

Ustawa zdrowotna zamiast nadać systemowi charakter ubezpieczenia społecznego utrwaliła model jego zabezpieczenia



graf. Natalia Gościński

ZUS bis

Wiktor Masfowski

Potrzebę reformowania systemu ochrony zdrowia artykułują praktycznie wszystkie społeczności Europy, a szczególnie państwa dawnego bloku wschodniego, dążące do szybkiego wyrównania poziomu z krajami wysoko rozwiniętymi. Podstawowym niedomaganiem każdego systemu ochrony zdrowia jest niezadowalający poziom finansowania i stałe poszukiwanie nowych rozwiązań organizacyjnych, pozwalających na podnoszenie jakości usług i racjonalizację kosztów.

Polska zintensyfikowała działania w zakresie reformowania ochrony zdrowia podczas prac przy *okrągłym stole*, czego efektem było określenie kierunków zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej. Pojawiły się wówczas pierwsze propozycje zmiany budżetowego modelu finansowania na ubezpieczeniowy. Program reformowania ochrony zdrowia został przyjęty przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej w listopadzie 1990 r. w materiale *Kierunki zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej*. Następne lata przyniosły liczne modyfikacje dokumentu, utrzymując wszakże wytyczone kierunki zmian

oraz cele. Kolejne rządy przyjmowały szereg projektów funkcjonowania ubezpieczeń zdrowotnych, przygotowanych przez znanych decydentów i polityków, z których wielu pełniło czy pełni najwyższe funkcje publiczne.

Zabezpieczenie zamiast ubezpieczenia

Ostatecznie dopiero 6 lutego 1997 r. przyjęto ustawę *O powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*, która doczekała się ponad 150 poprawek, w istotny sposób zmieniających większość przyjętych uregulowań, w tym także zmniejszono wysokość procentową składki z 10 do 7,55 proc. (no-

welizacja z lipca 1998 r.). Od 1 stycznia 1999 r. zaczęła obowiązywać ustawa i wprowadzono powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Zaburzenia w funkcjonowaniu systemu spowodowały jego powszechną krytykę zarówno wśród pacjentów, jak i świadczeniodawców.

Po zmianie rządu, 23 stycznia 2003 r. przyjęto ustawę *O powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia*, która zaczęła obowiązywać od 1 kwietnia 2003 r. Powyższą ustawę Trybunał Konstytucyjny uznał za niezgodną z konstytucją.

Obowiązująca aktualnie ustawa *O świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* została przyjęta 27 sierpnia 2004 r. i weszła w życie 1 października 2004 r. W sposób znaczący odchodzi ona od pierwotnej ustawy z 1997 r., nie wypełniając podstawowych kryteriów i zasad funkcjonowania ubezpieczenia, nadając praktycznie systemowi finansowania swoisty charakter zabezpieczenia społecznego, a nie ubezpieczenia zdrowotnego.

W art. 1 ustawa inaczej określa zakres regulacji, niż było to w dotychczas obowiązujących zapisach, gdzie regulacja dotyczyła powszechnego ubezpieczenia. W aktualnej ustawie określa się warunki i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W art. 1 jedynie z pkt 4 wynika, że ustawa określa zasady powszechnego – obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wykonaniu tego zapisu poświęcono dział IV *Zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu*, którego rozdział 1. *Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego* określa: osoby podlegające ubezpieczeniu, spełnienie obowiązku ubezpieczenia się, kiedy wygasa prawo do świadczeń, możliwość i zasady ubezpieczenia dobrowolnego. Rozdział 2. *Składki na ubezpieczenia zdrowotne* określa: składki, wymiar, podstawę wymiaru – ustalanie, kto odprowadza, obowiązek sprawozdania, koszt poboru składki. Dział IV stanowi ograniczone wykonanie pkt 4, art. 1 ustawy, pomijając zasady funkcjonowania ubezpieczenia zdrowotnego, jego miejsca w systemie ubezpieczeń, konkurencyjności i możliwości funkcjonowania ubezpieczeń dodatkowych pozastandardowych.

Nie tylko ubezpieczeni

Ustrój ubezpieczenia zdrowotnego w sposób powierzchowny reguluje jedynie art. 65 ustawy, określając, że jest ono oparte w szczególności na zasadach równego traktowania oraz solidarności społecznej i zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń, pomijając w tym uprawnieniu świadczeniobiorcę. Powyższe brzmienie art. 65 w pkt 2 nie wypełnia w sposób należyty obligatoryjnego zapisu ust. 1, art. 2 ustawy, jak

również nie realizuje w sposób zadowalający ust. 1 i 2 art. 68 *Konstytucji RP*.

Ustawa wprowadza, obok ubezpieczonego, nową terminologię *świadczeniobiorcy*, który nie jest definiowany w art. 5, stanowiącym tzw. *słowniczek*, i którego należy definiować zgodnie z art. 2 ustawy. Z powyższych przepisów wynika, iż pojęcie *świadczeniobiorcy* jest pojęciem szerszym od pojęcia ubezpieczonego – obejmuje nie tylko *ubezpieczonych*, ale również osoby posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium RP, które spełniają kryterium dochodowe określone w ustawie o pomocy społecznej. Zgodnie z art. 2 ustawy świadczeniobiorca ma prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie. W tym ujęciu, w kontekście dalszych zapisów ustawy, podstawowym problemem jest identyfikacja osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie. Jednym z przykładów niekonsekwencji pojęciowej ustawodawcy, wywołującej uzasadnione wątpliwości interpretacyjne, jest art. 2, ust. 1, pkt 2 ustawy w kontekście art. 12 ustawy czy też art. 97, ust. 3, pkt 3 ustawy. Ten ostatni wprost ustanawia dodatkowo, obok wymienionych wyżej, grupę osób uprawnioną do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mówi się bowiem o (...) *świadczeniobiorcach innych niż ubezpieczeni spełniający kryterium dochodowe, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej* (...).

W konsekwencji powstaje nie tylko pytanie, komu należą się świadczenia, ale również – co bardziej dotkliwie – kto ma za te świadczenia zapłacić – minister zdrowia czy może Narodowy Fundusz Zdrowia (pkt 6, art. 116 ustawy). Ustawodawca, poszerzając bowiem krąg podmiotowy osób uprawnionych, błędząc w niejasności terminologicznej, nieostrych zakresach pojęciowych, przyznając wprawdzie świadczeniobiorcy (szerszemu niż w poprzedniej ustawie kręgowi podmiotów) poszczególne prawa, takie jak np.:

- prawo do świadczeń – art. 15,
 - niezwłoczne świadczenie opieki zdrowotnej w stanach nagłych – art. 19,
 - ustalenia kolejności udzielania świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszenia – art. 20,
 - prawo wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej – art. 28,
 - prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych – art. 29,
 - prawo wyboru szpitala – art. 30,
- nie doprecyzował jednocześnie źródeł finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

» Fundamentem zaistnienia ubezpieczeń dodatkowych jest jasno sformułowany zakres świadczeń »

Na marginesie, nie jest zrozumiałą fakt pozbawienia świadczeniobiorcy prawa do równego dostępu do świadczeń, które to dla odmiany zapewnia się ubezpieczonemu w art. 65, pkt 2 ustawy (chyba zawiodła tu technika *przeklejan* z ustawy do ustawy). Art. 3 nadaje również status ubezpieczonego osobom posiadającym obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa EFTA, które w dalszych zapisach określone są jako osoby uprawnione, co w świetle powyższych treści dodatkowo gmatwa system, ponadto trudno nazwać kogoś ubezpieczonym, jeżeli nie wypełnia on fundamentalnych zasad systemu ubezpieczeniowego, tzn. nie płaci składki. Fakt ten dodatkowo umacnia pogląd, że omawiana ustawa odeszła od systemu ubezpieczeniowego na korzyść swobodnego rodzaju zabezpieczenia społecznego.

Koszyk negatywny

Jednym z podstawowych zarzutów wobec ustawy *O powszechnym ubezpieczeniu w NFZ* w wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 7 stycznia 2004 r. był brak określenia zakresu świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Zdaniem Trybunału (...) *uniemożliwia to stworzenie katalogu i standaryzację usług medycznych, ani obywatele, ani podmioty świadczące usługi zdrowotne nie wiedzą, jakie świadczenia przysługują z tytułu opłacanej składki (...)*. Przyjęta ustawa konsumuje powyższy zarzut, ustanawiając tzw. koszyk negatywny w formie załącznika do ustawy, czyniąc go mało elastycznym, gdyż każda zmiana będzie wymagała trybu ustawowego. W myśl sentencji wyroku TK, z tytułu opłacanej składki obywatelowi przysługują zatem świadczenia wszystkie poza załącznikiem do ustawy. Jak w takim razie należy traktować limitowanie tego, co przysługuje? I czy tak skonstruowany załącznik pozwala na uaktywnienie się ubezpieczeń pozastandardowych?

Podstawą kształtowania polskiego rynku ubezpieczeniowego jest uchwalona przez Sejm 28 lipca 1990 r. w ustawa *O działalności ubezpieczeniowej*, która wprowadziła nowoczesną organizację rynku ubezpieczeniowego: zasadę wolnej konkurencji i zasadę jednakowego traktowania wszystkich działających podmiotów. Ustawa

O świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nawet w dalekiej perspektywie nie wskazuje możliwości realizacji tych fundamentalnych zasad działalności ubezpieczeniowej, odchodząc od systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

Kluczowymi elementami funkcjonowania systemu ubezpieczeniowego są:

- finansowanie ze składek jego uczestników,
- różnicowanie składek na ocenie ryzyka wg założonego kryterium (terytorialnego, zawodowego, wieku, branżowego itp.),
- opieranie się na świadomości wspólnoty ryzyka,
- niezależność od państwa poza:
 - funkcjami regulacyjno-prawnymi,
 - funkcjami nadzorczo-kontrolnymi.

Wymienione powyżej elementarne zasady obowiązywały już w modelu Bismarckowskim i funkcjonują do dziś w systemie niemieckim, gdzie chociażby składka różnicowana jest w zależności od wieku. Ze wszystkich 3 ustaw formujących ubezpieczenie zdrowotne ustawa *O świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych* praktycznie nie ma już nic wspólnego z klasycznym ubezpieczeniem. System składki nie jest różnicowany w zależności od wieku czy stanu zdrowia, oparty jest na solidaryzmie, a nie na ocenie ryzyka. Wszystkie te fakty zobowiązują nas do zadania sobie fundamentalnego pytania – czy jest to zatem system ZUS *bis*?

ZUS jak NFZ

Jeżeli obiektywnie spojrzymy na rzeczywistość funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia, zauważymy, że system ten nie jest niczym innym, jak wydziałami wydziałami zdrowia funkcjonującymi niegdyś przy wojewodzie, połączonymi w odrębną strukturę z centralą.

Inny problem stanowi możliwość funkcjonowania ubezpieczeń dodatkowych niezależnie od tego, czy mamy system ubezpieczenia zdrowotnego, czy zabezpieczenia społecznego – budżet.

Wydaje się, że fundamentem ich zaistnienia w szerokim zakresie jest rzetelnie i czytelnie określony krąg podmiotów uprawnionych, źródła finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, ale również jasno sformułowany zakres świadczeń, tzw. koszyk. ■