

# Alfred Lutrzykowski, Wiesław Pasieka

---

## Reforma opieki zdrowotnej : samorządność czy model polityczno-administracyjny?

---

Piotrkowskie Zeszyty Historyczne 4, 183-201

---

2002

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

*Alfred Lutrzykowski, Wiesław Pasieka*

## REFORMA OPIEKI ZDROWOTNEJ. SAMORZĄDNOŚĆ CZY MODEL POLITYCZNO-ADMINISTRACYJNY?

Zadania związane z ochroną zdrowia obywateli są we współczesnych społeczeństwach wpisane do katalogu najważniejszych funkcji państwa oraz instytucji samorządowych (głównie samorządu terytorialnego). W ustrojach demokratycznych prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej – na warunkach i w zakresie określonym właściwymi przepisami – jest jednym z fundamentalnych praw obywatelskich. Przejrystą ilustracją w tym zakresie stanowi art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, w którym poręczenie prawa każdego do ochrony zdrowia zostało dodatkowo wzmocnione i doprecyzowane stwierdzeniem zawartym w ustępie 2 powołanego artykułu Konstytucji. Brzmi ono: „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”<sup>1</sup>.

Společna doniosłość zadań ochrony zdrowia obywateli wymaga odpowiednich regulacji prawnych. Są to z reguły regulacje najwyższej rangi, a więc konstytucyjne i ustawowe. Abstrahujemy w tym miejscu od faktu, iż problematyka zdrowotnej kondycji społeczeństwa jest ważnym przedmiotem zainteresowania wielu partii politycznych, związków zawodowych i innych organizacji społecznych. W programach partii politycznych różnych orientacji ideowo-doktrynalnych sprawy te nierzadko stawiane są jako należące do kręgu zadań podstawowych władzy publicznej. Doświadczenie historyczne dowodzi, że siła akcentowania tych zadań w społecznych programach partii politycznych w okresie zabiegów o władzę jest znacznie wyższa niż w warunkach realnego sprawowania przez nie władzy. Nie inne są polskie doświadczenia ostatniej dekady, która przyniosła transformację ustrojową i nadzieję społeczeństwa na radykalne zmiany dające odczuwalną poprawę w zakresie ochrony zdrowia.

Naszą uwagę koncentrujemy głównie na rozwiązaniach prawnych, które towarzyszą, czy ściślej to ujmując, są normatywnym obliczem złożonego procesu poszukiwania modelu polskiego systemu opieki zdrowotnej współczesnej doby. Efektywność tych poszukiwań jest uwarunkowana całym szeregiem czynników społecznych, ekonomicznych, politycznych i kulturowych decydujących o poziomie zaawansowania cywilizacyjnego kraju i poziomie życia Polaków. Ważną rolę odgrywają w tym zakresie czynniki o charakterze międzynarodowym, a zwłaszcza te, które wiążą

---

<sup>1</sup> *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Wprowadzenie* E. Skrzydło, Kraków 1997, s. 66.

się z postępującym procesem integracji europejskiej i polskimi aspiracjami akcesyjnymi wobec europejskich struktur integracyjnych. Społeczne ciśnienie, ujmując to metaforycznie, wyrażające się między innymi w formie stanowczych żądań licznych środowisk społecznych, stanowi determinantę pierwszego planu owych poszukiwań adekwatnego modelu systemu opieki zdrowotnej. Oczekiwania społeczne przy tym jednoznacznie wyrażają konieczność głębokich reform w tym zakresie gwarantujących powszechny dostęp do świadczeń zdrowotnych, racjonalizację nakładów finansowych na te cele oraz wyeliminowanie różnego rodzaju zjawisk patologicznych dotykających służbę zdrowia.

Nadzieje i oczekiwania polskiego społeczeństwa związane z funkcjonowaniem opieki zdrowotnej wyrażają, z jednej strony, dezaprobatę wobec mechanizmów i zasad dotąd tu obowiązujących, a z drugiej strony, wskazują na potrzebę zbudowania i wdrożenia modelu humanitarnego, racjonalnego i demokratycznego. Artykułowane w różny sposób postulaty w tym względzie pozostają w ścisłym związku z wyobrazeniami i dążeniami transformacyjnymi szerokich kręgów społecznych, zmierzającymi do ufundowania demokratycznego ładu politycznego i społeczeństwa obywatelskiego. Opieka zdrowotna, czy w szerszym ujęciu ochrona zdrowia obywateli, to nadzwyczaj ważny i wrażliwy obszar życia zbiorowego. Umiejętność pozytywnego rozwiązywania problemów tego obszaru jest obiektywnym testem kwalifikacji politycznych i autentyczności woli urzeczywistnienia ideałów demokratycznego społeczeństwa.

Cechą szczególną społecznych dążeń i troski o umacnianie demokratycznego charakteru mechanizmów oraz zasad organizowania życia zbiorowego i kierowania nim jest wskazanie na potrzebę wbudowywania w system polityczny zabezpieczeń przed niebezpieczeństwem alienacji i dystansowania się ośrodków władzy i elit politycznych wobec społeczeństwa, jego rzeczywistych potrzeb i interesów. Jeden z najskuteczniejszych środków zaradczych pod tym względem, jak przekonują doświadczenia choćby zachodnioeuropejskich demokracji, stanowi samorządność społeczna rozwijana i wdrażana w rozmaitych dziedzinach życia społecznego. Aplikacja samorządowych idei partycypacji obywateli w rozwiązywaniu problemów życia zbiorowego wyrabia i utrwala umiejętności i nawyki samoorganizowania się i samosterowania rozmaitych grup społecznych i społeczności lokalnych, terytorialnych (regionalnych), wreszcie społeczeństwa ujmowanego globalnie. I choć „samorządność nie jest rozwiązaniem, lecz problemem do rozwiązania”<sup>2</sup>, to sprawy zapewnienia, na niezbędnym poziomie, opieki zdrowotnej są materią społeczną wyjątkowo predysponowaną do tego, aby udział obywatelskich struktur samorządowych w realizacji zadań z tym związanych był znaczący, realny i niekwestionowany.

Sytuacja głębokich, systemowych przeobrażeń społecznych i ustrojowo-politycznych w Polsce ostatniej dekady oznacza zasadnicze zmiany organizacyjne i funkcjonalno-zadaniowe podstawowych instytucji i urzędów, na których opiera się mechanizm kierowania życiem zbiorowym. Abstrakcyjnie pojmowane i omnipo-

---

<sup>2</sup> M. Crozier, E. Friedberg, *Człowiek i system; ograniczenia działania zespołowego*, Warszawa 1982, s. 411.

tentne państwo, partie polityczne oraz inne struktury polityczne przestały stanowić zasadniczy punkt odniesienia i sui generis wartość samą w sobie wobec systemu społecznego, obywateli oraz ich celów, interesów, dążeń i aspiracji. Potrzeby ludzkie, interesy całego społeczeństwa i kraju, stosownie do demokratycznego paradygmatu, wyносimy dziś na pierwsze miejsce w hierarchii norm transformacyjnych. Wyrazem tych preferencji są prawne regulacje nadające obowiązujący charakter przyjmowanym rozstrzygnięciom. Nakreślają one organizacyjny model instytucji i urzędów społecznych powoływanych do realizacji określonych celów.

W dalszej części opracowania zajmiemy się zatem analizą stopnia adekwatności rozwiązań ustawodawczych obowiązujących hic et nunc w sferze opieki zdrowotnej wobec nakreślonych wcześniej założeń aksjologicznych i doktrynalnych. Podejmujemy próbę odpowiedzi na pytanie czy i w jakim stopniu rozstrzygnięcia prawne dotyczące realizacji prawa obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej są spójne z zakładanym modelem demokratycznego i samorządowego społeczeństwa obywatelskiego, co mamy nadzieję jest nadal obowiązującym polskie elity polityczne hasłem – wspólną tezą w ich dążeniach do budowy systemu społecznego nowoczesnego, na miarę standardów nowego wieku.

