictwa, w tym mieszkaniowego, widziane z perspektywy 1990 roku miały realizować cztery ważne grupy celów:

- 1) zwiększenie efektywności i sprawności wykonawstwa budowlanego, m.in. poprzez racjonalizację cen i kosztów budownictwa mieszkaniowego, skrócenie okresów realizacji oraz poprawy jakości budowanych obiektów,
- 2) tworzenia prawnych ekonomiczno-finansowych, organizacyjnych i instytucjonalnych warunków rozwoju rynku budowlanego i konkurencyjnego jego modelu,
- 3) dostosowania podmiotowej i ekonomicznej struktury jednostek wykonawczych budownictwa do elastycznych działań oraz wymagań popytu i mechanizmów rynkowych,
- 4) racjonalizacji i unowocześniania struktur produkcyjnych i technologicznych w budownictwie w tym szczególnie w budownictwie mieszkaniowym oraz poprawy jego funkcjonalności i jakości.

Doświadczenia lat 1990 - 1994 wykazały, że rynkowa restrukturyzacja wykonawstwa budowlanego jest procesem wieloaspektowym i złożonym, a jej tempo w istotnym stopniu zależy od zaawansowania reform zarówno w ustawodawstwie gospodarczym, jak i w kreowaniu nowych źródeł finansowania budownictwa. W dziedzinie reformowania rynku budowlanego wymaga ona szeregu odpowiednich zmian systemowych i działań, polegających m.in. na:

- stworzeniu prawodawstwa inwestycyjnego i budowlanego dostosowanego do funkcjonowania mechanizmów rynkowych w gospodarce i swobody obrotu gospodarczego,
- ekonomicznej i organizacyjnej restrukturyzacji istniejących struktur i podmiotów inwestorskich,



- przekształceniach własnościowych i prywatyzacji wykonawstwa budowlanego oraz jego ekonomicznych i organizacyjnych przekształceń,
- zmianach w systemie finansowym, kredytowym i podatkowym w gospodarce i wykonawstwie budowlanym,
- restrukturyzacji technicznej i technologicznej budownictwa mieszkaniowego i niezbędnych metod jej stymulacji.

W latach 1990 - 1994 procesy rynkowej restrukturyzacji i prywatyzacji budownictwa mieszkaniowego w Polsce zostały już dalece zaawansowane, ale przebiegają z różnym nasileniem na poszczególnych odcinkach.

W sferze regulacyjnej, po trwającym 2-3 lata procesie opracowywania podstawowych zasad systemowych nowego ładu budowlanego, w połowie 1994 roku Sejm uchwalił jego podstawy w postaci trzech ustaw (Prawo budowlane, o zagospodarowaniu przestrzennym, o zamówieniach publicznych).

W sferze instrumentów ekonomicznych oddziałujących na popyt budowlany, funkcjonował (rozwijany w latach 1993 i 1994), system ulg podatkowych z najważniejszymi jego elementami, tj. ulgami z tytułu inwestycji gospodarczych i wydatków mieszkaniowych (inwestycyjnych i remontowych) oraz preferencyjną stawką podatku VAT na materiały budowlane i roboty związane z mieszkalnictwem.

Wykonawstwo budowlane z racji jego specyficznych cech posiada stosunkowo dobre warunki i podatność na procesy restrukturyzacji organizacyjnej i rynkowej oraz prywatyzacji.

Toteż w stosunkowo krótszym czasie niż np. przemysł lub transport kolejowy dostosowało się do warunków gospodarki rynkowej, do zmian w wielkości i strukturze rynkowego popytu budowlanego. Jednakże zmiany w strukturze popytu budowlanego są z kolei zależne od przekształceń strukturalnych w gospodarce i od przebiegu procesów prywatyzacyjnych zachodzących w jej poszczególnych dziedzinach.

Wśród tych działań, prywatyzacja przedsiębiorstw budowlanych była jednym z ważnych, ale nie głównym czynnikiem i kierunkiem działań niezbędnych do przystosowania budownictwa do wymagań gospodarki rynkowej.

Najmniejsze zaawansowanie przemian ma miejsce w systemie finansowym, kredytowym i podatkowym w gospodarce.

Pomimo obserwowanego postępu w zakresie efektywności budownictwa w Polsce, w dalszym ciągu odbiega on od standardów europejskich.

Obok wyboru właściwych, merytorycznych kierunków i systemowych sposobów tej przebudowy, konieczne są działania organizacyjne i informacyjne, szkoleniowe i edukacyjne w zakresie przygotowania właściwej strategii i kadr, motywacji i ukształtowania podstaw społecznych, przewyciężenia dotychczasowych przyzwyczajeń i nawyków oraz metod gospodarowania.

Termin odbycia się debaty nad tą rezolucją jest pilny, jako że w związku z reformą organizacyjną centrum gospodarczego kraju, a w tym likwidacją wyodrębnionego resortu MGPIB, zajmującego się sprawami budownictwa, podjęcie działań przez rząd w celu określenia "Założeń polityki budowlanej państwa" jest bardzo wskazane przed przekształceniem i likwidacją resortu odpowiedzialnego za funkcjonowanie tego działu gospodarki.

W obecnym układzie organizacyjnym opracowanie tych "Założeń..." jest w pełni możliwe w krótkim terminie i na dobrym poziomie merytorycznym.

W późniejszym okresie opracowanie takiego dokumentu może natrafić na bardzo duże problemy organizacyjne, finansowe i merytoryczne. Zabraknie bowiem, odpowiednio przygotowanej do koordynacji opracowania tego dokumentu, jednostki rządowej.

**Oceniając natomiast podstawowe tezy zawarte w niniejszej rezolucji, nasuwają się do nich następujące uwagi:**

1) Diagnoza stanu budownictwa nie jest w pełni precyzyjna. W odniesieniu do sytuacji w 1995 roku; nie jest bowiem prawdą, że budownictwo polskie jest pogrążone w głębokim kryzysie.

Rzeczywiście sytuacja taka dotyczy budownictwa mieszkaniowego, ale ocena sytuacji w innych segmentach budownictwa (infrastrukturalnego i produkcyjno-handlowego oraz usługowego) wskazuje, że tendencje recesyjne zostały przełamane już w 1994 roku i w 1995 roku występuje poprawa ogólnej koniunktury w budownictwie.

W ocenie IGM, na podstawie zebranych informacji i badań przeprowadzonych w ramach monitoringu budowlanego w 1994 roku wystąpiły po raz pierwszy od 5 lat materialne, a szczególnie finansowe przesłanki do wzrostu produkcji budowlanej. Wskazuje na to m.in. wzrost zdolności i skłonności gospodarki do inwestowania, przejawiający się zwiększeniem skali i liczby nakładów i projektów inwestycyjnych w rezultacie poprawy wyników finansowych w gospodarce, połączonych ze wzrostem płac realnych i dochodów oraz popytu inwestycyjnego.

Na zahamowanie ciągłego w ostatnich 5 latach spadku produkcji budowlanej wpłynęła stabilizacja, a nawet pewien wzrost łącznych nakładów inwestycyjnych wydatkowanych w 1994 r. na roboty budowlane w kraju.

Nastąpiło zahamowanie spadku popytu na budownictwo nowych obiektów, przy jednoczesnym zahamowaniu silnego wzrostu popytu remontowego.

Zahamowanie regresu, a nawet pewien wzrost produkcji budowlanej, osiągnięty w 1994 i 1995 roku, nie został osiągnięty jednak tylko w wyniku poprawy koniunktury gospodarczej i budowlanej, ale wywołany został w dużej mierze regulacyjnym oddziaływaniem centrum gospodarczego (MGPiB i Ministertwa Finansów) przy pomocy instrumentów ekonomicznych oddziałujących na popyt budowlany.

Tworzona infrastruktura prawna funkcjonowania budownictwa w warunkach rynkowych, określająca warunki i zasady realizacji obiektów i robót budowlanych oraz rolę organów publicznych w budownictwie (pomimo, że wchodzi w życie w 1995 r.), pozwoliła już w 1994 r. uczestnikom rynku budowlanego na podjęcie odpowiednich działań dostosowawczych.

Przerwało to trwający od 1990 roku proces żywiołowego i chaotycznego funkcjonowania jednostek inwestorskich i budowlanych, stabilizując organizacyjną stronę rynku budowlanego.

