

**UNIWERSYTET MEDYCZNY IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W  
POZNANIU  
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU**

**Izabela Jach-Męczekalska**

**Prawne aspekty transformacji systemu ochrony zdrowia w Polsce po 1989 roku  
Interdyscyplinarne studium z zakresu nauk o zdrowiu i nauk prawnych**

**Praca doktorska**

**Promotor: dr hab. Monika Urbaniak**

Poznań, 2016 r.

**Nulla res tam necessaria est omni generi hominum quam medicina.**

**(Marcus Fabius Quintilianus)**

**Nic nie jest tak potrzebne człowiekowi, jak medycyna.**

**(Kwintylian)**

**Pragnę wyrazić serdeczne podziękowania  
Promotorowi mojej pracy- Pani dr hab. Monice Urbaniak  
za pomoc merytoryczną, cenne rady, życzliwość  
i opiekę w realizacji rozprawy doktorskiej.**

**Miłość zmienia oblicze świata,  
a świat zorganizowany przez miłość  
zmienia nas samych.  
(Anna Kamińska)**

**Mojemu kochanemu Mężowi Błażejowi**

## WYKAZ SKRÓTÓW

<b>AAN</b>	Archiwum
<b>AOTM</b>	Agencja Oceny Technologii Medycznych
<b>APP OUU</b>	Archiwum Państwowe w Poznaniu, Okręgowy Urząd Ubezpieczeń
<b>art.</b>	artykuł
<b>AWS</b>	Akcja Wyborcza Solidarność
<b>BBWR</b>	Bezpartyjny Blok Współpracy z Rządem
<b>CEIDG</b>	Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej
<b>CMKP</b>	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
<b>cyt.</b>	cytowany (-a, -e)
<b>DZ. U.</b>	Dziennik Ustaw
<b>EBHC</b>	<i>Evidence based health care</i>
<b>EKPP</b>	Europejska Karta Praw Pacjenta
<b>FUZ</b>	Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych
<b>GUS</b>	Główny Urząd Statystyczny
<b>HTA</b>	<i>Health technology assessment</i>
<b>k.c.</b>	ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn.zm. )
<b>K.CH.</b>	Kasa Chorych
<b>KLRwP</b>	Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
<b>KO</b>	Komitet Obywatelski
<b>k.p.c.</b>	ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. Nr 43, poz. 934 z późn.zm.)
<b>KPCZ</b>	Komunistyczna Partia Czechosłowacji
<b>K.P.U.Z</b>	Kasa Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego
<b>KRS</b>	Krajowy Rejestr Sądowy
<b>KRUS</b>	Kasa Rolnicza Ubezpieczenia Społecznego
<b>k.s.h.</b>	ustawa z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz. U. Nr 94, poz. 1037 z późn.zm.)
<b>M.b.dz.p.</b>	Ministerstwo byłej dzielnicy Pruskiej
<b>m.in.</b>	między innymi
<b>MKS</b>	Międzyzakładowy Komitet Strajkowy
<b>MS</b>	Ministerstwo Sprawiedliwości
<b>MZ</b>	Ministerstwo Zdrowia
<b>nauk.</b>	naukowy (-a,-e)
<b>NFZ</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia
<b>NIP</b>	Numer Identyfikacji Podatkowej
<b>np.</b>	na przykład
<b>nr</b>	numer
<b>NRL</b>	Naczelna Rada Lekarska
<b>NSL</b>	Nowiny Społeczno-Lekarskie
<b>NSZZ</b>	Niezależny Samorządny Związek Zawodowy „Solidarność”
<b>nt.</b>	na temat
<b>OSN</b>	Orzecznictwo Sądu Najwyższego
<b>OTK</b>	Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego
<b>PAL</b>	Palestra
<b>pkt.</b>	punkt
<b>PKWN</b>	Polski Komitet Wyzwolenia Narodowego

<b>PiM</b>	Prawo i Medycyna
<b>PiP</b>	Państwo i Prawo
<b>poz.</b>	pozycja
<b>POZ</b>	Podstawowa Opieka Zdrowotna
<b>PP</b>	Praktyka Prywatna
<b>PRL</b>	Polska Rzeczpospolita Ludowa
<b>PS</b>	Przełąd Sądowy
<b>PSL</b>	Polskie Stronnictwo Ludowe
<b>PUS</b>	Przełąd Ubezpieczeń Społecznych
<b>PZPR</b>	Polska Zjednoczona Partia Robotnicza
<b>r.</b>	rok
<b>red.</b>	redakcja
<b>RM</b>	Rada Ministrów
<b>RP</b>	Rzeczpospolita Polska
<b>RPO</b>	Rzecznik Praw Obywatelskich
<b>RUM</b>	Rejestr Usług Medycznych
<b>SA</b>	Sąd Apelacyjny
<b>SDKPiL</b>	Socjaldemokracja Królestwa Polskiego i Litwy
<b>SLD</b>	Sojusz Lewicy Demokratycznej
<b>SN</b>	Sąd Najwyższy
<b>SPZOZ</b>	Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
<b>sygn.</b>	sygnatura
<b>t.</b>	tom
<b>tekst jedn.</b>	tekst jednolity
<b>tj.</b>	to jest
<b>TK</b>	Trybunał Konstytucyjny
<b>TS</b>	Trybunał Stanu
<b>TWE</b>	Traktat Wspólnoty Europejskiej
<b>twz.</b>	tak zwany
<b>UE</b>	Unia Europejska
<b>UM</b>	Uniwersytet Medyczny
<b>UNICEF</b>	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i> , Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci
<b>UNUZ</b>	Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych
<b>UP</b>	Unia Pracy
<b>u.o.zm.u.p.u.z.zm.n.u.</b>	ustawa o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw
<b>u.p.u.z</b>	ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym
<b>u.ś.o.z</b>	ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
<b>ust.</b>	ustęp
<b>UW</b>	Unia Wolności
<b>WE</b>	Wspólnoty Europejskie
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i> , Światowa Organizacja Zdrowia
<b>WSA</b>	Wojewódzki Sąd Administracyjny
<b>z.</b>	zeszyt
<b>ZiZ</b>	Zdrowie i Zarządzanie
<b>ZLP</b>	Zakład Lecznictwa Pracowniczego
<b>ZLPP</b>	Związek Lekarzy Państwa Polskiego

<b>zm.</b>	zmiany
<b>ZOZ</b>	Zakład Opieki Zdrowotnej
<b>ZP</b>	Zdrowie Publiczne
<b>ZUS</b>	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

## Spis treści

<b>Wstęp .....</b>	<b>7</b>
<b>Rozdział I Zdrowie publiczne i system ochrony zdrowia .....</b>	<b>17</b>
<b>1. Zdrowie i zdrowie publiczne .....</b>	<b>17</b>
1.1 Zdrowie .....	17
1.2. Zdrowie publiczne .....	22
1.3. Rola zdrowia publicznego .....	26
<b>2. System ochrony zdrowia .....</b>	<b>29</b>
<b>3. Modele systemów ochrony zdrowia .....</b>	<b>36</b>
3.1 Model Bismarcka .....	36
3.2 Model Beveridge'a .....	39
3.3 Model Siemaszki .....	41
<b>4. Wnioski.....</b>	<b>42</b>
<b>Rozdział II Geneza i rozwój systemu ochrony zdrowia w II Rzeczypospolitej .....</b>	<b>45</b>
<b>1. Geneza polskiego systemu ochrony zdrowia.....</b>	<b>45</b>
1.1 Początki kształtowania się systemu ochrony zdrowia w II RP .....	45
1.2 Pierwsze regulacje dotyczące problematyki ubezpieczenia na wypadek choroby.....	49
<b>2. System ochrony zdrowia w świetle postanowień ustawy z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby .....</b>	<b>53</b>
2.1 Struktura wewnętrzna Kas Chorych .....	60
2.2 Źródła finansowania Kas Chorych.....	63
<b>3. Organizacja lecznictwa w Kasach Chorych.....</b>	<b>65</b>
3.1 Otwarta opieka zdrowotna .....	65
3.2 Zamknięta opieka zdrowotna .....	68
<b>4. Reforma systemu ochrony zdrowia w świetle postanowień ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym .....</b>	<b>72</b>
4.1 Struktura wewnętrzna Ubezpieczalni Społecznych .....	82
4.2 Źródła finansowania Ubezpieczalni Społecznych .....	84
<b>5. Reorganizacja lecznictwa podstawowego – wprowadzenie systemu lekarza domowego w ramach Ubezpieczalni Społecznej.....</b>	<b>85</b>
<b>6. Wnioski.....</b>	<b>91</b>
<b>Rozdział III Organizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce Ludowej .....</b>	<b>94</b>
<b>1. Konstytucyjne podstawy oraz założenia ideologiczne systemu ochrony zdrowia PRL ...</b>	<b>94</b>
1.1 Koncepcja państwa dobrobytu .....	97
1.2 Odpowiedzialność państwa za zdrowie .....	98
<b>2. Geneza społecznego systemu ochrony zdrowia.....</b>	<b>99</b>
<b>3. Ustrój systemu ochrony zdrowia w Polsce Ludowej.....</b>	<b>106</b>



3.1 Świadczeniodawcy opieki zdrowotnej w okresie Polski Ludowej .....	106
3.2 Podstawy finansowania opieki zdrowotnej w okresie PRL .....	108
3.3 Rodzaje ubezpieczeń w PRL .....	110
<b>4. Podział opieki zdrowotnej – formy pomocy medycznej.....</b>	<b>117</b>
<b>5. Wnioski.....</b>	<b>129</b>
<b>Rozdział IV Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1989-1997</b>	
.....	<b>132</b>
<b>1. Geneza transformacji ustroju politycznego Rzeczypospolitej Polskiej .....</b>	<b>132</b>
1.1 Okrągły Stół.....	135
1.2 Postanowienia Okrągłego Stołu.....	136
<b>2. Konstytucyjne podstawy ochrony zdrowia w początkowym okresie transformacji</b>	
<b>ustrojowej III Rzeczypospolitej .....</b>	<b>139</b>
2.1 Uchwalenie Ustawy Konstytucyjnej z 1992 roku .....	139
2.2 Założenia Ustawy Konstytucyjnej z 1992 roku .....	140
<b>3. Geneza systemu ochrony zdrowia w III Rzeczypospolitej.....</b>	<b>142</b>
3.1 Ministerstwo Zdrowia.....	152
3.2 Rola Ministerstwa Zdrowia .....	152
<b>4. Ustrój systemu ochrony zdrowia III Rzeczypospolitej w świetle postanowień ustawy z</b>	
<b>dnia 6 lutego 1997 roku o ubezpieczeniu powszechnym .....</b>	<b>153</b>
4.1 Instytucja Kasy Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego .....	154
4.2 Podmiotowy zakres świadczeń w świetle postanowień ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o	
powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.....	160
4.3 Zakres przedmiotowy w świetle postanowień ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym	
ubezpieczeniu zdrowotnym .....	163
4.4 Struktura wewnętrzna Kas Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego.....	167
4.5 Źródła finansowania Kas Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego .....	169
<b>5. Wnioski.....</b>	<b>170</b>
<b>Rozdział V Reforma systemu ochrony zdrowia w 1998 roku.....</b>	<b>172</b>
<b>1. Konstytucyjne podstawy ochrony zdrowia w świetle Konstytucji z 1997 roku .....</b>	<b>172</b>
<b>2. Podstawowe założenia reformy systemu ochrony zdrowia z 1998 roku.....</b>	<b>179</b>
2.1 Decentralizacja systemu ochrony zdrowia.....	180
2.2 Zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia .....	184
<b>3. System Kas Chorych.....</b>	<b>188</b>
3.1 Podmiotowy zakres świadczeń w świetle postanowień ustawy z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie	
ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw.....	190
3.2 Przedmiotowy zakres świadczeń w świetle postanowień ustawy z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie	
ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw.....	192
3.3 Struktura wewnętrzna Kas Chorych .....	194
3.4 Finansowanie systemu Kas Chorych .....	196
<b>4. Wnioski.....</b>	<b>202</b>
<b>Rozdział VI Ustrój ochrony zdrowia w świetle postanowień ustawy z dnia 27 sierpnia</b>	
<b>2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>	
.....	<b>204</b>

<b>1. Narodowy Fundusz Zdrowia jako instytucja ubezpieczenia zdrowotnego.....</b>	<b>204</b>
1.1 Podmiotowy zakres świadczeń w świetle postanowień ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych .....	211
1.2 Przedmiotowy zakres świadczeń zdrowotnych w świetle postanowień ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.....	213
1.3 Struktura wewnętrzna Narodowego Funduszu Zdrowia.....	220
1.4 Źródła finansowania systemu ochrony zdrowia w świetle postanowień ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.....	225
<b>2. Wnioski.....</b>	<b>229</b>
<b>Zakończenie.....</b>	<b>233</b>
<b>Streszczenie .....</b>	<b>240</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>245</b>
<b>Spis tabel.....</b>	<b>251</b>
<b>Spis wykresów .....</b>	<b>251</b>
<b>Piśmiennictwo .....</b>	<b>252</b>
<b>Akty prawne .....</b>	<b>252</b>
<b>Źródła książkowe .....</b>	<b>255</b>
<b>Artykuły .....</b>	<b>262</b>
<b>Inne źródła .....</b>	<b>268</b>
<b>Strony internetowe .....</b>	<b>268</b>

## Wstęp

W polskiej literaturze prawniczej istnieje stosunkowo mała liczba publikacji analizujących kompleksowo i syntetyzująco zagadnienia systemu ochrony zdrowia. Fakt ten uwarunkowany jest kilkoma czynnikami: ograniczoną ilością ekspertów z zakresu prawa medycznego, trudnością tematu *per se* oraz brakiem idealnego modelu systemu ochrony zdrowotnego w Polsce.

Zdrowie jest nadrzędną wartością w życiu każdego człowieka i w życiu społecznym w ogóle. System ochrony zdrowia należy do jednej z najważniejszych dziedzin życia społeczno-gospodarczego każdego państwa. Jest nim zbiór osób, instytucji i skoordynowany całokształt działań, którego celem jest realizacja świadczeń i usług profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych mających na celu zabezpieczenie i poprawę stanu zdrowia jednostki i zbiorowości. W szczególności do zadań systemu ochrony zdrowia należy: udostępnienie wszystkim jednostkom niezależnie od różnic kulturowych, społecznych czy materialnych kompleksowej opieki medycznej, zapewnienie możliwie jak najlepszej jakości usług medycznych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy i sztuki lekarskiej oraz wdrażanie różnych innowacji i progresywnych działań, które ulepszają system ochrony zdrowia. Każdy system opieki zdrowotnej jest kluczowym elementem polityki państwa i budowany jest w celu zaspokajania potrzeb zdrowotno-socjalnych ludności.

Stopień konkretyzacji tych potrzeb jest uwarunkowany wieloma elementami, które składają się na system ochrony zdrowia. Do elementów tych należą: świadczenia opieki zdrowotnej, podmioty opieki zdrowotnej (świadczeniodawcy, świadczeniobiorcy, płatnicy), podział opieki zdrowotnej (otwarta i zamknięta służba zdrowia) oraz bazę materialną (rodzaj, ilość, rozmieszczenie podmiotów leczniczych oraz źródła finansowania opieki zdrowotnej). Sposób finansowania służby zdrowia w konkretnym kraju jest uzależniony od ukształtowanego modelu systemu ochrony zdrowia. Finansowanie jest również uzależnione od możliwości ekonomicznych państwa, jak i od stawianych przez pacjentów oczekiwań w stosunku do konkretnego, funkcjonującego w danym państwie modelu systemu ochrony zdrowia.

W Polsce przemiany ustrojowo-społeczne po 1989 roku przyczyniły się do modyfikacji struktur związanych z organizacją życia i zaspokajania podstawowych potrzeb społeczeństwa, w tym ochrony zdrowia. Okres transformacji ustrojowej uwidoczniał

negatywne strony socjalistycznego systemu opieki zdrowotnej. Głównym jego założeniem była państwowość i planowość typowa dla modelu Siemaszki. Zakładał on finansowanie opieki zdrowotnej z budżetu państwa. Ponadto system ochrony zdrowia w Polsce Ludowej w swoich założeniach miał być powszechnie dostępny, czyli zapewniający bezpłatną opiekę medyczną wszystkim obywatelom oraz jednolity i kompleksowy, czyli miał gwarantować szeroki zakres usług medycznych. Powyższe postulaty, jak wspomniano okazały się fikcją. Dlatego też w nowych warunkach ustrojowych podjęto szereg działań mających na celu naprawę i uzdrowienie polskiej służby zdrowia. Podjęte na początku lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku reformy miały na celu poprawienie poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego i ulepszenie jakości leczenia. Ukoronowaniem przemian ustrojowych zachodzących w Polsce było uchwalenie *Konstytucji w 1997 roku*. Głosi ona w art. 2, że Rzeczypospolita jest demokratycznym państwem prawnym urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej. Zawiera katalog praw i wolności obywatela, w którym w art. 68 zagwarantowano prawo każdego do ochrony zdrowia. Wraz z przekształceniami ustrojowymi w Polsce przeobrażeniu uległy kwestie socjalne i dotyczące kształtu modelu ochrony zdrowia w Polsce. W III Rzeczypospolitej zaczął obowiązywać ubezpieczeniowy model systemu ochrony zdrowia w postaci instytucji ubezpieczeniowych Kas Chorych i Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Model ten oparty jest na wzajemnych relacjach pomiędzy trzema podmiotami: świadczeniodawcami (np. szpitalami), świadczeniobiorcami (pacjentami) i płatnikiem (Kasy Chorych i NFZ). Głównym źródłem finansowania ubezpieczeniowego modelu opieki zdrowotnej jest ubezpieczenie zdrowotne w NFZ. Niektóre drogie świadczenia wysokospecjalistyczne finansowane są bezpośrednio z budżetu Ministerstwa Zdrowia.

W niniejszej pracy podjęto się opracowania problematyki związanej z opieką medyczną w Polsce po 1989 roku, na tle założeń systemu ochrony zdrowia funkcjonującego w okresie międzywojennym i PRL z kilku powodów. W literaturze przedmiotu nie występują kompleksowe publikacje prezentujące założenia systemu ochrony zdrowia w III Rzeczypospolitej przez pryzmat koncepcji systemu opieki zdrowotnej w poprzednich okresach historycznych. Uzasadnienie ram czasowych mojej pracy wiąże się z momentami przełomowymi, które rozdzielały poszczególne okresy historyczne. Dokonałam podziału mojej pracy na takie części, które pokrywają się z tymi cezurami. Lata 1918-1939 przypadają na okres II Rzeczypospolitej, lata 1945-1989 przypadają na okres Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej (PRL), natomiast lata od 1989 do

dnia dzisiejszego to okres III Rzeczypospolitej. Jednakże ramy czasowe niniejszej pracy kończą się na roku 2004, który był przełomowy dla polskiej historii w aspekcie wejścia naszego państwa do Unii Europejskiej (UE), które to wejście miało wpływ na kształt systemu ochrony zdrowia. Stanowi on jedną z dziedzin polityki państwa, w której Unia udziela pomocy, koordynuje oraz uzupełnia działania państw członkowskich. Jest to jedna z fundamentalnych korzyści jaką odniosły państwa członkowskie w tym i Polska po wejściu do UE. Działania UE na rzecz zdrowia w państwach członkowskich skupiają się na: promowaniu zdrowego stylu życia, profilaktyce zdrowotnej, chronieniu obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia np. pandemii. Te działania Unii stwarzają większy poziom bezpieczeństwa dla organizacji ochrony zdrowia oraz zmierzają do wypracowania jednolitych standardów i norm w aspekcie szeroko rozumianego zdrowia publicznego w poszczególnych krajach członkowskich. Warto jednak podkreślić, iż za organizację i zarządzanie opieką zdrowotną odpowiadają państwa członkowskie. Wynika to bezpośrednio z przepisów *Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej* z 2009 roku. W szczególności jego art. 168 § 2 stanowi, że Unia zachęca do współpracy między Państwami Członkowskimi w dziedzinach określonych w niniejszym artykule oraz, jeśli to konieczne, wspiera ich działania. Natomiast art. 168 § 7 stanowi, iż działania Unii są prowadzone w poszanowaniu obowiązków Państw Członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej. Obowiązki Państw Członkowskich obejmują zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną, jak również podział przeznaczonych na nie zasobów.

W 2004 roku uchwalona została *ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Likwidowała ona Kasy Chorych i powoływała do życia Narodowy Fundusz Zdrowia. Ustawa ta potwierdzała *status quo* w zakresie modelu ubezpieczeniowego funkcjonującego w Polsce, a mianowicie system ochrony zdrowia nadal opierał się na powyższym modelu z tą różnicą, że zamiast Kas Chorych utworzono Narodowy Fundusz Zdrowia z szesnastoma oddziałami. Od 2004 roku ubezpieczenie zdrowotne jest rodzajem korelacji stosunków prawnych pomiędzy trzema podmiotami a mianowicie świadczeniobiorcą czyli ubezpieczonym, świadczeniodawcą i Narodowym Funduszem Zdrowia. Instytucja ta pełni funkcję płatnika w obecnym systemie ochrony zdrowia. Oznacza to, że podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Fundusz jest umowa o udzielenie świadczeń zdrowotnych pomiędzy Funduszem i świadczeniodawcą.

Z powyższych względów rok 2004 uczyniono cezurą końcową niniejszej rozprawy doktorskiej.

### **Przedmiot badań i główny cel rozprawy**

**Przedmiotem badań** jest organizacja systemu ochrony zdrowia i funkcjonowanie instytucji ubezpieczeniowych w Polsce. W rozprawie doktorskiej zostanie zaprezentowana analiza organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce po 1989 roku. Zagadnienia związane z powyższą problematyką będą rozpatrywane w kontekście historycznym z uwzględnieniem założeń koncepcji systemu ochrony zdrowia w II Rzeczypospolitej i PRL. Przedstawiona będzie geneza systemu ochrony zdrowia w Polsce po transformacji ustrojowej wraz z jej historycznymi uwarunkowaniami. Zostaną pokazane również różnorodne rozwiązania w poszczególnych systemach ochrony zdrowia w aspekcie jego struktury, założeń i finansowania.