Z uwagi na charakter i cel opracowania nie podejmujemy analizy legislacyjnych rozwiązań dotyczących całego systemu opieki zdrowotnej. Uwagę naszą zatrzymujemy na organach przedstawicielskich Kas Chorych. W przyjętych rozwiązaniach prawnych poszukujemy cech, które mogłyby zaświadczać, że Kasy Chorych jako instytucje, przez które realizowane jest ubezpieczenie zdrowotne, instrumentalizują idee solidarności społecznej i samorządności oraz inne zasady „powszechnych obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych”<sup>3</sup>.

Analizę naszą podejmujemy z przekonaniem, że Kasy Chorych stanowią szczególnego typu organizację samorządową osób podlegających (obowiązkowemu) ubezpieczeniu zdrowotnemu. Wskazuje na to treść art. 1a ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, wprowadzony – nota bene – przez ustawę z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw<sup>4</sup>. Z uwagi na dominujący układ sił politycznych w parlamencie kadencji 1997-2001 r. można zakładać, że nowelizacja ta miała merytoryczne a nie propagandowe motywacje.

Konkretne szczegółowe rozwiązania zawarte w ustawowych regulacjach prawnych systemu ochrony zdrowia są wyrazem określonych koncepcji modelowych przyjmowanych przez ustawodawcę i dominujące siły polityczne danego społeczeństwa. Te zaś koncepcje są wykładnikiem poziomu dojrzałości ideologicznych i doktrynalnych założeń uznawanych przez ugrupowania rządzące. W nich bowiem znaj-

---

<sup>3</sup> Takie określenie wprowadził art. 1 ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku. Powszechne obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne dotyczą szerokiego kręgu osób: podlegających obowiązkowi ubezpieczenia z mocy ustawy (art. 8), członków rodzin osób poprzednio wymienionych (art. 2 ust. 3); ubezpieczonymi w rozumieniu ustawy są również osoby, które ubezpieczają się dobrowolnie (art. 2 ust. 1 i art. 9).

<sup>4</sup> Dz.U. z 1998 roku, nr 117, poz. 756 z późniejszymi zmianami.

dużą odbicie poglądy elit politycznych na sposoby organizowania życia zbiorowego i kierowania nim. Tu ujawnia się system wartości społecznych, których realizacja najpełniej definiuje rzeczywiste cele działania władzy i ich zbieżność (bądź rozbieżność) z interesami, dążeniami i aspiracjami szerokich kręgów społecznych. W sferze ochrony zdrowia weryfikuje się to w sposób szczególny, bo bezpośrednio odczuwalny przez rzeszę pacjentów, wśród których każdy z nas znaleźć się może w każdej chwili, nie tylko statystycznie rzecz biorąc<sup>5</sup>.

Poziom i sposób realizacji zadań składających się na treść funkcji ochrony zdrowia obywateli stanowi praktyczne kryterium spełnienia ideowo-doktrynalnych deklaracji oraz konstytucyjnych i ustawowych poręczeń w tym zakresie. Jest to więc wykładnik rzeczywistego stosunku władz publicznych do dóbr i wartości obywatelskich.

Powyższe konstatacje są punktem wyjścia analizy przedmiotowych regulacji prawnych oraz ocen, wniosków i propozycji, jakie przedkładamy. W poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie czy Kasy Chorych są samorządowymi organizacjami ubezpieczonych poddaliśmy analizie przepisy określające budowę, wewnętrzną strukturę i zasady ich funkcjonowania. Przedmiotem szczególnie ważnym było ustalenie sposobu i form reprezentowania ubezpieczonych w Kasach Chorych oraz realnych możliwości zabezpieczania ich interesów i potrzeb zdrowotnych.

Reforma ubezpieczeń społecznych jest jednym z najistotniejszych przedsięwzięć w ramach zasadniczej przebudowy systemu opieki zdrowotnej. Świadomość potrzeby poważnych zmian tego systemu narastała od wielu lat. Jego mankamenty bowiem, organizacyjna i ekonomiczna nieracjonalność, a nade wszystko stale obniżający się poziom i jakość świadczeń zdrowotnych stawały się racjami najczęściej przytaczanymi przez pacjentów, część personelu medycznego, a nawet administracji tzw. służby zdrowia. Poszerzający się krąg zjawisk patologicznych ujawniający się po stronie świadczeniodawców mógł co najwyżej bulwersować świadczeniobiorców pozbawionych jakiegokolwiek realnego wpływu na mechanizmy opieki zdrowotnej. W przekonaniu obywateli umacniały się negatywne oceny służby zdrowia, jej kierownictwa i etyki personelu medycznego. Pogarszająca się dostępność do świadczeń zdrowotnych pociągająca konieczność ponoszenia przez pacjentów dodatkowych, także nieformalnych kosztów stawała się przyczyną niezadowolenia, napięć i niepokojów społecznych. Już w toku wydarzeń sierpniowych 1980 roku ujawniło się to nader jaskrawie. Okres następny przyniósł w tym zakresie dalsze niekorzystne zmiany<sup>6</sup>.

W pewnym sensie sytuacja w służbie zdrowia i wokół niej była paradoksalna. Jej ilościowy rozwój, rozbudowa infrastruktury, mimo wyraźnie odczuwalnego niedofinansowania, nie wniosły nowej, wyższej jakości opieki zdrowotnej. Instytucja ubezpieczeń społecznych, mająca stwarzać finansowe zaplecze opieki zdrowotnej, stała się fikcją. Państwo – monopolista w tej dziedzinie traciło kontrolę nad realiza-

---

<sup>5</sup> Zob. A. Bielewicz, *Reforma systemu ochrony zdrowia w doświadczeniu i świadomości społecznej* [w:] *Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz przepisy wykonawcze*. „Prawo Medyczne” 1, Warszawa, marzec 1999, s. I-V.

<sup>6</sup> Zob. R. Holly, *Przeobrażenia świadomości Polaków w latach osiemdziesiątych*, wyd. Uniwersytet Warszawski i Polska Akademia Nauk, Warszawa 1990.

cją zakładanych tu celów. Coraz mniej było środków na finansowanie świadczeń zdrowotnych, a jednocześnie zmniejszał się stopień wykorzystywania potencjału służby zdrowia na użytek obywateli. Nadal jednak deklarowano prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej. Uporczywe trwanie przy rozwiązaniach dotkniętych poważnymi błędami systemowo-strukturalnymi i kompromitująca nieudolność w kierowaniu służbą zdrowia musiały kłaść się niebezpiecznym cieniem na tej, tak ważnej dziedzinie życia społecznego<sup>7</sup>.

Realnie funkcjonujący system opieki zdrowotnej okresu przedtransformacyjnego stał się, niemal nie naruszony, elementem nowego ładu społecznego po 1989 roku. Mimo zdecydowanej krytyki i zgodnie brzmiących, po stronie wszystkich znaczących orientacji i ugrupowań politycznych, postulatów jego reformowania trwał nadal w swej zdegenerowanej postaci przez prawie całą następną dekadę. Nadzwyczaj ważne reformy ustrojowe tego okresu sfery służby zdrowia nie dotyczyły prawie w ogóle. Widać to dokładnie w płaszczyźnie regulacji legislacyjnych. Środowiska związane z opieką zdrowotną budowały swoje samorzady zawodowe, regulowano wiele spraw dotyczących wykonania szczegółowych zadań czy na przykład zawodu lekarza. Budowa, struktura i zasady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia pozostawały generalnie bez zmian. Dążenie do demokratyzacji instytucji i struktur realizujących odpowiedzialne zadania społeczne omijało jakby sferę służby zdrowia. Zaistniał stan taki, że samorządne korporacje zawodowe tej sfery, przytoczmy choćby ten tylko przykład, miały działać w ramach systemu scentralizowanego, sterowanego przy pomocy środków i metod wadliwych i nieefektywnych przez specjalny pion administracji państwowej, a z biegiem czasu także samorządowej. Beneficjanci (aktualni i potencjalni) świadczeń zdrowotnych, mimo horrendalnych parapodatkowych obciążeń finansowych, nadal byli pozbawieni jakiegokolwiek wpływu na działanie systemu służby zdrowia. Dotyczyło to jednostek organizacyjnych powoływanych w celu świadczenia usług zdrowotnych, administracji służby zdrowia, a także Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Organizacyjne usytuowanie placówek służby zdrowia, ich nieznacząca samodzielność będąca wynikiem ścisłego podporządkowania organom państwowym i samorządowym, a przede wszystkim finansowe uzależnienie od tych ostatnich czyniły z Zakładów Opieki Zdrowotnej, szpitali i innych jednostek układ w zasadzie wyłącznie transmisyjny i wykonawczy. O udziale czynnika społecznego czy kontroli społecznej w tym systemie mowy być nie mogło. Dla celów propagandowych odwoływano się co najwyżej do idei przedstawicielstwa i reprezentacji społecznej materializującej się jakoby w wybieralnych organach państwowych i samorządowych wszystkich szczebli.

W atmosferze krytyki obowiązujących ciągle rozwiązań i dyskusji nad sposobami przezwyciężenia kryzysowej sytuacji zgłaszano rozmaite pomysły i koncepcje

---

<sup>7</sup> Szerzej o tym, J. Fijałek, A. Lutrzykowski, J. Sadowska, *Ewolucja systemów organizacyjnych i rozwój lecznictwa 1945-1989* [w:] *Opieka zdrowotna w Łodzi od roku 1945*, pr. zbior. pod red. J. Fijałka, J. Indulskiego i J. Supadego, *Szkice – zbiór 2*, Łódź 1996, s. 137 i nast.

sanacji bądź całkowitej przebudowy systemu opieki zdrowotnej. Padały propozycje rozwiązań mniej lub bardziej odpowiadające oczekiwaniom społecznym i realiom stanu państwa, a zwłaszcza gospodarki i poziomu zamożności obywateli. Ostatecznie wykrystalizowały się dwa projekty systemowej reformy ochrony zdrowia i ubezpieczeń społecznych. Zyskały one nazwy projektu prezydenckiego i rządowego. Ten pierwszy był w rzeczywistości dziełem Społecznej Komisji Zdrowia przy KK NSZZ „Solidarność”<sup>8</sup>.

Oba projekty, różniące się co do rozwiązań szczegółowych, w odniesieniu do spraw podstawowych były zbieżne. Uznawały więc one konieczność wprowadzenia powszechnego obowiązku ubezpieczeniowego oraz istnienia samorządnych, wyposażonych w osobowość prawną terytorialnie określonych instytucji, które realizowałyby ubezpieczenia zdrowotne. Projekty te łączyły prawo do świadczeń zdrowotnych z obowiązkiem opłacania składki na rzecz instytucji ubezpieczeniowych w wysokości stanowiącej ustalony procent podstawy jej wymiaru.

Przywołane projekty odmiennie ujmowały sprawę ustanowienia instytucjonalnego gwaranta świadczeń zdrowotnych. Dokument „prezydencki” nie przewidywał tego rodzaju poręczenia. Natomiast projekt „rządowy” zakładał, że gwarantem realizacji świadczeń powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego stanie się państwo. Odmiennie ujmowano również przyszłą strukturę kas ubezpieczenia zdrowotnego. Projekt „prezydencki” przewidywał jako organy radę oraz zarząd kasy. Projekt „rządowy” zaś zakładał istnienie rady nadzorczej, naczelnego dyrektora i naczelnego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz komisji rewizyjnej. Jednocześnie szczegółowo określono kompetencje tych organów.

Ostatecznie oba te projekty stały się podstawą prac ustawodawczych uwieńczonych uchwaleniem przez Sejm w dniu 6 lutego 1997 roku, ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym<sup>9</sup>. Ustawa ta określała zasady ubezpieczeń zdrowotnych oraz ustrój realizujących je instytucji. Ustalony zakres świadczeń wprowadził nieznacznie tylko różnił się od wcześniej obowiązującego, zmienił się natomiast radykalnie sposób korzystania z nich. Zasadami ubezpieczeń zdrowotnych stały się: powszechność, obowiązkowość i gwarancja państwa udzielania ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych określonych w ustawie.

W myśl ustawy, realizacja zadań z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego miała być odtąd przedmiotem działania regionalnych i branżowych kas powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (art. 6 i art. 65), które ex lege stały się członkami Krajowego Związku Kas. Kasy regionalne i branżowe oraz ich krajowy związek zostały wyposażone w osobowość prawną (art. 66). Tak umocowane kasy i ich krajowy związek uzyskały ponadto niezwykle istotny atrybut. Art. 69 ustawy głosił: „Krajowy Związek Kas oraz regionalne i branżowe kasy wykonują swoje zadania samorządnie”. Członkami kas stawały się osoby podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Ustawa przewidywała przy tym prawo ubezpieczonego do wyboru kasy (art. 70).

Kasy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, choć pomyślane jako przymusowy

<sup>8</sup> Zob. A. Koronkiewicz, E. Wilkoszewska, *Analiza porównawcza rozwiązań proponowanych w projektach „prezydenckim” i „rządowym” oraz w przyjętej przez Sejm RP ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*, Warszawa 1997.

<sup>9</sup> Dz.U. z 1997 roku, nr 28, poz. 153.

organizator i wykonawca zadań w tej dziedzinie, uzyskiwały status ważnych struktur samorządowych o rozległych i doniosłych uprawnieniach. Wyrażało się to w postanowieniach ustalających zakres działania kas i ich krajowego związku (art. 72, art. 104 i art. 108), a także w przyjętych zasadach działania tych instytucji i ich wewnętrznej struktury. Tym założeniom podporządkowano zasady i tryb powoływania organów kas i ich krajowego związku, a przede wszystkim charakter i kompetencje tych organów.

Przyznanie kasom i ich krajowemu związkowi prawa do uchwalania własnego statutu potwierdziło intencje ustawodawcy deklarujące przekazanie tak rozległych zadań tym instytucjom do samorządowego wykonania (art. art. 72 ust. 2 pkt 1, 106 i 113). Uprawnienia do uchwalania statutów otrzymały organy przedstawicielskie kas i ich krajowego związku. Rada Krajowego Związku Kas uchwałać miała statut Związku, w którym szczegółowo określono by zadania i organizację jego organów oraz ogólne zadania regionalnych i branżowych kas (art. 123). Uchwalanie statutów kas regionalnych i branżowych powierzono ich radom nadzorczym (art. art. 76 i 106).

Przyjęte rozwiązania organizacyjne i funkcjonalne wyrażały dążenie do stworzenia w sferze ubezpieczeń zdrowotnych względnie zintegrowanego układu instytucjonalnego wyposażonego w samorządne uprawnienia wykonawcze i rozległe kompetencje merytoryczne. Regionalne kasy i kasy branżowe otrzymywały pełną samodzielność w zakresie wykonywania ustawowych zadań. Z faktu przynależności do krajowego związku wynikała oczywiście swoista podległość wyrażająca wewnątrzsystemowe relacje i sprzężenia skonkretyzowane w pewnych uprawnieniach związku wobec kas regionalnych i branżowych. Krajowy Związek Kas został ponadto wyposażony w prawo reprezentowania instytucji ubezpieczenia zdrowotnego oraz ubezpieczonych wobec organów państwowych, samorządu terytorialnego oraz innych organizacji i instytucji (art. 108 ust. 1 pkt 1).

Realizacja idei samorządowego wypełniania zadań w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych przez kasy wymagała powołania odpowiednich organów, precyzyjnego określenia zakresów ich działania oraz wzajemnych relacji. W kasach regionalnych i branżowych organami tymi stały się: rada nadzorcza, naczelny dyrektor, naczelny lekarz kasy i komisja rewizyjna (art. 74 i art. 106). W Krajowym Związku Kas jako jego organy ustanowiono: Radę, Zarząd, Prezesa Zarządu i Komisję Rewizyjną (art. 109).

Rada nadzorcza w kasach regionalnych i branżowych usytuowana została najwyżej w hierarchii ich organów, co wynikało z przyjętych zasad jej kreowania i umocowań kompetencyjnych. I tak w skład rady tej wchodzić mieli reprezentanci zgromadzenia przedstawicieli ubezpieczonych oraz przedstawiciele sejmików samorządowych i wojewodów z obszaru działania kasy (art. 75 ust. 1 in princ.). Założono przy tym, iż liczba reprezentantów zgromadzenia przedstawicieli ubezpieczonych będzie równa liczbie członków rady reprezentujących sejmiki samorządowe<sup>10</sup> i wojewodów (art. 75 ust. 2). Sejmiki samorządowe i wojewodowie mieli dele-

---

<sup>10</sup> W czasie, gdy uchwalano ustawę o ubezpieczeniach zdrowotnych, trwały jeszcze prace nad ustawami o samorządzie terytorialnym. Ostatecznie instytucja sejmiku samorządowego została powołana tylko na szczeblu województwa jako sejmik województwa. Zob. art. 15 ustawy o samorządzie województwa (Dz.U. z 1998 roku, nr 91, poz. 576).



gować do rady po jednym przedstawicielu (art. 75 ust. 3). Wprowadzono też istotne zastrzeżenie, że do rady nadzorczej nie mogą wchodzić osoby spełniające funkcje świadczeniodawców (wykonujących usługi zdrowotne) oraz pracownicy kas (art. 75 ust. 1 in fine). Kadencja rady nadzorczej trwać miała cztery lata (art. 75 ust. 4).

Rada nadzorcza miała więc charakter (demokratycznego) organu quasi-przedstawicielskiego. Jej członkami, obok przedstawicieli ubezpieczonych, mieli być również reprezentanci dwóch różnych instytucji: samorządu terytorialnego i wojewody. O ile udział w radzie osób delegowanych przez sejmiki samorządowe mieścił się generalnie w pojęciu przedstawicielstwa, to obecność przedstawiciela wojewody w żaden sposób nie zaświadczała o przedstawicielskim charakterze rady nadzorczej kasy. Sejmiki samorządowe bowiem, zgodnie z przyjmowanymi wówczas (1997 r.) w toku prac nad koncepcjami samorządu terytorialnego, miały charakter organów przedstawicielskich. Wojewoda natomiast był przedstawicielem Rady Ministrów w województwie (art. 152 Konstytucji).

W tym kontekście warto także zaakcentować pewien legislacyjny gest na rzecz wzmocnienia przedstawicielskiego charakteru rady nadzorczej. Otóż zgodnie z ustawą, prezesa, wiceprezesów, sekretarza rady i przewodniczącego komisji rewizyjnej rada nadzorcza wybierać miała spośród swoich członków będących reprezentantami zgromadzenia przedstawicieli ubezpieczonych (art. 77 ust. 1). Podobną zasadę zastosowano w odniesieniu do członków komisji rewizyjnej powoływanej przez radę nadzorczą „spośród ubezpieczonych (...) w trybie określonym w statucie kasy” (art. 86 ust. 1).

Na podstawie wskazanych przykładów widoczne jest podkreślanie przez ustawodawcę wagi bezpośredniego udziału ubezpieczonych w działalności kas i ich organów. W najszerszym zakresie udział ten miał materializować się na poziomie rejonowych oddziałów regionalnej kasy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Tu miało funkcjonować zgromadzenie przedstawicieli ubezpieczonych będące demokratycznym organem przedstawicielskim ogółu osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego (art. 90).

W skład zgromadzenia przedstawicieli wchodzić miały osoby wyłonione na podstawie bezpośrednich i tajnych wyborów, w których udział brałoby pełnoletni ubezpieczeni wpisani do ewidencji osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym (art. 91 ust. 1 i 2). Kadencja zgromadzenia przedstawicieli określona została na okres czterech lat (art. 91 ust. 3). Sposób i tryb zgłaszania kandydatów oraz zasady przeprowadzania wyborów do zgromadzenia przedstawicieli miała określić Rada Ministrów w drodze rozporządzenia (art. 92).

Zgromadzenie przedstawicieli wyposażone zostało w poważne prerogatywy samorządowego organizatora w wykonywaniu zadań tego poziomu struktury systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Do zakresu jego działania należało między innymi uchwalanie regulaminu rejonowego oddziału oraz planu jego pracy, a także dokonywania ocen innych organów oddziału. To właśnie zgromadzenie przedstawicieli wybierało spośród siebie delegata do rady nadzorczej kasy regionalnej (art. 93). Zgromadzenie przedstawicieli nie posiadało prawa powoływania ani dyrektora, ani

lekarza rejonowego oddziału, to ono jednakże określało (w regulaminie) szczegółowy zakres czynności tych organów (art. 102 ust. 2). Naczelny dyrektor regionalnej kasy powołując lub odwołując dyrektora rejonowego oddziału zobowiązany był do zasięgnięcia opinii zgromadzenia przedstawicieli (art. 100 ust. 1).

Rada Krajowego Związku Kas składała się z przedstawicieli kas regionalnych i branżowych. Rady nadzorcze tych kas miały wyłaniać po dwóch swoich przedstawicieli do Rady szczebla krajowego, której kadencję określono na okres czterech lat (art. art. 110, 111). Rada Krajowego Związku Kas miała więc również charakter organu przedstawicielskiego. W jej skład wchodziły osoby wybrane przez organy przedstawicielskie kas regionalnych i branżowych. Ustawa wprawdzie nie wprowadziła ograniczenia kręgu osób, spośród których przedstawiciele do Rady szczebla krajowego mieli być wyłaniani, to jednak trudno wyobrazić sobie, żeby w wyborze tym sięgnięto do kandydatów spoza rady nadzorczej (regionalnej, branżowej). Wątpliwości mogło budzić to czy przedstawicielami tymi mogli być wyłącznie reprezentanci zgromadzenia przedstawicieli ubezpieczonych, nie zaś przedstawiciele sejmików samorządowych i wojewodów? Ustawa w art. 110 mówiła ogólnie o przedstawicielach „każdej regionalnej kasy (...) i każdej branżowej kasy”.

Rozwiązania prawne zawarte w ustawie z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, podjęte w określonych warunkach społeczno-politycznych, przez koalicję posiadającą znaczącą przewagę w parlamencie, nie mogą być uznawane za modelowe i doskonałe. Traktujemy je jako znaczący krok w drodze ku regulacjom, które odpowiadałyby społecznym oczekiwaniom, i aspiracjom milionów ubezpieczonych obywateli. Aplikacja wzorców samorządowych w tej dziedzinie zapewnić może rzeczywisty udział czynnika społecznego w rozwiązywaniu doniosłych ale i trudnych spraw dotyczących opieki zdrowotnej. Ustawa z 1997 roku, w przyjętym wówczas brzmieniu, obarczona była całym szeregiem mankamentów i niejasności<sup>11</sup>. Jednakże w kwestii miejsca i roli organów przedstawicielskich w systemie kas powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jej rozstrzygnięcia niosły nadzieję na realizację zasad bezpośredniej partycypacji ubezpieczonych w procesie funkcjonowania tych instytucji. Obecność w organach kas, na wszystkich szczeblach, osób reprezentujących ubezpieczonych była czynnikiem najpełniej zaświadcującym o demokratyzmie i samorządności tworzonego systemu. Przyznanie organom przedstawicielskim rozległych merytorycznych i formalnych kompetencji sytuowało je na szczycie struktury kas. Nie chodzi przy tym jedynie o zdolność tych organów do artykułowania słusznych społecznych racji. Także zasady i tryb ich wyłaniania można było uznać, na tym etapie, za odpowiednie do wymogów modelu demokratycznego i samorządowego. Przyjęte regulacje prawne zabezpieczały jego wdrażanie w praktyce działania kas powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

---

<sup>11</sup> Ustawa lutowa wprowadzała monopol kas powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, nie przewidując możliwości realizacji obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego przez inne instytucje ubezpieczeniowe. Możliwość taką wprowadziła nowela lipcowa (1998), zob. art. 4a tej ustawy.

Skonstruowany tak system kas miał rozpocząć działalność z dniem 1 stycznia 1999 roku. Blisko dwuletni okres od przyjęcia ustawy „lutowej” do wejścia w życie ogółu jej postanowień wypełniać miały prace przygotowawcze. Zgodnie z dyspozycją ustawy Rada Ministrów powołała Pełnomocnika Rządu do Spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego (art. 167). Jego organem doradczym ustanowiona została Tymczasowa Rada Krajowego Związku Kas. W całym kraju rozpoczęto prace nad zbudowaniem nowego zupełnie instytucjonalnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

Wybory parlamentarne z dnia 21 września 1997 roku stworzyły nowy układ sił w Sejmie i Senacie, co zaowocowało utworzeniem prawicowo-centrowej koalicji rządzącej. Ugrupowania, które zdobyły władzę polityczną, miały odmienną koncepcję reform transformacyjnych, a więc i zmian w sferze opieki zdrowotnej i ubezpieczeń społecznych. Ustawodawczym efektem tego zwrotu była między innymi ustawa z dnia 16 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw<sup>12</sup>. Ugrupowania rządzące, mające wyraźną większość w parlamencie, przystąpiły do realizacji przedsięwzięcia niesłychanie trudnego i odpowiedzialnego. Postanowiono wcielić w życie, z początkiem 1999 roku cztery wielkie, systemowe reformy, a w tym reformę opieki zdrowotnej.

Ustawa lipcowa nie tyle zmieniła i poprawiła wcześniejsze rozwiązania prawne co raczej tworzyła nowy stan prawny w zakresie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zawierała ona daleko idące nieraz modyfikacje instytucjonalnego modelu ubezpieczeń zdrowotnych w porównaniu z rozwiązaniami zawartymi w ustawie nowelizowanej. Znaczne były odmienności w kwestiach będących przedmiotem głównym naszych zainteresowań. Nowelizacja przyniosła zupełnie inne zasady i tryb wyłaniania organów przedstawicielskich instytucji realizujących ubezpieczenia zdrowotne, nazwanych obecnie Kasami Chorych. Nazwa ta nader wyraźnie nawiązuje do rozwiązań organizacyjnych obowiązujących w latach 1922 - 1933 w II Rzeczypospolitej<sup>13</sup>. Nawiązanie to pojawiające się w toku prac nad nowelizacją wydawało się obiecujące i warte pogłębionej refleksji.

Równie budujące było wyspecyfikowanie zasad, na jakich oparte jest ubezpieczenie zdrowotne. Na czoło wyniesiono tu zasady: solidarności społecznej, samorządności i samofinansowania<sup>14</sup>. Gospodarność i celowość działania najlepiej charakteryzują dążenie do racjonalnego gospodarowania składkami ubezpieczonych i środkami pochodzącymi z innych w sumie również społecznych źródeł. Kasy Chorych stały się przy tym podmiotami non profit, to jest działającymi nie dla osiągnięcia zysku. Suma tych zasad wystarcza za podstawę wykreowania niemal idealnego modelu struktury zabezpieczającej realizację świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych obywateli. Solidarność, samorządność i samofinansowanie najpeł-

<sup>12</sup> Dz.U. z 1998 roku, nr 117, poz. 756 (zob. przyp. 4).

<sup>13</sup> Zob. J. Fijałek, J. Indulski, *Opieka zdrowotna w Łodzi do roku 1945*, Łódź 1990, s. 332 i nast. oraz J. Fijałek, *Kasa Chorych – pierwowzór społecznego, samorządowego lecznictwa pracowniczego w Polsce*, „Archiwum Historii Medycyny” 1984, nr 1, s. 99-106.

<sup>14</sup> Art. 1a wprowadzony nowelą lipcową.

niej poświadczają, że oto pojawia się instytucja głęboko demokratyczna, będąca instrumentem obywatelskiej samodzielności i partycypacji w wypełnianiu tak ważnej funkcji, jaką jest opieka zdrowotna.

Na marginesie listy przywołanych wyżej zasad, na których mają opierać się oddziały ubezpieczenia zdrowotne, warto jednak zastanowić się nad adekwatnością ustawowych deklaracji i rozstrzygnięć wobec realiów społecznych (zamożność ubezpieczonych, wysokość składki) i zasobów finansowych Kas Chorych. Zasada samofinansowania w obecnych warunkach może stać się niebezpieczną pułapką. Błędne ekstrapolacje kosztów, jeśli to by miało miejsce, przekreślałyby szanse na realizację zadań ubezpieczenia zdrowotnego. Iluzoryczna byłaby wówczas samodzielność i samorządność Kas Chorych. Niebezpieczeństwa takiego nie dało się niestety wykluczyć. Dowodzą tego między innymi burzliwe dyskusje społeczne i nader niskie oceny poziomu realizacji tej reformy w badaniach opinii społecznej. Obok problemów organizacyjnych zasadniczą sprawą jest brak środków finansowych. Ten stan po części wynika z perturbacji, jakie przeżywa Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Państwo tymczasem, zgodnie z treścią ustawy, przestało być gwarantem udzielania ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych!

Zmiana nazewnictwa i schematu organizacyjnego nie miała charakteru jedynie korekcyjnego<sup>15</sup>. Kasa Chorych stała się nie tylko podstawową jednostką ubezpieczenia zdrowotnego, ale także reprezentantem osób ubezpieczonych. Art. 66 ust. 1 brzmi: „Kasa Chorych jest instytucją samorządną, reprezentującą ubezpieczonych”. Stwierdzenie to odnosi się do „Kas Chorych”, a więc kas regionalnych i branżowych. W odniesieniu do Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych nie jest to takie oczywiste<sup>16</sup>.

Zakres działania Kas Chorych obejmuje wykonywanie wszelkich czynności z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego (art. 72). Nie utrzymano już zastrzeżenia na rzecz ewentualnych kompetencji Krajowego Związku Kas Chorych, co miało miejsce przed nowelizacją. Zadania te realizują regionalne Kasy Chorych, branżowe Kasy Chorych oraz Krajowy Związek Kas Chorych, którego członkami, z mocy ustawy, są kasy regionalne i branżowe (art. 65 ust. 1 i 2). Kasy regionalne i branżowe mogą tworzyć biura terenowe jako swoje oddziały (art. 65 ust. 3). Do tej ostatniej sprawy przyjdzie nam wrócić w nieco innym kontekście.

---

<sup>15</sup> Szereg rozwiązań, które przyniosła nowela lipcowa wyraźnie koresponduje z powoływanym projektem „prezydenckim”, a sięgając jeszcze bardziej wstecz - do projektu przygotowanego przez Zespół Ubezpieczeń Zdrowotnych Społecznej Komisji Zdrowia przy Komisji Krajowej NSZZ Solidarność (zob. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Projekt roboczy. Warszawa, grudzień 1994 rok).

<sup>16</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 grudnia 1998 roku w sprawie utworzenia Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych (Dz.U. z 1998 roku, nr 148, poz. 969) ma charakter wykonawczy i organizacyjny, a zatem nie zmienia norm generalnych ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Jednakże § 8 rozporządzenia przynosi zupełnie odmienne rozwiązania dotyczące powoływania i odwoływania członków Rady Kasy (przez wskazanych ministrów i szefa UOP).

W celu wykonywania nałożonych przez ustawę zadań i innych obowiązków wynikających ze statutu powoływane są organy kas. W tym zakresie ustawa lipcowa dokonała bardzo daleko idących zmian dotyczących charakteru, nazw, kompetencji i zasad oraz trybu powoływania i liczby organów Kas Chorych. Organami tymi są: rada Kasy Chorych i zarząd Kasy Chorych (art. 74). Czy zmiany te oznaczają jedynie uproszczenie struktury organizacyjnej kas, a nazwy są tylko nowym typem mianownictwa? Jakie są intencje (cele) dokonanych zmian i czy służą one budowaniu samorządnego układu instytucjonalnego, jaki tworzą kasy i ich krajowy związek? Czy jest w nim miejsce na jakiegokolwiek przedstawicielstwo ubezpieczonych?

Treść znowelizowanych przepisów ustawy nie przynosi pełnych odpowiedzi na powyższe pytania. Przepisy są zazwyczaj lakoniczne, nie odwołują się do intencji ustawodawcy i przynoszą jedynie obowiązujący wzór rozwiązań organizacyjnych i funkcjonalnych. W większości mają one też charakter norm techniczno-organizacyjnych. Całościowa analiza nowelizacji nasuwa jedynie szereg ocen, uwag i wniosków co do kwestii sygnalizowanych w sformułowanych wyżej pytaniach.

Spośród organów Kas Chorych cech przedstawicielstwa można doszukiwać się w ich radach. Są one organami stanowiącymi, podejmującymi najważniejsze decyzje dotyczące spraw organizacyjnych i działalności kas. Ich rozległe kompetencje określa art. 76 ustawy, dając przejrzysty przegląd obowiązków i uprawnień rady. Sytuuje to rady Kas Chorych jako najważniejsze organy decyzyjne w systemie kas regionalnych i branżowych, z zastrzeżeniem pewnych kompetencji na rzecz Krajowego Związku Kas Chorych, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Ustawa lipcowa wprowadziła niezwykle istotną zmianę dotyczącą zasad i trybu powoływania rad kas regionalnych. Budzi poważne wątpliwości to, czy nadal organy te można zasadnie określać mianem organów przedstawicielskich? Nie chcemy dopatrywać się jakichkolwiek podtekstów w modyfikacji nazwy tego organu (poprzednio „rada nadzorcza”, obecnie „rada”), choć supozycje takie nasuwają się niejako automatycznie. Zmiana regulacji dotyczących zakresu działania rady nie wprowadziła obszarów nowych ani zakresu tego nie zawężyła<sup>17</sup>, a to mogłoby stanowić podstawę nadania jej nowej adekwatnej nazwy.

Przyjęty w nowelizacji sposób powoływania rad regionalnych Kas Chorych stanowi zasadniczy zwrot w kierunku ograniczenia przedstawicielskiego charakteru tych organów. Zgodnie z art. 75 ust. 1, odtąd „Rada regionalnej Kasy Chorych powoływana jest przez sejmik województwa, spośród osób ubezpieczonych w danej Kasie, z obszaru działania regionalnej Kasy Chorych...” W przypadku gdyby Kasa Chorych obejmowała zasięgiem swojego działania obszar więcej niż jednego województwa, ich sejmiki powoływałyby do rady kasy regionalnej członków w liczbie proporcjonalnej do liczby osób ubezpieczonych mieszkających na terenie danego województwa (art. 75 ust. 3). Jednocześnie ustawa lipcowa określiła maksymalny

---

<sup>17</sup> Wynika to z porównania treści art. 76 ustawy w brzmieniu pierwotnym i ustalonym nowelą lipcową.

skład liczbowy rady. „Rada Kasy Chorych nie może liczyć więcej niż 21 członków”, głosi przepis art. 75 ust. 2 ustawy. Znacznie rozbudowana została lista kryteriów wykluczających wybór określonych osób do rad Kas Chorych (art. 75 ust. 4).

Powierzenie sejmikowi województwa obowiązku powoływania rady regionalnej Kasy Chorych jest istotnym novum systemu ubezpieczeń zdrowotnych i ustroju Kas Chorych. Oto ustawodawca zasadniczo zmienia koncepcję instytucji powołanej do realizowania zadań wynikających z zasady powszechnych obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Kasa Chorych nieznacznie przypomina kasy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego ufundowane w ustawie z 6 lutego 1997 roku, choć zadania obu instytucji są niemal identyczne, co już podkreślaliśmy. Dzieje się tak głównie za sprawą pozbawienia ubezpieczonych bezpośredniego udziału, choćby w pewnym tylko zakresie, w kreowaniu najważniejszego organu kasy, jakim jest jej rada.

W myśl art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa<sup>18</sup>, sejmik województwa jest organem stanowiącym i kontrolnym województwa. Czy przypisanie temu organowi funkcji powoływania rady Kas Chorych znajduje uzasadnienie w koncepcji województwa i funkcji organów samorządu województwa? Pełna odpowiedź na to pytanie wymagałaby wnikliwej analizy nie tylko przepisów regulujących te kwestie, ale również obszernej argumentacji na rzecz przyjętych rozwiązań w dyskusjach parlamentarnych i pozaparlamentarnych oraz w literaturze naukowej.

W naszym przekonaniu regionalna wspólnota samorządowa, jaką tworzą mieszkańcy województwa (art. 1 ustawy o samorządzie województwa) ma odmienny charakter niż wspólnota (samorządna?), jaką są uprawnieni do otrzymywania świadczeń zdrowotnych. Ta pierwsza istnieje w ramach województwa jako jednostki podziału terytorialnego wyodrębnionej w celu wykonywania administracji publicznej. Samorząd województwa wykonuje zadania publiczne o charakterze wojewódzkim (art. 2 ust. 2 cytowanej ustawy). Zadania publiczne o charakterze wojewódzkim obejmują oczywiście również zadania w zakresie promocji i ochrony zdrowia (art. 14 ust. 1 pkt 2 cytowanej ustawy).

Spółeczność ubezpieczonych uprawnionych do korzystania ze świadczeń zdrowotnych powstaje na bazie wspólnego dążenia do zapewnienia wszystkim jej członkom stosownej opieki zdrowotnej. Wspólnotę tę stwarza specyficzny interes każdego jej uczestnika. Aspekt terytorialny nie jest tu kryterium obligatoryjnym, gdyż zamieszkiwanie poza obszarem działania Kasy Chorych nie jest przeszkodą w uzyskiwaniu członkostwa w niej (art. 69a ust. 4 cytowanej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym). Nie ma potrzeby przytaczania w tym miejscu racji przemawiających za koniecznością nadania tej społeczności atrybutów samorządności w realizacji jej przedmiotowych celów i zadań. Powołanie samorządowych struktur na tym obszarze zaspokajania potrzeb społecznych jest ważnym zadaniem w procesie przebudowy ustroju społecznego w naszym kraju.

Pozbawienie społeczności ubezpieczonych możliwości samodzielnego kreowa-

---

<sup>18</sup> Zob. przyp. 10.

nia organów własnego mechanizmu samorządowego oznacza daleko idące ograniczenie owej samorządności. Nie sądzimy, że Kasy Chorych miałyby być w określonym stopniu wyizolowane w ramach samorządnej społeczności regionalnej. Ich działalność musi być skoordynowana w ramach województwa i komplementarna wobec działalności innych organizacji, instytucji i urzędów. Samorząd województwa jest jak najbardziej predysponowany do spełniania takiej roli. Określanie strategii rozwoju województwa i realizacja polityki w tym zakresie nie może odbywać się z pominięciem zadań opieki zdrowotnej. To właśnie powinno być polem kompetencji sejmiku wojewódzkiego, nie zaś wmontowywanie do układu Kasy Chorych własnej ekspozytury. Fakt, że sejmik wojewódzki powołuje radę spośród osób ubezpieczonych nie zmienia oceny przyjętego rozwiązania legislacyjnego. Powołani w ten sposób członkowie rady Kasy Chorych będą raczej przedstawicielami powołujących niż ubezpieczonych. Ci ostatni bowiem nie mają żadnego realnego i formalnego wpływu na ich nominację.

Nie można oczywiście przesądzać, że nominaci sejmiku województwa, zasiadając w radzie Kasy Chorych, nie będą działać w interesie ubezpieczonych. Nie można z góry orzekać, że będą to osoby niezdolne do artykułowania rzeczywistych potrzeb i wskazywania możliwości, sposobów i środków ich zaspokajania. Rzecz jednak w tym, że kierownicze gremium kasy jest formowane przez organ obcy, spoza własnej struktury, do tego w sposób arbitralny i bez formalnych możliwości kwestionowania składu osobowego rady. Rozwiązanie takie niesie szereg niebezpieczeństw i zagrożeń dla autentyczności samorządu ubezpieczonych i przedstawicielskiego charakteru rad Kas Chorych.

Według obowiązującego porządku prawno-ustrojowego, sejmik województwa wyłaniany jest na podstawie wyników wyborów<sup>19</sup>. Zgodnie z ordynacją wyborczą radni sejmiku wybierani są w okręgach wyborczych bezpośrednio spośród zgłoszonych kandydatów (art. 161 ust. 1 ordynacji wyborczej). Podział mandatów dokonuje się pomiędzy listy kandydatów proporcjonalnie do łącznej liczby głosów oddanych na kandydatów danej listy (art. 162 ust. 1 ordynacji wyborczej). Praktycznie, w pewnym uproszczeniu, oznacza to, że zwycięskie ugrupowania polityczne uzyskując najliczniejszą reprezentację w sejmiku województwa kształtują jego polityczne oblicze, a następnie program i instrumentarium działania. Wybory samorządowe z 11 października 1998 roku przyniosły rozstrzygnięcia, które były podstawą tworzenia różnych sojuszków i koalicji w celu uzyskania większości w sejmikach województw. Tak zorganizowane sejmiki podjęły z dniem 1 stycznia 1999 roku działalność. One to, zgodnie z art. 75, w związku z art. 167 ust. 4 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, przystąpiły do powoływania rad regionalnych Kas Chorych. Rady te miały rozpocząć działalność z dniem 1 września 1999 roku.

Skład osobowy rad regionalnych Kas Chorych jest generalnie odzwierciedleniem układu sił politycznych w poszczególnych sejmikach. W radach zasiedli przedstawiciele partii i

---

<sup>19</sup> Ustawa z dnia 16 lipca 1998 roku. Ordynacja wyborcza do rad gmin, rad powiatów i sejmików województw (Dz.U. z 1998 roku, nr 95, poz. 602).

ugrupowań mających większość w sejmikach, a obok nich ewentualnie osoby rekomendowane przez te partie. W radach dziewięciu regionalnych Kas Chorych znaleźli się reprezentanci i zwolennicy partii lewicowych. W pozostałych siedmiu kasach regionalnych rady zostały zdominowane przez osoby o orientacji prawicowej i centrowej<sup>20</sup>.

W tej sytuacji siłą rzeczy nasuwają się wątpliwości czy rady regionalnych Kas Chorych o takim składzie osobowym będą zdolne konsekwentnie i w pełni wykonywać nałożone na nie zadania? Chodzi nie tylko o kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie członków rad, o stopień znajomości przez nich problemów i specyfiki ubezpieczeń zdrowotnych i samych kas, choć ma to pierwszorzędne znaczenie. Wydaje się, że stan w tym względzie nie jest zadowalający skoro grupa posłów wniosła do Sejmu projekt ustawy przewidującej przesunięcie terminu rozpoczęcia działalności rad regionalnych Kas Chorych na dzień 1 kwietnia 2000 roku. Do tego czasu przeprowadzone zostałyby odpowiednie szkolenia dla członków tych organów<sup>21</sup>. Czy podniesienie tą drogą znajomości problematyki kas osłabi choćby partyjno-polityczną więź członków rad z ich ugrupowaniami, mamy co do tego poważne wątpliwości.

Przyjęte rozwiązania w zakresie powoływania rad regionalnych Kas Chorych spowodowały, że elekcja ta ma w wyższym stopniu charakter politycznych gier i rywalizacji niż pełnego troski poszukiwania właściwych kandydatów, którym można by powierzyć te odpowiedzialne funkcje. W efekcie, ustawodawcze deklaracje o samorządowym charakterze kas, wobec zastosowanego sposobu powoływania rad, są w praktyce poważnie osłabione. Można oczywiście argumentować, że skoro sejmik województwa jest przedstawicielskim organem regionalnej wspólnoty samorządowej, to i powołana przezeń rada Kasy Chorych ma (w jakimś stopniu) charakter przedstawicielski. Trudno jednak przychylić się do takiego uzasadnienia, zwłaszcza w warunkach naszej niedojrzałej, ciągle jeszcze kształtującej się demokracji i wobec recydywistycznych skłonności do sięgania po metody autorytarne i dyrektywno-administracyjne, co objawiają aktorzy polskiej sceny politycznej.

Zlikwidowanie rejonowych oddziałów regionalnych kas pociągnęło wykreślenie z ich struktury wewnętrznej zgromadzenia przedstawicieli ubezpieczonych będącego w najgłębszym sensie organem przedstawicielskim ubezpieczonych. Utworzenie biur terenowych, zwanych oddziałami Kasy, nie przyniosło jednakże żadnej formy bezpośredniego udziału ubezpieczonych w funkcjonowaniu Kas Chorych.

Nie uważamy, że pierwotny tekst ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym przynosił we wszystkich sprawach rozwiązania słuszne i ze wszech miar pożądane, służące urzeczywistnianiu wpływu społeczeństwa w tak ważnej dziedzinie, jak opieka zdrowotna. Nowelizacja z lipca 1998 roku stanowi jednakże w tym względzie krok wstecz, gdyż wprowadza instytucjonalne ograniczenia wglądu ubezpieczonych w działalność Kas Chorych, nie mówiąc o społecznym, bezpośrednim nadzorze<sup>22</sup>. Nie substytuują tego braku komisje skarg i wniosków, których status nie

<sup>20</sup> Podajemy za „Gazetę Wyborczą” z 3 września 1999 roku, s. 4.

<sup>21</sup> Podajemy za „Gazetę Medyczną” z 2 września 1999 roku, s. 2.

<sup>22</sup> O recepcji tego faktu, zob. *Miał być nadzór społeczny, będzie polityczny. Walka o kasę chorych*, „Dziennik Łódzki” 1999, s. 7.



jest zresztą zbyt jasny (art. 75b i 76 ustawy). Nowelizacja jest zwrotem w kierunku administracyjnych form i menedżerskich metod realizacji zadań powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Ustanowienie w Kasach Chorych jedynie dwóch organów upraszcza wprawdzie i skraca proces decyzyjny i wykonawczy. Przyjęte rozwiązania wszakże pozbawiają, a co najmniej ograniczają wpływ ubezpieczonych na ich działalność, co oddala jeszcze bardziej od rzeczywistości deklarację art. 66 ustawy o samorządności Kasy i reprezentowaniu przez nią ubezpieczonych. Zapośredniczenie przedstawicielstwa ubezpieczonych w politycznej emanacji wojewódzkiego układu sił, jaką jest sejmik, czyni to przedstawicielstwo w praktyce fikcją czy życzeniowym modelem. Partyjne odczytywanie i artykulacja interesów społecznych jest zawsze zdeterminowana partykularnymi wartościami i takimiż interpretacjami.

Pozbawienie ubezpieczonych możliwości wpływu i kontroli działalności Kas Chorych i ich organów, a w tym zwłaszcza działalności na odcinku dysponowania finansami opierającymi się na składkach, może spowodować mimowolną konwersję funkcji tych instytucji. W którymś momencie może pojawić się sytuacja, że organy Kas Chorych staną się autonomicznymi instytucjami biurokratycznymi zamiast realizować zadania statutowe Kas, co miałoby niewiele wspólnego z ubezpieczeniem zdrowotnym obywateli. Rada i zarząd Kasy Chorych stałyby się instrumentami osiągania formalnej poprawności i finansowej równowagi. Specyfika zadań opieki zdrowotnej, ich społeczna doniosłość i charakter stałyby się co najwyżej propagandowymi motywami Statutu Kasy Chorych.

Uniknięcie tych niebezpieczeństw wymaga między innymi takich rozwiązań organizacyjnych, które organy Kas Chorych czyniłyby instrumentami realizacji tak ważnych zadań w sferze opieki zdrowotnej, nie zaś wyłącznie osiągania założonych planów, wskaźników etc. Struktury biurokratyczne, jak wiadomo, koncentrują się na tym ostatnim. Bezpośredni udział ubezpieczonych należących do danej Kasy w jej działalności może przyczynić się do zapobiegania tym deformacjom. Bez względu na sposób powoływania organów Kas Chorych, ich działalność musi podlegać ocenie i kontroli ubezpieczonych. Taka pokontrolna ocena powinna oczywiście mieć swoistą siłę sprawczą jako czynnik współtworzący i korygujący działalność odpowiednich, profesjonalnych zespołów administracyjnych. Przekazanie funkcji nadzorczych i kontrolnych organowi administracji, jakim jest Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych nie może zastąpić roli ubezpieczonych w wykonywaniu szczególnego władztwa wynikającego z samorządności jednostek organizacyjnych ubezpieczenia zdrowotnego, to jest Kas Chorych.