2) Nie jest w pełni prawdziwa również ocena efektów transformacji, jako że w budownictwie zaszły zasadnicze zmiany.

Transformacja społeczno-gospodarcza ostatnich 5 lat, przejawiająca się demokratyzacją zarządzania i jego decentralizacją oparta na zasadzie prywatnej własności i wolnej gry sił rynkowych, spowodowała zasadnicze zmiany uwarunkowań realizacji inwestycji budowlanych, zarówno w sferze regulacyjnej jak i realnej.

Reforma budownictwa objęła:

- a) przekształcenia własnościowe (prywatyzację) zasobów budowlanych oraz przemiany strukturalne podmiotów występujących na pierwotnym i wtórnym rynku mieszkaniowym,
- b) prywatyzację wykonawstwa i potencjału budowlanego w wyniku dynamicznego wzrostu liczby nowych jednostek gospodarczych oraz przekształceń własnościowych, dzięki którym nastąpiła zmiana własności oraz znaczna poprawa efektywności gospodarowania i zmiana struktury produkcyjnej,
- c) restrukturyzację budownictwa, która spowodowała liczebny wzrost przedsiębiorstw małych i średnich, konkurencję między przedsiębiorstwami, unowocześnienie technik budowlanych i ukształtowanie nowych rozwiązań instytucjonalnych,
- d) obrót terenami budowlanymi i planowanie urbanistyczne, przesunięcie gospodarki terenami do samorządnych struktur terytorialnych (samorządów lokalnych), uproszczenia procedury lokalizacyjnej, uzależnienie rozwoju infrastruktury technicznej przez władze terenowe,
- e) politykę finansową, między innymi zniesienie dotacji do kosztów inwestycyjnych nowo budowanych mieszkań i zastąpienie ich kredytem, wprowadzenie elastycznych instrumentów kredytu hipotecznego, urealnienie stopy procentowej w stosunku do depozytów oszczędnościowych oraz zniesienie wszelkich form subsydiowania produkcji przedsiębiorstw budowlanych i materiałów budowlanych (dotacje, ulgi, umorzenia kredytu),
- f) politykę podatkową, m.in. odliczenia od opodatkowania podatkiem dochodowym od osób prawnych i od osób fizycznych kwot wydatkowanych na cele budownictwa mieszkaniowego i remonty, preferencyjną stawkę podatku od towarów i usług w wysokości 7% w odniesieniu do robót budowlano-montażowych związanych z budownictwem mieszkaniowym i infrastrukturą towarzyszącą temu budownictwu, a także do niektórych materiałów budowlanych zużywanych na cele budownictwa mieszkaniowego.

Przejście do gospodarki rynkowej odbywa się w Polsce w trudnych warunkach gospodarczych (spadek dochodów ludności, wysoka inflacja itp.), których następstwem była w latach 1990 - 1992 głęboka recesja. Recesyjny stan gospodarki obniżył znacznie zdolność ludności i przedsiębiorstw do inwestowania.

Zjawisko recesji dotknęło również budownictwo, w której od wielu lat występuje w dziedzinie produkcji mieszkań stała tendencja spadkowa.

W ciągu ostatnich lat nastąpiły więc zasadnicze zmiany na rynku budowlanym. Bardzo duży spadek popytu na roboty budowlane pozwolił na powstanie znacznej nadwyżki zarówno potencjału wykonawczego, jak i materiałów budowlanych, czyli dwóch podstawowych barier rozwoju budownictwa mieszkaniowego do końca lat 80. Ujawniła się natomiast nowa bariera ograniczająca budowę mieszkań, tj. brak środków finansowych u inwestora. Spadek popytu budowlanego po 1992 r. spowodował silną konkurencję na rynku inwestora, wpływając istotnie na obniżkę kosztów, skrócenie cykli budowy mieszkań i poprawę jakości. W niewielkim jednak stopniu uległo poprawie przygotowanie inwestorów do realizacji inwestycji. Przyczyn tych zjawisk należy upatrywać w braku restrukturyzacji sfery inwestorskiej i wolnym tempie jej rozwoju.

W znacznie większym stopniu działania restrukturyzacyjne wystąpiły w organizacji własnościowej i organizacyjno-prawnej budownictwa. W latach 1990 - 1994 struktura jednostek wykonawczych uległa zasadniczym zmianom. W okresie tym budownictwo mieszkaniowe w 80% było wykonywane przez jednostki prywatne.

Ocenia się, że struktura polskich przedsiębiorstw budowlanych pod względem liczby jednostek i wielkości zatrudnienia jest już zbliżona do występującej w krajach rozwiniętych. Różnice dotyczą stopnia udziału dużych jednostek w produkcji globalnej, który w Polsce jest jeszcze w dalszym ciągu za wysoki.

Na kierunki i formy zmian w strukturze wykonawstwa budowlanego wpływały:

a) hamująco:

- załamanie koniunktury budowlanej w wyniku spadku popytu,
  - złe nawyki i przyzwyczajenia uczestników rynku budowlanego (mieszkaniowego), które przejawiały się w monopolistycznych postawach wykonawców i biernych postawach inwestorów,
  - ukształtowana w okresie centralnego zarządzania zróżnicowana struktura inwestowania, oparta głównie na wielkich spółdzielniach mieszkaniowych, a w sektorze prywatnym - na dużej liczbie pojedynczych inwestorów,
  - spadek realnych dochodów ludności i wysokie oprocentowanie kredytów,
  - nieodpowiednia do stosunków rynkowych infrastruktura prawna do 1995 roku w zakresie procesów inwestowania (pozyskiwania gruntów, lokalizacji, pozwoleń na budowę, zasad i warunków zawierania umów budowlanych),
  - stosowane techniki i technologie budowlane charakteryzujące się niską efektywnością,
  - warunki finansowania spółdzielczego budownictwa mieszkaniowego (oderwanie kredytobiorców od możliwości bezpośredniego wpływu na wykorzystanie kredytu),
- b) przyspieszająco:

- oddziaływanie programu stabilizacyjnego na zróżnicowanie rynku budowlanego,
- nadwyżka podaży materiałów krajowych i szeroki dopływ materiałów z importu,
- kierunki zmian legislacyjnych w zakresie prywatyzacji,
- uproszczenie procedur rejestracji nowych jednostek gospodarczych,
- wysokie zapotrzebowanie na niewielkie prace modernizacyjne i remontowe,
- polityka fiskalna państwa w odniesieniu do opodatkowania działalności budowlanej i VAT oraz ulgi w podatku dochodowym od osób fizycznych z tytułu wydatków mieszkaniowych i od osób prawnych z tytułu inwestycji rozwojowych.

## **ODPOWIEDZI NA PYTANIA**

### **1. Czy autorzy projektu rezolucji ujęli wszystkie grupy uwarunkowań rozwoju budownictwa mieszkaniowego w Polsce?**

Pytanie dotyczy uwarunkowań rozwoju budownictwa mieszkaniowego, natomiast rezolucja dotyczy polityki budowlanej państwa. Nie są to pojęcia w pełni zakresowo porównywalne. Ale generalnie należy stwierdzić, że w wymienionych w projekcie rezolucji punktach są zawarte najważniejsze uwarunkowania rozwoju budownictwa mieszkaniowego.

## **2. Czy proponowany termin opracowania przez rząd założeń polityki budowlanej państwa jest realny?**

W IGM prowadzone są od 1994 roku, obecnie kończone, prace badawcze pt.: "Badanie stanu polskiego budownictwa oraz określenie kierunków i metod dostosowania struktury potencjału budowlanego i zasad jego funkcjonowania do sprawności, elastyczności i konkurencyjności właściwych budownictwu krajów WE".

Głównym celem tych prac jest określenie kierunków i metod przekształceń istniejących struktur i procesów budowlanych w Polsce do modelu budownictwa odpowiadającego warunkom UE, w wyniku realizacji 3 zadań badawczych, polegających na:

- określeniu i ocenie stanu i zmian polskiego budownictwa po 5 latach transformacji gospodarczej,
- przeprowadzeniu badań, analiz i porównań charakterystycznych cech budownictwa funkcjonującego w warunkach rynkowych na podstawie doświadczeń krajów UE,
- opracowanie docelowego modelu polskiego budownictwa zapewniającego sprawność, elastyczność i konkurencyjność międzynarodową jego funkcjonowania,
- przedstawienie kierunków i metod niezbędnych przekształceń instytucjonalnych i instrumentalnych.

W wyniku przeprowadzonych badań będą zidentyfikowane obszary, które:

- 1) funkcjonują w pełni na warunkach rynkowych i są zgodne z ustawodawstwem WE,
- 2) jeszcze nie są zgodne z normami i ustawodawstwem WE, ale wymagają tylko działań legislacyjnych i normatywnych,
- 3) nie funkcjonują w oparciu o warunki rynkowe i wymagają przekształceń systemowych, organizacyjnych itp.

W wyniku identyfikacji potrzeb w zakresie stworzenia nowego ładu budowlanego w kraju zintegrowanego prawnie z WE zostanie określony harmonogram przekształceń polskiego budownictwa do modelu rynkowego.

Wysoki stopień zaawansowania realizacji ww. badań w Instytucie tworzy korzystne warunki do przygotowania przez MGPIB przedmiotowych założeń w terminie do 28 lutego 1996 roku.

## **3. Czy tak ujęta ingerencja państwa w rozwój sektora budowlanego jest wskazana? Co państwo powinno uczynić aby pobudzić rozwój budownictwa mieszkaniowego?**

Opracowanie "Założeń polityki budowlanej państwa" nie narusza wolności obrotu gospodarczego w sektorze budowlanym, tworzy natomiast ważne przesłanki i informacje dla przedsiębiorstw co do kierunków rozwoju tego sektora w kraju. Niezwykle ważne jest jasne i docelowe określenie sposobów i form oddziaływania centrum gospodarczego na ukształtowanie modelu rynku budowlanego wobec rychłej perspektywy konfrontacji polskiego budownictwa z budownictwem krajów Unii Europejskiej, w tym udzielenie odpowiedzi w jakim stopniu polityka państwa wobec budownictwa będzie chroniła krajowy potencjał wykonawstwa i produkcji materiałów budowlanych przed niezwykle silną (a nierzadko nieuczciwą) konkurencją z zagranicy.

Stąd też generalnie należy zgodzić się ze stwierdzeniem w uzasadnieniu tej rezolucji, że potrzeba takiej ingerencji państwa w określenie przyszłego ładu budowlanego wynika z konieczności:

- a) maksymalnego skrócenia okresu przejściowego i określenia modelu docelowego,
- b) wytyczenia dróg rozwoju budownictwa i przemysłu materiałów budowlanych.

Zasadniczą barierą rozwoju inwestycji mieszkaniowych są możliwości finansowe inwestorów i sposób ich kredytowania. Brak systemowych rozwiązań zwiększających finansowanie budownictwa mieszkaniowego ze źródeł bankowych, jak wykazują doświadczenia ostatnich lat, jest podstawową przyczyną kryzysu w budownictwie mieszkaniowym w Polsce.

Zwiększenie efektywności nakładów na budowę i eksploatację mieszkań, wzrost ich rozmiarów w gospodarce oraz lepsze dostosowanie struktury budowanych mieszkań do popytu mieszkaniowego, wymaga dalszych zmian w systemie i polityce gospodarczej oraz rynkowej restrukturyzacji gospodarki mieszkaniowej, w tym również budownictwa mieszkaniowego. Jest to proces złożony, gdyż jego realizacja wymaga szeregu zasadniczych przedsięwzięć oraz istotnego zmniejszenia dysproporcji między niskimi dochodami ludności i wysokimi kosztami budowy mieszkań. Wiąże się to z koniecznością reform w systemie płac i dochodów oraz kredytów mieszkaniowych, a także z zasadniczą restrukturyzacją i rekonstrukcją budownictwa prowadzącą do obniżenia kosztów budowy mieszkań.

Charakter i skala niezaspokojonych potrzeb mieszkaniowych oraz poważne dysproporcje między dochodami ludności i kosztami budowy mieszkań stanowią barierę w szybkim i pełnym urynkowaniu całej gospodarki mieszkaniowej i wymagają przejściowych rozwiązań w odniesieniu do poszczególnych elementów mieszkalnictwa i gospodarki mieszkaniowej.

Negatywnie należy więc oceniać wszelkie działania mogące spowodować wzrost kosztów budownictwa mieszkaniowego, w tym podniesienie stawek VAT.

*Warszawa, 11 listopada 1995 r.*

## SPIS TREŚCI

**Opinia o projekcie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Druk Sejmowy nr 1167)** 1

*Opracował: Grzegorz Ciura*

**Opinia prawna w sprawie rządowego projektu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Druk Sejmowy nr 1167)** 11

*Opracowała: Anna Janicka*

**Opinia prawna do projektu ustawy o świadczeniach zdrowotnych gwarantowanych przez państwo ze środków publicznych (Druk Sejmowy nr 1168)** 17

*Opracowała: Anna Janicka*

**Opinia prawna do przedstawionego przez Prezydenta R.P. projektu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Druk Sejmowy nr 1192)** 19

*Opracowała: Anna Janicka*

**Ekspertyza projektów ustaw o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Rządowego i Prezydenckiego - Druki Sejmowe nr 1167 i nr 1192)** 27

*Prof. dr hab. n.med. Leszek Wdowiak - Ekspertyza nr 65*

**Opinia o projekcie rezolucji Sejmu w sprawie "Założeń polityki budowlanej państwa" (Druk Sejmowy nr 1254)** 42

*Prof. dr hab. Jolanta Supińska - Ekspertyza nr 66*

**Ocena projektu rezolucji sejmowej w sprawie "Założeń polityki budowlanej państwa" (Druk Sejmowy nr 1254)** 47

*Mariusz Sochacki - Ekspertyza nr 67*

# **Zakład Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia**

**Katedry Medycyny Rodzinnej AM w Lublinie**

**Lublin 1995.09.15**

## **EKSPERTYZA PROJEKT'W USTAW O POWSZECHNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM (Rządowego i Prezydenckiego) DOKONANA NA ZLECENIE BIURA STUDI'W I EKSPERTYZ KANCELARII SEJMU**

Przystępując do analizy porównawczej dwóch projektów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, przyjęto dla potrzeb niniejszego opracowania, pewne skróty myślowe celem uniknięcia powtórzeń. Tak więc, projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym opracowany przez przedstawicieli Rządu nazwany został w dalszej części projektem "Rządowym", natomiast projekt skierowany do Sejmu Rzeczypospolitej przez Prezydenta RP, nazwany został w dalszej części projektem "Prezydenckim". Ponadto w trosce o przejrzystość formułowanych uwag w związku z objętością przedłożonego materiału, stopniem jego trudności oraz uwzględniając ważkość zagadnienia podjęto próbę równoległej oceny poszczególnych zagadnień przedstawionych w projektach.

Oba projekty, jako zasadę stanowią powszechny obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego. Jednakże owa powszechność i obowiązkowość wykazuje istotne rozbieżności w proponowanych rozwiązaniach. Projekt Rządowy w art. 16 określa bardzo szeroko, lecz taksatywnie krąg osób objętych z mocy prawa z chwilą wejścia w życie niniejszego aktu, obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. Projekt Prezydencki przewiduje zasadniczo odmienny katalog osób objętych obowiązkiem ubezpieczenia z mocy prawa, zawężając krąg podmiotów do czterech punktów art. 6 i tym samym wyłączając z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego żołnierzy służby zasadniczej, osoby odbywające karę pozbawienia wolności lub tymczasowo aresztowane, osoby otrzymujące zasiłek stały z pomocy społecznej oraz inne osoby nie wymieniane w art. 6 projektu Prezydenckiego. Osobom pozostającym poza systemem ubezpieczeń zdrowotnych, świadczenia zdrowotne miałyby być udzielane na koszt budżetu



państwa lub gminy wg przepisów odrębnych (wymagających opracowania). Ponadto projekt Prezydencki przewiduje możliwość dobrowolnego poddania się obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego oraz możliwość, po upływie 3 lat od dnia rozpoczęcia działalności Kas Chorych, dla osób o wysokich dochodach, zwolnienia z obowiązku ubezpieczenia. Oba projekty objęły ubezpieczeniem członka rodziny ubezpieczonego z pewnymi zastrzeżeniami i niewielkimi rozbieżnościami.