**Celem pracy** jest analiza osiągnięć transformacji w zakresie zasad organizacji i podstaw prawnych systemu ochrony zdrowia po 1989 roku z uwzględnieniem analizy dynamiki zmian w zakresie ochrony zdrowia w II Rzeczypospolitej i Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej.

W dysertacji tej w celu kompleksowego zobrazowania powyższych zasad pracowałam na normach prawnych badając ustrój systemu opieki zdrowotnej trzech okresów historycznych: II Rzeczypospolitej, PRL i III Rzeczypospolitej. Dokonano charakterystyki instytucji ubezpieczeniowych pod względem prawno-organizacyjnym i funkcjonalnym po zmianach społeczno-ekonomicznych dokonanych w 1989 roku, a także przedstawiłam ewolucję ich rozwoju na przestrzeni dwóch poprzednich okresów historycznych: od roku 1918 do 1989. Skupiono się również na badaniu form pomocy medycznej. Zaobserwowano w jaki sposób prawo przyczyniło się do usprawnienia systemu opieki zdrowotnej. W konsekwencji czego ukazano wiele osiągnięć organizacyjnych w zakresie ochrony w wyniku transformacji ustrojowej po roku 1989 z uwzględnieniem dwóch poprzednich okresów historycznych II Rzeczypospolitej i PRL.

### **Celami szczegółowymi są:**

- prezentacja podziału terytorialnego, struktury wewnętrznej i zadań instytucji ubezpieczeniowych w III Rzeczypospolitej

- analiza zakresu podmiotowego i przedmiotowego ustaw z 1997 i 2004 uwzględniając rodzaje świadczeń i podmiotów ubezpieczonych w II Rzeczypospolitej i PRL
- analiza sposobu i źródeł finansowania ochrony zdrowia po transformacji ustrojowej
- przedstawienie różnic w koncepcjach systemów ochrony zdrowia w powyższych epokach historycznych
- badanie skuteczności (efektywności) przeprowadzonych zmian transformacyjnych w zakresie ochrony zdrowia po roku 1989

### **Pytania badawcze**

Sformułowanie pytań badawczych ma zasadnicze znaczenie dla odpowiedniego ukształtowania pracy. Pytania badawcze obejmują przede wszystkim kwestie prawnych aspektów transformacji systemu ochrony zdrowia w Polsce po 1989 roku. Odnoszą się również do przedmiotowego ustawodawstwa okresu II Rzeczypospolitej i PRL. Główne pytania badawcze w niniejszej dysertacji zostały przedstawione poniżej:

- Jak był skonstruowany pod względem prawnym i instytucjonalnym system ochrony zdrowia w II Rzeczypospolitej, PRL i III Rzeczypospolitej?
- W jakim stopniu ustawodawstwo II Rzeczypospolitej i czy w ogóle przyczyniło się do stworzenia koncepcji systemu ochrony zdrowia w PRL i III Rzeczypospolitej?
- Czy transformacja ustrojowa przyczyniła się do poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia w Polsce?
- Czy przemiany ustrojowe w 1989 roku w Polsce wpłynęły na bardziej ekonomiczny sposób finansowania systemu ochrony zdrowia?
- Czy współczesny system ochrony zdrowia zaspokaja potrzeby zdrowotne ludności i czy gwarantuje dobrą jakość opieki medycznej społeczeństwu?

### **Struktura rozprawy**

Konstrukcja pracy w układzie chronologiczno-rzeczowym przedstawiona została w sześciu rozdziałach poprzedzonych wstępem. Pierwszy z nich będzie zawierał zagadnienia dotyczące zdrowia i zdrowia publicznego. W rozdziale tym przedstawiono dwa główne modele definicji zdrowia czyli holistyczny i biomedyczny. Ponadto zostanie zdefiniowane zdrowie publiczne i ukazane szerokie spectrum jego zastosowania. Kolejną kwestią poruszaną będzie struktura, kryterium efektywności funkcjonowania systemu ochrony

zdrowia oraz rodzaje modeli finansowania systemów ochrony zdrowia (model Bismarcka, Beveridge'a i Siemaszki).

Drugi rozdział będzie traktował o systemie ochrony zdrowia w II Rzeczypospolitej. Na początku zaprezentowane będą uwarunkowania historyczne ochrony zdrowia w okresie międzywojennym oraz geneza systemu ochrony zdrowia w tym okresie. W rozdziale drugim poddano analizie strukturę wewnętrzną, funkcje i organizację instytucji ubezpieczeniowych (Kas Chorych), ponadto badano podmiotowy i przedmiotowy zakres świadczeń *ustawy z 19 maja 1920 o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby i ustawy 28 marca z 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym*. Przedstawiony zostanie również sposób finansowania systemu ochrony zdrowia w II Rzeczypospolitej oraz rodzaje i formy opieki medycznej. Trzeci rozdział dotyczy koncepcji i organizacji systemu ochrony zdrowia w PRL. Zostaną nakreślone w pierwszej kolejności założenia ideologiczne i podstawy konstytucyjne tego okresu historycznego, a następnie poddany zostanie analizie ustrój systemu ochrony zdrowia Polski Ludowej. Zostanie zaprezentowany przedmiotowy i podmiotowy zakres świadczeń *rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1946 roku o wprowadzeniu ubezpieczeń dla robotników rolnych, dekretu z dnia 28 października 1947 roku o wprowadzeniu zasiłków dla żon i dzieci pracowników, ustawy z dnia 29 marca 1965 roku objęła ubezpieczeniem społecznym rzemieślników, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 grudnia 1971 o wprowadzeniu ubezpieczenia dla osób prowadzących indywidualne gospodarstwa rolne*, sposób finansowania służby zdrowia. Czwarty rozdział będzie opisywał założenia transformacji ustroju politycznego, konstytucyjne podstawy i genezę ochrony zdrowia w okresie transformacji ustrojowej w III Rzeczypospolitej. Ponadto będzie zawierał opis ustroju ochrony zdrowia w świetle *ustawy z 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*. W piątym rozdziale wskazane zostaną konstytucyjne podstawy ochrony zdrowia w świetle *Konstytucji z 1997 roku* i założenia reformy systemu ochrony zdrowia z 1998 roku. Rozdział ten będzie ponadto zawierał charakterystykę instytucji ubezpieczeniowych (Kas Chorych), podmiotowego i przedmiotowego zakresu świadczeń medycznych i ich sposobu finansowania. W rozdziale szóstym uwzględniona zostanie charakterystyka systemu ochrony zdrowia w świetle postanowień *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Wybrałam taki układ pracy ponieważ analizowałam trzy okresy historyczne następujące po sobie i brałam pod uwagę konteksty historyczne niniejszych epok. Ponadto



w mojej pracy występują nawiązania do epok wcześniejszych, dlatego zachowałam układ chronologiczny w dysertacji.

Każdy rozdział został zakończony wnioskami. Natomiast w zakończeniu mojej rozprawy znalazło się podsumowanie dotyczące konieczności wprowadzenia zmian w polskim systemie ochrony zdrowia.

Całość rozprawy jest uzupełniona o spis treści, tabele oraz bibliografię.

### **Metody badawcze**

W realizacji historyczno-dogmatycznej koncepcji niniejszej pracy zastosowano metodę dogmatyczną i socjotechniczną. Ta pierwsza będzie polegała na analizie i interpretacji przepisów prawnych w danym systemie prawa. W niniejszej dysertacji tym systemem prawnym jest system ochrony zdrowia, na który składają się świadczenia opieki zdrowotnej, podmioty opieki zdrowotnej (świadczeniodawcy, świadczeniobiorcy, płatnicy), organizacja, podział opieki zdrowotnej (otwarta i zamknięta służba zdrowia) oraz baza materialna (rodzaj, ilość, rozmieszczenie zakładów opieki zdrowotnej) oraz źródeł finansowania opieki zdrowotnej na przestrzeni osiemdziesięciu sześciu lat w Polsce. Przedstawione rozmaite zjawiska prawne występujące w służbie zdrowia minionego okresu związane były z analizą norm tego konkretnego systemu prawnego. Każda norma prawna miała w nim aksjologiczne uzasadnienie. Stosując metodę dogmatyczną w badaniach posłużono się rekonstrukcyjną analizą semiotyczną czyli dążeniem nie tylko do biernego odtworzenia danego systemu wartości i aparatury pojęciowej prawa trzech wyżej wymienionych okresów. Dokonano również ocen najróżniejszych zjawisk i procesów zachodzących w systemie ochrony zdrowia. Do każdego rozdziału podjęto próbę tworzenia wniosków i sądów wartościujących. Poprzez rekonstrukcję norm prawnych z przepisów prawnych starano się uwidocznić różnorodność zjawisk i instytucji prawnych. W niniejszej dysertacji poddano interpretacji przepisy prawne trzech różnych okresów historycznych (II Rzeczypospolitej, PRL i III Rzeczypospolitej). Ze względu na ich niejasność i niezrozumiały język zastosowano językowe dyrektywy wykładni to znaczy takie reguły interpretacyjne racjonalnego prawodawcy, według których każda część tekstu prawnego jest potrzebna do odkodowania jakiejś normy prawnej i nie może być pominięta w toku wykładni. Interpretując przepisy minionych epok z dzisiejszej perspektywy moim celem było ustalenie rzeczywistego znaczenia norm prawnych zawartych w przepisach prawnych. Po pierwsz dokonano czynności rekonstrukcyjnych, czyli ustaliłam elementy syntaktyczne normy prawnej: okoliczności, adresata, nakaz lub zakaz oraz konkretne zachowanie. Po

drugie tym samym słowom i zwrotom tekstu prawnego przypisano identyczne znaczenie w danym systemie prawnym. W każdym przypadku gdy dane słowo okazało się wieloznaczne poddawałam je klaryfikacji (ujednoznacznieniu). Dokonując interpretacji przepisów prawnych w myśl wykładni językowej zwrócono uwagę na kontekst językowy w postaci pozostałych elementów aktualnie obowiązującego tekstu prawnego. W myśl funkcjonalnej wykładni prawa dokonano egzegezy przepisów prawnych mając na uwadze obiektywne wartości np. wartości konstytucyjne panujące w II Rzeczypospolitej, PRL i III Rzeczypospolitej oraz kontekst historyczny powyższych epok.

Problematyka dogmatyczna jest ściśle powiązana z problematyką socjotechniczną. Prawo jest bowiem ważnym elementem kultury i należy je badać w korelacji z jego aspektem społeczno-gospodarczym. Problem prawa to również problem porządku społecznego. Prawo musi oddziaływać na stosunki społeczne po to aby w maksymalnym stopniu były zgodne z systemem wartości, który został stworzony przez ustawodawcę. Dokonana analiza systemu ochrony zdrowia w II Rzeczypospolitej, PRL i III Rzeczypospolitej przyczyniła się do ukazania pewnych skutków społecznych (pozytywnych i pejoratywnych) funkcjonowania powyższego systemu w konkretnym układzie polityczno-społecznym. Dobitnym przykładem może być wprowadzenie w II Rzeczypospolitej ubezpieczeń na wypadek choroby, które stanowiło spektakularny sukces polityki socjalno-społecznej państwa polskiego. Niemniej jednak pewnym niedociągnięciem tej reformy było wykluczenie chłopów z możliwości korzystania z ubezpieczeń zdrowotnych. Negatywnym efektem społecznym socjalistycznej służby zdrowia w PRL była między innymi nadmierna centralizacja decyzji opartych na administracyjnych instrumentach zarządzania czy demoralizacja lekarzy.

W metodologii prawoznawstwa obok podejścia dogmatycznego rozróżniamy również podejście komparatystyczne w badaniu zjawisk prawnych. Polega ono porównaniu aktualnie obowiązującego prawa w różnych państwach lub na porównaniu różnych systemów prawa czy wartości na przestrzeni lat w danym kraju. Badania komparatystyczne są nieodzowną częścią dogmatyki i stanowią przedmiot zainteresowania dyscyplin historyczno-prawnych. W koncepcji układu niniejszej pracy posłużono się formalnym zabiegiem polegającym na porównywaniu systemów ochrony zdrowia trzech okresów historycznych II Rzeczypospolitej, PRL i III Rzeczypospolitej ich konstytucyjnych podstaw, podmiotowego i przedmiotowego zakresu świadczeń przyznawanych ubezpieczonym na podstawie różnych aktów prawnych, struktury

wewnętrznej instytucji ubezpieczeniowych, źródeł finansowania tych instytucji, organizacji leczenia – (podział na otwartą i zamkniętą służbę zdrowia).

**Tezy rozprawy zostały sformułowane w następujący sposób:**

- Ustawodawstwo II Rzeczypospolitej dotyczące kwestii zdrowotnych wpłynęło na koncepcję modelu systemu ochrony zdrowia w III Rzeczypospolitej
- Transformacja ustrojowa w 1989 roku nie wpłynęła znacząco na poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia, ani na jego jakość ani na organizacyjną sprawność
- System ochrony zdrowia w III Rzeczypospolitej wymaga udoskonalenia, możliwe byłoby to w wyniku realizacji jednego z następujących scenariuszy (zwiększenie składki ubezpieczeniowej przy pozostaniu przy ubezpieczeniowym modelu systemu ochrony zdrowia, przejścia na wolnorynkowy model ochrony zdrowia, stworzenie instytucji kontroli społecznej lub wprowadzenie mechanizmu współpłacenia świadczeń zdrowotnych przez pacjenta).

**Piśmiennictwo**

Tematyka niniejszej dysertacji ze względu na swoją rozległość i szeroki zakres czasowy wymagała rzetelnego studiowania oraz analizowania materiału normatywnego i różnych publikacji dotyczących zasad organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce. Podstawą źródłową niniejszej rozprawy stanowiły głównie książki z minionych epok, jak i współczesne oraz czasopisma. Należy zwrócić uwagę na książki Jolanty Sadowskiej, Krzysztofa Prętkiego, Macieja Warszawskiego. Dotyczyły one bezpośrednio kwestii ubezpieczeń ludności i instytucji ubezpieczeniowych w II Rzeczypospolitej. Okazały się niezwykle cenne przy konstrukcji problematyki badawczej mojej pracy. Co do czasopism to kluczowe miejsce zajęły publikacje w Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych i Nowinach Lekarskich. Stanowiły ważny materiał opiniodawczy o służbie zdrowia. Studiując literaturę okresu międzywojennego zauważyłam, iż w ograniczony sposób przedstawiała bilans działalności Kas Chorych. Brak jest gruntownych analiz i publikowanych monografii dotyczących pozytywnych i negatywnych aspektów funkcjonowania Kas Chorych w II Rzeczypospolitej.

Najważniejszym i jedynym źródłem wiedzy dotyczącym powyższych kwestii było czasopismo naukowe „Nowiny Lekarskie”, które przedstawiało korzystne i niekorzystne cechy powyższych instytucji ubezpieczenia, relacje pacjentów z Kasami Chorych oraz relacje lekarzy. Szczególnie ważne dla niniejszej dysertacji okazały się prace Janusza

Indulskiego, Bogdana Kleczkowskiego, Tadeusza Gortata, Jana Rosnera oraz Jana Fijałka. Niniejsze publikacje pomocne były przy omawianiu koncepcji i założeń systemu ochrony zdrowia w PRL a także form pomocy medycznej funkcjonujących w tym okresie. Są to prace syntetyzujące zagadnienia prawne związane z powyższą tematyką. Istotne dla pełnego zobrazowania zasad organizacji opieki medycznej w PRL były następujące czasopisma: „Zdrowie Publiczne” i „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych”. W analizowanej literaturze z okresu PRL dostrzegłam pobieżne potraktowanie kwestii dotyczącej rodzajów ubezpieczeń i ich podmiotów. Publikacje z czasów Polski Ludowej mało miejsca poświęcają zagadnieniom gabinetów prywatnych lekarzy oraz nie prezentują negatywnych konkluzji na temat socjalistycznego systemu ochrony zdrowia. Zwraca uwagę fakt, że publikacje z tego okresu nie opisują służby zdrowia w sposób obiektywny i prawdziwy. Taki sposób prezentacji wynikał z przyjętej przez ówczesną władzę propagandy sukcesu i braku odniesienia do innych wzorców istniejących w świecie.

Dla omówienia koncepcji systemu ochrony zdrowia i zasad funkcjonowania instytucji ubezpieczeniowych w III Rzeczypospolitej najważniejszymi i najbardziej interesującymi publikacjami były: prace Cezarego Włodarczyka, Stefana Poździecha, Stanisławy Golinowskiej, Katarzyny Tymowskiej i Jerzego Leowskiego.

Niezmiernie cennym materiałem opiniotwórczym o formach pomocy medycznej, o rodzajach ubezpieczeń i instytucji ubezpieczeniowych w III Rzeczypospolitej były następujące czasopisma: „Prawo i Medycyna”, „Praktyka Prywatna”, „Zdrowie i Zarządzanie”. W literaturze współczesnej głównym zarzutem jest mała ilość publikacji, które w sposób kompleksowy opisują rozważania dotyczące systemu ochrony zdrowia.

Dla poczynionych analiz porównawczych duże znaczenie miały następujące akty prawne, które stanowiły w szczególności podstawy ustroju systemu ochrony zdrowia w trzech okresach historycznych (II Rzeczypospolita, PRL i III Rzeczypospolita): *ustawa z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, ustawa z dnia 28 maja 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym, ustawa z 28 października 1948 roku o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, ustawa z 15 grudnia 1951 roku o włączeniu organizacji lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia, ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o ubezpieczeniu powszechnym oraz ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.*

## Rozdział I

### Zdrowie publiczne i system ochrony zdrowia

#### 1. Zdrowie i zdrowie publiczne

##### 1.1 Zdrowie

Termin „zdrowie“ jest bardzo wieloznaczny i złożony, nie ma bowiem jednej definicji zdrowia, która usatysfakcjonowałaby przedstawicieli różnych dyscyplin nauki. Zdaniem Artura Ostrzyżka i Jerzego Marcinkowskiego koncepcje i definicje zdrowia podlegały modyfikacji wraz z rozwojem cywilizacyjnym społeczeństw i pragmatyką kolejnych nurtów filozoficznych, których założenia posiadały wykładnie materialne w postaci paradygmatów<sup>1</sup>. W czasach starożytnych na temat zdrowia i medycyny wypowiadał się wybitny uczyony i lekarz Hipokrates nazywany ojcem profilaktyki zdrowotnej. Zgodnie z jego poglądem zdrowie było dla człowieka najcenniejszą własnością, o którą człowiek powinien dbać, z jak największą atencją. Odzwierciedleniem tego stanowiska była jego paremia, która brzmiała: *“Salus aegroti suprema lex”*<sup>2</sup>. Ponadto Hipokrates twierdził, iż choroby były procesem pozbywania się toksyn z organizmu, mają one z reguły jedną przyczynę, natomiast objawiają się w rozmaity sposób, w zależności od miejsca, w którym występują. Symptomy chorób były niczym innym, jak naturalną ochroną organizmu. Zgodnie z teorią Hipokratesa ciało ludzkie składało się z czterech podstawowych cieczy: krwi, czarnej żółci, żółci i flegmy. W zdrowym ciele wszystkie powyższe ciecze znajdują się w idealnej równowadze, natomiast w stanie choroby na skutek nadmiaru jednej z nich równowaga ta zostaje zniwelowana<sup>3</sup>. W średniowieczu propagatorami zdrowia byli znani lekarze Awicenna i Paracelsus. Na szczególną uwagę w olbrzymim dorobku perskiego lekarza i filozofa Awicenny zasługuje dzieło *al-Qanun* (Kanon). Było to dzieło medyczne zawierające ostateczną kodyfikację grecko-arabskiej myśli medycznej. Awicenna w swoim Kanonie postulował, że troska o zachowanie zdrowia i profilaktyka zdrowotna muszą stanowić nadrzędne reguły medycyny. Ponadto ten wybitny perski uczyony stworzył podstawy anatomii ludzkiej, wypowiadał się na temat

---

<sup>1</sup> A. Ostrzyżek, J.T. Marcinkowski, Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i klinika praktyczna, „Problemy Higieny i Epidemiologii“, 2012: 93(4), s. 682-686

<sup>2</sup> H. Jurand, Aforyzmy, sentencje i przysłowia, Warszawa 1982, s. 105

<sup>3</sup> S. Mukherjee, Cesarz wszech chorób, Wołowiec 2013, s. 76

chorób, ich objawów, przygotowywania i sporządzanie leków a także wykonywania zabiegów chirurgicznych.

Do XVII wieku "Kanon" był podstawą wiedzy medycznej na Zachodzie, a na Wschodzie bywa niekiedy używany do dziś<sup>4</sup>. Natomiast Paracelsus zwany ojcem medycyny nowożytnej mawiał, iż medycyna i zdrowie muszą być ugruntowane w poznaniu Boga i natury. Warunkiem *sine qua none* poznania chorób i różnych terapii leczniczych były dowody empiryczne i ujęcie spraw w sposób kompleksowy<sup>5</sup>. Paracelsus konstatał, iż lekarz jest bardzo ważny w procesie leczenia pacjenta, jednakże aby wykonywał swoją pracę w sposób właściwy musiał oprócz łaski bożej posiadać wiedzę z zakresu alchemii, astronomii, rzetelności i filozofii.

W XVII wieku w duchu filozofii dualizmu ciała i umysłu, wypowiadał się wybitny filozof, fizyk i matematyk Kartezjusz. Stwierdził on, że ciało jest maszyną zasiedloną przez duszę, którą można całkowicie zrozumieć w kategoriach układu i działania jego części (organy, komórki, tkanki). Człowieka zdrowego przyrównał on do dobrego zegara w doskonałym – pod względem mechanicznym – stanie; chorego natomiast – do zegara, którego części pracują nieprawidłowo<sup>6</sup>. Medycyna dla Kartezjusza była jak fizyka ciała ludzkiego. Współcześnie istnieją dwa modele definicji zdrowia:

- biomedyczny model definicji zdrowia
- holistyczny model definicji zdrowia.

