

Zakwestionowane przez TK przepisy stracą moc za ok. 6 miesięcy. Ustawa uwzględniająca zalecenia TK powinna być uchwalona najpóźniej we wrześniu br. Takie *vacatio legis* jest niezbędne do przygotowania od strony organizacyjnej i wdrożenia nowych rozwiązań. Bez porozumienia wszystkich sił politycznych, akceptacji środowisk medycznych i organizacji reprezentujących pacjentów uchwalenie nowych regulacji uwzględniających wnioski TK nie będzie możliwe.



Zdrowie po wyroku

Michał Żemojda

System dla ubezpieczonych

Jedną z najważniejszych zasad ubezpieczeń zdrowotnych, obok zasady solidarności społecznej i równego dostępu do świadczeń, powinna być zasada samorządności. Ubezpieczeni zgodnie ze stanowiskiem TK powinni mieć zagwarantowany realny wpływ na wydawanie publicznych środków ze składki zdrowotnej.

Zasada samorządności została wprowadzona jako podstawowa zasada ubezpieczeń na wypadek choroby już w 1883 r. Zasada ta obowiązywała w przedwojennym systemie ubezpieczenia na wypadek choroby, a szczególne znaczenie nadała jej ustawa z 1920 r., wprowadzając ją do polskiego systemu opartego na wzorcach niemieckich kasy chorych. Zasada samorządności obowiązuje nadal w niemieckim systemie kas chorych. Proponuje się, aby zadania z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego realizowały regio-

nalne ubezpieczalnie zdrowotne (nazwa nawiązuje do ubezpieczalni społecznych, które od 1 stycznia 1934 r. zastąpiły kasy chorych). Ubezpieczalnia posiadałaby osobowość prawną i byłaby instytucją samorządną, reprezentującą ubezpieczonych. Ubezpieczalnia jako osoba prawna ze swej istoty powinna mieć charakter korporacyjny, jest bowiem instytucją zrzeszającą członków zamieszkujących na obszarze jej działania. Praktyczną realizacją zasady samorządności będzie możliwość wyboru przez ubezpieczonych przedstawicieli do rady ubezpieczalni.

Jakie świadczenia

Przepis art. 68 ust. 2 konstytucji stanowi, iż obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a warunki i zakres

udzielania świadczeń określa ustawa. Z przepisu art. 68 ust. 2 zdanie drugie jednoznacznie wynika, iż tylko ustawa może określić koszyk świadczeń gwarantowanych przysługujących obywatelom RP. Polska jest jednym z niewielu krajów w Europie, gdzie nie obowiązują wymagane prawem standardy usług medycznych. Ich wprowadzenie przyniesie wymierne korzyści pacjentom, płatnikom i świadczeniodawcom. Koszyk musi być wprowadzony, gdyż nawet najbogatsze państwa nie mogą zapewnić pełnego zakresu usług medycznych finansowanych ze środków publicznych. Bez koszyka niemożliwe będzie wprowadzenie jednolitych zasad kontraktowania. Polskie środowisko medyczne dysponuje odpowiednim potencjałem do opracowania pozytywnego koszyka świadczeń przy wykorzystaniu doświadczeń takich krajów, jak Stany Zjednoczone, Holandia, Hiszpania, Szwajcaria, Francja, czy też naszych najbliższych sąsiadów – Czech i Słowacji. Bez precyzyjnego określenia zakresu świadczeń nie będzie możliwe uchwalenie

dem, który należy jak najszybciej naprawić. Połączenie świadczeń rzeczowych ze świadczeniami pieniężnymi z tytułu czasowej niezdolności do pracy powinno się przyczynić do racjonalizacji wydatków, a w konsekwencji zwiększenia środków finansowych, które będzie można przeznaczyć na leczenie (wg danych ZUS w 2002 r. wypłacono zasiłki chorobowe w łącznej kwocie ok. 3,5 mld zł). Proponuje się, aby zwolnienia wydawali lekarze, którzy uzyskają stosowny certyfikat od ubezpieczalni zdrowotnej. Bardzo ważną kwestią wymagającą pilnego uregulowania jest kwestia refundacji leków. W latach 1999–2003 wydatki na refundację leków wzrosły w kosztach wszystkich świadczeń zdrowotnych z niecałych 16 proc. w roku 1999 aż do ponad 21 proc. w 2003 r. W związku z gwałtownie rosnącymi wydatkami na refundację leków zmalał udział w kosztach świadczeń zdrowotnych poz z 15,58 proc. w 1999 r. do 11,8 proc. w 2003 r., specjalistyki z 8,14 proc. w 1999 r. do 6,47 proc. w 2003 r., zaś lecznictwa szpitalnego z 50,4

” Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa ”

nie nowej ustawy zgodnie z zaleceniami TK. Bez opracowania koszyka nie będzie możliwe wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń. Jego wprowadzenie jest warunkiem niezbędnym do ograniczenia szarej strefy. Proponuje się także wprowadzenie, po przeprowadzeniu publicznej debaty, częściowego udziału ubezpieczonych w kosztach udzielania świadczeń. W ustawie należałoby określić rodzaje dopłat i ich maksymalną wysokość, zaś ich wysokość ustalałaby co roku Rada Krajowej Izby Ubezpieczalni Zdrowotnych w porozumieniu z samorządem zawodowym i ogólnopolskimi organizacjami świadczeniodawców. W przypadku nieosiągnięcia porozumienia w ustawowo określonym terminie, wysokość dopłat ustalałby minister zdrowia. Od opłat byłyby zwolnione osoby o najniższych dochodach. Do dotychczas obowiązującej kategorii świadczeń zdrowotnych proponuje się włączyć świadczenia pieniężne aktualnie wypłacane przez ZUS ze składki na ubezpieczenie chorobowe. Oddzielenie organizacyjne świadczeń rzeczowych od świadczeń pieniężnych było błę-

doc. w 1999 r. do 42,22 proc. w 2003 r. Należy w tym miejscu stwierdzić, iż płatnik finansujący refundację nie ma żadnego wpływu na kształt listy oraz wysokość dopłat. Jest to poważna nieprawidłowość, w istotnym stopniu przyczyniająca się do wzrostu wydatków na refundację leków. W związku z powyższym proponuje się, aby corocznie listę leków refundowanych ustalał minister zdrowia w uzgodnieniu z Radą Krajowej Izby Ubezpieczalni Zdrowotnych, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Izby Aptekarskiej i reprezentacji przemysłu farmaceutycznego.

Likwidacja konkursu ofert. Nowe zasady kontraktowania oparte na negocjacjach płatnika z samorządem zawodowym i organizacjami świadczeniodawców

Organizacja udzielania świadczeń była i jest przedmiotem powszechnej krytyki ze strony świadczeniodawców. Jedną z największych wad systemu kas chorych była niejednorodność rozwiązań w zakresie kontraktowania świadczeń. W związku