Zasadniczo odmiennie, rozwiązano w projektach problematykę zakresu świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego. Projekt Rządowy w świetle art. 2 dąży do jednolitego ubezpieczenia zdrowotnego społeczeństwa w razie choroby, urazu, porodu, położu, powszechnych akcji zapobiegania chorobom oraz konieczności dokonania oceny stanu zdrowia wymaganej na podstawie odrębnych przepisów. W przypadku spełnienia się ryzyka ubezpieczonego, ubezpieczonym przysługiwałby następujący katalog świadczeń: świadczenia z zakresu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej służące ratowaniu życia, przywracaniu lub poprawie zdrowia, a w szczególności badania, porady i zabiegi lekarskie, badania diagnostyczne, leczenie i rehabilitacja lecznicza, opieka pielęgnacyjna oraz szczepienia ochronne, inne planowe działania zapobiegawcze z zastrzeżeniem wyjątków, orzeczenie o stanie zdrowia, opieka nad kobietą ciężarną, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem, standardowe świadczenia z zakresu stomatologii oraz czynności techniczne z zakresu protetyki stomatologicznej i ortodoncji, określone przez MZiOS w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii RKZK, zaopatrzenie w leki i artykuły sanitarne, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, niektóre świadczenia lecznictwa uzdrowiskowego, świadczenia opiekuńczo-lecznicze, przewozy środkiem transportu sanitarnego.

Do zakresu świadczeń nie przysługujących ubezpieczonym zaliczono natomiast: zabiegi chirurgii plastycznej i zabiegi kosmetyczne w przypadkach nie będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstw jej leczenia, zabiegi przyrodo-lecznicze w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych nie związane z chorobą podstawową, stanowiącą bezpośrednią przyczynę skierowania na leczenie uzdrowiskowe, orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydane na życzenie ubezpieczonego, z licznymi wyjątkami, szczepienia ochronne, inne niż określone w kalendarzu szczepień lub inne niż wprowadzone na mocy odrębnych przepisów jako powszechnie obowiązujące w związku z szerzeniem się choroby zakaźnej, a ponadto orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych, oraz interpretując zapis art. 40 ust. 1 pkt 4, ponadstandardowe świadczenie z zakresu stomatologii nie ujęte w wykazie MZiOS. Projekt Rządowy przewiduje również inną formę partycypacji ubezpieczonych w kosztach leczenia, obowiązek wnoszenia dopłat ze świadczenia pomocy doraźnej, z wyjątkiem nagłych zachorowań w miejscach publicznych, wypadków, urazów, stanów zagrożenia życia lub potrzeby natychmiastowego leczenia szpitalnego, świadczeń związanych z ciążą, porodem i położeniem oraz świadczeń udzielanych uczniom szkół stacjonarnych, dzieciom do czasu rozpoczęcia nauki w szkole, osobom do 18 roku życia zwolnionym z obowiązku szkolnego oraz ponoszenia zryczałtowanych kosztów zakwaterowania i wyżywienia na łóżku etatowym w szpitalu nie więcej jednak niż za 5 dni pobytu w roku kalendarzowym. Jednakże wyjątkowo, bezpłatnym leczeniem szpitalnym zostałyby objęte dzieci, uczniowie, studenci studiów dziennych, osoby pobierające emerytury i renty nie przekraczające najniższego wynagrodzenia w gospodarce narodowej, inwalidzi wojenni, wojskowi, kombataneci, bezrobotni, osoby pobierający zasiłek z pomocy społecznej i inni objęci regulacją art. 41 ust. 2 projektu ustawy.

Ponadto projekt przewiduje, że ubezpieczonemu przysługiwałyby leki podstawowe i leki recepturowe po uiszczeniu opłaty ryczałtowej a leki uzupełniające za częściową odpłatnością w wysokości 30%-50% ceny leku. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przysługiwałyby na zlecenie lekarza ubezpieczeniowego bezpłatnie za częściową opłatą lub odpłatnie wg zasad określonych przez MZiOS. Leczenie uzdrowiskowe przysługiwałoby ubezpieczonemu w oparciu o obowiązujące przepisy z zastrzeżeniem, że ubezpieczony w sanatorium uzdrowiskowym, ponosi koszty zakwaterowania, wyżywienia, przejazdu do i z sanatorium (z wyjątkiem osób z dysfunkcją ruchu uniemożliwiającą korzystanie z transportu publicznego). Opłaty z tytułu kosztów utrzymania ubezpieczonego pobierane byłyby za pobyt w zakładach opiekuńczo-leczniczych na zasadach odpłatności za pobyt w domach pomocy społecznej. Ubezpieczonemu przysługiwałoby natomiast bezpłatny przejazd środkiem transportu w przypadkach: przewozu między zakładami opieki zdrowotnej, przewozu osób wymagających leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej, na podstawie zlecenia lekarza, przewozów wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia w przypadkach schorzeń zagrażających życiu, przewozów osób z dysfunkcją narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia uzdrowiskowego oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze, do najbliższego zakładu udzielającego świadczeń w tym zakresie i z powrotem.

Zagadnienie rodzaju świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego zostało, inaczej ujęte w projekcie Prezydenckim zgodnie z którym Kasa Chorych zobowiązana jest zapewnić osobom ubezpieczonym świadczenia dotyczące promocji zdrowia, utrzymania zdrowia, zapobiegania chorobom, wczesnego wykrywania chorób, leczenia choroby, rehabilitację, zaopatrzenia w środki farmaceutyczne, materiały medyczne, przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoc doraźną w nagłych wypadkach i zachorowaniach. Jednocześnie projekt ustawy zobowiązuje Ministra Zdrowia do określenia w uzgodnieniu z Krajowym Związkiem Kas Chorych oraz Naczelną Radą Lekarską szczegółowego wykazu tych świadczeń. Ponad przedmiotowy wykaz Ministra Zdrowia "Kasa Chorych z mocy ustawy byłaby zobowiązana do pomocy ubezpieczonym w działaniach na rzecz utrzymania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób w zakresie i rodzaju świadczeń określonych w statucie Kasy Chorych niezależnie od obowiązku realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych zleczanych jej przez MZiOS, oraz inne podmioty. W przypadku choroby Kasa Chorych zapewniałaby leczenie ambulatoryjne, szpitalne, zaopatrzenie w leki, materiały medyczne, przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze zalecane przez lekarza, rehabilitację, świadczenia położnej, psychologa i innych osób wykonujących samodzielne zawody medyczne. Istotną rozbieżnością w stosunku do projektu Rządowego jest zaproponowane w projekcie Prezydenckim rozwiązanie świadczeń zdrowotnych lekarza dentystry. Krajowy Związek Kas Chorych oraz Zrzeszenie Lekarzy Kas Chorych uwzględniając wykaz świadczeń podstawowych MZiOS (o którym była mowa powyżej) ma określić wykaz podstawowych świadczeń lekarza dentystry oraz podstawowych materiałów dentystrycznych. Kasa Chorych zapewniałaby ubezpieczonemu podstawowe świadczenia dentystryczne oraz podstawowe materiały dentystryczne, jednakże Statut Kasy Chorych określałby wysokość udziału własnego samych ubezpieczonych w kosztach tych świadczeń z zastrzeżeniem, iż nie może on przekroczyć 25% kosztów świadczeń z materiałami a w przypadku protezy dentystrycznej 50% kosztów. Zgodnie z projektem z udziału w kosztach zwolnione byłyby dzieci do lat 15 oraz kobiety w ciąży.

Udział ubezpieczonego w kosztach świadczeń przewiduje również projekt Prezydencki w stosunku do produktów ortopedycznych i środków pomocniczych w wysokości określonej Statutem Kasy Chorych, jednakże nie wyżej niż 50% kosztów.

Projekt Prezydencki nie przewiduje żadnych dodatkowych obciążeń finansowych ubezpieczonych w stosunku do leczenia szpitalnego obejmującego: leczenie lekarskie, pielęgnację chorego, zaopatrzenie w leki, materiały medyczne, przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, zakwaterowanie i wyżywienie zastrzegając jednocześnie, że nie może ono trwać dłużej niż jest to niezbędne ze względu na stan zdrowia ubezpieczonego. Odmiennie reguluje też projekt Prezydencki, kwestię świadczeń lecznictwa uzdrowskiego, stanowiąc obowiązek pokrywania przez Kasy Chorych kosztów leczenia w szpitalu sanatoryjnym lub sanatorium dla dzieci do lat 15 i odsyłając do postanowień Statutu Kasy Chorych, kwestię jej uczestnictwa w kosztach leczenia sanatoryjnego dla ubezpieczonych powyżej 15 roku życia.

Zaopatrzenie w środki farmaceutyczne i materiały medyczne bazowałoby na istniejących uregulowaniach prawnych tj. ustawie o zasadach odpłatności za leki i artykuły sanitarne z 27 września 1991 r. (Dz.U. 94, poz. 422 z późn.zm.). Zasady zwrotu kosztów przejazdu ubezpieczonego, o ile przejazd jest konieczny w celu otrzymania niezbędnego świadczenia określać będzie Statut Kasy Chorych.

Podsumowując tę część problematyki ujętej w projekcie Rządowym w rozdziale 4 zatytułowanym "Świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego", a w projekcie Prezydenckim w rozdziale III zatytułowanym "Świadczenia ubezpieczenia zdrowotnego" nie można nie zgodzić się z ogólną uwagą, iż projekt Prezydencki stwarza realne możliwości decydowania o zasadach odpłatności za świadczenia zdrowotne przez statutowe organy Kasy Chorych i co więcej stwarza prawną możliwość objęcia ubezpieczeniem również innych świadczeń poza narzuconymi ustawą (art. 33).

Powyższa uwaga skłania, więc do twierdzenia, że zasada samorządności Kas w zakresie pakietu przysługujących świadczeń, byłaby realizowana pełniej w systemie proponowanym przez projekt Prezydencki. Również zapis art. 4 ust. 6 dopuszczający możliwość realizowania powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez inne niż Kasy Chorych instytucje przy spełnieniu warunku uzyskania koncesji Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych i obowiązku zapewnienia świadczeń w zakresie nie mniejszym niż Kasa Chorych, należy ocenić jako rozwiązanie nowatorskie, stymulujące jawną, otwartą i rozsądną konkurencję podmiotów na rynku usług medycznych. Dowodem potwierdzającym fakt objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym - zgodnie z projektem Rządowym byłaby "Książeczka zdrowia", a zgodnie z projektem Prezydenckim "Karta ubezpieczonego".

Ocena sposobu realizacji powyższych świadczeń nie jest możliwa bez analizy proponowanej w projektach, struktury organizacyjnej systemu ubezpieczeniowego. Tak więc w projekcie Rządowym, przewiduje się utworzenie trójpoziomowej struktury organizacyjnej. Na poziomie krajowym, przewiduje się utworzenie Krajowego Zarządu Kas Powszechnych Ubezpieczeń Zdrowotnych, posiadającego osobowość prawną i będącego zrzeszeniem regionalnych i branżowych kas powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zakres działania KZK poza funkcją reprezentacyjną obejmuje w szczególności (art. 103): koordynację i kontrolę działalności kas, ocenę ich działalności, przedstawienie uwagi i wniosków co do wykonywanych zadań, zarządzanie funduszami Krajowego Związku Kas, ustalanie wzorów umów o udzielanie świadczeń, zaopatrywanie w leki i materiały medyczne, zaopatrzenie w przedmioty

ortopedyczne i środki pomocnicze oraz ustalanie szczegółowych zasad refundacji aptece ceny leków wydawanych ubezpieczonym. Realizacja powyższych zadań należeć będzie do organów KZK, którymi są Rada Krajowa Związków Kas, Zarząd KZK, Prezes KZK i Komisja Rewizyjna. Analiza składu osobowego Rady KZK oraz poszczególnych kompetencji organów (np. Rada uchwała program działania, plan finansowy, rozpatruje sprawozdania z ich wykonania, uchwała wysokość dotacji wypłacanych dla regionalnych kas z funduszu kompetencyjnego, rozpatruje sprawozdania z działalności regionalnych i branżowych kas, oraz organów KZK i uchwała w wyniku oceny ich działalności opinie, wnioski i wytyczne, a Zarząd przykładowo udziela wytycznych działalności naczelnym dyrektorem regionalnych i branżowych kas) oraz ich wpływu na działalność organów na poziomie regionalnym i lokalnym wykazuje tendencje do scentralizowanego modelu systemu usług zdrowotnych.

Projekt Rządowy przewiduje utrzymanie na poziomie regionu Regionalnych Kas Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego (oraz Branżowych Kas Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego) przyznając im osobowość prawną. Szeroki zakres działań Regionalnych Kas ustalony w art. 68 spoczywałby na organach Kasy którymi są: rada nadzorcza, naczelny dyrektor, naczelny lekarz zaufania i komisja rewizyjna. Na szczególną uwagę zasługuje proponowany skład rady nadzorczej do której wchodzi: w połowie - reprezentanci zgromadzenia przedstawicieli ubezpieczeniowych, w liczbie proporcjonalnej do liczby ubezpieczonych na obszarze działania regionalnej kasy, nie mniej jednak niż po jednej osobie z każdego rejonowego oddziału regionalnej kasy, w jednej czwartej - przedstawiciele sejmików wojewódzkich, w jednej czwartej - przedstawiciele administracji rządowej województw objętych obszarem działania regionalnej kasy. Udział w radzie nadzorczej samych ubezpieczonych, w tak liczonym składzie, stwarza wrażenie dążeń do samorządności Kas. Jednakże bliższa analiza kompetencji rady nadzorczej w kontekście kompetencji organów Krajowego Związku Kas przesądza o wykonawczo-porządkowym charakterze tej instytucji. Powyższa uwaga dotyczy również uprawnień rady nadzorczej do powoływania i odwoływania naczelnego dyrektora i naczelnego lekarza zaufania ubezpieczenia zdrowotnego. Zgodnie z projektem powołanie dyrektora i naczelnego lekarza zaufania następuje bowiem po, przeprowadzeniu postępowania konkursowego oraz po zasięgnięciu opinii o kandydacie wyłonionym w wyniku konkursu - na stanowisko naczelnego dyrektora - Prezesa Krajowego Związku Kas, a na stanowisko naczelnego lekarza zaufania - Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Wymóg zasięgnięcia opinii, dotyczy odpowiednio zamiaru odwołania z tych stanowisk, a sam tryb przeprowadzania konkursu zostanie określony przez MZiOS. Bardzo ważnym organem Kas na poziomie regionu jest Naczelny Lekarz Zaufania ubezpieczenia zdrowotnego odpowiedzialny za zapewnienie świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonym, organizację kontroli dostępności świadczeń i ich jakości. Naczelny Lekarz Zaufania w realizacji swoich zadań ma współdziałać z sejmikami wojewódzkimi, organami do spraw ochrony zdrowia administracji rządowej, rektorem wyższej uczelni medycznej, organami samorządów zawodowych, zrzeszających zawody medyczne i z konsultantami medycznymi - w zakresie promocji zdrowia, zapobieganiu chorobom i urazom oraz w organizacji świadczeń dla ubezpieczonych. Organem doradczym Naczelnego Lekarza Zaufania ma być rada lekarska w skład której wchodzi: lekarze zgłoszeni przez wojewodów, po jednym z województwa, objętego obszarem działania regionalnej kasy, przedstawiciel rektora wyższej uczelni medycznej mającej siedzibę na obszarze działania

regionalnej kasy, dwóch przedstawicieli każdej okręgowej izby lekarskiej z obszaru działania regionalnej kasy. Powyższe instrumenty wydają się być uzasadnione w świetle trudności i ciężaru gatunkowego zakresu działań lekarza zaufania do którego należy m.in.: przygotowanie projektów planu pracy i planów finansowych regionalnej kasy oraz sprawozdań z ich wykonania w części odnoszącej się do udzielania świadczeń, przygotowywanie projektów umów o udzielaniu świadczeń, dokonywanie ocen umów o udzielanie świadczeń zawieranych przez regionalne oddziały pod kątem dostępności i jakości świadczeń, dokonywanie ocen zachorowalności i chorobowości na obszarze regionu i opracowywanie na ich podstawie wytycznych i wskazówek do zawierania umów o udzielanie świadczeń, opracowywanie planów kontroli dostępności i jakości świadczeń oraz zlecenie ich przeprowadzania, sprawowanie nadzoru nad działalnością lekarzy zaufania ubezpieczenia zdrowotnego rejonowych oddziałów. Z drugiej strony są to przedstawiciele usługodawców, wykazujących zainteresowanie jak najwyższymi nakładami finansowymi na swoją działalność, natomiast Lekarz Zaufania i jego organy powinny dbać przede wszystkim o ubezpieczonych, których interesem będzie minimalizacja kosztów opieki zdrowotnej (jak najniższe składki).