Oceny i wnioski tu przedstawione formułujemy kierując się przekonaniem, że na obecnym etapie rozwoju polskiego systemu politycznego i całego systemu społecznego, *one best way* w rozwoju ubezpieczeń zdrowotnych i służby zdrowia jest fundowanie i umacnianie mechanizmów samorządowych. Samorządność traktujemy przy tym jako wykonywanie przez określoną wspólnotę danych zadań w imieniu własnym i własną odpowiedzialność, przy pomocy powołanych przez siebie organów. Takiego przymiotu Kasy Chorych w obecnym kształcie nie posiadają. Przypadek rad Kas Chorych i bezceremonialne odebranie im atrybutów przedstawicielstwa

potwierdza, jak trudny i złożony jest proces kształtowania się demokratycznego, samorządowego społeczeństwa. I choć oczywiste jest stwierdzenie, że realizacja zadań w zakresie opieki zdrowotnej w istotny sposób różni się od sprawowania władzy w innych dziedzinach, to model biurokratyczno-menedżerski ma nadal dla części elit politycznych walory uniwersalnego paradygmatu.

Specyfika ubezpieczeń zdrowotnych i opieki zdrowotnej jest argumentem upoważniającym do tego, by postulować pod adresem elit politycznych wyłączenie tego obszaru z areny rywalizacji i walki politycznej. Partie i ugrupowania polityczne powinny wypracować model konsensualny a nie konfliktowy niezbędnej kooperacji w wypełnianiu powinności i zadań opieki zdrowotnej wobec całego społeczeństwa. Przynależność do określonej partii nie może przesądzać o wyborze środków i metod realizacji tych zadań. Model organizacyjny instytucji ubezpieczeń zdrowotnych czy służby zdrowia ma być podporządkowany imperatywowi ochrony najwyższych wartości ludzkich – życia i zdrowia człowieka. Nie może zaś być mechanizmem zapewniania dominacji jakiejś grupy nad resztą społeczeństwa.

Przytoczone argumenty pozwalają na sformułowanie opinii, w myśl której realny udział ubezpieczonych w wypełnianiu zadań Kas Chorych zapewnić może powołanie organu przedstawicielskiego wyłonionego w drodze bezpośrednich wyborów. Organ ten, nazwijmy go konwentem ubezpieczonych, powinien być wyposażony w realne kompetencje stanowiące i kontrolne, a w jego skład wchodziłyby osoby o odpowiednich kwalifikacjach merytorycznych i obywatelskiej postawie etycznej. Bezpośrednie, równe i tajne wybory, w których brałoby udział ubezpieczeni pełnoletni, będący członkami danej kasy, byłyby zasadniczym sposobem formowania tych organów. Liczebność konwentu ubezpieczonych powinna być uzależniona od liczby ubezpieczonych w kasie, przy zastosowaniu wskaźnika 1 członek konwentu na 100.000 ubezpieczonych. Kadencja konwentu ubezpieczonych powinna trwać 5 lat, co dodatkowo dystansowałoby Kasy Chorych wobec zmian konfiguracji politycznych w organach państwowych i samorządu terytorialnego następujących po upływie ich czteroletniej kadencji.

Konwent ubezpieczonych, w uchwalanym przez siebie statucie Kasy, określałby zadania oraz formy i metody ich wykonywania przez powołane przez siebie organy przewidziane w ustawie (zarząd i komisja rewizyjna). Konwent powinien odbywać swe posiedzenia co kwartał. Projekty decyzji przygotowywałyby zespoły merytoryczne (stałe i doraźne). Uchwały podejmowane byłyby w drodze głosowania, bezwzględną większością głosów.

Uboższą niejako wersją samorządu kasowego byłoby powołanie konwentu Kasy Chorych składającego się z wybieranych jak w powyższej propozycji przedstawicieli ubezpieczonych oraz członków desygnowanych przez wojewodów i marszałków województwa po uzgodnieniu (zaopiniowaniu) przez sejmik województwa. Przedstawiciele władz wojewódzkich nie mogłoby stanowić więcej jak 25% składu konwentu Kasy Chorych.

Funkcje nadzorcze i kontrolne wobec Kas Chorych powinna wykonywać specjalna komórka ministerstwa zdrowia. Działałaby ona w ścisłym kontakcie z krajo-

wą reprezentacją Kas Chorych i komisjami rewizyjnymi kas regionalnych. Istnienie Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych nie wydaje się uzasadnione. Szerokie uprawnienia tego Urzędu również osłabiają samorządność Kas Chorych.

Poszukiwanie modelu opieki zdrowotnej, który byłby syntezą potrzeb i możliwości w tej sferze, jest poważnym i odpowiedzialnym zadaniem społecznym. Obowiązek taki ciąży na kolejnych koalicjach politycznych sprawujących władzę w państwie i w strukturach samorządu terytorialnego. Bezcenny jest w tych poszukiwaniach udział lekarzy, farmaceutów i przedstawicieli innych zawodów związanych z realizacją zadań opieki zdrowotnej. Specjaliści nauk prawnych, ekonomicznych, nauk o organizacji i zarządzaniu oraz innych gałęzi i dyscyplin naukowych mogą wnieść znaczący wkład w to dzieło.

Znalezieniu optymalnych rozwiązań sprzyjać może wiele innych form aktywności i zaangażowania różnych środowisk społecznych. Wszyscy jednak oczekujemy na stworzenie mechanizmów zapewniających na niezbędnym poziomie opiekę zdrowotną. Wieloletnia dyskusja i prace nad budowaniem takiego systemu dowodzą, że zasadnicze znaczenie dla efektywności tych wysiłków ma wola i zdecydowanie głównych sił politycznych oraz ośrodków władzy. Ustawodawstwo, instrumentalizując przyjętą koncepcję, staje się czynnikiem bezpośredniej kreacji instytucjonalnych mechanizmów tworzonego systemu i określa obowiązujące zasady jego funkcjonowania. Krytyczna dyskusja w trakcie poszukiwania modelu, ocena kryteriów jego optymalności czy wnioski o dokonanie zmian systemu już funkcjonującego stanowią ważne sygnały i bodźce dla ustawodawcy. Ma to oczywiście wartość i sens społeczny, gdy formułowane refleksje wynikają z dążenia do zmian niosących możliwości pełniejszego osiągnięcia zakładanych celów poprzez stosowanie społecznie akceptowanych form, środków i metod działania. Kryterium to było dla nas punktem wyjścia w zawartych w tym opracowaniu rozważaniach, ocenach i przedkładanych propozycjach. W tym miejscu z całą mocą podkreślamy, że wszelkie koncepcje tworzenia i zmian muszą być spójne z potrzebami społeczeństwa i aprobowane przez nie. Inne uzasadnienia i motywacje mogą służyć co najwyżej zapewnieniu dobrego samopoczucia ich autorom, promotorom i zwolennikom.

#### SUMMARY

##### **The Reform of Health Care. Self-government or Political and Administrative Model**

The right for health care is democratic political systems one of the most important rights of the citizens. Specific solutions concerning the organization of functioning of the health care system reflect the concepts accepted by the dominant political authorities. The level and the way of accomplishment of the health care functions in relation to the citizens is a practical criteria and the expression of the real attitude of the authorities towards fundamental goods and values of the citizens.

A complicated searching process of the Polish model of health care system makes one think about the solutions which were proposed by the consecutive ruling coalitions. The attitude of huge masses of people univocally depicts the need of

reforms securing the real access to health services and elimination of pathological phenomena having place in the institutions of health care.

The system of health care deriving from the period before transformation became, almost without any changes a part of a new social order for the next ten years. There were, in the meantime many discussions and disputes on unavoidable changes and a reform in which a dominant part was taken up by political and doctrinal theory. The disputes between the right wing and the left wing resulted in the acceptance of the bill about the general health care which was passed from the initiative of the left wing ruling coalition in February 1997. As early as in July 1998 a victorious right wing coalition made radical changes in the amendments to the bill.

One of the most important points of discussion is whether the health care institutions, which are a specific organizational system, should be the structures of self-government character (an act of 1997) or political and administrative (an amendment of 1998).