Model biomedyczny zdrowia jest jednym z elementarnych pojęć współczesnej medycyny naukowej i stanowi efekt przyjęcia kartezjańskiego dualizmu, rozdzielenia ciała i psychiki. Na oddzielne traktowanie ciała wpłynął także rozwój nauk technicznych i ich coraz większy udział w medycynie XX wieku<sup>7</sup>. Według Mirosława Kowalskiego w biomedycznym modelu zdrowia orientacja patogenetyczna stanowi zasadniczy sposób interpretacji zdrowia, traktując je jako brak choroby. Oznacza to, że zdefiniowanie jednego z nich (zdrowia albo choroby) w zupełności wystarczy do określenia drugiego<sup>8</sup>. Julian Aleksandrowicz stwierdza, że dana jednostka chorobowa klasyfikuje obiektywne stany organizmu, a zdrowie subiektywne. Zdrowie jest pojęciem zobiektywowanym, rozumiane jest jako stan braku ułomności w funkcjach biologicznych organizmu i zdeterminowane

---

<sup>4</sup> Ph.K.Hitti, Dzieje Arabów, Warszawa 1969, s.305

<sup>5</sup> K. Sudhoff, W. Matthiesen, Paracelsus, *Sämtliche Werke*, t. 1-2, München-Berlin 1922-1935, s. 30-50

<sup>6</sup> K.Szewczyk, Filozofia medycyny-wykłady Zakład Bioetyki, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, <http://www.bioetyka.edu.pl/wp-content/uploads/2013/05>, dostęp dnia 06.08.2015

<sup>7</sup> M. Kowalski, A. Gawęł, Zdrowie-wartość-edukacja, Kraków 2006, s. 17

<sup>8</sup>Ibidem

wyposażeniem genetycznym oraz wrodzoną strukturą organizmu (a organizm cechuje się normalnością podstawowych funkcji) oraz skutecznością zabiegów leczniczych podejmowanych przez służbę zdrowia<sup>9</sup>. Zgodnie z koncepcją modelu biomedycznego zdrowie i choroba są kategoriami rozłącznymi, albo się jest zdrowym albo chorym, nie ma stanów pośrednich. Biomedyczny model zdrowia odnosi się do czynników stricte biologicznych, nie ujmuje wpływów psychologicznych, środowiskowych i społecznych. Jak podają A.Ostrzyżek i J. T. Marcinkowski nadrzędną częścią terapii jest poszukiwanie mankamentów biofizycznych i interpretacja wyników badań, a dobre zdrowie powinno stanowić wykładnię braku bólu, dolegliwości czy schorzenia<sup>10</sup>. Na uwagę zasługuje również definicja zdrowia Davida Callahana, który postulował, że zdrowie powinno być rozumiane jako “stan wyłącznie fizycznej pomysłowości”, który nie ma związku z żadnymi czynnikami psychicznymi, społecznymi, duchowymi czy emocjonalnymi<sup>11</sup>. Według Callahana nikt z nas nie posiada zdrowia zupełnego co w konsekwencji prowadzi do stwierdzenia, iż wszyscy ludzie są w stanie choroby.

Koncepcja holistycznego (aksjomedycznego) modelu zdrowia została stworzona w opozycji do modelu biomedycznego. W tym pierwszym modelu definicje zdrowia nie są definicjami negatywnymi, nie określają pojęcia “zdrowia” za pomocą negacji czyli braku choroby czy też jakiegokolwiek ułomności. Głównym fundamentem teoretycznym dla holistycznego definiowania zdrowia była Ogólna Teoria Systemów. Jej twórcą był Ludwig von Bertalanffy, który konstatawał, że sposoby działania na wyższych poziomach organizacji nie dają się objaśnić przez sumowanie właściwości i sposobów działania ich części składowych oddzielni<sup>12</sup>. Termin “wyższe poziomy organizacji” dotyczy funkcjonowania organizmów żywych, wśród których człowiek posiada nadrzędną pozycję. Bertalanffy był również twórcą systemowej koncepcji człowieka. Traktując organizm ludzki jako system, można mówić o dwóch rodzajach holizmu. W pierwszym, węższym aspekcie organizm jednostki ludzkiej jest żywym systemem, którego podsystemy (układy) są ze sobą wzajemnie powiązane i zależne od siebie. Natomiast holizm w szerszym znaczeniu zakłada, że będący systemem organizm człowieka (składający się z podsystemów) stanowi nierozzerwalną część innych, większych systemów, które ze sobą

---

<sup>9</sup> J. Aleksandrowicz, W poszukiwaniu definicji zdrowia, „Studia Filozoficzne” 1972, nr 9, s.79-83

<sup>10</sup> A.Ostrzyżek, J.T. Marcinkowski, Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna, „Probl. Hig. Epidemiol”. 2012, 93(4): s. 682-686

<sup>11</sup> D. Callahan, The WHO Definition of Health, Hastings Center Studies, 1973, nr 1(3), s. 87

<sup>12</sup> L. Bertalanffy, Perspectives on General Systems Theory Scientific and Philosophical Studies. Braziller, New York 1975.

współdziałają, ulegając nieustannym zmianom w wyniku oddziaływania otoczenia społeczno-fizycznego, na którego wpływ twórczo reagują, przyczyniając się także zwrotnie do jego zmian<sup>13</sup>. Konsekwencją obu tych teorii jest stwierdzenie, iż holistyczne definicje rozpatrują zdrowie na wielu płaszczyznach: psychicznej (emocje jednostki), fizycznej (biologiczne funkcjonowanie organizmu ludzkiego), duchowej (wewnętrzne przekonania i światopogląd jednostki), społecznej (wzajemne relacje interpersonalne). Jak podaje Marta Czarnecka w aksjomedycznym modelu zdrowie jest również definiowane jako proces dynamicznej równowagi, co determinuje pojmowanie go w układzie zdrowie – choroba, gdzie choroba (dolegliwość) pojawia się w momencie utraty umiejętności do przywracania równowagi bio-psycho-społecznej i integralności organizmu. W tym modelu podkreśla się aktywną rolę podmiotu w osiągnięciu, utrzymywaniu i ochronie zdrowia”<sup>14</sup>. W przeciwieństwie do biomedycznego modelu, w którym tylko lekarz był podmiotem aktywnym w procesie diagnostycznym i leczniczym w modelu holistycznym rola i świadomość pacjenta została znacznie zwiększona w tych procesach. W koncepcji aksjomedycznej oprócz samego pacjenta rodzina i społeczeństwo są włączane do procesu podejmowania kontroli nad chorobami i ulepszania zdrowia jednostki<sup>15</sup>.

Holistyczna definicja zdrowia, która jest powszechnie akceptowana i posiada najwyższą rangę została ujęta w 1948 roku w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zgodnie z którą: „zdrowie jest to stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub ułomności”<sup>16</sup>. Z definicji tej wynika, że zdrowie jest kategorią pozytywną, jest traktowane jako dobre samopoczucie (dobrostan) i ma trzy wymiary – zdrowie fizyczne, psychiczne, społeczne<sup>17</sup>. Według Andrzeja Wojtczaka definicja ta jest pojęciem nieostrym i pomimo tego, iż traktuje ona zdrowie jako stan idealny, nierealny do osiągnięcia dla większości populacji to istotną jej cechą jest to, że służy jako fundament działań zapewniających lepsze zdrowie ludzi<sup>18</sup>. Należy jednak stwierdzić za Moniką Urbaniak, iż w definicji WHO można dostrzec pozytywny aspekt obejmujący przyjęcie globalnej perspektywy, której odpowiada szersza koncepcja

---

<sup>13</sup> F. Capra, Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura, Warszawa 1987, s. 263–276.

<sup>14</sup> M. Czarnecka, L. Cierpiałkowska Naukowe a subiektywne koncepcje zdrowia i choroby wśród studentów i ich determinanty, „Nowiny Lekarskie” 2007, 76, 2, s.161-165.

<sup>15</sup> A.Ostrzyżek, J.T Marcinkowski, Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i klinika praktyczna, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 2012: 93(4), s. 682-686.

<sup>16</sup> Treść definicji wg oficjalnego tłumaczenia Konstytucji WHO. Porozumienie zawarte przez rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dot. Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, Nowy York 22 lipca 1946 r., Dz. U. Z 1948r. , nr 61, poz. 477 ze zm.

<sup>17</sup> B. Woynarowska, Zdrowie i szkoła, Warszawa, 2000, s. 126-264.

<sup>18</sup> A.Wojtczak, Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku, Warszawa 2009, s. 4.



działalności z zakresu opieki zdrowotnej nieograniczającej się wyłącznie do leczenia chorego, ale rozciągającej się również na prewencję, leczenie i rehabilitację<sup>19</sup>. Należy podkreślić, iż definicja zdrowia WHO posiada charakter prekursorski- jako pierwsza określa zdrowie jako dobrastan w wielu aspektach.

Holistyczne spojrzenie na zdrowie również zakładała rezolucja „Zdrowie dla wszystkich“ przyjęta w 1977 roku przez 30 Światowe Zgromadzenie Zdrowia. Fundamentalnym postulatem niniejszego dokumentu jest nastawienie na profilaktykę zdrowotną czyli na utrzymanie i zachowanie zdrowia. Rezolucja ta była zapowiedzią nowoczesnego sposobu myślenia o zdrowiu. Jak podaje Andrzej Wojtczak za kluczowe uznano działania i okoliczności ukierunkowane na czynniki wiążące się ze stylem życia oraz ze środowiskiem fizycznym, społecznym i ekonomicznym, w którym ludzie żyją i pracują. To spojrzenie odbiegało zasadniczo od raczej powszechnego przekonania, że zachowanie zdrowia zależy przede wszystkim od działań medycyny leczniczej<sup>20</sup>. Na podstawie słów Andrzeja Wojtczaka należy wywnioskować, iż zdrowie posiada wieloczynnikowe uwarunkowania. Najlepszym dowodem na tą teorię jest raport stworzony przez Marc Lalonde, ministra zdrowia Kanady. Zaproponował on w 1974 roku ubiegłego wieku schemat „pól zdrowia”, w którym wyróżnił cztery elementarne grupy czynników, wpływających na zdrowie. Należą do nich: czynniki genetyczne (20%), organizacja służby zdrowia (10%), styl życia (50%), środowisko społeczne i fizyczne (20%)<sup>21</sup>.

Czynniki genetyczne to czynniki, na które człowiek nie ma wpływu (np. rozwój, dojrzewanie, proces starzenia) organizacja służby zdrowia to czynniki dotyczące zasobów i organizacji opieki zdrowotnej, jednostka nie ma wpływu na nie, jest tylko odbiorcą, społeczność może jednak wpływać na poprawę usług zdrowotnych (edukacja zdrowotna, dostępność, terapia, rehabilitacja, nowoczesność, sprawność działania)<sup>22</sup>. Styl życia jest bezpośrednim czynnikiem, w największym stopniu wpływającym na zdrowie każdego człowieka. Styl życia można zdefiniować jako sposób życia człowieka – jego zachowania, postawy, działania i ogólną filozofię życiową. Styl życia sprzyjający zdrowiu określa się jako prozdrowotny styl życia<sup>23</sup>. Andrzej Wojtczak definiuje styl życia jako koncepcje

---

<sup>19</sup> M. Urbaniak, *Aspekty publicznoprawne organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Republice Włoskiej*, Toruń 2014, s. 25.

<sup>20</sup> A. Wojtczak *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Warszawa 2009, s. 2.

<sup>21</sup> Woynarowska B. *Zdrowie i szkoła*, Warszawa, 2000, s. 126-264; Woynarowska B.: *Edukacja zdrowotna*, Warszawa 2007, s. 17-75.

<sup>22</sup> A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Warszawa 2009, s. 100.

<sup>23</sup> B. Woynarowska, *Zdrowie i szkoła*, op. cit., s. 126-264.

behawioralną, która oznacza ponawialny zespół zachowań ludzkich determinowany kulturą oraz standardem życia i pozostający pod kontrolą konkretnej osoby i jej rodziny<sup>24</sup>. Na środowisko fizyczne i społeczne jednostka nie ma wpływu, czynniki decydujące o naturalnym środowisku życia człowieka takie jak czynniki chemiczne, fizyczne czy psychospołeczne i są to np. jakość wód, ilość opadów, nasłonecznienie, stan zdrowia. Marc Lalonde traktował swoją koncepcję jako narzędzie służące analizie problemów zdrowotnych i określaniu potrzeb oraz sposobom ich zaspokajania<sup>25</sup>. Jego koncepcja była świadectwem nowatorskiego trendu polegającego na wcielaniu w życie haseł poprawy systemu ochrony zdrowia, rozwoju polityki zdrowotnej i promocji zdrowia.

## **1.2. Zdrowie publiczne**

Termin „zdrowie publiczne” ewoluował i nadal podlega zmianom. Jest to przyczyną postępu różnych dziedzin naukowych i rozwoju społecznego-ekonomicznego świata. Jednakże zdrowie publiczne zawsze obejmowało szeroki zakres działań wielopłaszczyznowych, dotyczących zdrowia społeczeństwa. Ponadto wpływa na kształt polityki zdrowotnej.

Definicji zdrowia publicznego na przestrzeni wielu tysięcy lat było bardzo dużo. W zależności od podstaw ideologicznych i przemian globalnych danej epoki w pojęciu zdrowia publicznego umieszczano różne elementy. W starożytności kładziono nacisk na działania związane z higieną społeczną i z pierwszą instytucjonalizacją opieki zdrowotnej. Czasy nowożytne przyniosły pogorszenie warunków sanitarnych i higienicznych a co za tym idzie rozwój chorób zakaźnych<sup>26</sup>. Dlatego też działania w aspekcie zdrowia publicznego dotyczyły przede wszystkim naturalnego bytu ludności. Chodziło o bezpieczeństwo wody, żywności oraz o zminimalizowanie przyczyn zgonów związanych z epidemiami. W wieku XX zaistniały nowe zagrożenia zdrowia<sup>27</sup>. Były one konsekwencjami różnych przemian społeczno-ekonomicznych, ekologicznych, postępującej globalizacji i pauperyzacji społeczeństwa. W IV wieku p.n.e Hipokrates w swoim traktacie „O powietrzu, wodach i klimatach” omawiał wpływ czynników środowiskowych na zdrowie ludzkie. Apelował „aby lekarze brali pod uwagę zarówno pokarm, którym człowiek się odżywia, wodę, którą pił, klimat, w którym żył, jak i wpływ

---

<sup>24</sup> A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem...*, op. cit., s. 80.

<sup>25</sup> M. Wysocki, M. Miller. Paradygmat Lalonde'a. Światowa Organizacja Zdrowia. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2003, s.57,505.

<sup>26</sup> J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa 2009, s. 20.

<sup>27</sup> J. Nosko, *O potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym*, „Zdrowie Publiczne”, 2001, III (2), s. 70.

wywierany na człowieka przez grecką wolność lub wschodni despotyzm,<sup>28</sup>. Z kolei Johann Frank, prekursor koncepcji zdrowia publicznego żyjący na przełomie VIII i XIX wieku w swoim dziele pt. „System kompletnej policji medycznej” określił zdrowie publiczne jako „sztukę ochrony człowieka przed konsekwencjami zagęszczenia na ziemi, a w szczególności jako sztukę umacniania większych odporności, żeby móc bez chorób z powodu złych fizycznych mocy odsuwając je jak najdalej od siebie możliwie najpóźniej ulegać ich działaniu”<sup>29</sup>.

Sformułował on wymienione poniżej postulaty dotyczące zdrowia obywateli, które państwo powinno wypełniać:

- wprowadzenie obowiązku posiadania świadectw zdrowia przed zawarciem małżeństwa
- zapewnienie opieki przed macierzyństwem
- zapewnienie pomocy w chorobie<sup>30</sup>.

Z upływem lat zdrowie publiczne pojmowano jako dyscyplinę naukową i specjalność zawodową. Ponadczasową definicją zdrowia publicznego jest sformułowanie Milтона Rosenau z Uniwersytetu Harvarda, współtwórcy pierwszej szkoły zdrowia publicznego - Johns Hopkins School of Hygiene w Baltimore, USA. Według niego „w medycynie klinicznej problem zdrowia i choroby istnieje pomiędzy pacjentem i lekarzem, to w praktyce zdrowia publicznego pacjentem jest społeczność a rolę leczących poza medycyną odgrywają przedstawiciele wielu dyscyplin i dziedzin życia”<sup>31</sup>. Jednakże najbardziej nowoczesną i postępową, a przede wszystkim fundamentalną definicją z lat dwudziestych XX wieku jest definicja Yale Winslowa - profesora zdrowia publicznego Szkoły Medycznej Uniwersytetu. Określił on, że „zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, wydłużania życia oraz promowania zdrowia fizycznego i sprawności poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa mające na celu higienizację środowiska, zwalczanie zakażeń występujących w społecznościach, edukację jednostek odnośnie zasad higieny osobistej, organizację świadczeń lekarskich i pielęgniarskich mających na celu wczesną diagnozę oraz profilaktyczne ukierunkowane leczenie oraz rozwój mechanizmów społecznych, które zapewniają każdej jednostce w społeczeństwie

---

<sup>28</sup> J. Indulski, Podstawy prawne ustroju zdrowia publicznego w Polsce, „Zdrowie Publiczne” 2001 r. III, s. 6.

<sup>29</sup> Ibidem

<sup>30</sup> J. Opolski, M. Sanecki, J. Grudziądz-Sękowska, Podstawy teorii zdrowia publicznego [w:] Zdrowie publiczne. Zarys problematyki pod red. J. Opolskiego, Warszawa 2009, s. 16.

<sup>31</sup> J. Leowski, Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne, Warszawa 2009, s. 23.

standard życia właściwy dla utrzymania zdrowia”<sup>32</sup>. Definicja ta jak na początek lat dwudziestych XX jest bardzo nowoczesna, ponieważ Winslow zawarł w niej następujące elementy: promocję zdrowia, szybką diagnozę oraz zwrócił uwagę na polepszenie standardu życia społeczeństwa. Warto dodać, że w powyższej definicji inny amerykański uczony Milton Terris dokonał pewnych modyfikacji lepiej oddających współczesne zagrożenia zdrowotne oraz zakres działań. Po ich wprowadzeniu zarys definicji uległ zmianie na następujący: „zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom i inwalidztwu, wydłużania życia oraz promowania zdrowia fizycznego, psychicznego i sprawności poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa mające na celu higienę środowiska, zapobieganie występowaniu chorób, zarówno zakaźnych jak i niezakaźnych a także urazów, edukację jednostek odnośnie zasad higieny osobistej, organizację świadczeń służących diagnozie i leczeniu chorób a także rehabilitacji oraz rozwój mechanizmów społecznych, które zapewniają każdej jednostce w społeczeństwie standard życia właściwy dla utrzymania zdrowia”<sup>33</sup>.

Ważnym wydarzeniem w sferze polityki zdrowotnej było sformułowanie w 1952 roku przez Światową Organizację Zdrowia definicji zdrowia publicznego jako: „nauki i sztuki zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia przez zorganizowany wysiłek społeczeństwa”<sup>34</sup>. Należy podkreślić, że Światowa Organizacja Zdrowia tworząc wyżej wymienioną definicję bazowała na sugestiach amerykańskiego naukowca Yale Winslowa, niniejsza definicja stała się kluczowym manifestem programowym dla systemu ochrony zdrowia. Na szczególną uwagę zasługuje jeden element, a mianowicie „zorganizowany wysiłek społeczeństwa”. Oznacza on, iż społeczeństwo musi być traktowane jako „świadzeniobiorca” i jako „świadczeniodawca”, jako przedmiot i jako podmiot w sferze działań zdrowia publicznego.

Amerykańska Akademia Nauk traktuje zdrowie publiczne jako: „wszystko co my jako społeczeństwo czynimy wspólnie, aby zapewnić warunki, w których ludzie mogą być zdrowi” Zakres tych działań jest odzwierciedleniem interesu, jakie ma społeczeństwo w zapewnieniu tych warunków.

Przy omawianiu pojęcia „zdrowie publiczne“ nie sposób pominąć definicji wybitnego Polaka Jana Nosko, który definiował zdrowie publiczne jako: „stan zdrowia

---

<sup>32</sup> J. Opolski, M. Sanecki, J. Grudziądz-Sękowska, Podstawy teorii zdrowia publicznego, op.cit., s.78.

<sup>33</sup> M. Kacprzak, Praktyka i teoria zdrowia – wybrane zagadnienia, Warszawa 2003, s. 90.

<sup>34</sup> M. Wysocki, M. Miller. Paradygmat Lalonde’a. Światowa Organizacja Zdrowia, „Przegląd Epidemiologiczny”, 2003, s.57,505.

zbiorowości, społeczeństwa jako rolę czynników wpływających na stan zdrowia czyli czynniki genetyczne, społeczno-ekonomiczne, kulturowe, chemiczne i po trzecie jako aktywną rolę państwa do organizowania, inicjowania oraz koordynowania zbiorowych wysiłków na rzecz osiągnięcia celów zdrowotnych”<sup>35</sup>. Warto podkreślić, iż na zdrowie publiczne składają się z jednej strony monitorowanie sytuacji zdrowotnej a z drugiej strony proces działań zorganizowanych, których celem jest rozwiązywanie kwestii zdrowotnych dla poprawy stanu zdrowia społeczeństw.

Zdrowie publiczne jest również instytucją społeczną i oznacza po prostu zdrowie ludności. Należy je uznać za dobro publiczne a nie indywidualne. Obejmuje ono szeroki zakres działań wielopłaszczyznowych wiążących się z różnymi aspektami zdrowia ludzi, jego ochroną, udoskonaleniem i poprawą. Zajmuje się nie tylko zdrowiem jednostki, ale także zdrowiem wszystkich ludzi oraz jego uwarunkowaniami zarówno negatywnymi, jak i pozytywnymi, czyli działaniami prozdrowotnymi umacniającymi zdrowie. Uznanie zdrowia za wspólne dobro publiczne oznaczało w praktyce przyjęcie zasady solidaryzmu i współodpowiedzialności wszystkich za finansowanie wydatków na zdrowie z budżetu państwa<sup>36</sup>. Przyjęta w licznych krajach forma finansowania wydatków na opiekę zdrowotną poprzez powszechne ubezpieczenia zdrowotne jest specyficzną formą zasady solidaryzmu i współodpowiedzialności. Umieszczenie zdrowia wysoko w hierarchii wartości człowieka oraz nadanie mu wartości społecznej powoduje, iż staje się ono przedmiotem zainteresowania państwa.