Przedłożony projekt, przewiduje funkcjonowanie na poziomie lokalnych rejonowych oddziałów regionalnych Kas, nie posiadających osobowości prawnej, działających w oparciu o regulamin zatwierdzony przez radę nadzorczą regionalnej kasy. Regionalna Kasa decyduje również o utworzeniu i obszarze działania rejonowego oddziału. Do zakresu działania rejonowego oddziału należy: stwierdzanie obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego i prawa do świadczeń, naliczanie, pobieranie i przekazywanie składek na ubezpieczenie zdrowotne, prowadzenie wykazów osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym, poświadczenie opłacania składek, prowadzenie kart zawierających informacje o udzielanych świadczeniach zdrowotnych i innych świadczeniach wymagających udokumentowania, zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, kontrola wykonywania przez pracodawców obowiązków w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego, kontrola wykonywania umów o świadczenia przysługujące ubezpieczonym.

Powyższe zadania rejonowy oddział wykonuje przy pomocy organów, którym są: zgromadzenie przedstawicieli ubezpieczonych, dyrektor oddziału i lekarz zaufania ubezpieczeń zdrowotnych. Nie wdając się w szczegółową analizę kompetencji poszczególnych organów rejonowej kasy ubezpieczeń zdrowotnych należy podkreślić, iż w kontekście zakresu działania rejonowego oddziału mają one charakter administracyjny. Ogromną część kompetencji w sposób bezpośredni lub pośredni kumuluje w swojej gestii Minister Zdrowia. Dotyczy to tworzenia, znoszenia, ustalania obszaru działania Regionalnych Kas, ustalania zakresu świadczeń, wysokości dopłat, wpływu na obsadę stanowisk oraz uprawnień nadzorczych. Zgodnie z projektem Minister Zdrowia sprawuje nadzór nad działalnością kas wg kryterium zgodności z prawem i statutem oraz nadzór nad realizacją przez kasy państwowych programów w dziedzinie ochrony zdrowia. W tym celu wyposażony został w uprawnienia do:

występowania o niezbędne informacje o działalności Krajowego Związku Kas i kasy, żądania zmiany uchwały Rady Krajowego Związku Kas w razie stwierdzenia sprzeczności z prawem lub statutem, sprawdzania przez swoich przedstawicieli w każdym czasie stanu załatwiania spraw, prowadzenia gospodarki finansowej oraz realizacji świadczeń przysługujących ubezpieczonym, występowania do organów Krajowego Związku Kas o podjęcie określonych inicjatyw lub

działań w sprawach związanych z ubezpieczeniem zdrowotnym. Adresat wystąpienia jest obowiązany udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni.

Poza uprawnieniami nadzorczymi Ministra Zdrowia, należy podkreślić, że przyznano je również w wewnętrznej strukturze Kas, komisjom rewizyjnym, w pewnym stopniu radom nadzorczym i naczelnemu lekarzowi a oprócz tego przewiduje się utworzenie zupełnie nowej instytucji Krajową Izbę Rozrachunkową Ubezpieczenia Zdrowotnego. Zadaniem Izby będzie kontrolowanie gospodarki finansowej kas w oparciu o kryterium zgodności z prawem, zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym, oraz na podstawie kryteriów celowości, rzetelności i gospodarności. Izba w oparciu o kryterium zgodności działania z prawem nadzorowana byłaby przez Prezesa Rady Ministrów, który powoływałby, odwoływałby oraz ustalał wynagrodzenie Prezesa Izby na wniosek Ministra Zdrowia.

W tak rozbudowanej strukturze, świadczenia zdrowotne udzielane byłyby przez te zakłady opieki zdrowotnej i lekarzy z którymi Naczelny Dyrektor lub Dyrektor oddziału zawarłby umowę. Pacjent będzie miał prawo wybrać zakład opieki zdrowotnej lub lekarza z którym Kasa zawarła umowę, nie będzie miał natomiast możliwości wyboru kasy, bowiem przynależność do niej jest związana z miejscem zatrudnienia lub zamieszkania ubezpieczonego. Projekt Rządowy nie precyzuje w swoich postanowieniach kwestii wynagrodzenia lekarzy i innego personelu. Stanowi natomiast ogólnie, że podstawą rozliczeń może być wycena punktowa świadczeń, cennik, zwrot kosztów lub inna forma ustalona przez strony umowy. Porównując powyższe rozwiązania z zaproponowanymi w projekcie Prezydenckim należy stwierdzić, że mimo pewnych podobieństw są to dwa zupełnie różne projekty, w sposób zasadniczo odmienny regulujące kwestię organizacji systemu.

Wspólną cechą obydwu projektów, jest jasne określenie źródeł finansowania usług zdrowotnych (składka ubezpieczeniowa), uwypuklenie przepływu środków finansowych w opiece zdrowotnej w wyniku automatycznego oddzielenia instytucji ubezpieczeniowej, dysponującej środkami finansowymi na opiekę zdrowotną od podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne, redystrybucyjny charakter systemu, polegający na udzielaniu świadczeń wg potrzeb, a opłacaniu składek wg możliwości. Najistotniejszą cechą różnicującą projekt Prezydencki od projektu Rządowego jest sfera niezależności instytucji ubezpieczeniowych jako odrębnych podmiotów, w zarządzaniu których występuje element samorządności i szerokie wykorzystanie mechanizmów negocjowania między stronami umowy.

Zaproponowane w projekcie Prezydenckim rozwiązanie organizacyjne instytucji ubezpieczenia zdrowotnego przewiduje utworzenie Terytorialnych Kas Chorych i dopuszcza możliwość twrzenia Zakładowych i Międzyzakładowych Kas Chorych posiadających osobowość prawną. Podstawową jednostką organizacyjną systemu ubezpieczenia zdrowotnego byłaby Terytorialna Kasa Chorych obejmująca zasięgiem swojego działania obszar zamieszkały przez minimum 500 tys. ludności.

Przynależność do Kasy wiązałaby się z miejscem zamieszkania (lub zatrudnienia), jednakże Kasa miałaby obowiązek przyjąć w skład swoich członków każdą osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zamieszkałą poza obszarem działania Kasy na jej wniosek. Organami Kas byłaby Rada Kas Chorych i Zarząd Kas Chorych. Kasy funkcjonowałyby w oparciu o statut, który po uchwaleniu przez Radę zatwierdzałby Urząd Nadzoru. Analiza kompetencji Rady, przykładowo: uchwalenie wysokości składki, decydowanie o majątku Kasy, zaciąganiu pożyczek, podejmowaniu decyzji o połączeniu, podziale lub zmianie obszaru

działania czy też o rozwiązaniu Kasy, potwierdza wcześniejsze wnioski o dużo większej samodzielności tych podmiotów w porównaniu z propozycjami projektu Rządowego. Na poziomie krajowym Terytorialne Kasy Chorych tworzą Krajowy Związek Kas Chorych a Zakładowe Kasy Chorych tworzą Krajowy Związek Zakładowych Kas Chorych. Ich organizację ma określać statut zatwierdzony przez Urząd Nadzoru. Istotną kompetencją KZKCh jest przygotowywanie i przeprowadzanie tzw. wyrównania finansowego między Kasami Chorych na podstawie analizy czynników różnicujących (np. liczba emerytów i rencistów I i II gr.). Przynależność do Kasy poszczególnych osób wiąże się z miejscem zamieszkania, zatrudnienia lub wolą ubezpieczonego, projekt przewiduje w art. 4, że Kasa Chorych zawiera z ubezpieczonym, opłacającym składki umowę. Projekt nie precyzuje jednak w jakiej formie umowa miałaby być zawarta oraz w jakim stopniu, mogłyby być modyfikowane jej istotne postanowienia.

Projekt Prezydencki obliuguje ponadto lekarzy działających w systemie ubezpieczeniowym do utworzenia Zrzeszenia Lekarzy Kas Chorych (posiadającego osobowość prawną), z którego oddziałami Terytorialne Kasy Chorych pertraktowałyby w kwestii warunków umowy to jest: wysokości rocznej kwoty na wynagrodzenia lekarzy, kryteria ustalania wynagrodzenia lekarza za udzielane świadczenia, wysokość rocznej kwoty przeznaczonej na leki i materiały medyczne, sposobu zabezpieczenia całodobowej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych. Ponadto projekt przewiduje, że Kasy Chorych zawierałyby umowy ze szpitalami w celu zabezpieczenia ubezpieczonym możliwości leczenia szpitalnego. Umowy te regulowałyby warunki świadczenia usług, zasady finansowania kosztów świadczeń i zasady kontroli działalności szpitali. Kompetencją ustalania zasad pokrywania przez Kasy Chorych kosztów leczenia szpitalnego osób, przekazano Krajowym Zarządom Kas Chorych, Ministrowi Zdrowia oraz przedstawicielom szpitali bez określenia formy aktu.

Bardzo ważnym zastrzeżeniem wydaje się być zapis art. 65.4,1 stanowiący iż wydatki inwestycyjne szpitala pokrywa organ założycielski. Nadzór nad całością realizacji ubezpieczeń zdrowotnych przekazano Urzędowi Nadzoru, posiadającemu status państwowej jednostki budżetowej i w zakresie swojej funkcji niezależność od Prezesa Rady Ministrów. Prezes Rady Ministrów miałby sprawować nadzór nad Urzędem, w oparciu o kryterium zgodności jego działań z prawem.

Ciekawym i pozytywnym kierunkiem wydaje się być ponadto regulach art. 70 przyznająca Kasie Chorych prawo regresu kosztów poniesionych w związku z leczeniem ubezpieczonego z powodu wypadku przy pracy od pracodawcy lub instytucji ubezpieczających pracownika lub pracodawcę.

Niezależność systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych od administracji państwowej, a więc zdolność mobilizowania takich środków finansowych, które nie są związane z partycypacją w dochodach budżetu państwa. Uzasadnia rozwój struktur samorządowych systemu ubezpieczeniowego. Dlatego też, należy zastanowić się nad propozycją projektu Rządowego głównie w kierunku odpowiedzi na pytanie: jaki jest sens rozbudowywania tak skomplikowanego układu zarządzania struktur samorządowych w sytuacji bezpośredniego i pośredniego (dotacje, opłacanie składki za określone grupy społeczne, gwarancja państwa za określony pakiet świadczeń) zaangażowania środków państwowych ograniczających niezależność Kas.

Przedłożone projekty Rządowy i Prezydencki reprezentują różne rodzaje pozyskiwania środków na finansowanie świadczeń zdrowotnych. Projekt Rządowy proponuje ubezpieczeniowo-budżetowy system finansowania, natomiast projekt Prezydencki ma charakter wybitnie ubezpieczeniowy. Należy podkreślić, iż w większości państw europejskich dominują systemy budżetowe nad ubezpieczeniowymi. Ale nie są to czyste systemy tylko mieszane, w których występuje różny udział pozyskiwania środków na finansowanie jednoznacznie określonego zakresu świadczeń. Świadczenia zdrowotne finansowane są ze składek, dotacji budżetowych oraz współpłacenia pacjentów. Wybór źródeł finansowania jest uzależniony od stanu gospodarczego danego kraju. Projekt Prezydencki reprezentujący model czysto ubezpieczeniowy zakłada pełną niezależność finansową od budżetu państwa proponując jako główne źródło finansowania system składkowy. (Należy zaznaczyć, że takiego modelu finansowania nie udało się wprowadzić w żadnym z państw europejskich). Odzwierciedleniem tej zasady jest art. 41 ust. 1, wymieniający rodzaje dochodów instytucji ubezpieczeniowej z których będą finansowane świadczenia. Jednakże z treści całego projektu ustawy wynika jednoznacznie, iż w finansowaniu ochrony zdrowia w ramach tego modelu w szerszym stopniu będzie zaangażowany budżet państwa dotyczy to żołnierzy służby zasadniczej, osób odbywających karę pozbawienia wolności lub tymczasowo aresztowanych, osób korzystających z pomocy społecznej (art. 7 ust. 1 i 2), bezrobotnych (art. 49 ust. 5) oraz inwalidów wojennych i wojskowych (art. 49 ust. 4) a także rolników, za którą to część społeczeństwa, dość liczną, bezpośrednio lub pośrednio płacić będzie budżet państwa - czyli będą to dotacje budżetowe. Projekt Rządowy - ubezpieczeniowo-budżetowy zakłada, iż koszty świadczeń zdrowotnych będzie pokrywała instytucja ubezpieczeniowa z dochodów kasy, a który zgodnie z art. 126 ust. 2 będą stanowiły: 1) składki; 2) odsetki za nietereminowe i niezgodne z przepisami opłacanie składek; 3) dotacje budżetu państwa, 4) dotacje wyrównawcze; 5) darowizny i zapisy; 6) oraz inne przychody.

Katalog pozyskiwania środków na finansowanie świadczeń również jest nieprecyzyjny i niekompletny. Projektodawcy, wymieniając dotacje budżetowe jako jedno ze źródeł finansowania ograniczyli je tylko do sfinansowania przez budżet państwa kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych m.in. w związku z chorobami o znaczeniu społecznym. Z treści art. 34 ust. 1 i 2 wynika w sposób jednoznaczny, że budżet państwa bezpośrednio lub pośrednio będzie również zaangażowany w finansowanie świadczeń zdrowotnych, określonych grup osób właśnie poprzez dotacje. Ponadto z treści art. 125 ust. 1 nie wynika, aby źródłem dochodów funduszu było współpłacenie pacjenta poprzez różnego rodzaju opłaty i dopłaty, do wnoszenia których w projekcie Rządowym pacjent jest zobligowany w dość licznych przypadkach. Należy również zaznaczyć, iż z treści obu przedłożonych projektów ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym nie wynika, chociaż autorzy obu zakładają, że budżet państwa z podatków obywateli sfinansuje koszty kształcenia kadr medycznych, prac naukowo-badawczych, realizacji programów polityki zdrowotnej, inspekcji sanitarnej i farmaceutycznej, zakup wysoko specjalistycznej aparatury medycznej. Zważywszy powyższe wydaje się zasadne stwierdzenie, że budżet realizując te zadania będzie dotował Kasy (dotacje celowe).

Reasumując, zarówno w projekcie Prezydenckim jak i projekcie Rządowym treść artykułów traktujących o źródłach dochodu należałoby uzupełnić o powyżej omówione rodzaje finansowania świadczeń zdrowotnych.



Nie bez znaczenia jest również określenie skutków dla budżetu państwa wprowadzenia ubezpieczeń zdrowotnych. Podstawowe znaczenie w rachunku kosztów ma wysokość przychodów i wydatków. Oba projekty zakładają, że przychody instytucji ubezpieczeniowych (kas) powinny umożliwić sfinansowanie rzeczowych świadczeń zdrowotnych. Jednakże autorzy projektu Rządowego przyjęli, iż wydatki budżetu zostaną zwiększone o 15% kosztów amortyzacji infrastruktury zdrowotnej co automatycznie spowoduje zwiększenie wydatków na ubezpieczenie zdrowotne związane z koniecznością poniesienia kosztów odtworzenia majątku. Takiego rozwiązania nie proponują autorzy projektu Prezydenckiego. Wydaje się, że koszty amortyzacji nie powinny być włączone do kosztów usług medycznych finansowanych ze składki ubezpieczeniowej.

Zarówno w projekcie Prezydenckim jak i projekcie Rządowym głównym źródłem finansowania świadczeń będą składki uiszczane przez osoby ubezpieczone. Między propozycjami w przedmiocie składek zawartymi w obu projektach występuje jedna zasadnicza różnica, która dotyczy procedury ustalania wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne. Autorzy projektu Rządowego zdecydowali się na ustawowe uregulowanie wysokości składki ubezpieczeniowej. Natomiast projekt Prezydencki zakłada, iż wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne będzie corocznie uzgadniana przez instytucję ubezpieczeniową (poza okresem przejściowym), zastrzegając jednocześnie, iż zmiana jej wysokości nie może przekroczyć 1% obowiązującej składki. Brak mechanizmów ograniczenia wzrostu wysokości składki może spowodować ciągle jej podwyższanie. Jaskrawym tego przykładem jest stały wzrost składki na ubezpieczenie społeczne - w ciągu ostatniego 15-lecia wzrosła ona trzykrotnie podczas gdy nie poszerzył się zakres przedmiotowy ubezpieczeń społecznych a nawet ulega zawężeniu.