z tym jednym z celów wprowadzenia NFZ było ujednoczenie zasad kontraktowania, a tym samym stworzenia warunków do równego traktowania wszystkich świadczeniodawców, a także do stworzenia warunków do konkurencji między świadczeniodawcami, opartej na jakości i dostępności udzielanych świadczeń, a nie na wyrwaniu jak najkorzystniejszego kontraktu. Niestety, okazało się, że NFZ nie sprostął temu zadaniu, o czym świadczy bałagan w trakcie konkursu ofert na 2004 r. NFZ przygotował bez konsultacji ze środowiskiem jednolite zasady kontraktowania, zawierające wiele błędów, w których brakuje wielu procedur wykonywanych od wielu lat, a ceny niektórych procedur są znacznie poniżej kosztów ich wykonywania. Cechą zarówno kas chorych, jak również NFZ było nadużywanie dominującej pozycji i jednostronne narzucanie rozwiązań w zakresie konkursu ofert świadczeniodawcom (*albo przyjmiesz warunki albo nie będziesz miał kontraktu*). Również brak dialogu ze środowiskiem spowodował ogromne napięcia, szczególnie w środowisku świadczeniodawców poz, co doprowadziło do podpisania niezgodnego z prawem i łamiącego zasady równej konkurencji wśród świadczeniodawców tzw. porozumienia zielonogórskiego. W celu wyeliminowania negatywnych zjawisk w procesie kontraktowania świadczeń proponuje się wprowadzić negocjacyjny system ustalania corocznie zasad kontraktowania świadczeń. Proponuje się, aby Krajowa Izba Ubezpieczalni Zdrowotnych w porozumieniu z samorządami zawodów medycznych oraz ogólnopolskimi organizacjami świadczeniodawców corocznie w terminie do 30 września na rok następny ustalały: zasady kontraktowania świadczeń zdrowotnych, ramowe wzory umów i jednolite ceny, płacone za dane świadczenie, z tym że regionalna ubezpieczalnia mogłaby zwiększyć nie więcej niż o 20 proc. cenę płaconą świadczeniodawcy w przypadkach uzasadnionych, np. miejscem udzielania świadczeń, szczególnie wysokimi kosztami prowadzenia działalności, wynikającymi z lokalizacji lub posiadania przez świadczeniodawcę sprzętu lub aparatury medycznej lub udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby posiadające szczególnie wysokie kwalifikacje zawodowe. W przypadku nieosiągnięcia porozumienia między Krajową Izbą a ww. organizacjami, decyzję podejmowałby nie później niż do 31 października minister zdrowia. Ubezpieczalnie zawierałyby umowy o udzielanie świadczeń ze świadczeniodawcami posiadającymi uprawnienia do udzielania świadczeń na podstawie odrębnych przepisów. Przed zawarciem umowy ubezpieczalnia powinna sprawdzić, czy świadczeniodawca ma odpowiednie warunki do realizacji umowy.

Ubezpieczalnie powinny przy zawieraniu umowy być zobowiązane do przestrzegania zasady równoważenia planowanych kosztów i przychodów oraz zasady, że suma zobowiązań ubezpieczalni wobec świadczeniodawców ze wszystkich zawartych umów musi się mieścić w planie finansowym ubezpieczalni. Oznacza to, iż po ustaleniu zasad kontraktowania oraz cennika usług ubezpieczalnia zawrze umowę ze świadczeniodawcami spełniającymi warunki do udzielania świadczeń. Ponadto spowoduje to nadanie właściwej rangi przeprowadzonym przez ubezpieczalnię kontrolom, dotyczącym udzielanych przez świadczeniodawców świadczeń, w szczególności ich jakości i dostępności. Ubezpieczalnia zamiast zajmować się przez kilka miesięcy negocjacjami z każdym ze świadczeniodawców, będzie mogła zająć się kontrolą udzielanych świadczeń, która dotychczas funkcjonowała na bardzo niskim poziomie.

Samorządne ubezpieczalnie

Proponuje się utworzenie regionalnych ubezpieczalni, posiadających osobowość prawną. Każda z nich będzie stanowić odrębny podmiot prawny, posiadający własny statut i dysponujący własnymi funduszami. Będą dysponowały szeroką autonomią, a ich funkcjonowanie będzie opierać się na zasadach samorządności i samofinansowania oraz na zasadzie działalności nie dla zysku. Będą one członkami Krajowej Izby Ubezpieczalni Zdrowotnych. Do zakresu działania ubezpieczalni będzie należało wykonywanie wszelkich czynności z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, z wyłączeniem czynności zastrzeżonych w ustawie dla Krajowej Izby. Do zakresu działania Krajowej Izby należałoby w szczególności: koordynowanie i kontrolowanie działalności ubezpieczalni, zatwierdzanie planów finansowych ubezpieczalni i sprawozdań z ich wykonania, ustalanie na podstawie określonego w ustawie algorytmu wyrównania finansowego pomiędzy ubezpieczalniami, sporządzanie corocznej prognozy przychodów i wydatków dla kolejnych trzech lat oraz prognozy długoterminowej.

Skuteczny nadzór gwarancją należytej ochrony interesów pacjenta

Minister zdrowia sprawowałby nadzór nad działalnością ubezpieczalni i Krajowej Izby co do zgodności z prawem i statutem. W ramach sprawowanego nadzoru minister wydawałby decyzje administracyjne, od których przysługiwałaby skarga do NSA. Kontrolę gospodarki finansowej prowadziłby regionalne izby obrachunkowe.

*Michał Żemojda, radca prawny
były prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych*