

ARTYKUŁY POGLĄDOWE (REVIEW PAPERS)

Trochę retrospekcji - przebieg i kształt reformy służby zdrowia w latach 1999 – 2004

(A Retrospective View on the Healthcare Reform of 1999-2004)

W Uracz^{1,A,D,F}, Z Kopański^{1,2,E}, I Brukwicka^{3,B}, D Krzemiński^{1,C}

1. Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu
2. Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński
3. Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu

Abstract— This article's objective is to scrutinise the main tenets behind the new healthcare organisation system created in the period of 1999 to 2004 and present to this day. It also confronts the former system assumptions with the current reality present in the Polish healthcare.

Key words — healthcare reform, 1999-2004 period, Poland.

Streszczenie— Artykuł ten ma przypomnieć główne założenia tworzonego w latach 1999-2004 nowego systemu organizacyjnego ochrony zdrowia obowiązującego do chwili obecnej. Pozwala również skonfrontować ówczesne założenia systemowe z obecną rzeczywistością panującą w ochronie zdrowia w Polsce.

Słowa kluczowe — reforma zdrowia, lata 1999-2004, Polska.

Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy— A-Koncepcja i projekt badania, B-Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C-Analiza i interpretacja danych, D-Napisanie artykułu, E-Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F-Ostateczne zatwierdzenie artykułu

Adres do korespondencji — Prof. dr Zbigniew Kopański, Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu, Żyrardów, ul. G. Narutowicza 35, PL-96-300 Żyrardów, e-mail: zkopanski@o2.pl

Zaakceptowano do druku: 8.04.2014.

WSTĘP

1 stycznia 1999 roku powstały nowe instytucje - Kasy Chorych. Uzyskały one osobowość prawną i były podmiotami mogącymi swobodnie, choć z pewnymi ograniczeniami, podejmować wszelkie decyzje dotyczące ich funkcjonowania. Twórcy nowego systemu twierdzili że polepszy on opiekę medyczną, nie marnotrawi środków finansowych

pochodzących z powszechnej składki zdrowotnej. Jego krytycy twierdzili, że „stary bałagan” zostanie zastąpiony nowym.

Ochrona zdrowia w Polsce od wielu lat funkcjonowała prawie w niezmienionej postaci i opierała się na istnieniu zakładów publicznych, czyli tzw. bezpłatnej służby zdrowia utrzymywanej ze środków budżetowych. Dodatkowo na rynku funkcjonowała pewna liczba prywatnych jednostek świadczących usługi medyczne, nie korzystających z zasobów budżetowych. Za ich usługi pacjent płacił z własnych pieniędzy. Podkreślić przy tym należy, że powstanie niepublicznych jednostek w ochronie zdrowia było tylko i wyłącznie wynikiem niewydolności systemu publicznego i indywidualnej przedsiębiorczości niektórych przedstawicieli środowiska medycznego, a nie efektem systemowych i kompleksowych rozwiązań [1-6].

PODMIOTY W OCHRONIE ZDROWIA

W przypadku publicznych zakładów w jednym podmiocie (wojewoda, starosta) skupiała się funkcja organizatora usług medycznych i jednocześnie finansującego te usługi. Ten sam podmiot prowadził zakład opieki zdrowotnej i ten sam podmiot sam płacił swoim zakładom, nie za usługi wykonywane dla pacjentów, ale na przykład za liczbę pracowników, łóżek w szpitalu czy osobodni niezależnie od ilości i jakości wykonywanych usług. Nie miało to nic wspólnego z podejściem rynkowym, którego znaczące elementy należy przenosić do ochrony zdrowia.

W systemie ochrony zdrowia funkcjonującym w Polsce w latach 1999 – 2004 pojawiło się kilka podmiotów zbiorowych [1,6,7]:

- pacjent, jako osoba, dla której cały ten system był zbudowany;
- polityk zdrowotny, czyli podmiot odpowiadający za koncepcję funkcjonowania ochrony zdrowia i strategię jej rozwoju oraz dwie ściśle ze sobą powiązane grupy:
 - a) z jednej strony podmioty świadczące usługi medyczne i posiadające do tego uprawnienia, o różnej formie własności i strukturze organizacyjnej;
 - b) z drugiej strony Kasy Chorych, jako podmioty wprowadzone ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, na zasadach konkurencyjności kupujące usługi medyczne dla swoich członków.

Tak więc wprowadzone ubezpieczenia zdrowotne były tylko jednym z elementów reformy ochrony zdrowia w Polsce. Kasy Chorych przejęły finansowanie prawie całości świadczeń medycznych przedtem finansowanych przez państwo. Wobec powyższego, z drugiej strony rynku musieli wytworzyć się partnerzy, czyli zakłady opieki zdrowotnej, które chcą sprzedawać swoje usługi. Zakładano, że ubezpieczenia zdrowotne zrewolucjonizują sposób finansowania ochrony zdrowia [8-13].

Mechanizm funkcjonowania systemu był następujący: istniał obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego dla osób określonych w ustawie, który obejmował prawie całość populacji. Każdy ubezpieczony był zobowiązany do płacenia składki na ubezpieczenie zdrowotne. Dysponując sumą składek poszczególnych osób, Kasa Chorych ogłaszała przetargi (konkursy ofert) na świadczenie usług medycznych dla swoich podopiecznych. Kasa podpisywała umowy na świadczenia takich usług z tymi podmiotami, które zaoferowały najlepsze jakościowo usługi medyczne przy zachowaniu odpowiednich standardów w realnej relacji do ich cen. Do przetargu przystępowały wszelkie podmioty świadczące profesjonalne usługi medyczne i mające do tego określone uprawnienia niezależnie od ich struktury organizacyjnej i formy własności. System ten wprowadził ekwiwalentność świadczeń. W zamian za zapłaconą składkę Kasy Chorych zobowiązały się zapewnić określony zakres opieki zdrowotnej [5,6,11].

System funkcjonujący od 1 stycznia 1999 r do 31 stycznia 2003 powołał do życia 16 regionalnych Kas Chorych (zgodnie z nowym podziałem na województwa) i 32 ich oddziały oraz Branżową Kasę Chorych dla Służb Mundurowych mającą swoją centralę w Warszawie i posiadającą 7 oddziałów w całej Polsce. Opracowano statuty i regulaminy Kas oraz zasady ich finansowania i rozliczenia.

Z Ustawy o Powszechnym Ubezpieczeniu Społecznym (6.02.1997r.), stanowiącej umocowanie prawne reformy z 1999 roku, wynikały następujące zasady: solidarności społecznej, samorządności, samofinansowania, prawa wolnego wyboru lekarza i Kasy Chorych, działalności Kas Chorych nie dla zysku, gospodarki i celowości działania.

Ubezpieczonym przysługiwały świadczenia określone w przepisach ustawy, służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, udzielane w przypadku choroby, urazu, ciąży, porodu i położu oraz w celu zapobiegania chorobom i promocji zdrowia. Świadczenia zdrowotne były udzielane ubezpieczonym w ramach środków finansowych posiadanych przez Kasę Chorych i powinny odpowiadać aktualnej wiedzy i praktyce medycznej oraz nie przekraczać granic koniecznej potrzeby. Ubezpieczeni, wnosili do Kasy Chorych składkę na ubezpieczenie zdrowotne oraz mieli współuczestniczyć w kosztach udzielanych im świadczeń wnosząc opłaty na zasadach określonych ustawą. Ubezpieczony mógł realizować obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego w innej niż Kasa Chorych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, działającej na podstawie odrębnych przepisów o działalności ubezpieczeniowej [9,10,12,13].

Przytoczyliśmy tu „przepisy ogólne” zawarte w ustawie o ubezpieczeniu zdrowotnym. Pozostałe 12 rozdziałów zawierało artykuły na temat: obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego; składki na ubezpieczenie zdrowotne, świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego, organizacji udzielania świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, organizacji i zakresu działania Kas Chorych; gospodarki finansowej Kas Chorych i Krajowego Związku Kas Chorych, uprawnień kontrolnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, postępowania w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, nadzoru nad realizacją powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, przepisów karnych, zmian w przepisach obowiązujących, przepisów przejściowych, dostosowywujących i końcowych.

Każda reforma, każda radykalna zmiana, zwłaszcza dotycząca tak delikatnej materii jak zdrowie, wywołuje jednak u wielu osób poczucie niepewności i zagrożenia. Przy wprowadzaniu reformy z 1999 r. odczucia te potęgował brak niezbędnego przygotowania kadrowego i logistycznego, co w efekcie przyniosło groźne dla ogółu społeczeństwa ograniczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych i spowodowało społeczne niezadowolenie oraz protesty pracowników służby zdrowia. Powszechnej krytyce poddano również brak ujednoliconych zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych, a zwłaszcza istnienie tzw. „promes” czyli konieczności uzyskiwania indywidualnej zgody na korzystanie ze świadczeń specjalistycznych u świadczeniodawców spoza terenu Kas, głównie szpitali klinicznych. Do niepowodzenia tej reformy przyczyniła się także rezygnacja z gwarancji państwa dla ubezpieczeń zdrowotnych oraz wyposażenie Kas Chorych w uprawnienia pozwalające na prowadzenie indywidualnej polityki zdrowotnej. Kasy Chorych stały się swego rodzaju płatnikiem – monopolistą - w odmienny sposób zawierającymi umowy ze świadczeniodawcami [5,6].

W efekcie zarówno w opinii publicznej, jak i wypowiedziach partii politycznych pojawiały się coraz silniejsze propozycje likwidacji Kas Chorych. W tej sytuacji podjęto inicjatywę ustawodawczą wprowadzenia nowej ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ). Narodowy Fundusz Zdrowia został powołany do życia Ustawą z dnia 23.01.2003 roku „O powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia”.