W dzisiejszych czasach na całym świecie większość państw potwierdza swą odpowiedzialność za rozwój ochrony zdrowia i opieki medycznej nad swoimi obywatelami. Dotyczy to zarówno opieki prewencyjnej, jak i opieki leczniczej i ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkim nie tylko obywatelom, ale również cudzoziemcom. Większość rządów czuje się współodpowiedzialne za funkcjonowanie i rozwój przyjętego systemu ochrony zdrowia, czy to narodowej służby zdrowia, ubezpieczeń zdrowotnych, systemu centralnie planowanego czy systemu opartego na świadczeniach udzielanych przez podmioty prywatne. Odpowiedzialność państwa za bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa jest ujęta w konstytucjach państw Unii

---

<sup>35</sup> J. Opolski, M. Sanecki, J. Grudziądz-Sękowska, Podstawy teorii zdrowia publicznego... op. cit., s. 89-120.

<sup>36</sup> H. Izdebski, Podstawy prawne ustroju zdrowia publicznego w Polsce, „Zdrowie Publiczne” 2001 r. III (5-6) s. 370-390.

Europejskiej<sup>37</sup>. We współczesnym świecie zdrowie publiczne według Janusza Opolskiego „posiada bardzo szerokie spektrum obejmujące”<sup>38</sup>:

- szacowanie i monitorowanie zdrowia społeczności i zagrożonych populacji celem identyfikacji problemów zdrowotnych i ustalania priorytetów,
- formułowanie, wdrażanie i ocenę działań mających na celu rozwiązywanie problemów zdrowotnych w wymiarze populacyjnym,
- zapewnienie dostępu społeczeństwu do właściwych świadczeń zdrowotnych, zorganizowanych w sposób skuteczny i efektywny ze szczególnym uwzględnieniem promocji zdrowia i profilaktyki chorób,
- ocenę skuteczności i efektywności systemu opieki zdrowotnej
- kontrolowanie czynników ekologicznych oraz tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych.

Spektrum zdrowia publicznego jest więc bardzo szerokie, obejmuje kluczowe działania mające na celu ochronę zdrowia populacji, profilaktykę zdrowotną, promocję zdrowia oraz rozwój polityki prozdrowotnej.

### **1.3. Rola zdrowia publicznego**

Kluczowe zadania zdrowia publicznego niezależnie od sposobu finansowania systemu ochrony zdrowia w konkretnym państwie sprowadzają się do działań mających na celu zagwarantowanie szeroko pojętego bezpieczeństwa zdrowotnego zarówno całemu społeczeństwu, jak i pojedynczym jednostkom.

---

<sup>37</sup> J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa 2009, s. 26-28.

<sup>38</sup> J. Opolski, M. Sanecki, J. Grudziądz-Sękowska, *Podstawy teorii zdrowia publicznego [w:] Zdrowie publiczne. Zarys problematyki pod red. J. Opolskiego*, Warszawa 2009, s.102.

**Tabela nr 1**  
**Zadania zdrowia publicznego**

<u>Działania na rzecz ogółu</u> <sup>39</sup>	<u>Działania na rzecz jednostek</u> <sup>40</sup>
Skrining stanu zdrowotnego ludności	Organizacja i wprowadzenie szczepień ochronnych oraz diagnostyki i leczenia chorób zakaźnych
Profilaktyka chorób zakaźnych i społecznych	Umożliwienie korzystania z pomocy medycznej przez osoby bezdomne
Lokalizacja i usuwanie czynników ryzyka zdrowotnego	Organizacja bezpłatnych świadczeń leczniczych dotyczących wybranych chorób społecznych
Prewencja wypadków i organizacja kompleksowej pomocy ofiar katastrof	Organizacja skriningu i poradnictwa dla grup wysokiego ryzyka zachorowaniem na choroby o znaczeniu społecznym
Organizacja nadzoru epidemiologicznego	Wspieranie merytoryczne i finansowe dla instytucji charytatywnych
Promocja aktywnych działań prozdrowotnych dla społeczeństwa	
Edukacja zawodowa lekarzy zapewniająca optymalne zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa	
Przygotowanie ujednoczonych aktów prawnych organizujących system opieki zdrowotnej	
Kontrola jakości świadczeń medycznych oraz przestrzegania praw pacjenta	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie J. Leowski, Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne, Warszawa 2009, s. 26-28.

Fundamentalne zadania zdrowia publicznego możemy podzielić na dwie grupy: jako działania na rzecz ochrony zdrowia całego społeczeństwa i działania w aspekcie

<sup>39</sup> J. Indulski, Rola i znaczenie zdrowia publicznego dla polityki zdrowotnej, „Zdrowie Publiczne” 1999 r. CIX, Supl. 3, s. 16-22.

<sup>40</sup> Ibidem, s. 16-19.

ochrony zdrowia indywidualnej jednostki (por. tabela nr 1). Do tych pierwszych zaliczamy skryning stanu zdrowotnego ludności polegającego na monitorowaniu statusu zdrowotnego całej populacji na terenie danego kraju. Głównym celem tego monitoringu jest sprecyzowanie potrzeb zdrowotnych ludności i założeń polityki zdrowotnej. Drugą funkcją zdrowia publicznego jest profilaktyka chorób w tym chorób zakaźnych. Wczesne wykrycie jednostek chorobowych przyczynia się do poprawy stanu zdrowia i do zmniejszenia liczby zgonów ludności. Lokalizacja i usuwanie czynników ryzyka zdrowotnego to zwalczanie różnych zagrożeń w środowisku wodnym i lądowym. Według Janusza Opolskiego: działania te stanowią przykład aktywności obejmujących wiele obszarów, w tym uregulowania prawne, dotyczące sektorów gospodarki i życia społecznego. Zaliczyć do nich można: ochronę zasobów wody pitnej i kontrolę jej jakości, kontrolę produkcji i obrotu żywnością<sup>41</sup>. Prewencja wypadków i organizacja kompleksowej pomocy ofiar katastrof dotyczy zorganizowania przez państwo służb ratunkowych w sytuacji zagrożenia i pojawienia się klęski żywiołowej<sup>42</sup>. Kolejną funkcją zdrowia publicznego jest organizacja nadzoru epidemiologicznego polegająca na stworzeniu laboratoriów klinicznych mających na celu monitorowanie stanu zdrowia społeczeństwa w przypadku zagrożeń środowiskowych w aspekcie chorób zakaźnych.

Promocja aktywnych działań prozdrowotnych dla społeczeństwa i edukacja zawodowa lekarzy zapewniająca optymalne zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa to dwa najważniejsze warunki sine que none dla prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Bez wykształconego i świadomego swojego stanu zdrowia społeczeństwa podjęcie działań prozdrowotnych nie będzie w pełni efektywne. Ponadto dobrze wyedukowana kadra medyczna postępująca zgodnie ze sztuką lekarską i zasadami etycznymi i ze stanem współczesnej wiedzy medycznej stanowi fundament właściwej diagnozy leczniczej, dobrego leczenia pacjenta i jest świadectwem jakości systemu ochrony zdrowia w danym państwie. Do prawidłowego funkcjonowania każdego systemu ochrony zdrowia i dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli państwo jest zobowiązane do stworzenia jednolitych i spójnych regulacji prawnych w zakresie ochrony zdrow<sup>43</sup>. Natomiast kontrola jakości świadczeń medycznych

---

<sup>41</sup> J. Opolski, M. Sanecki, J. Grudziądz-Sękowska, Podstawy teorii zdrowia publicznego [w:] Zdrowie publiczne. Zarys problematyki pod red. J. Opolskiego, Warszawa 2009, s. 27.

<sup>42</sup> Ibidem, s. 27.

<sup>43</sup> Ibidem, s. 28.



jest realizowana przez analizę informacji o dostępie, zakresie świadczeń medycznych indywidualnych i działań prewencyjnych na rzecz zdrowia całej populacji<sup>44</sup>.

Drugą grupą zadań jakie spełnia zdrowie publiczne to działania na rzecz indywidualnych jednostek. Nie rzadko zdarza się, że zadania zdrowia publicznego na rzecz ogółu uzupełniają się wzajemnie z działaniami na rzecz indywidualnych jednostek. Jedną z takich właśnie płaszczyzn działania zdrowia publicznego to organizacja i wprowadzanie szczepień ochronnych i diagnostyki oraz leczenia chorób zakaźnych. Z jednej strony szczepienia ochronne są świadczone na rzecz całej populacji, jednakże aplikowane są w ramach indywidualnych świadczeń. Umożliwienie korzystania z pomocy medycznej ludziom bezdomnym, alkoholikom, organizacja bezpłatnych świadczeń medycznych a także liczne wsparcia finansowe dla celów charytatywnych wiąże się z zagwarantowaniem pełnej dostępności pomocy medycznej dla osób pozbawionych dostępu do różnych świadczeń medycznych. Powyższe działania mają na celu zapewnienie profilaktyki zdrowotnej, krzewienie haseł promocji zdrowia i rozwój polityki prozdrowotnej. Objęcie pomocą medyczną i poradnictwem grup wysokiego ryzyka zachorowaniem na choroby społeczne świadczy o zwiększaniu świadomości prozdrowotnej obywateli oraz o powszechnej akceptacji prewencji zdrowotnej<sup>45</sup>.

Zdrowie publiczne warunkuje racjonalne i rzetelne, zgodne z nowoczesnymi tendencjami zorganizowanie systemu ochrony zdrowia. Jest ono rozumiane jako działanie na rzecz ochrony zdrowia społeczeństwa, jak również stanowi podstawę do indywidualizacji działań na rzecz konkretnych osób<sup>46</sup>.

## **2. System ochrony zdrowia**

W doktrynie zdrowia publicznego bardzo trudno jest określić moment kiedy po raz pierwszy pojawiło się sformułowanie system ochrony zdrowia. Początki historii medycyny to opis życia sławnych medyków jak np. Hipokratesa czy Paracelsusa<sup>47</sup>. W momencie, gdy nastąpił rozkwit najrozmaitszych nauk medycznych system ochrony zdrowia nabierał coraz większej rangi w polityce wewnętrznej państw europejskich. Według definicji WHO ujętej w Światowym raporcie zdrowia z 2000 roku system zdrowotny oznacza instytucje, zasoby, których pierwotnym celem są działania na rzecz zdrowia zmierzające do jego poprawy. Do najważniejszych funkcji systemu zdrowotnego należą: zapewnienie usług

---

<sup>44</sup> Ibidem, s. 30.

<sup>45</sup> Ibidem, s. 30-31.

<sup>46</sup> J. Indulski, Podstawy prawne ustroju zdrowia publicznego w Polsce, „Zdrowie Publiczne 2001” r. III, s. 6.

<sup>47</sup> J. Leowski, Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne, Warszawa 2009, s. 19.

zdrowotnych, generowanie nakładów, zarządzanie i finansowanie świadczeń zdrowotnych<sup>48</sup>. Słowo „system“ wyodrębniło się i ewoluowało na przestrzeni wielu wieków wraz z kształtowaniem się świadomości ludzi o swoich uprawnieniach do korzystania z funkcji protekcyjno-socjalnej państwa. Obecnie system traktowany jest jako pewna „całość”- zespół współzależnych części, które są powiązane wspólnym celem. Istnienie struktur organizacyjnych bez jasno zdefiniowanego celu nie pozwala na przypisywanie im określenia system<sup>49</sup>.

Celowość jest istotą każdego systemu w ogóle. System ochrony zdrowia również charakteryzuje się celowością, czyli takim zespołem działań ludzkich zmierzających do realizacji określonego celu. Należy podkreślić, iż w literaturze przedmiotu dotyczącej ochrony zdrowia możemy się spotkać z występowaniem różnych terminów określających system ochrony zdrowia. Może to być „system zdrowotny”, „system opieki zdrowotnej“ czy „system służby zdrowia”. Na uwagę zasługują słowa Cezarego Włodarczyka który traktuje system zdrowotny jako wyodrębniony zbiór elementów, który połączony jest różnorodnymi zależnościami i relacjami i który realizuje cel związany ze zdrowiem<sup>50</sup>. Ponadto Stefan Poździejch podkreśla, że system zdrowotny stanowi zorganizowany i skoordynowany zespół działań, którego celem jest realizacja świadczeń, a także usług profilaktyczno-leczniczych oraz rehabilitacyjnych, których celem jest zabezpieczenie i poprawa stanu zdrowia nie tylko jednostki, ale również całej zbiorowości<sup>51</sup>.

Natomiast system opieki zdrowotnej według Małgorzaty Paszkowskiej stanowi spójną część składającą się z wielu czynników, pomiędzy którymi zachodzą różnego rodzaju relacje, która realizuje cele związane ze zdrowiem<sup>52</sup>. Z kolei Maciej Dercz skonstatował, iż system opieki zdrowotnej to uporządkowana wewnętrznie struktura różnych składników służących do realizacji świadczeń zdrowotnych i usług prewencyjnych i leczniczych<sup>53</sup>. Ponadto Maciej Dercz twierdził, iż systemy opieki zdrowotnej obejmują dwie elementarne sfery działań:

---

<sup>48</sup> The World Health Report 2000, [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_ch3\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ch3_en.pdf), s. 48, dostęp 5.08.2015 r.

<sup>49</sup> C. Włodarczyk, S. Poździejch, Systemy zdrowotne, Zarys problematyki, Kraków 2001, s. 32.

<sup>50</sup> Ibidem, s. 43.

<sup>51</sup> S. Poździejch, System opieki zdrowotnej w strukturze społecznej, praca zbiorowa pod red., S. Poździejcha, A. Rysia, Zdrowie publiczne, wybrane zagadnienia, Kraków 1996, s. 101.

<sup>52</sup> M. Paszkowska, Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce, [http://www.e-finance.co/artykuly\\_eng/56.pdf](http://www.e-finance.co/artykuly_eng/56.pdf), s. 1, dostęp 20.8.2015r.

<sup>53</sup> M. Dercz, Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia, Warszawa 2005, s. 37.

-opiekę zdrowotną rozumianą jako medycyna lecznicza, na którą składają się działania indywidualnej prewencji, leczenia, naprawy, rehabilitacji, wzmacniania zdrowia i opieki termalnej

- ochronę zdrowia pojmowaną jako działania na rzecz zdrowia realizowane przez wyspecjalizowane służby zdrowia publicznego, służby medyczne a także inne sektory życia społeczno-gospodarczego odpowiedzialne za stwarzanie społeczeństwu właściwych warunków zdrowotnych<sup>54</sup>.

Do celów każdego systemu ochrony zdrowia należy:

- udostępnienie wszystkim jednostkom niezależnie od różnic kulturowych, społecznych czy materialnych kompleksowej opieki medycznej
- zapewnienie możliwie jak najlepszej jakości usług medycznych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy i sztuki lekarskiej oraz z uwzględnieniem zasad kodeksu etyki lekarskiej
- wdrażanie różnych innowacji i progresywnych działań, które ulepszają system ochrony zdrowia
- zwiększanie efektywności i produktywności opieki zdrowotnej (optymalne wykorzystanie funduszy na działalność służby zdrowia, jej personelu.

Dokonując analizy systemu ochrony zdrowia trzeba wziąć pod uwagę następujące kryteria: dostęp do opieki zdrowotnej, kompleksowość, efektywność, zadowolenie pacjentów i kadr medycznych oraz dynamizm systemu zdrowotnego.

Dostępność do opieki medycznej to elementarny składnik prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Każda jednostka powinien mieć zagwarantowany przez władze publiczne pełny i nieograniczony dostęp do świadczeń medycznych. Jednakże realia i praktyka życia codziennego potwierdzają zupełnie inne fakty<sup>55</sup>. W dużych ośrodkach miejskich dostęp ten jest znacznie łatwiejszy niż na wsiach. Ludzie o większych dochodach i z wyższym wykształceniem posiadają większe możliwości, aby zapewnić sobie dostęp do opieki medycznej. Kwestia tego dostępu gorzej prezentuje się wśród ludzi o niskich zarobkach i z wykształceniem podstawowym. W nauce zdrowia publicznego utrwalił się pogląd, że kryterium osiągniętych dochodów może

---

<sup>54</sup> Ibidem, s. 38.

<sup>55</sup> V. Siwińska, Praca poglądowa, Modele systemów opieki zdrowotnej w Polsce i wybranych państwach europejskich, „Zdrowie Publiczne 2008”; 118(3) s. 360.

mieć decydujący wpływ na dostępność do opieki medycznej<sup>56</sup>. Zarobki mogą znacznie ułatwiać bądź utrudniać korzystanie z powyższej opieki. Należy nadmienić, że problemy związane z dostępem do świadczeń zdrowotnych mogą być spowodowane niekorzystnym pod względem geograficznym rozmieszczeniem placówek medycznych lub zróżnicowaniem ekonomiczno-społecznym ludności<sup>57</sup>.

Kompleksowość systemu ochrony zdrowia polega na konsolidacji działań profilaktycznych, diagnostyczno-leczniczych, rehabilitacyjnych oraz dotyczących promocji zdrowia. Cecha ta jest ściśle związana z efektywnością systemu zdrowotnego, która przekłada się zarówno na jakość usług medycznych, stan zdrowia ludności, jak i na ilość środków przeznaczonych na służbę zdrowia. Zdaniem S. Poździocha „analizy jakości opieki zdrowotnej sprowadzają się ostatecznie do ewaluacji poziomu i rezultatów świadczeń i usług diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych. Analizy takie mogą być z powodzeniem stosowane także w stosunku do działań promujących zdrowie i zapobiegających chorobom. Miernikiem jakości opieki zdrowotnej jest poziom diagnostyki i terapii oraz ich skuteczności mierzony uzyskanymi rezultatami. Jest ona determinowana między innymi poziomem technologii medycznej, poziomem wiedzy medycznej, kwalifikacjami personelu medycznego a także racjonalnymi rozwiązaniami organizacyjnymi”<sup>58</sup>. Aby zapewnić właściwy dostęp do opieki medycznej i pełną efektywność systemu ochrony zdrowia trzeba zorganizować racjonalne wykorzystanie powyższych zasobów na poszczególnych obszarach państwa np. w gminach, powiatach, województwach. Optymalna alokacja zasobów pociąga za sobą racjonalną skuteczność systemu ochrony zdrowia. Jednakże w Polsce alokacja ta nie spełnia kryterium racjonalności. Istnieją dość duże dysproporcje dotyczące chociażby koncentracji personelu medycznego czy rozmieszczenia fachowej aparatury między wschodnią i południową a zachodnią Polską lub między dużymi miejskimi ośrodkami a wsiami. Faktem jest, że w tych ostatnich istnieje niedobór specjalistów, co powoduje zakłócenia w całym procesie leczenia<sup>59</sup>.

Kolejnym kryterium efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest zadowolenie pacjentów w zakresie opieki szpitalnej czy pielęgniarskiej i dynamika systemu. Według S. Poździocha opinie pacjentów i różnorodne ankiety dotyczące różnych

---

<sup>56</sup> S. Poździoch, System opieki zdrowotnej w strukturze społecznej, [w:] Zdrowie publiczne, wybrane zagadnienia pod red. S. Poździocha, A. Rysia, Kraków 1996, s. 106.

<sup>57</sup> S. Poździoch, System opieki zdrowotnej w strukturze społecznej, op. cit., s. 101.

<sup>58</sup> Ibidem, s. 107.

<sup>59</sup> C. Włodarczyk, S. Poździoch, Systemy zdrowotne, Zarys problematyki, Kraków 2001 r. s. 43.

elementów organizacji usługowej szpitala, jak np. opieki lekarskiej, procesu leczenia, diagnozowania czy przestrzegania zasad etycznych w stosunku do pacjenta. Natomiast satysfakcja personelu medycznego podyktowana jest warunkami pracy i płacy. Warunki te determinują jakość usług medycznych, jak również podejście do pacjenta.

Dynamika systemu ochrony zdrowia polega na podjęciu działań zmierzających do pełnego zaspokojenia elementarnych potrzeb zdrowotnych danej społeczności. System ten powinien być dynamiczny czyli musi podlegać ewolucji i musi posiadać zdolność przystosowywania się do określonych warunków. Konieczne jest ulepszanie starych rozwiązań prawnych czy funkcjonalnych<sup>60</sup>.

W literaturze można spotkać wiele koncepcji odnośnie do elementów wchodzących w skład systemu ochrony zdrowia. W modelu tradycyjnym, reprezentowanym przez David Mechanica, elementy składowe systemu były tożsame z trzema szczeblami opieki: pierwszego, drugiego i trzeciego szczebla, czyli opieką podstawową, specjalistyczną i wąskospecjalistyczną<sup>61</sup>. Na pierwszym poziomie dochodzi do pierwszego kontaktu między systemem i ludźmi. Pozostałe poziomy służą wsparciem i dostarczają świadczeń specjalistycznych, stając się coraz bardziej złożonymi w miarę przesuwania się w górę systemu. Obecnie najbardziej rozpowszechnionym podejściem do problemu jest koncepcja tzw. „trójkąta”. Wyróżnia się tu trzech uczestników systemu: pacjentów (jako podmioty korzystające ze świadczeń), lekarzy wraz z pozostałymi wytwórcami usług zdrowotnych oraz płatnika publicznego, nazywanego również „płatnikiem trzeciej strony” (dysponującego środkami publicznymi)<sup>62</sup>.

Kształtowanie się systemów opieki zdrowotnej było efektem rozwoju cywilizacji, procesów globalizacji i przemian historycznych, społecznych, ekonomicznych a także politycznych. Według Jerzego Leowskiego: dużą aprobatę konieczności reform determinują trzy najważniejsze czynniki:<sup>63</sup>

- zmiany demograficzne, które wyrażają się wzrostem ludności, szybko postępującym procesem starzenia się populacji, a wraz z nim wzrostem proporcji osób wymagających intensywnej i długotrwałej opieki medycznej

---

<sup>60</sup> M. Balicki i A. Koronkiewicz, System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej, [w:] Prawo medyczne pod red. L. Kubickiego, Wrocław 2003, s. 144.

<sup>61</sup> Journal International, Jakości w Ochronie Zdrowia, 2000 Care, t. 12, nr 6

<sup>62</sup> J. Indulski, Rola i znaczenie zdrowia publicznego dla polityki zdrowotnej, „Zdrowie Publiczne”, 1999 r. CIX 3, s. 380.