Określenie podstawy wymiaru składki a więc dochodu osoby ubezpieczeniowej, od którego należy opłacić składkę ma ogromne wręcz decydujące znaczenie dla finansowania świadczeń zdrowotnych. Projekt Rządowy oraz projekt Prezydencki nie wykazują zasadniczych różnic w omawianej kwestii. Budzi natomiast wiele zastrzeżeń określenie podstawy wymiaru składki w przypadku niektórych grup zawodowych, dotyczy to w szczególności rolników indywidualnych. Oba projekty przyjmując koncepcję dochodu stanowiącego równowartość połowy ceny jednego q żyta z ha przeliczeniowego (projekt Prezydencki) lub 1/2 kwoty odpowiadającej również tym samym parametrom (projekt Rządowy) stworzyły nieuzasadnione preferencje tej grupy zawodowej w porównaniu np. do osób pobierających stały zasiłek z pomocy społecznej, które to najczęściej pozostają bez środków do życia, a za które budżet państwa opłaca składkę na zasadach ogólnych.

W obu projektach marginalnie został potraktowany problem stworzenia systemów pobierających składki, pomimo, że jest on nie mniejszy niż ich wydawanie (zakup usług medycznych-rzeczowych). Stworzenie takiego systemu obok już istniejących (fiskalnego i ubezpieczeń społecznych - ZUS) wymagać będzie przygotowania i zatrudnienia kilkunastu tysięcy nowych pracowników z zabezpieczeniem odpowiednio oprzyrządowanych miejsc pracy. Również autorzy projektów nie zauważają faktu, że ubezpieczenie na wypadek ryzyka zachorowania (zdrowotne) nie tylko problem świadczeń rzeczowych (zakupu usług, leków i sprzętu ortopedycznego), ale również świadczenia pieniężne wynikające z niezdolności do zatrudnienia wypłacane obecnie w formie zasiłków chorobowych, opiekuńczych, macierzyńskich oraz świadczeń rehabilitacyjnych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Wynika z tego, że ubezpieczony w przypadku zachorowania będzie miał kontakt co najmniej z

dwoma instytucjami ubezpieczeniowymi (Kasa Chorych, ZUS, KRUS). Każda z tych instytucji będzie zobowiązana również do sprawowania nadzoru nad wydatkami związanymi z chorobą swojego członka, jak również oddzielnie zbierała składki ubezpieczeniowe na wypadek ryzyka zachorowania.

Wdrożenie postanowień ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wymagać będzie stosownego czasu. Zarówno propozycje projektu Rządowego jak i Prezydenckiego zakładają, że okres wprowadzania ubezpieczenia zdrowotnego powinien trwać 2 lata. Wydatki na utworzenie struktur organizacyjnych instytucji ubezpieczeniowej wg obu projektów będą finansowane z budżetu państwa i pożyczki. W celu realizacji postanowień ustawy o okresie przejściowym wg projektu Rządowego zostanie powołana przez Prezesa RM Tymczasowa Rada Krajowa Związku Kas jako ciało kolegialne. Wyposażone w szereg kompetencji niezbędnych oraz realizacji postanowień ustawy, a działające do czasu powołania zarządu i prezesa oraz Komisji rewizyjnej przez Radę Krajowego Związku Kas. Natomiast wg projektu Prezydenckiego odpowiedzialnym za realizację postanowień ustawy jest powołany i odwoływany przez Prezesa RM Pełnomocnik d/s prowadzenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, działający jako organ jednoosobowy. Pełnomocnik powołuje i odwołuje Komisarzy terytorialnych Kas Chorych w kompetencji, których leży zorganizowanie terytorialnych Kas Chorych. Projekt Prezydencki w sposób bardzo szczegółowy określa kompetencje i zakres działań organów odpowiedzialnych za realizację postanowień ustawy, określając jednocześnie harmonogram podejmowanych działań w okresie przejściowym. Ponadto projekt Prezydencki w okresie przejściowym, nakłada na świadczeniobiorców obowiązek potwierdzenia swojego członkostwa w terytorialnej Kasie Chorych.

Natomiast w projekcie Rządowym brak jest jakichkolwiek postanowień w tym przedmiocie. Opracowanie dokładnego harmonogramu podejmowanych działań w okresie przejściowym przez organy odpowiedzialne a zwłaszcza powołanie urzędu/osoby odpowiedzialnej za organizowanie terytorialnych i rejonowych Kas Chorych, a także dokładne określenie ich kompetencji, jest warunkiem koniecznym aby zapewnić prawidłową realizację postanowień ustawy.

Wprowadzenie ubezpieczeń zdrowotnych spowoduje automatycznie oddzielenie dysponenta środków finansowych od podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne. Zmiana przepływu środków finansowych wg autorów zarówno projektu Prezydenckiego jak i Rządowego wymusi reformę publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zakłada się przejście wszystkich zakładów opieki zdrowotnej funkcjonujących obecnie w formie jednostek i zakładów budżetowych na status zakładów samodzielnych, posiadających osobowość prawną i finansujących koszty swojej działalności z uzyskanych dochodów. Podstawy prawne przekształcenia zostały stworzone jednakże dotychczas ta forma zakładu opieki zdrowotnej praktycznie nie funkcjonuje. W okresie przejściowym, a więc w bardzo krótki, polska państwowa służba zdrowia może być niezdolna do przeprowadzenia o fundamentalnym znaczeniu przekształceń organizacyjnych. Autorzy obu projektów winni być na to przygotowani bowiem, jeśli pozostaniemy przy dotychczasowych kategoriach zakładów opieki zdrowotnej a więc jednostkach i zakładach budżetowych to powstanie szereg problemów natury prawnej i finansowej: np. kto i skąd przydzieli budżet tym zakładom skoro organy założycielskie (województwo, gmina) nie będą już dysponowały środkami na działalność placówek służby zdrowia; czy kasa dysponująca środkami finansowymi na świadczenia zdrowotne będzie zobowiązana do zawierania umów (kontraktów ze wszystkimi

jednostkami bądź zakładami budżetowymi. Jeśli w okresie przejściowym nie zostanie wypracowany i sprawdzony w praktyce status samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej to staje się bardzo realne, że zawierane umowy/kontrakty przez Kasy Chorych nie spełnią roli mechanizmu stymulującego efektywność w ochronie zdrowia.

Na zakończenie należy podkreślić, że autorzy obu projektów w uzasadnieniu nie potrafili wykazać konieczności wdrożenia systemu ubezpieczeń zdrowotnych, podpierając się między innymi takimi stwierdzeniami, jak "Zdaniem ekspertów jednak system ubezpieczeń zdrowotnych pozwala na racjonalizację wydatków i zwiększenie nakładów na ochronę "zdrowia" (projekt Rządowy) jak również nie zaproponowali, z wyjątkiem częściowego rozwiązania zapisanego w projekcie Prezydenckim o organizacji Związku Lekarzy Kas Chorych, mechanizmu stymulacji wydatków związanych z zakupem usług zdrowotnych, środków farmaceutycznych i ortopedycznych. Bez stworzenia takich systemów nie powstaną mechanizmy broniące ubezpieczonych przed nadmiernym wzrostem składek ubezpieczeniowych i nadmiernymi nieracjonalnymi wydatkami na ochronę zdrowia.

Reasumując, żaden z omawianych projektów na obecnym etapie przygotowania nie proponuje rozwiązań możliwych do jednoznacznego wdrożenia w Polsce. Projekt Rządowy jak i Prezydencki zawiera szereg ciekawych rozwiązań, które po połączeniu i uzupełnieniu o brakujące elementy (między innymi wskazane w ekspertyzie) mogą utworzyć możliwy do wdrożenia system ubezpieczeń zdrowotnych.

Kierownik Zakładu  
(-) prof.dr hab.n.med.  
Leszek Wdowiak