Narodowy Fundusz Zdrowia opiera się na następujących założeniach: równego traktowania obywateli, solidarności społecznej, swobodnego dostępu do świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonego, wolnego wyboru świadczeniodawców i działalności „non-profit”.

NFZ jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną, działającą na podstawie ustawy i statutu. Jego statut nadaje w drodze rozporządzenia Prezes Rady Ministrów. Fundusz w celu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym zarządza środkami finansowymi będącymi przychodami, pochodzącymi głównie ze składek. Wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 8,25% wymiaru składki. Z posiadanych środków NFZ finansuje świadczenia zdrowotne i zapewnia refundację leków. Fundusz składa się z Centrali oraz oddziałów

wojewódzkich utworzonych zgodnie z podziałem terytorialnym państwa [1,2,9].

ZADANIA NFZ

W związku z likwidacją Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych zarówno w Centrali jak i w oddziałach wojewódzkich utworzono komórki organizacyjne do spraw służb mundurowych.

Główne zadania NFZ to:

- zabezpieczenie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych oraz promocja zdrowia;
- przeprowadzanie rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- określanie jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych;
- działalność wydawnicza w zakresie promocji zdrowia.

Organami ustawowymi NFZ są: Rada Funduszu, Prezes Funduszu, Rady oddziałów wojewódzkich Funduszu, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu. Kadencja Rady Funduszu trwa 4 lata.

Narodowy Fundusz Zdrowia zapewnia, ubezpieczonym na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń zdrowotnych mających na celu zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom, wczesne wykrywanie i leczenie chorób oraz zapobieganie niepełnosprawności.

W zakresie ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonym przysługują świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, opartej na dowodach naukowych i praktyce medycznej w ramach posiadanych przez Fundusz środków finansowych.

Podstawą świadczeń zdrowotnych udzielanych przez NFZ są umowy zawierane między Funduszem a świadczeniodawcami. Suma kwot zobowiązań wobec świadczeniodawców nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym. Wszystkie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarte przez Fundusz są jawne.

Zawieranie przez Fundusz umów jest poprzedzone konkursem ofert lub rokowaniami. Ubezpieczony w NFZ ma prawo wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej poprzez oświadczenie woli w formie pisemnej deklaracji.

Zasady finansowania Funduszu nie zostały zmienione w sposób istotny w porównaniu z Kasami Chorych, utworzono jedynie fundusz zapasowy, zwiększający się lub zmniejszający w zależności od wyników finansowych w danym roku.

Nadzór nad NFZ sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia z zastosowaniem kryteriów: legalności, rzetelności, celowości, gospodarności oraz zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym [1,2,4,6,7].

Artykuł ten miał przypomnieć główne założenia tworzonego nowego systemu organizacyjnego ochrony zdrowia obowiązującego do chwili obecnej. Pozwala również skonfrontować założenia z obecną rzeczywistością panującą w ochronie zdrowia w Polsce .

PIŚMIENNICTWO

1. Leowski J.: Polityka zdrowotna – dylematy i wyzwania reformy ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. *Praca i Medycyna*, 1999, vol. (2), s. 5 - 15.
2. Leowski J.: Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. *CeDeWu*, 2004.
3. Szarkowska E.: Nieznane zasady kontraktowania świadczeń w 2005 roku. *Puls medycyny*. Wrzesień, 2004, 4.
4. Szarkowska E.: Resort zdrowia realizuje część swoich zadań ze środków NFZ. *Puls medycyny*. Wrzesień, 2004, 6.
5. Golinowska St. System ochrony zdrowia w Polsce po dotychczasowych reformach.
<http://www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Referat%20Stanislawa%20Golinowska.pdf>
6. Wrona B. Działalność regulacyjna państwa w sferze finansowania ochrony zdrowia. 2011, 11:379-395.
7. Włodarczyk A., Dziubiński K.: Doskonalenie zawodowe – czyj to problem ? *Gazeta Lekarska*. Marzec, 2005, s. 16 – 17.
8. Stelmach W, i wsp. Ekonomia zdrowia, etyka medyczna a medycyna oparta na dowodach naukowych. *Pol. Merk. Lek.*, 2002, XIII, 78, s. 453 – 457.
9. Szarkowska E. Bez rewolucji w budżecie na zdrowie. *Puls medycyny*. Wrzesień, 2004, 6.
10. Osiecka J. Społeczne opinie o reformach służby zdrowia i edukacji. <http://biurose.sejm.gov.pl/teksty/i-709.htm>
11. Dolan P, Olsen JA. Dystrybucja usług medycznych. Zagadnienia ekonomiczne i etyczne , *CeDeWu*, Warszawa 2008.
12. Klich J., Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedoceniane interakcje, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
13. Malinowska-Misiąg E., Misiąg W., Tomalak M., Centralne finansowanie ochrony zdrowia i edukacji w Polsce, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa 2008.