<sup>63</sup> J. Leowski, Polityka Zdrowotna a zdrowie publiczne, Warszawa 2009, s. 20.

- postęp cywilizacyjny i technologiczny udostępniający coraz bardziej nowoczesne procedury diagnostyczne i lecznicze w medycynie oraz pozwalający na przyspieszenie tempa rozwoju nauk medycznych i wzrost efektywności działań medycznych, ale równocześnie powodujący eskalację kosztów procedur diagnostyczno-leczniczych, degradację środowiska i pojawienie się nowych zagrożeń zdrowotnych.
- realia ekonomiczne- ograniczające wszędzie możliwości wzrostu nakładów na zdrowie, szczególnie w sektorze publicznym w skali, która byłaby dostosowana do tempa zmian demograficznych i technologicznych.

Warto dodać, iż w każdym państwie przyczyny rozwoju systemu ochrony zdrowia są różne i dokonywały się w różnym czasie i formie. Dla Stanów Zjednoczonych to wojna o niepodległość z 1776 roku w wyniku której władze wszystkich Stanów obok władz federalnych przejęły odpowiedzialność za ochronę zdrowia. Natomiast dla Francji źródłem przemian systemowych była rewolucja francuska z 1789 roku podczas której służba zdrowia przeszła proces laicyzacji czyli władze świeckie przejęły kontrolę nad tamtejszymi placówkami zdrowia. Fundamentalną rolę w rozwoju służby zdrowia odegrała rewolucja przemysłowa w XVIII I XIX wieku zapoczątkowana w Wielkiej Brytanii<sup>64</sup>. Otóż w tym czasie w Europie doszło do gwałtownych przemian gospodarczych i społecznych. Dokonano olbrzymiego postępu w dziedzinie nauki i techniki. Nastąpił rozwój demograficzny a wielki także proces urbanizacji.

W XX w. kluczowe dla globalnej ochrony zdrowia ludzi było powołanie do życia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Celem tej organizacji jest współpraca z państwami w dziedzinie ochrony zdrowia, zwalczanie chorób zakaźnych a także ustalenie norm dotyczących składu lekarstw i jakości żywności. WHO dąży do zapewnienia opieki medycznej całej populacji i zmniejszenia śmiertelności niemowląt. Do jej najważniejszych osiągnięć należy zwalczanie takich chorób jak: malarii, gruźlicy przez masowe szczepieni<sup>65</sup>. W wyżej opisanych przemianach gospodarczo- polityczno-kulturowych występuje jeden elementarny wyznacznik a mianowicie pogłębiająca się funkcja socjalna państwa i jego struktur administracyjnych. Wszystko to sprzyjało rozwojowi i ewolucji systemu ochrony zdrowia.

<sup>64</sup> J. Leowski, Polityka zdrowotna – dylematy i wyzwania reformy ochrony zdrowia w Polsce i na świecie, „Prawo i Medycyna”, 1999 r. , Vol. I (2), s. 5-15.

<sup>65</sup> Światowa Organizacja Zdrowia, [http://www.who.int/topics/health\\_systems/en/](http://www.who.int/topics/health_systems/en/), dostęp 01.03. 2010 r.

U podstaw każdego systemu ochrony zdrowia legły różne założenia ideologiczne. I tak w 1971 r. został wykreowany przez Przewodniczącego Zarządu, członków i przyjaciół International Society for Quality in Health Care jednego z inicjatorów nowoczesnego systemu poprawy jakości w medycynie - Donabediana Avenisa pogląd bliski libertarianizmowi. Według D. Avenisa służba zdrowia miała być zastąpiona prywatnymi firmami świadczącymi usługi medyczne a obligatoryjne ubezpieczenia zdrowotne miały zostać zastąpione dobrowolnymi. Donabedian uznawał wolny rynek za optymalną formę organizacji społeczeństwa, opartej na wyborze, dobrowolnych umowach oraz niepodlegającej przymusowi. Autor ten podzielił jakość w opiece zdrowotnej na jakość struktury, procesów i wyników postępowania. Struktura to warunki realizacji świadczeń, m.in. grunty (również parki, parkingi itp.), budynki (również bufet, fryzjer, kiosk), aparatura, środki łączności i transportu, zasoby ludzkie (również wykształcenie), a także wartości niematerialne (certyfikaty, akredytacje do szkoleń, współpraca z innymi ośrodkami)<sup>66</sup>. Posiadanie jedynie dobrze rozwiniętej infrastruktury, spełniającej przepisy, nie gwarantuje usług na odpowiednim poziomie. Procesy czy procedury to działania wykonywane wg określonych założeń, w określonej kolejności, przez określony personel, przy użyciu określonych urządzeń, środków i metod ukierunkowanych na osiągnięcie celu<sup>67</sup>. Wynik może być ilościowy (np. liczba wyleczonych pacjentów, wykonanych operacji, powikłań itp.) i jakościowy (np. poprawa zdrowia, zadowolenie itp.). Jakość działalności szpitala jest sumą jakości świadczeń cząstkowych (lekarskich, pielęgniarskich, diagnostycznych, rehabilitacyjnych, ale też aptecznych, pralniczych czy zarządczych). Donabedian zidentyfikował też trzy podstawowe wymiary jakości: techniczny (związany ze stosowaniem nauki i techniki), nietechniczny (relacje między pacjentem a personelem) i środowiskowy (miejsce realizacji usługi)<sup>68</sup>. Rozpatrując je osobno, można przykładowo zaoferować pacjentowi usługę "bezduszną", "chłodną", mimo że wykonaną przez wybitnego specjalistę, nowoczesną techniką i za pomocą doskonałej aparatury, albo usługę "serdeczną", świadczoną z troską i osobistym zaangażowaniem personelu, chociaż bez zastosowania najnowszych technologii. Oczywista jest chęć uzyskania przez pacjenta świadczenia łączącego oba typy usługi, wzbogaconego dodatkowo o trzeci wymiar, przejawiający się np. w czystości i estetyce sal, wygodzie odwiedzin, częstym kontakcie z

---

<sup>66</sup> A. Donabedian, *An Introduction Quality to Assurance in Health Care*, The American University of Armenia Corporation 2003, s. 19.

<sup>67</sup> Ibidem. s. 19-20.

<sup>68</sup> Ibidem. s. 20-22.

rodziną, poszanowaniu intymności, poszanowaniu innych praw (w tym do posług duszpasterskich), możliwości wypoczynku w przyszpitalnym parku itp.<sup>69</sup>.

Kolejnym nurtem społecznym, który legł u podstaw niektórych systemów opieki zdrowotnej jest egalitaryzm połączony z kolektywistycznym poglądem socjalizującym. Akceptuje on wielką rolę wspólnot, grup, postuluje, iż kolektywy są ważniejsze od jednostek a cele i dobro grup wiodą prym nad rolą jednostek. Nurt ten jest przeciwieństwem indywidualizmu i został sformułowany przez działaczy brytyjskiej Partii Pracy. Jego główne hasło oznacza, że dostęp do świadczeń medycznych stanowi prawo każdego obywatela takie samo jak prawo wyborcze czy prawo do niezależnego sądu. Najważniejszy jest powszechny dostęp do służby zdrowia i jest on uzależniony tylko i wyłącznie od potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Procesy przemian jakie nastąpiły w XIX i XX w. oraz różne podstawy ideologiczne przyczyniły się do wykreowania rozmaitych modeli systemów ochrony zdrowia czyli zespołu norm prawnych oraz reguł organizacyjnych<sup>70</sup>.

### **3. Modele systemów ochrony zdrowia**

Założenia modelu systemu ochrony zdrowia są kluczowym elementem wpływającym na kształt ochrony zdrowia w danym państwie. Kształtowanie się różnych systemowych rozwiązań dotyczących systemu ochrony zdrowia jest konsekwencją postępu i rozwoju cywilizacji, uwarunkowań społecznych i politycznych, przemian historycznych i kulturowych oraz postępujących procesów globalizacji. Uwzględniając kryterium historyczne i porównawcze wyróżniamy trzy podstawowe modele ochrony zdrowia: Bismarcka, Beveridge'a, Siemaszki.

#### **3.1 Model Bismarcka**

Pierwszym na świecie modelem ochrony zdrowia był model „Bismarckowski” pochodzący od nazwiska Ottona Bismarcka w 1862 roku wybranego na premiera Prus. Model ten regulował kwestię ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, które były ochroną przed skutkami zdarzeń losowych mogących być przyczyną złej sytuacji finansowej ubezpieczonych<sup>71</sup>. Stał się wzorem tworzenia ubezpieczeń dla wszystkich prawie krajów

---

<sup>69</sup> J. Frenk, A conceptual model for public health, “American Health Organization Bulletin”198, Vol. 22, nr 1, s.60-71.

<sup>70</sup> J. Opolski, M. Sanecki, J. Grudziądz-Sękowski, Podstawy teorii zdrowia publicznego [w:] Zdrowie Publiczne. Zarys problematyki pod red. J. Opolskiego, Warszawa 2009, s. 102.

<sup>71</sup> M. Balicki i A. Koronkiewicz, System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej, [w:] Prawo medyczne pod red. L. Kubickiego, Wrocław 2003, s. 144.



europejskich na początku XX wieku<sup>72</sup>. Był on stworzony pod wpływem przemian jakie przyniosła rewolucja przemysłowa. Pierwszą ustawę o ubezpieczeniach chorobowych uchwalono w 1883 r. drugą o ubezpieczeniach ofiar wypadków przy pracy rok później a trzecią o ubezpieczeniach osób starszych i inwalidach w 1889 r. Wprowadzenie przez Bismarcka ubezpieczeń zdrowotnych i społecznych było związane z ówczesnie panującą polityką. Chodziło o zniwelowanie na arenie politycznej siły Socjaldemokracji, która reprezentowała interesy robotników<sup>73</sup>.

Współcześnie system „Bismarckowski” zwany również ubezpieczeniowym występuje w krajach Europy Zachodniej między innymi we Francji, Holandii, Niemczech w postaci powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych i obejmował ryzyko na wypadek choroby, macierzyństwa, i niezdolności do pracy z powodu wypadku przy pracy i starości. Według Moniki Urbaniak: „proces podejmowania decyzji w tym modelu jest zdecentralizowany, a organy państwowe sprawują jedynie ogólny nadzór nad działaniem instytucji ubezpieczeniowych podejmujących rozstrzygnięcia bez ingerencji przedstawicieli państwa, ale przy udziale reprezentantów organizacji np. lekarzy czy szpitali”<sup>74</sup>. W powyższym modelu ochrony zdrowia występują trzy rodzaje uczestników: świadczeniodawca, świadczeniobiorca i płatnik. W finansowaniu całej opieki medycznej świadczeniodawcami są między innymi: szpitale, przychodnie, apteki jak również indywidualne praktyki lekarskie, natomiast świadczeniobiorcami są pacjenci. Płatnikiem są ubezpieczeniowe fundusze, które występują pod różnymi nazwami, a które są uzależnione od rządu i budżetu państwa. Powyższe fundusze konkretyzują ubezpieczenia zdrowotne. Koszyk świadczeń jest zazwyczaj ograniczony lub określony przez wyeliminowanie niektórych usług medycznych. Natomiast środki finansowe pochodzą ze składek najczęściej obowiązkowych ściśle powiązanych z zatrudnieniem, których wysokość jest uzależniona od dochodów. Składki są wnoszone zazwyczaj do funduszy przez pracowników i pracodawców w określonej partycypacji. Dlatego też uprawnionymi do korzystania z ubezpieczeń są wszyscy, którzy uiszczają składki przede wszystkim pracownicy i ich rodziny<sup>75</sup>. Model ubezpieczeniowy opiera się na kontraktach płatników z

---

<sup>72</sup> M. Skawińska, Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej (na przykładzie Szwecji, Wielkiej Brytanii, Polski, Niemiec), „Studia Medyczne” 2009: 13: 69-77.

<sup>73</sup> J. Leowski, *Polityka Zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa 2009, s. 22.

<sup>74</sup> M. Urbaniak, *Aspekty publicznoprawne organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Republice Włoskiej*, op. cit., s. 37.

<sup>75</sup> M. Dercz, T. Rek, *Podstawy prawne finansowania świadczeń zdrowotnych przez podmioty publiczne*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2005 r.; (3)1.

świadczeniodawcami na wykonanie usług na rzecz ubezpieczonego. Stawki w tych kontraktach są określone z góry, są jednakowe dla całego kraju. Cechą charakterystyczną tego modelu jest istnienie alternatywnych ubezpieczeń zdrowotnych-prywatnych. Konsekwencją tego faktu jest występujący pluralizm własnościowy instytucji opieki medycznej. Istnieje dość mocno rozbudowany sektor prywatny (własność prywatna np. należąca do lekarzy czy do spółek).

W systemie ochrony zdrowia opartym na modelu Bismarcka można wyodrębnić podsystem hybrydowy zwany ubezpieczeniowo-budżetowym, który funkcjonuje w krajach skandynawskich np. w Szwecji. Opiera się on na obligatoryjnych, powszechnych, państwowych ubezpieczeniach zdrowotnych dla wszystkich obywateli i zapewnia on nieograniczony dostęp do opieki zdrowotnej. Podstawowymi instytucjami tego modelu są Kasy Chorych a składka ubezpieczenia jest obowiązkowa, przejawia się silny interwencjonizm państwa, który polega na aktywnym oddziaływaniu państwa na przebieg procesów gospodarczych i nie tylko <sup>76</sup>.

W modelu hybrydowym środki finansowe pochodzą między innymi ze składek ubezpieczonych, z dotacji rządowych, z budżetów lokalnych samorządów. Cechą charakterystyczną tego modelu jest przewaga samorządowej własności instytucji opieki zdrowotnej, która należy do rad gmin <sup>77</sup>. Mirosława Skawińska twierdzi, iż: w latach 90 XX wieku przyznano samorządom na szczeblu okręgowym prawo organizowania opieki zdrowotnej oraz zastosowanie podziału na tzw. trzecią stronę czyli płatnika, świadczeniodawcę oraz prawo kontraktowania. Lokalne rządy stają się uczestnikami zmian. Najbardziej optymalne rozwiązania na szczeblu lokalnym mają szansę na ogólnokrajowe wdrożenia. Wtedy podjęto próbę skracania czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne <sup>78</sup>.

W modelu hybrydowym sektor prywatny nie jest rozwinięty a ubezpieczenia prywatne nie są popularne. Mały jest również odsetek lekarzy prowadzących praktykę prywatną, wynagrodzenie lekarzy jest uzależnione od kwalifikacji i danego stanowiska <sup>79</sup>.

---

<sup>76</sup> J. Leowski, *Polityka zdrowotna-finansowanie opieki zdrowotnej w świecie, jego źródła, efekty i zagrożenia*, „Zdrowie Publiczne” 2000 r, CX (4), s. 125-130.

<sup>77</sup> J. Opolski, M. Sanecki, J. Grudziądz-Sękowska, *Podstawy teorii zdrowia publicznego...* op.cit., s. 180.

<sup>78</sup> M. Skawińska, *Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej (na przykładzie Szwecji, Wielkiej Brytanii, Polski, Niemiec)*, op. cit., 69-77.

<sup>79</sup> *Ibidem*, s. 72.

### 3.2 Model Beveridge'a

Model Beveridge'a jest to system narodowej służby zdrowia, który pojawił się w Wielkiej Brytanii w 1948r. Nazwa tego modelu pochodzi od nazwiska Wiliama Henry'ego Beveridge'a- ekonomisty i polityka, który był Prezydentem Królewskiego Towarzystwa Statystyki oraz dyrektorem Londyńskiej Szkoły Ekonomii. Otrzymał on od ówczesnego premiera Wielkiej Brytanii zlecenie zredagowania raportu o zasadach „ubezpieczeń społecznych i służb pokrewnych” (*Social Insurance Allied Services*)<sup>80</sup>. Posłużył on za podstawę narodowej służby zdrowia, regulując politykę społeczną, zapewniając bezpieczeństwo socjalne wzmocniając funkcję państwa opiekuńczego. Na podstawie tego raportu w 1946 roku została uchwalona ustawa o państwowej służbie zdrowia (*National Health Service Act*). Powyższy model opiera się na powszechnym dostępie wszystkich obywateli do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych. Koszyk tych świadczeń jest szeroki i ograniczony możliwościami finansowymi budżetu państwa. Interesariuszami systemu narodowej służby zdrowia są: świadczeniodawcy wyłącznie publiczni i świadczeniobiorcy czyli pacjenci<sup>81</sup>. Państwo finansuje i organizuje opiekę medyczną z podatków a jedynym wskaźnikiem używanym przy udzielaniu świadczeń leczniczych jest potrzeba zdrowotna danej jednostki. Głównym źródłem finansowania systemu ochrony zdrowia opartym na modelu Beveridge'a są podatki ogólne, środki finansowe alokowane były z poziomu centralnego do świadczeniodawców czyli do szpitali i przychodni według centralnie sprecyzowanych zasad<sup>82</sup>. Według Moniki Urbaniak: zgodnie z planem Beveridge'a zabezpieczenie społeczne powinno być oparte na systemie ubezpieczeń społecznych, które miały być rozszerzone na różne rodzaje ryzyka, m.in. ubezpieczenia na wypadek chorób, starości i bezrobocia<sup>83</sup>. W tym systemie pobierany jest czasami tzw. podatek zdrowotny na pokrycie części kosztów systemu. Oznacza to, że funkcjonuje tutaj współpłatność ze strony pacjentów przy niektórych usługach medycznych. Cechą charakterystyczną modelu Beveridge'a opierającego się na narodowej służbie zdrowia jest istnienie sektora prywatnego np. we Włoszech. Republika Włoch popiera korzystanie przez obywateli z prywatnego rynku zdrowia, tworząc w tym celu prawne możliwości odliczenia bądź odpisania wydatków od podatku od osób fizycznych. Ponadto na podstawie ustawy

---

<sup>80</sup> B. Abel-Smith, The Beveridge Raport: Its Origins and Outcomes, „International Social Security Review” 1992, no 1-2, s. 5.

<sup>81</sup> J. Leowski, Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne, Warszawa 2009, s. 23.

<sup>82</sup> M. Paszkowska, Ochrona zdrowia w UE, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 3, s. 321.

<sup>83</sup> M. Urbaniak, Aspekty publicznoprawne organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Republice Włoskiej, op. cit., s. 37

1978/833 obywatele włoscy mają prawo połączenia świadczeń oferowanych przez sektor publiczny ze świadczeniami oferowanymi na rynku prywatnym lub poprzez system dobrowolnych ubezpieczeń. Wybór prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego pozwala na korzystanie przez pacjentów ze świadczeń udzielanych przez lekarzy wolnego wyboru, lekarzy specjalistów, a także możliwość leczenia w prywatnych szpitalach<sup>84</sup>. Należy podkreślić, że w państwach, w których funkcjonuje narodowy system ochrony zdrowia ubezpieczenia stanowią margines w ramach środków, z których jest finansowany system zdrowotny. Model ochrony zdrowia Beveridge'a współcześnie występuje w Wielkiej Brytanii, Portugalii, Hiszpanii, Danii<sup>85</sup>. System zdrowia w Wielkiej Brytanii opiera się na publicznym sektorze narodowej służby zdrowia (NHS), który jest wzajemnie powiązany z sektorem niezależnym-prywatnym oraz z działaniem systemów ubezpieczeniowych o charakterze charytatywnym. Źródłem finansowania systemu ochrony zdrowia w tym kraju są podatki ogólne, dotacje z Narodowego Funduszu Ubezpieczeniowego na rzecz NHS i opłaty obywateli za prywatne usługi lecznicze. W Anglii istnieją tzw. trusty- instytucje finansujące szpitale na podstawie kontraktowania świadczeń medycznych<sup>86</sup>. W Portugalii natomiast pomimo istnienia narodowej służby zdrowia w postaci bezpłatnego dostępu do świadczeń zdrowotnych niektóre z nich nie są w ogóle dostępne w ramach publicznej służby zdrowia np. badania laboratoryjne, rentgenowskie. Sytuacja ta godzi najbardziej w najuboższe warstwy społeczne. Na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku państwo portugalskie popierało rozwój prywatnej służby zdrowia. Dowodem na to była możliwość odliczania kosztów leczenia od podatku dochodowego w sektorze prywatnym<sup>87</sup>. W Hiszpanii z kolei zasada powszechności służby zdrowia i bezpłatnego dostępu do niej została potwierdzona w konstytucji z 1978 roku. Efektem wprowadzenia systemu powszechnego ubezpieczenia jest duża liczba osób ubezpieczonych (91.7% ogólnej liczby ludności). Tendencja do wprowadzania systemu powszechnego nie jest oparta na istnieniu prawa związanego z posiadaniem obywatelstwa lub karty stałego pobytu. Hiszpania zachowała wcześniejszą strukturę służby zdrowia rozszerzając jednocześnie powszechny system na nowe kategorie populacji wcześniej nie objęte ochroną zdrowia<sup>88</sup>. W Hiszpanii

---

<sup>84</sup> Ibidem, s. 47

<sup>85</sup> J. Nosko, *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne. Aspekty historyczno- kulturalne*, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. Nofera, Łódź 2005, s. 68-90.

<sup>86</sup> E. Hibner, *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 2003, s. 11-115.

<sup>87</sup> [biurose.sejm.gov.pl/uzup/mid-286.pdf](http://biurose.sejm.gov.pl/uzup/mid-286.pdf), dostęp 24.08.2015 r.

<sup>88</sup> M. Dziubińska-Michalewicz, *Organizacja ochrony zdrowia w Hiszpanii i Portugalii*, Kancelaria Sejmu, Biuro studiów i ekspertyz, grudzień 2003. [biurose.sejm.gov.pl/uzup/mid-286.pdf](http://biurose.sejm.gov.pl/uzup/mid-286.pdf), dostęp 24.08.2015 r.

współcześnie istnieją oprócz osób objętych powszechnym systemem ubezpieczenia zdrowotnego trzy rodzaje grup społecznych:

- grupy ludzi objętych odrębnymi ubezpieczeniami (towarzystwa wzajemnej pomocy dla pracowników morza, banków, itp). Stanowią one 7,5% całej populacji.
- kolejną grupą w społeczeństwie osoby związane z systemem powszechnym w związku z przynależnością do byłego systemu pomocy społecznej (*la beneficiencia*). Grupa ta, posiadająca niskie dochody, stanowiąca 1% ogółu ludności, skorzystała z rozszerzenia opieki zdrowotnej wprowadzonego na mocy dekretu królewskiego nr 1088 z 8 września 1989 roku.
- osoby nie objęte państwową ochroną zdrowia w związku z osiągnięciem wysokich dochodów (ok. 178.000 osób)<sup>89</sup>.

Państwowa służba zdrowia w Danii jest finansowana w 85% z podatków pobieranych na szczeblu lokalnym i krajowym. Każdy obywatel ma prawo do równego dostępu do wszystkich świadczeń medycznych i są one najczęściej udzielane bezpłatnie. Duński system ochrony zdrowia kładzie duży nacisk na zagwarantowanie społeczeństwu szerokiego wachlarza świadczeń socjalnych i dobrych warunków bytowych w konsekwencji czego gminy ponoszą wydatki na leki dla osób pobierających świadczenia pomocy socjalnej.

### **3.3 Model Siemaszki**

System Siemaszki to system centralnie planowanej ochrony zdrowia<sup>90</sup> został stworzony w Związku Radzieckim podczas rewolucji październikowej w 1917 r. przez lekarza, współpracownika Lenina Nikołaja Aleksandrowicza Siemaszko. Jego system funkcjonował w oparciu o centralnie tworzone 5-letnie plany rozwoju<sup>91</sup>. W myśl tych planów państwo brało odpowiedzialność za kształcenie, promowanie personelu medycznego, infrastrukturę całej służby zdrowia oraz produkcję aparatury medycznej. Siemaszko był pomysłodawcą i twórcą Państwowego Instytutu Naukowego ds. Organizacji Ochrony Zdrowia, który przygotowywał dane statystyczne dotyczące planów rozwojowych sektora zdrowia. Powyższy model państwowej służby zdrowia gwarantował powszechny dostęp do bezpłatnej opieki medycznej a uprawnionymi do świadczeń

---

<sup>89</sup> Ibidem, s. 4.

<sup>90</sup> K. Wielicka, Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej” 2014, Seria: Organizacja i Zarządzanie z. 70, s. 494.

<sup>91</sup> M. Balicki i A. Koronkiewicz, System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej, praca zbiorowa pod red. L. Kubickiego, Prawo medyczne, op. cit., s.135

zdrowotnych byli wszyscy obywatele. W modelu tego rodzaju koszyk świadczeń oferował bardzo szeroki wachlarz zabezpieczeń społecznych a uczestnikami tego systemu ochrony zdrowia byli przede wszystkim: świadczeniodawcy wyłącznie publiczni i świadczeniobiorcy czyli pacjenci natomiast płatnikami były centralne i regionalne szczeble administracji publicznej i podległy im aparat. Środki finansowe pochodziły z podatków ogólnych i alokowane były z poziomu centralnego do świadczeniodawców czyli do szpitali i przychodni według centralnie sprecyzowanych zasad<sup>92</sup>. System ochrony zdrowia oparty na modelu Siemaszki charakteryzował się całkowitym monopolem własnościowym państwowych instytucji leczniczych. Jak słusznie zauważyli J. Opolski i M. Sanecki, że: państwo było także właścicielem aptek, szkolnictwa medycznego, sanatoriów. Sektor prywatny w ogóle nie istniał, indywidualne praktyki lekarskie i stomatologiczne prawie sprowadzone zostały do minimum. Model ten nastawiony był na udział społeczeństwa w działaniach na rzecz zdrowia<sup>93</sup>.

Warto nadmienić, iż po II wojnie światowej model ten został wprowadzony we wszystkich krajach obozu socjalistycznego głównie w Polsce i funkcjonował właściwie do rozpadu Związku Radzieckiego, a do dziś obowiązuje on na m.in. Ukrainie, Białorusi oraz w Serbii<sup>94</sup>.

#### **4. Wnioski**

Zdrowie jest jedną z najważniejszych wartości w życiu człowieka i społeczeństwa. Jest pojęciem wieloznacznym nie objętym przez jedną definicję. Próby określenia tego terminu sięgają czasów starożytnych. Zasadniczo należy zwrócić uwagę na fakt, że współcześnie istnieją dwa modele definicji zdrowia: biomedyczny oraz holistyczny. Najbardziej rozpowszechnioną holistyczną definicją zdrowia jest definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), według której zdrowie jest stanem pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brakiem choroby lub ułomności. Zdrowie warunkują różne determinanty, jak np. czynniki środowiskowe, czynniki genetyczne, jakość opieki medycznej, oraz styl życia. Ten ostatni jest bezpośrednim czynnikiem, w największym stopniu wpływającym na zdrowie każdego człowieka. Styl

---

<sup>92</sup> V. Siwińska, Modele systemów opieki zdrowotnej w Polsce i wybranych państwach europejskich, „Zdrowie Publiczne” 2008; 118(3), s. 361.

<sup>93</sup> J. Opolski, M. Sanecki, J. Grudziądz-Sękowska, Podstawy teorii zdrowia publicznego op. cit., s. 153.

<sup>94</sup> C. Włodarczyk, Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym, Łódź-Kraków-Warszawa 1996, s. 34; szerzej: K. Wielicka, Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej” 2014, Seria: Organizacja i Zarządzanie z. 70, s. 494.

życia można zdefiniować jako sposób życia człowieka – jego zachowania, postawy, działania i ogólną filozofię życiową.

Ujęcie zagadnień dotyczących zdrowia i zdrowia publicznego oraz problemów prozdrowotnych w skali populacyjnej miało i ma tło historyczne. Na przestrzeni wieków podejście do opisywanych zagadnień zmieniało się w zależności od podłoża społeczno-ekonomicznego, jak i rozwoju medycyny. W zdrowiu publicznym punktem wyjścia jest analiza stanu zdrowia społeczeństwa i sprecyzowanie na jej podstawie konkretnego problemu zdrowotnego w wymiarze społecznym w celu określenia najbardziej zasadniczych elementów mających wpływ na poziom zdrowia. Zasadniczy cel osiągnięcia zdrowia publicznego odnosi się do obniżenia poziomu chorobowości i umieralności, dlatego też podstawowym założeniem polityki większości państw na świecie jest zapewnienie interesu społecznego w postaci populacyjnych działań prozdrowotnych. W dzisiejszych czasach większość państw w Europie i na świecie potwierdza swą odpowiedzialność rozwój ochrony zdrowia i opieki medycznej nad swoimi obywatelami. Dotyczy to zarówno opieki prewencyjnej, jak i leczniczej i ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkim obywatelom.

Fundamentalne zadania zdrowia publicznego możemy podzielić na dwie grupy: działania na rzecz ochrony zdrowia całego społeczeństwa i działania w aspekcie ochrony zdrowia indywidualnej jednostki. Zdrowie publiczne jako dziedzina nauki o charakterze interdyscyplinarnym przyczynia się do racjonalnego zorganizowania i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Natomiast wykreowane w różnych państwach modele systemów ochrony zdrowia są wynikiem zachodzących w XIX i XX wieku procesów przemian historycznych, politycznych, kulturowych czy gospodarczych (np. rewolucja francuska, przemysłowa czy stworzenie Organizacji Narodów Zjednoczonych ze Światową Organizacją Zdrowia na czele).

Podstawą funkcjonowania każdego systemu ochrony zdrowia jest sposób jego finansowania. Współcześnie istnieją dwa zasadnicze modele systemu ochrony zdrowia: model bismarckowski czyli ubezpieczeniowy i model narodowej służby zdrowia czyli budżetowy. Każdy z nich różni się sposobem finansowania. Pierwszy model ochrony zdrowia występujący współcześnie w Polsce „Bismarckowski” reguluje kwestię ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, które stanowią ochroną przed skutkami zdarzeń losowych mogących być przyczyną złej sytuacji finansowej ubezpieczonych. Model ten opiera się na instytucjach ubezpieczeniowych w postaci kas chorych, które finansują

wszystkim swoim członkom świadczenia zdrowotne. Głównym źródłem finansowania są składki ubezpieczeniowe opłacane przez ubezpieczonych. Oprócz płatnika (Kasy Chorych) występują w tym modelu świadczeniodawcy czyli np. szpitale, z którymi kasy chorych mają podpisane kontrakty na dostarczanie usług medycznych i świadczeniobiorcy czyli pacjenci, którzy z tych usług korzystają. Drugim modelem systemu ochrony zdrowia jest model Beveridge'a, który jest systemem narodowej służby zdrowia, a pojawił się w Wielkiej Brytanii w 1948 roku. Powyższy model opiera się na powszechnym dostępie wszystkich obywateli bez względu na status społeczny do świadczeń zdrowotnych. Państwo jest odpowiedzialne za dostęp dla wszystkich do usług opieki zdrowotnej na jednakowych zasadach (bezpłatnie lub za częściową odpłatnością) a usługi te finansowane są poprzez system podatków ogólnych. Interesariuszami systemu narodowej służby zdrowia są: świadczeniodawcy wyłącznie publiczni i świadczeniobiorcy czyli pacjenci. W tym modelu nie istnieje tzw. trzecia strona czyli płatnik w postaci instytucji ubezpieczeniowych. Należy podkreślić, iż państwa, w których przyjęto model ubezpieczeniowy służby zdrowia, w którym nadrzędnym źródłem finansowania są ubezpieczenia zdrowotne wydają na ochronę zdrowia więcej funduszy, w których funkcjonuje model budżetowy.

System Siemaszki to system centralnie planowanej ochrony zdrowia, który został stworzony przez lekarza, współpracownika Lenina Nikołaja Aleksandrowicza Siemaszko. Głównym założeniem tego modelu jest pełny i bezpłatny dostęp do służby zdrowia dla całego społeczeństwa oraz finansowanie ochrony zdrowia bezpośrednio z budżetu państwa na zasadzie centralnego planowania. W modelu tym państwo brało odpowiedzialność za kształcenie, promowanie personelu medycznego, infrastrukturę całej służby zdrowia oraz produkcję aparatury medycznej. W modelu tym nie istnieje w ogóle sektor prywatny a uprawnienia do świadczeń leczniczych są prawem obywatelskim. Współcześnie model ten stał się anachronizmem ponieważ jest mało efektywny, reprezentuje słabą jakość usług medycznych a nadmierna centralizacja decyzji dotycząca organizacji służby zdrowia przyczyniła się do traktowania pacjentów w sposób przedmiotowy.

Po dokonaniu analizy trzech modeli systemu ochrony zdrowia należy skonstatować, iż nie ma idealnego systemu ochrony zdrowia. Każdy z tych modeli posiada liczne niedociągnięcia i defekty. Rozwój dyscypliny naukowej jaką jest medycyna, postęp technologii medycznych, wzrost długości życia ludzi na świecie, rosnące oczekiwania pacjentów spowodowały, iż praktycznie żaden z modeli systemów ochrony zdrowia nie



jest w stanie zaspokoić i zagwarantować całej populacji w danym państwie najlepszej opieki medycznej i nieograniczonego bezpłatnego dostępu do wszystkich świadczeń leczniczych.

W modelu ubezpieczeniowym istnieje znaczna liczba instytucji ubezpieczeniowych np. Kas Chorych pomiędzy którymi zachodzi zjawisko konkurencji o ubezpieczonych i ich składki. Kasy Chorych najczęściej rządzą się swoimi prawami i realizują swoje partykularne interesy niż interesy ubezpieczonych stając się tym samym regionalnymi ministerstwami zdrowia. W modelu Beveridga'ego natomiast brak konkurencji i podmiotów prywatnych zmniejsza jego efektywność. Pomimo deklarowanej pełnej dostępności do świadczeń usługi medyczne w tym modelu podlegają limitowaniu ze względu na rosnący koszt udzielanych świadczeń co prowadzi do znacznego wzrostu wydatków na ochronę zdrowia ze środków publicznych. W modelu Beveridga'ego pacjent ma ograniczoną możliwość wyboru świadczeniodawcy, może dokonać tylko wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Model Siemaszki również wykazuje wady. Przede wszystkim założenia modelu Siemaszki nie są już dostosowane do współczesnych wymogów i osiągnięć nowoczesnych technologii i procedur medycznych a postulaty powszechności dostępu do świadczeń medycznych pozostają jedynie założeniami ideologicznymi, z których państwa nie mogą się wywiązać. Z tego względu model Siemaszki funkcjonuje w nielicznych państwach europejskich.

## **Rozdział II**

### **Geneza i rozwój systemu ochrony zdrowia w II Rzeczypospolitej**

#### **1. Geneza polskiego systemu ochrony zdrowia**

##### **1.1 Początki kształtowania się systemu ochrony zdrowia w II RP**

Sytuacja zdrowotna w II Rzeczypospolitej przedstawiała się negatywnie i była bardzo niestabilna. Złożyło się na to wiele czynników zarówno o charakterze wewnętrznym, jak i zewnętrznym. Odrodzona Polska powstawała z trzech zaborów, których warunki gospodarczo-społeczne oraz zdrowotne były różne. Najlepiej prezentowała się sytuacja higieniczno-sanitarna na ziemiach należących do zaboru pruskiego. Na terytorium okupowanym przez zabór austriacki była ona znacznie gorsza, natomiast najgorzej sprawy zdrowotne przedstawiały się na ziemiach objętych zaborem

rosyjskim<sup>95</sup>. Na zły stan zdrowotny ludności w II Rzeczypospolitej miały wpływ także przeróżne czynniki: złe warunki materialne i mieszkaniowe, brak środków żywnościowych, niskie standardy w służbie zdrowia, liczne choroby a także niska świadomość społeczeństwa polskiego w zakresie tworzenia systemu opieki zdrowotnej na ziemiach polskich<sup>96</sup>.

Z chwilą odzyskania niepodległości przez państwo polskie pojawiły się dwie koncepcje dotyczące organizacji służby zdrowia<sup>97</sup>. Pierwszą reprezentował polski lekarz docent higieny społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Tomasz Janiszewski, który postulował stworzenie jednolitego, państwowego systemu zarządzania sprawami zdrowia. Według niego utworzenie odrębnego Ministerstwa posiadającego prawo inicjatywy i egzekutywy z lekarzem na czele miało kluczowe znaczenie w aspekcie podnoszenia poziomu higieny społecznej, wzrastał posłuch dla przepisów higieny a tym samym ułatwiała to wykonywanie lekarzom swoich obowiązków. T. Janiszewski podkreślał, że: stworzenie osobnego Ministerstwa „szczególnie staje się potrzebą w krajach gdzie kultura sanitarna nisko stoi, stosunki zdrowotne są złe i sprawy zdrowotne są zaniedbane. Nie należy się też obawiać, że wymagania lekarzy pójdą zbyt daleko, że stworzenie osobnego Ministerstwa pociągnie za sobą zbyt wielkie wydatki. Obawy takie nie powinny stanowić przeszkody utworzenia tego urzędu. Każdy wie, że nie można korzystniej umieścić pieniędzy niż w urządzeniach i instytucjach mających na celu ochronę zdrowia i życia ludzkiego”<sup>98</sup>. Tomasz Janiszewski podkreślał rolę lekarza w systemie ochrony zdrowia, albowiem jego zdaniem: „lekarze biorą tak czynny udział w całej pracy społecznej, tak blisko stykają się z życiem, że dając im prawo inicjatywy i egzekutywy tym samym wkładamy na nich większą odpowiedzialność. Bowiem w administracji sanitarnej lekarz powinien przodować i decydować a prawnik pomagać mu swoją radą i wiedzą „<sup>99</sup>.

Według drugiego poglądu Jana Polaka, doktora medycyny i higienisty nadrzędnym celem państwa było zbudowanie zdecentralizowanej administracji opieki zdrowotnej, na czele której miał być jeden z departamentów Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i innych resortów albo samorządowy nadzór nad sprawami zdrowia wykonywany przez

---

<sup>95</sup> J. Górny, Stan zdrowia ludności u progu II Rzeczypospolitej, „Poznańskie Roczniki Medyczne“, t. IV-V, 1980-1981, s. 230.

<sup>96</sup> J. Górny, Ochrona zdrowia ludności w Polsce w latach 1919-1939, s. 11 [w:] Kasy Chorych w Wielkopolsce. Przeszłość i terażniejszość pod red. M. Musielaka, Poznań 2003.

<sup>97</sup> A. Zemke-Górecka, Status samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja, Warszawa 2010, s. 8-10.

<sup>98</sup> T. Janiszewski, Polskie Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Kraków 1917, s. 13-14.

<sup>99</sup> Ibidem, s.14.

Ministerstwo Samorządów. Argumentem przemawiającym za tą drugą koncepcją miała być funkcja przypisywana samorządom, które będąc bliżej społeczeństwa lepiej rozumieją jego potrzeby, a tym samym skuteczniej samorząd może sprostać zadaniom sektora zdrowotnego<sup>100</sup>. Zwyciężyła jednak pierwsza koncepcja Tomasza Janiszewskiego, która wykreowała państwową publiczną opiekę medyczną. Na powołanie Ministerstwa Zdrowia miało wpływ wiele czynników. Przede wszystkim wyodrębnienie oddzielnego resortu zdrowia miało przyczynić się do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa oraz udoskonalić organizację służby zdrowia, a także pomóc w zdobywaniu odpowiedniej pozycji dla państwa polskiego w dziedzinie opieki zdrowotnej<sup>101</sup>. Rada Regencyjna *dekretem z dnia 4 kwietnia 1918 roku utworzyła Ministerstwo Zdrowia Publicznego Opieki Społecznej i Ochrony Pracy*, które zostało wyodrębnione z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych<sup>102</sup>. Ministrem, a zarazem podsekretarzem stanu nowego resortu został profesor higieny, lekarz psychiatra i neurolog, społecznik, polityk Witold Chodźko<sup>103</sup>. Do podstawowych funkcji Ministerstwa Zdrowia należał nadzór nad opieką medyczną społeczeństwa, jak również nad wszystkimi sprawami lekarskimi oraz sanitarnymi w państwie. Ponadto do kompetencji resortu zdrowia należał nadzór epidemiologiczny nad działaniami samorządów oraz zakładanie szpitali i lecznic. Podlegała mu również samorządowa służba zdrowia. Samorządy terytorialne były bezpośrednio zobowiązane zapewnić opiekę ludności zamieszkałej na ich terenie, a zadanie to musiało mieć być wykonane pod nadzorem władz państwowych. Samorządy współpracowały też z Ministerstwem Zdrowia w zakresie zwalczania chorób zakaźnych i wenerycznych.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego posiadało swój statut nadany przez Radę Ministrów. Był to władczy akt prawny regulujący zadania, wewnętrzną strukturę

---

<sup>100</sup> J. Fijałek, J. Michalski, Publiczna opieka zdrowotna u początków Polski Niepodległej, *Archiwum Historii Medycyny* 1978, LXI,4, s. 399.

<sup>101</sup> *Biuletyn Ministerstwa Zdrowia*, 1919 rok, nr 9, s. 2.

<sup>102</sup> Dekret Rady Regencyjnej z dnia 4 kwietnia 1918 roku o utworzeniu Ministerstwa Zdrowia Publicznego Opieki Społecznej i Ochrony Pracy Dz. U. 1918, Nr 14, poz. 31 ze zm.

<sup>103</sup> Witold Chodźko był członkiem Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego, brał udział w Komisji do Spraw Przemysłu Lekarskiego, został członkiem Oddziału Lubelskiego Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. Brał również czynny udział w Towarzystwie Oświatowo-Kulturalnym "Światło" z Stefanem Żeromskim. Wypowiadał się on o Witoldzie Chodźko w następujący sposób: „Tyle udzieliliście dobrego, tak wytrwale pracowaliście przy najcięższej pracy, przy przeoraniu początkowym najbardziej zarosłego ugoru, że , gdy się teraz myśli o waszej nieobecności prawdziwy żal przejmuję...Wiem, że gdziekolwiek będziecie, będziecie tak samo walczyć jak tu, ale przywiązujemy się do prac, zabiegów, ludzi.” Witold Chodźko był również wiceprezesem i prezesem Polskiego Komitetu Walki z Handlem Kobietami i Dziećmi (1923); prezesem Federacji Polskich Stowarzyszeń Ligi Narodów (1925), wiceprezesem Centralnego Komitetu Społecznego Ofiarom Powodzi (1925), L. Hass, *Ambicje, rachuby, rzeczywistość: wolnomularstwo w Europie Środkowo-Wschodniej 1905-1928*, Warszawa 1984, s. 361.

organizacyjną i sposób działania organu administracji publicznej. Funkcjonował on według następujących zasad:

- wszystkie sprawy zdrowotne skupione były w jednym urzędzie, który nosi nazwę Ministerstwa albo Departamentu Zdrowia Publicznego. „Administracja sanitarna zyskuje egzekutywę i konieczną dla skutecznego działania samodzielność”,
- na czele Ministerstwa stał lekarz,
- Minister był mianowany na pewien okres czasu z możliwością wybrania na ponowną kadencję,
- administracja sanitarna cywilna łączyła się z wojskową pod jednym zarządem. Obie korzystają ze wspólnych przepisów,
- organami egzekutywy byli zaprzysiężeni funkcjonariusze albo żandarmeria,
- budżet Ministerstwa czerpie dochody z ogólnych funduszy państwowych, jak również posiada własne źródła dochodu na przykład podatki szpitalne, kary czy też fundusze instytucji ubezpieczenia od wypadków,
- Ministerstwo składało się z działu administracyjnego, technicznego oraz prawniczego<sup>104</sup>.

Dział administracyjny składał się z Najwyższej Rady Zdrowia, oraz z Gubernialnych, Powiatowych i Gminnych Rad Zdrowia. Były one organami opiniotwórczymi w Ministerstwie na szczeblu naczelnym i samorządowym. Dział administracyjny zajmował się sprawami organizacyjnymi państwowej służby zdrowia. Do działu technicznego należała cała obsługa techniczna służby zdrowia natomiast dział prawny zajmował się szeroko pojętym ustawodawstwem m.in. kodyfikacją ustaw i rozporządzeń. Ministerstwo Zdrowia Publicznego zostało zlikwidowane *ustawą z dnia 28 listopada 1923 roku*. Oznaczało to niewątpliwie pewną regresję i uwstecznienie systemu ochrony zdrowia w Polsce. Zgodnie z art. 1 *ustawy z dnia 28 listopada 1923 roku o zniesieniu Ministerstwa Zdrowia Publicznego* prawa i obowiązki ministra zdrowia publicznego przechodzą na ministra spraw wewnętrznych i ministra pracy i opieki społecznej<sup>105</sup>. Tę modyfikację uwzględniono w nowym statucie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych zatwierdzonym *rozporządzeniem Rady Ministrów z 3 marca 1924 roku*<sup>106</sup>. Na jego mocy utworzono

---

<sup>104</sup> T. Janiszewski, Polskie Ministerstwo Zdrowia Publicznego, op. cit., s. 22.

<sup>105</sup> Ustawa z dnia 28 listopada 1923 roku w przedmiocie zniesienia Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Dz. U. 1923, Nr 131, poz. 1061 ze zm.

<sup>106</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 marca 1924 roku w sprawie zatwierdzenia Statutu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Dz. U. 1924, Nr 9, poz. 86.

Generalną Dyрекcyję Służby Zdrowia na prawach departamentu <sup>107</sup>. Natomiast w 1932 roku przeprowadzono kolejną reorganizację i służbą zdrowia zajęło się Ministerstwo Opieki Społecznej. W tym samym czasie utworzono organ doradczy Ministerstwa Opieki Społecznej tzw. Państwową Naczelną Radę Zdrowia. Głównym zadaniem Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia był: nadzór nad akcjami zapobiegawczymi w postaci zwalczania chorób zakaźnych i społecznych i monitorowanie stanu sanitarnego kraju oraz nadzór nad lecznictwem głównie nad szpitalami.

## **1.2 Pierwsze regulacje dotyczące problematyki ubezpieczenia na wypadek choroby**

Polski system ochrony zdrowia historycznie ponieważ pozostał pod wpływem niemieckiego prawa socjalnego. Powstanie ubezpieczenia zdrowotnego jako instrumentu służącego rozwiązywaniu kwestii zdrowotnych społeczeństwa stanowiło następstwo wprowadzenia w Niemczech w końcu XIX przez Ottona von Bismarcka wielu różnych form ubezpieczenia społecznego” <sup>108</sup>. Należały do nich:

- ubezpieczenie na wypadek choroby wprowadzone ustawą z 1883 roku
- ubezpieczenie od wypadków wprowadzone ustawą z 1884 roku
- ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa, starości i śmierci wprowadzone ustawą z 1889 roku <sup>109</sup>.

Powyższe trzy ubezpieczenia posiadały analogiczne cechy, przymusowy charakter polegający na obowiązku przynależności do określonej kasy oraz powszechność oznaczającą obejmowanie coraz to nowym grup społecznych ubezpieczeniem. I tak, w 1900 roku zostali nim objęci chałupnicy, w 1911 roku robotnicy rolni i urzędnicy, a w 1913 roku pracownicy handlu. Warto dodać, iż w Niemczech w 1913 roku liczba osób ubezpieczonych wynosiła 18 milionów. Niemieckie ubezpieczenia zapoczątkowały nową erę w rozwoju ustawodawstwa socjalnego. Ich nadrzędne znaczenie według Wojciecha Rajchera: polegało na zerwaniu z koncepcją braku ingerencji państwa w sferę stosunków między pracownikiem i pracodawcą oraz określaniu składki ubezpieczeniowej jako trwałego składnika płacy roboczej. Oznaczało to, że ubezpieczenia nie „były darowizną,

---

<sup>107</sup> Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 3 marca 1924 rok, Dz. U. 1924, Nr 9, poz. 86 ze zm.

<sup>108</sup> P. Makarzec, Ubezpieczenia społeczne w II Rzeczypospolitej, „Zeszyty Naukowe WSEI”, seria Administracja 2012; 2, 1: s.200-201.

<sup>109</sup> Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter Reichsgesetzblatt B. 1883, nr 9, s.73-104. Unfallversicherungsgesetz Reichsgesetzblatt B. 1884, nr 19, s. 69-111.

Gesetz betreffend die Invaliditäts und Altersversicherung Reichsgesetzblatt B. 1889, nr 13, s. 97.

lecz przedmiotem słusznie nabytego prawa przysługującego ubezpieczonemu z racji wnoszonych składek”<sup>110</sup>.

Warto przytoczyć pogląd znanego angielskiego socjalisty, ekonomisty i historyka przełomu XIX i XX wieku G.D.H Cole, który uważał Bismarcka za prekursora *welfare state* i przyznawał Niemcom w tej dziedzinie priorytet nad Anglią<sup>111</sup>. Tłumacząc ten fakt należy wspomnieć o znacznie mniejszym przywiązaniu narodu niemieckiego, a w szczególności niemieckiej burżuazji do ideałów leseferyzmu i państwa „stróża nocnego”. Ponadto w Niemczech był silniej zakorzeniony rozwój ruchu robotniczego i nacisk partii socjalistycznych na poprawę sytuacji socjalnej w kraju. Bismarckowski system ubezpieczeniowy stał się wzorem dla innych krajów w Europie w tym i dla Polski.

Pierwszym aktem prawnym w dziedzinie opieki zdrowotnej był *dekret z 11 stycznia 1919 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby* podpisany przez naczelnika państwa Józefa Piłsudskiego, Prezesa Rady Ministrów Jędrzeja Moraczewskiego oraz Ministra Pracy i Opieki Społecznej Bronisława Ziemięckiego<sup>112</sup>. Wzorowany był on na prawodawstwie austriackim, i niemieckim które wprowadzały pewne *novum* na skalę europejską, a mianowicie przymusowość ubezpieczenia. Dlatego też wyżej wymieniony dekret był pierwszym i zarazem najbardziej nowatorskim aktem prawnym w odrodzonej Polsce. Wyznaczał on nowe kierunki i tendencje w sprawach opieki zdrowotnej, był świadectwem troski państwa o zdrowie obywateli niepodległego państwa polskiego<sup>113</sup>. Dekret składał się z XIII części, każda z nich podejmowała inne zagadnienie. Wprowadzał on po raz pierwszy instytucje Kas Chorych, których nazwa została zaczerpnięta z języka niemieckiego i pochodzi od słowa *Krankenkasse*. Kasy Chorych w Polsce jako system ubezpieczeń społecznych był spuścizną po państwach zaborczych. W Prusach instytucja Kas Chorych funkcjonowała od 1883 roku i została wcielona na ziemie należące do zaboru pruskiego, natomiast w Austrii powyższa instytucja działała od 1888 roku i również wcielono ją na ziemie okupowane przez zabór austriacki. Na terytorium zaboru rosyjskiego Kasy Chorych nie funkcjonowały. Dlatego też od podstaw tworzono je właśnie w byłym zaborze rosyjskim, na pozostałym obszarze państwa polskiego Kasy Chorych już istniały i organizacja systemu Kas Chorych polegała na reorganizacji istniejącej już struktury<sup>114</sup>.

<sup>110</sup> W. Rajcher, Społeczno-historyczne typy ubezpieczeń, Warszawa 1951, s. 99.

<sup>111</sup> M. Orlicki, Ubezpieczenia obowiązkowe, Warszawa 2011, s. 25-33.

<sup>112</sup> Dziennik Prawa Państwa Polskiego 1919, nr 9, poz. 122, s. 68-90.

<sup>113</sup> E. Grabowski, Ubezpieczenia społeczne w państwach współczesnych, Warszawa 1923, s.25-28.

<sup>114</sup> I. Kowalski, Działalność Kas Chorych w Poznańskim w latach 1920-1933 [w:] Kasy Chorych w Wielkopolsce. Przeszłość i teraźniejszość pod red. M. Musielaka, Poznań 2003, s.27.

Powyższy dekret powoływał do życia terytorialne Kasy Chorych. Zgodnie z art. 1 tego analizowanego dekretu w celu obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby tworzy się Kasy Chorych po jednej na każdy powiat. W miastach mających ponad 50 000 ludności tworzy się oddzielne miejskie Kasy Chorych<sup>115</sup>. Akt prawny z *dnia 11 stycznia 1919 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby* rozróżniał dwa rodzaje Kas Chorych powiatowe występujące w powiatach oraz miejskie funkcjonujące w miastach.

Kasy Chorych były instytucjami samorządowymi, czyli całkowicie niezależnymi od państwa oraz publicznymi. Oznaczało to, iż wykonywały zadania administracji państwowej z dziedziny opieki zdrowotnej i socjalnej, lecz nie były organami administracji publicznej. Swoje decyzje podejmowały we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność. Posiadały własny budżet, nie będący częścią budżetu państwa, majątek oraz statut nadany przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej<sup>116</sup>. Ponadto Kasa Chorych oparta na niniejszym dekrete była osobą prawną, która mogła nabywać prawa i zaciągać zobowiązania, za które odpowiadała tylko swoim własnym majątkiem.

*Dekretem z dnia 11 stycznia.1919 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby* wprowadzono przymus ubezpieczenia wszystkich osób utrzymujących się pracy najemnej bez względu na umowę najmu. Oznaczało to realizację postulatu powszechności ubezpieczenia chorobowego. Pracodawcy musieli ubezpieczać swoich pracowników pod groźbą sankcji karnych. Istniał bowiem jeden wyjątek od obowiązku ubezpieczania, dekret dopuszczał możliwość zwolnienia z ubezpieczenia robotników rolnych pod warunkiem, iż otrzymają od pracodawcy świadczenia równorzędne w Kasie Chorych właściwego okręgu<sup>117</sup>.

Konsekwencją zasady powszechności ubezpieczenia chorobowego była bezpłatna pomoc lekarska przez 26 tygodni, świadczenia lecznicze dla rodziny ubezpieczonego, prawa do zasiłków (osoby utrzymujące rodzinę 60% płacy, osoby samotne 40% płacy, kobiety ciężarne 100% płacy), do leczenia szpitalnego, do środków leczniczych i opatrunkowych.

Dekret poruszał również kwestię składek - wynosiła ona 5% płacy ustawowej na ubezpieczenie zdrowotne (2/5 płacili pracownicy i 3/5 pracodawcy). Dekret stał się podstawą do tworzenia polskiego systemu ubezpieczeniowego, jednak w związku z tym,

<sup>115</sup> Dekret z dnia 11 stycznia 1919 roku, Dziennik Praw Państwa Polskiego 1919 rok, Nr 9, poz. 122 ze zm.

<sup>116</sup> J. Sadowska, *Kasy Chorych w Polsce w latach 1920 -1933*, Łódź 2002, s. 9.

<sup>117</sup> F. Turowicz, *Geneza i podstawy zasadniczego dekretu z dnia 11 stycznia 1919 r. „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych”*, 1929 r. ,XV, z.1, s. 2.

że Piłsudski nie przekazał go do zatwierdzenia Sejmowi, historycy za prawdziwy początek historii ubezpieczeń w Polsce uznają dopiero datę 19 maja 1920 r. – dzień wydania *ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby*<sup>118</sup>. Powyższy akt prawny precyzował zapisy *dekretu z dnia 11 stycznia 1919 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby* i nadawał sprawom ochrony zdrowia najwyższą rangę oraz kształtował politykę zdrowotną w państwie. Ustawa wprowadzała bezpłatną pomoc lekarską dla członków Kas istniejących powyżej trzech lat, podwyższała zasiłek pieniężny do 60% płacy ustawowej dla osób samotnych a nawet do 75%, gdy dochody Kasy wystarczały na pokrycie świadczeń obowiązkowych z nagromadzonego funduszu zapasowego. Objęła przymusowym ubezpieczeniem robotników rolnych natomiast dla pracowników kolei państwowych organizowała odrębne kasy chorych. Ustawa ta realizowała w sposób konsekwentny zasadę powszechności obowiązkowego ubezpieczenia. Oznacza to, iż podlegały im wszystkie osoby utrzymujące się z pracy najemnej. Osoby bezrobotne mogły korzystać z zasiłków i pomocy medycznej pod warunkiem, że choroba wystąpiła przed upływem trzynastego tygodnia od straty członkostwa<sup>119</sup>.

Wysokość składki wynosiła 6,5% płacy ustawowej, czyli była wyższa od wysokości składki ujętej w *dekrecie z 11 stycznia 1919 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby*. Na wzór norweski, polskie prawo ubezpieczeniowe zapewniało rodzinom osób ubezpieczonych opiekę lekarską przez okres trzynastu tygodni<sup>120</sup>. Warto podkreślić, iż ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby nie została wprowadzona na ziemiach byłych zaborów jednocześnie. Było to podyktowane kolejnością wcielenia tych obszarów do Odrodzonego Państwa Polskiego. Najwcześniej, bo w czerwcu 1920 roku ustawa zaczęła obowiązywać na ziemiach byłego zaboru austriackiego, a następnie w lipcu 1920 roku na ziemiach byłego zaboru pruskiego. Na ziemiach byłego zaboru rosyjskiego *ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby* weszła w życie najpóźniej. Miało to związek z ustaleniem granicy między Polską a Rosją. Dopiero na mocy *Traktatu Ryskiego z 18.03.1921 roku* została ta kwestia rozwiązana. Dlatego też organizacja Kas Chorych w województwach wschodnich przebiegała powoli. Włączenie Ziemi Wileńskiej do Polski 6 czerwca 1922 roku

---

<sup>118</sup> Sprawozdanie z 53 posiedzenia Sejmu Ustawodawczego z dnia 18 czerwca 1918, s. 29.

<sup>119</sup> M. Warszawski, *Organizacja lecznictwa w kasach chorych Wielkopolski w latach 1920-1933*, Poznań 1997, s.62; szerzej: F. Turowicz, *Geneza i podstawy zasadniczego dekretu z dnia 11 stycznia 1919 r. „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych”*, 1929r. XV, z.1, s. 2.

<sup>120</sup> J. Sadowska, *Kasy Chorych w Polsce w latach 1920-1933*, Łódź 2002, s. 14.



spowodowało, że 10 sierpnia 1922 roku wydano rozporządzenie Rady Ministrów o wprowadzeniu na teren województwa wileńskiego polskiej ustawy ubezpieczeniowej<sup>121</sup>.

## **2. System ochrony zdrowia w świetle postanowień ustawy z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby**

Rozmieszczenie terytorialne Kas Chorych w II Rzeczypospolitej było dostosowane do podziału administracyjnego państwa. *Ustawa z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby* w art. 1 stanowiła, iż: (...) tworzy się Kasy Chorych po jednej na każdy powiat. W każdym mieście liczącym ponad 50 tysięcy ludności może być tworzona oddzielna Kasa Chorych<sup>122</sup>. Należy wywnioskować, iż powyższa ustawa dokonała rozróżnienia na Kasy powiatowe i miejskie. Ten pierwszy rodzaj Kas odpowiadał powiatowej jednostce terytorialnej danego województwa. Powierzchnia terytorialna Kas Chorych przedstawiała znaczne zróżnicowanie. W województwach wschodnich czyli w nowogrodzkim, poleskim, wołyńskim, wileńskim i w województwach centralnych w białostockim, kieleckim, lubelskim, łódzkim, warszawskim obszary przynależne Kasom Chorych posiadały większe powierzchnie. W województwach zachodnich czyli w poznańskim i pomorskim oraz w województwach południowych w krakowskim, lwowskim, stanisławowskim, tarnopolskim funkcjonowała spora ilość Kas Chorych<sup>123</sup>. Według Jolanty Sadowskiej „zróżnicowanie Kas Chorych pod względem terytorialnym wynikało z uprzemysłowienia danej części kraju, a tym samym z liczby ubezpieczonych, jak również z istniejącej jeszcze z okresu zaborów organizacji ogólnomiejskich i wiejskich Kas terytorialnych w województwach zachodnich i południowych. W latach 1921-1928 zorganizowano 85 Kas Chorych na terenie województw centralnych i 32 Kasy w województwach wschodnich. W województwach zachodnich i południowych gdzie już wcześniej istniały tego rodzaju instytucje zachodzące zmiany miały charakter korekcyjny”<sup>124</sup>. Ogólnie na całym terytorium II Rzeczypospolitej

---

<sup>121</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 sierpnia 1922 roku o wprowadzeniu na teren województwa wileńskiego polskiej ustawy ubezpieczeniowej Dz. U. 1922, Nr 6, poz. 29; szerzej nt.: Z. Wyżnikiewicz, *Ustawodawstwo Śląskie o ubezpieczeniu społecznym*, Katowice 1938, s. 11, *Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej* 1920 r., Nr 44, poz. 272, s. 723-744

<sup>122</sup> *Ustawa z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby*, Dz. 1920, Nr 44, poz. 272 ze zm.

<sup>123</sup> *Ustawa z dnia 1 sierpnia 1919 r. o utworzeniu województw poznańskiego i pomorskiego* Dz. U. 1919 r. Nr 64, poz. 385, *Ustawa z dnia 2 sierpnia 1919 r. o utworzeniu województw centralnych* Dz. U. 1919, Nr 65, poz. 395, *Ustawa z 3 grudnia 1920 r. o utworzeniu województw południowych* Dz. U. 1920 Nr 117 poz. 768, *Ustawa z 4 lutego 1921 r. o utworzeniu województw wschodnich* Dz. U. 1921, Nr 16, poz. 93, szerzej nt. podziału państwa i władz administracyjnych: B. Wasiutyński, *Ustrój władz administracyjnych, rządowych i samorządowych*. Poznań 1933, s. 40-42.

<sup>124</sup> J. Sadowska, *Kasy Chorych w Polsce w latach 1920-1933*, Łódź 2002, s. 32.

w latach 1920-1929 występowały 287 Kasy Chorych, z czego 85 Kas przypadało na województwa centralne, 32 Kasy na województwa wschodnie, 55 Kas na zachodnie i 69 na południowe. W województwie Śląskim funkcjonowało 46 Kas. Jednakże pod wpływem złej sytuacji ekonomicznej jaka miała miejsce w Polsce pod koniec 1929 roku liczba Kas Chorych znacznie zmalała ze 287 do 100. Powyższe instytucje były zależne od różnego rodzaju procesów ekonomicznych, które zachodziły we wszystkich sferach gospodarki narodowej<sup>125</sup>. Na obszarze województw centralnych utworzono 19 Kas Chorych, w województwach wschodnich 8, w województwach zachodnich 15 natomiast w południowych 18. Kasy Chorych na Śląsku Cieszyńskim połączono w jedną. W momencie zmian organizacyjnych zlikwidowano pojęcia powiatowa czy miejska Kasa Chorych, wprowadzono jednolite pojęcie Kasy terytorialnej. W takiej sytuacji Kasy niezależnie od tego czy obejmowały jeden czy więcej powiatów winny ubezpieczać nie mniej niż 10 000 członków. Odstępstwo od tej zasady stanowiły województwa wschodnie i południowe ponieważ ze względu na słabe zurbanizowanie i gęstość zaludnienia określono liczbę 5000 członków<sup>126</sup>.

Warto podkreślić, iż najmniejszymi terytorialne Kasami Chorych były Kasy w województwach poznańskim i pomorskim, natomiast największe pod względem terytorialnym występowały w województwach wschodnich<sup>127</sup>. Analizowany akt prawny rozróżniał ubezpieczonych obligatoryjnie i fakultatywnie. Obowiązkowi ubezpieczenia w myśl art. 3 podlegali wszyscy zatrudnieni bez różnicy płci na podstawie stosunku roboczego (pracy), służbowego:

- robotnicy, czeladnicy, terminatorzy, pracownicy i urzędnicy biurowi i techniczni, kierownicy i dyrektorzy zatrudnieni w przemyśle, rzemiośle, górnictwie, handlu i komunikacji,
- pracownicy zatrudnieni w bankach, magazynach, sklepach, aptekach, wydawnictwach i różnego rodzaju stowarzyszeniach,
- zatrudnieni w przedsiębiorstwach samorządowych i państwowych oraz pracownicy i funkcjonariusze samorządu i państwa,
- pracownicy i robotnicy rolni i leśni zarówno stali i sezonowi,
- pracownicy, nauczyciele i wychowawcy wszelkich zakładów naukowych i wychowawczych

---

<sup>125</sup> Ibidem, s. 34-41.

<sup>126</sup> Rocznik Statystyki Rzeczypospolitej Polskiej 1924, Warszawa 1925, s. 185.

<sup>127</sup> Ubezpieczenia Społeczne w Polsce w 1925, Warszawa 1927, s. IX.

- niestale zatrudnieni i chałupnicy czyli tacy, którzy pracują w swoim domu dla jednego lub kilku przedsiębiorców, kupców czy też pośredników używając swoich własnych narzędzi i surowców.

*Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby* zwalniała z obowiązku ubezpieczenia następujące grupy zawodowe: dyrektorów i powołanych na podstawie mianowania i nominacji urzędników państwowych. Powyższy zakres podmiotowy niniejszego aktu prawnego świadczył o ogromnej roli jaką miały do spełnienia Kasy Chorych w aspekcie stworzenia powszechnego dostępu do świadczeń leczniczych. Do każdej Kasy Chorych należały obowiązkowo wyżej wymienione osoby, pod warunkiem, że posiadały stałe miejsce zatrudnienia w okręgu danej Kasy. Początek członkostwa w Kasach Chorych uzależniony był więc od momentu rozpoczęcia zatrudnienia. Ustanie członkostwa obowiązkowo ubezpieczonych miało miejsce w sytuacji, gdy ubezpieczony stał się członkiem innej Kasy Chorych oraz w sytuacji w której ubezpieczony utracił zatrudnienie z tym, że w ciągu czterech tygodni od dnia utraty pracy może przystąpić do Kasy Chorych na zasadzie dobrowolnego członka <sup>128</sup>.

W myśl art. 15 *ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby* „pracodawcy zobowiązani byli w ciągu trzech (albo pięciu dni jeżeli przedsiębiorstwo znajduje się w innej miejscowości niż Zarząd Kasy) od daty przyjęcia lub zwolnienia pracownika zawiadomić o tym fakcie Zarząd Kasy”<sup>129</sup>. Artykuł 16 powyższej ustawy stanowi, że od pracodawców, którzy nie zgłosili podlegającego ubezpieczeniu w ciągu trzech lub pięciu dni od dnia przyjęcia do pracy Zarząd Kasy ściąga składki przypadające za czas od przystąpienia do pracy do dnia, w którym Kasa dowiedziała się o niezgłoszeniu. Oprócz tego Zarząd Kasy ma prawo nałożyć na pracodawcę obowiązek zapłacenia jedno lub pięciokrotnej kwoty zaległych składek <sup>130</sup>. Osobną grupę stanowiły osoby niestale zatrudnione, czyli takie, które nie pozostawały w ciągłym stosunku u jednego pracodawcy i pracowały u niego sześć dni. Takie osoby zobowiązane były z momentem podjęcia pracy same zgłaszać się w celu wpisania ich na listę członków. *Ustawa z dnia 19.05.1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby* wprowadzała możliwość fakultatywnego ubezpieczenia.

---

<sup>128</sup> R.Buber, Zakres osobowy w projekcie ustawy o ubezpieczeniu społecznym, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1927, z. 5, s. 25.

<sup>129</sup> L.Frankowska, *Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby z dnia 19.05.1920 z obowiązkowymi wyjaśnieniami Ministra Pracy i Opieki Społecznej*, Kraków 1930 r., s. 190.

<sup>130</sup> L. Frankowska, Modliński E. *Ustawa o ubezpieczeniu społecznym*, Warszawa 1934, s. 31.

Do Kasy Chorych przystępowały dobrowolnie osoby, które nie korzystały z obowiązkowego ubezpieczenia, nie przekroczyły czterdziestego piątego roku życia, mieszkają na stałe w okręgu Kasy oraz ich całkowity dochód roczny nie przekracza 30.000 marek. Osoby, które pragnęły się ubezpieczyć w ten sposób przedkładały świadectwo zdrowia wydane przez konkretnego lekarza kasy w tym celu <sup>131</sup>. Dobrowolnie ubezpieczeni stają się członkami od dnia wysłania zawiadomienia przez Zarząd Kasy o wpisaniu ich na listę ubezpieczonych. Zawiadomienie o przyjęciu w poczet członków lub odmowie winno nastąpić w ciągu miesiąca od daty zgłoszenia. Osoby ubezpieczone w sposób fakultatywny traciły członkostwo w następujących sytuacjach:

- na skutek pisemnego oświadczenia Zarządowi Kasy o wystąpieniu,
- w ciągu dwóch kolejnych terminów płatniczych nie uiszczą składek,
- gdy opuszczą terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na dłuższy czas <sup>132</sup>.

*Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby* podkreślała w rozdziale III związek ubezpieczenia z płacą ustawową. Ubezpieczenie bowiem uzależnione było od zarobku ubezpieczonego, dlatego też ubezpieczonych dzieliło się stosownie do ich zarobku na czternaście grup zarobkowych. Zarząd Kasy zaliczał poszczególnego członka do danej grupy na podstawie zgłoszonego przez niego zarobku. Liczba wymienionych w *ustawie o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby* grup pracowniczych posiadających prawo do świadczeń w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia społecznego wskazywała na ogromną rolę jaką miały do spełnienia Kasy Chorych. Jak podawał Janusz Żarnowski robotnicy rolni i przemysłowi stanowili 7,5 miliona całego społeczeństwa. Natomiast w samej Wielkopolsce w 1923 roku liczba robotników rolnych równa była 400 tysięcy osób społeczeństwa<sup>133</sup>. Ponadto powyższy akt prawny był nowatorski i postępowy jak na tamte czasy. Po pierwsze wzorowany był na bismarckowskim ustawodawstwie socjalnym, które wprowadziło ubezpieczenia zdrowotne i powołało instytucje ubezpieczeń w postaci Kas Chorych. Instytucje te miały finansować opiekę lekarską wszystkim członkom Kas Chorych opłacających składkę ubezpieczeniową. Ponadto Kasy Chorych stworzyły pierwszy ogólnopolski system ubezpieczeń społecznych i zapoczątkowały rozwój polityki socjalnej w II Rzeczypospolitej. *Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu*

---

<sup>131</sup> Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby z dnia 19.05.1920 r.; szerzej: J. Sadowska, *Kasy Chorych w Polsce w latach 1920 -1933*, Łódź 2002, s. 42.

<sup>132</sup> W. Michalak, *Czem są i co dają Powiatowe Kasy Chorych?*, wyciąg z ustawy z dnia 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, Siedlce 1926, s. 16-17.

<sup>133</sup> J. Żarnowski, *Spółeczeństwo II Rzeczypospolitej 1918-1939*, Warszawa 1973, s. 55.

na wypadek choroby gwarantowała katalog różnych świadczeń dla różnych grup społecznych, o których będzie mowa poniżej.

**Tabela nr 2**

**Rodzaje świadczeń w świetle ustawy z dnia 19 maja 1920 o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby**

<u>Świadczenia podstawowe</u>	<u>Świadczenia nadzwyczajne</u>	<u>Świadczenia dla kobiet w ciąży</u>
Bezpłatna pomoc lekarska	Przedłużenie pomocy lekarskiej chorym	Zasiłki połogowe
Zasiłki pieniężne	Powiększenie zasiłku	Zasiłki w naturze lub gotówce dla karmiących
	Opieka związana z rekonwalescencją chorego	Pomoc lekarska i położnicza

Źródło: Opracowanie własne na podstawie ustawy z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby

*Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby* gwarantowała wszystkim ubezpieczonym trzy rodzaje świadczeń, podstawowe, nadzwyczajne oraz ubezpieczenie dla kobiet w ciąży (por. tabela nr 2). Do podstawowych świadczeń należała pomoc lekarska i zasiłki pieniężne, natomiast katalog nadzwyczajnych świadczeń obejmował przedłużenie pomocy chorym, powiększenie zasiłku i rekonwalescencja chorego natomiast kobiety w ciąży korzystały głównie z zasiłki połogowe, w naturze oraz pomoc lekarską i położniczą.

Pomoc lekarska jako świadczenie elementarne obejmowała chorego od pierwszego dnia choroby do 26 tygodnia z możliwością przedłużenia do 39 tygodnia w Kasach Chorych istniejących ponad trzy lata. Artykuł 42 ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby stanowił, iż pomoc lekarska udzielana jest przez dyplomowanych lekarzy, którzy posiadają przyznane przez polskie władze państwowe prawo praktyki i przyjęli odpowiednie obowiązki drogą pisemnej umowy z Kasą. Czynności pomocnicze mogą być wykonywane przez pomocniczy personel lekarski jedynie na zlecenie lekarza kasowego i pod jego kierunkiem, natomiast bez jego wiedzy i zezwolenia wyłącznie w wypadkach nagłych i porodów, jeśli nie może być wezwany lekarz kasowy lub inny dyplomowany. Członkowie Kasy mają prawo wolnego wyboru lekarza spośród tych, z którymi Kasa zawarła umowę. Chory może zmienić lekarza w czasie tej samej choroby

tylko za zgodą Zarządu Kasy udzieloną na skutek umotywowanego żądania zmiany. Zgoda ta winna być udzielona lub odmówiona w ciągu trzech dni. Gdy do udzielenia pomocy członek wezwał lekarza pozaklasowego Zarząd Kasy obowiązany jest do zwrotu kosztów pomocy lekarskiej i leków tylko w takim razie, jeżeli stało się to za zezwoleniem Zarządu Kasy lub w wypadku nagłym, w którym zwłoka groziła niebezpieczeństwem<sup>134</sup>.

Drugim podstawowym świadczeniem, gwarantowanym przez *ustawę o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby* był zasiłek pieniężny przysługujący za każdy dzień niezdolności do pracy, który był wypłacany od trzeciego dnia choroby lub gdy niezdolność do pracy następuje później – od pierwszego dnia niezdolności nie wyłączając niedziel i świąt. Zasiłek pieniężny wynosił 60% płacy ustawowej<sup>135</sup>. Zgodnie z art. 20 powyższego aktu prawnego płaca ustawowa była uzależniona od kwoty miesięcznego wynagrodzenia. Przy zarobku do 100.00 marek miesięcznie płaca ustawowa dziennie wynosiła 3.00 marki, natomiast przy zarobku 1250 wynosiła dziennie 50.00 marek<sup>136</sup>. Ustawa wprowadzała możliwość przedłużenia pomocy lekarskiej i zasiłków pieniężnych do 52 tygodni oraz podwyższenia zasiłków pieniężnych dla członków mających na utrzymaniu więcej niż dwoje dzieci po 5% na każde jednak w sumie nie więcej 75% płacy ustawowej. Zarząd Kasy odmawiał świadczeń ubezpieczonym, którzy symulowali chorobę lub też narażali kasę na nieuzasadniony wzrost kosztów.

W sytuacji, w której dochody Kasy były wystarczające i z łatwością pokrywały świadczenia podstawowe to w takiej sytuacji tworzony był przez Kasę Chorych fundusz zapasowy w wysokości wydatku rocznego, który był wykorzystywany na świadczenia nadzwyczajne. Zgodnie z ustawą był on wyprowadzany na zasadzie przeciętnej z ostatnich trzech lat rachunkowych. Kasa powinna utrzymywać go przynajmniej na tej wysokości. Aby osiągnąć ten cel Kasa Chorych wydzielala z ogólnych dochodów 10 % ogólnej sumy składek, kary pieniężne oraz sumy pozostałe po pokryciu świadczeń statutowych i związanych z nimi wydatków. Z kolei gdy dochody Kasy nie pokrywały sumy wydatków i odpisów obowiązkowych na fundusz zapasowy, Zarząd winien albo obniżyć świadczenia do granic świadczeń obowiązkowych, albo zwrócić się do Rady Kasy z wnioskiem o podwyższenie składek, o ile nie można osiągnąć poprawy stanu materialnego Kasy przez

---

<sup>134</sup> Ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, Dz. U. 1920, Nr 44, poz. 272 ze zm.

<sup>135</sup> S. Klaczko, Ubezpieczenia chorobowe w latach 1924-1925 u nas i za granicą, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1928, z. 1.

<sup>136</sup> Ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, Dz. U. 1920, Nr 44, poz. 272 ze zm.

odpowiednie zmiany w administracji i w kontroli. Świadczenia nadzwyczajne obejmowały one między innymi: przedłużenie pomocy lekarskiej chorym, powiększenie zasiłku, dawanie chorym bezpłatnego pożywienia, zapewnienie środków leczniczych niezbędnych przy zniekształceniu i kalectwie, podwyższenie zasiłku domowego przy leczeniu szpitalnym podwyższenie granicy wieku dla dobrowolnie ubezpieczonych<sup>137</sup>.

Kobiety w ciąży również zostały objęte zakresem ustawy. Ten akt prawny przewidywał pomoc lekarską i położniczą przed i w czasie i po porożu, zasiłek porożowy przez osiem tygodni z których co najmniej sześć powinno przypadać po porodzie<sup>138</sup>. Kobietom karmiącym przysługiwał zasiłek w naturze lub w gotówce w wysokości do pięciu marek dziennie na czas karmienia od dnia ukończenia zasiłku porożowego nie dłużej jednak niż w ciągu 12 tygodni<sup>139</sup>. Znaczącym ułatwieniem dla kobiet ciężarnych było objęcie ich opieką i pomocą pielęgniarek zgodnie z art. 30 *ustawy obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby*<sup>140</sup>.

Poddana analizie ustawa, oprócz świadczeń dla ubezpieczonych gwarantowała dla członków ich rodzin, którzy z nimi zamieszkiwali:

- bezpłatną pomoc lekarską i lekarstwa,
- pomoc położniczą,
- leczenie w szpitalu najdłużej przez 13 tygodni,
- połowę zasiłku na czas karmienia, nie dłużej niż w ciągu 12 tygodni od porożu.

Kolejnym świadczeniem, które zapewniał akt prawny z dnia 19 maja 1920 roku był zasiłek pogrzebowy, wypłacany w wysokości 3-tygodniowej płacy ustawowej. Artykuł 32 tejże ustawy stanowił zasiłek pogrzebowy wypłaca się również za osoby, które zachorowały, będąc jeszcze członkami Kasy i zmarły wskutek tej samej choroby w ciągu pół roku po wyczerpaniu pomocy dla chorych, nie odzyskawszy zdolności do zarobkowania<sup>141</sup>. Warto podkreślić, iż ubezpieczeni mieli prawo do świadczeń kasy chorych od dnia podjęcia zatrudnienia. Natomiast w momencie utraty pracy zachowywali swoje prawo do świadczeń co najmniej przez ostatnie 6 tygodni albo w ciągu ubiegłych 12 miesięcy co najmniej przez 26 tygodni pod warunkiem, iż choroba zaistnieje w ciągu

---

<sup>137</sup> W. Michalak, Czem są i co dają Powiatowe Kasy Chorych?, wyciąg z ustawy z dnia 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, Siedlce 1926, s.20-23; szerzej: W. Szczepański, Organizacja Kas Chorych w świetle ustawy z dnia 19 maja 1920, Warszawa 1926, s.19.

<sup>138</sup> A. Rosner, W sprawie lecznictwa w Kasach Chorych, „Nowiny Społeczno- Lekarskie”, 1929, nr 23, s..78

<sup>139</sup> J. Sadowska, Kasy Chorych w Polsce w latach 1920 -1933, Łódź 2002, s. 13-14.

<sup>140</sup> Ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, Dz. U. 1920, Nr 44, poz. 272 ze zm.

<sup>141</sup> Ibidem

czterech tygodni od dnia utraty pracy. Ubezpieczony może być również pozbawiony świadczeń w dwóch sytuacjach, a mianowicie, gdy po chorobie udał się za granicę bez zgody Zarządu Kasy oraz przebywa w więzieniu<sup>142</sup>.

Członkowie Kas Chorych byli zobowiązani płacić składki na pokrycie wszystkich świadczeń, które były przewidziane w statucie kas chorych. Jej wysokość wynosiła 6,5% płacy ustawowej, przy czym pracownicy uiszczali 2/5 a pracodawcy 3/5 przypadającej na nich składki. Powinny one być wpłacane w terminach i w sposób ustalony przez Zarząd Kasy. Pracodawcy opłacali składki za swoich pracowników sami, potrącając im wypłatę o tę kwotę składki. Ponadto każdy przełożony zobowiązany był zaprezentować listę opłat kas chorych związanych z ubezpieczeniem każdemu pracownikowi. Bardzo ważny był zapis w art. 55 analizowanej ustawy, według którego jeżeli członek Kasy jest zatrudniony jednocześnie w dwóch lub więcej przedsiębiorstwach to każdy z jego pracodawców jest odpowiedzialny za wpłacenie przypadającej na niego części składek w stosunku jaki kasa określi na zasadzie ogólnego zarobku pracownika<sup>143</sup>. Kompetencje Zarządu Kas obejmowały również za zgodą Urzędu Ubezpieczeń podwyższenie części składek przypadającej na pracodawców w tych przedsiębiorstwach, w których zostało stwierdzone większe niebezpieczeństwo dla zdrowia lub też dla życia. Chodziło tutaj przede wszystkim o narzędzia i o materiały należące do przedsiębiorcy, które zostały ocenione przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego jako chorobotwórcze oraz niezdrowe.

### **2.1 Struktura wewnętrzna Kas Chorych**

Na wewnętrzną strukturę składały się władze kas chorych, a były to: Rada Kasy, Zarząd Kasy, Komisja Rewizyjna i Komisja Rozjemcza<sup>144</sup>. Władze Kas Chorych były władzami samorządowymi. Oznacza to, iż wykonywały zadania aparatu administracyjnego z zakresu polityki zdrowotnej, ale pod nadzorem państwa<sup>145</sup>.

*Rada Kasy Chorych zgodnie z art. 62 ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby* składa się z delegatów wybranych na okres trzyletni w 2/3 przez ubezpieczonych, a w 1/3 przez pracodawców zatrudniających członków obowiązkowo ubezpieczonych. Natomiast wybory delegatów i ich zastępców dokonywane były oddzielnie przez ubezpieczonych i pracodawców, którzy posiadają czynne prawo

---

<sup>142</sup> L. Frankowska, Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby z dnia 19.05.1920 z obowiązkowymi wyjaśnieniami Ministra Pracy i Opieki Społecznej, Kraków 1930, s. 33.

<sup>143</sup> S. Sasorski, Popularyzacja ubezpieczeń społecznych, Warszawa 1938, s. 65.

<sup>144</sup> Ustawa z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, Dz. U. 1920, Nr 44, poz. 272 ze zm.

<sup>145</sup> Ibidem



wyborcze w głosowaniu bezpośrednim, tajnym i proporcjonalnym. W momencie ustąpienia jednego z delegatów z Rady Kasy Chorych na jego miejsce automatycznie wchodził na pozostały okres urzędowania w porządku kolejny zastępca z tej samej listy<sup>146</sup>. Według art. 63 powyższej ustawy Rada Kasy Chorych była zwoływana przez Zarząd Kasy co najmniej raz na rok na posiedzenie zwyczajne. Rada również obradowała na posiedzeniach nadzwyczajnych i były one zwoływane przez Zarząd lub na pisemnie żądanie Komisji Rewizyjnej, a ponadto 1/3 części członków Rady w ciągu czterech tygodni od daty zgłoszenia żądania<sup>147</sup>. Rada Kasy zgodnie z ustawą wybierała spośród swojego grona przewodniczącego i zastępców zwykłą większością głosów. W przypadku równości głosów kwestię rozstrzyga losowanie.

W myśl art. 66 ustawy z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby Rada Kasy pełniła funkcje uchwałodawczą ponieważ uchwalała przepisy Statutu Kas Chorych oraz ich zmiany, zatwierdzającą bo zatwierdzała roczne sprawozdania ogólne i budżetowe Zarządu. Poza tym wybierała Zarząd, Komisję Rewizyjną i Rozjemcę. Rada Kasy decydowała we wszystkich kwestiach podanych do jej rozpatrzenia przez Zarząd Kasy w szczególności zakładania szpitali czy nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości<sup>148</sup>.

Drugim ważnym organem Kas Chorych był Zarząd. Zgodnie z art. 68 w/w ustawy składał się on z dziewięciu do osiemnastu członków, którzy byli wybierani przez Radę Kasy przy czym delegaci pracodawców wybierają oddzielnie spośród swojego grona 1/8 członków Zarządu a delegaci ubezpieczonych 2/3 członków. Kadencja Zarządu trwała trzy lata. Członek Zarządu musiał posiadać czynne i bierne prawo wyborcze. Zarząd wybierał Dyrektora jako naczelnego zwierzchnika i mentora wszystkich pracowników w kasach chorych. W jego gestii były zadania administracyjne, które nie były zastrzeżone dla innych organów<sup>149</sup>.

Zarząd Kasy sprawował zwierzchni nadzór nad działalnością, administracją i majątkiem Kas Chorych. W myśl art. 73 ustawy pełnił rolę wykonawczą ponieważ wykonywał uchwały Rady Kasy i składał Urzędowi Ubezpieczeń sprawozdania

---

<sup>146</sup> Ustawa z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, Dz. U. 1920, Nr 44, poz. 272 ze zm.

<sup>147</sup> I. Kowalski, Działalność Kas Chorych w Poznańskim w latach 1920-1933, Poznań 2003, s. 27; szerzej: W. Michalak, Czem są i co dają Powiatowe Kasy Chorych?,..., op. cit., s. 24-25.

<sup>148</sup> I. Kowalski, Działalność Kas Chorych ..., op. cit., s. 27; szerzej: W. Michalak, Czem są i co dają Powiatowe Kasy Chorych?, op. cit., s. 24-25.

<sup>149</sup> Ustawa z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, Dz. U. 1920, Nr 44, poz. 272 ze zm.

budżetowe. Ponadto mianował i odwoływał pracowników na podstawie regulaminu służbowego<sup>150</sup>. Ponadto Zarząd Kasy uchwalał regulaminy służbowe dla urzędników Kasy oraz regulamin dla chorych, który podlegał zaaprobowaniu przez Urząd Ubezpieczeń. Przewodniczący Zarządu lub jego zastępca posiadali funkcję reprezentacyjną. Na zewnątrz występowali w imieniu Kasy wobec osób trzecich. Warto nadmienić, iż zgodnie z art. 76 Zarząd orzekał w pierwszej instancji w sprawie obowiązku ubezpieczenia, płacenia składek, w sprawie rozrachunku części składek pomiędzy pracodawcą a członkami oraz w kwestii kar pieniężnych na pracodawców i ubezpieczonych. W drugiej instancji orzekały organy sądowe Urzędu Ubezpieczeń Społecznych dla skarg przeciw orzeczeniom Zarządu w wymienionych powyżej sprawach.

Trzecim organem Kas Chorych była Komisja Rewizyjna wybierana przez Radę na okres jednego roku i składała się z sześciu członków i trzech zastępców. Według ustawy z dnia 19 maja 1920 roku delegaci ubezpieczonych wybierali 2/3 członków Komisji i ich zastępców a delegaci pracodawców 1/3. Komisja Rewizyjna wybierała spośród swoich członków przewodniczącego i zastępców, z których jeden powinien być wybrany przez grono delegatów pracodawców a drugi przez grono delegatów ubezpieczonych. Jej głównym zadaniem było przeprowadzanie czynności kontrolujących a mianowicie dokonywała rewizji dokumentów, kontrolowała księgi. Ostatnim organem była Komisja Rozjemcza, która składała się z pięciu członków wybieranych na jeden rok przez Radę Kasy. Zgodnie z art. 83 powyższej ustawy dwóch członków wybierali delegaci pracowników a dwóch reprezentanci pracodawców, jednego cała Rada Kasy większością głosów. Do Komisji Rozjemczej mógł być wybrany każdy członek Kasy. Członkowie tej Komisji wybierali przewodniczącego zwykłą większością głosów. Komisja Rewizyjna rozstrzygała spory w sprawie świadczeń między członkami a Zarządem Kasy oraz w sprawie kar pieniężnych nałożonych na członków Kasy za przekroczenie regulaminu dla chorych<sup>151</sup>.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 29 listopada 1930 roku wydał rozporządzenie o organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych<sup>152</sup>, w którym połączył dwa dotychczasowe organy Kas Chorych a mianowicie Radę i Zarząd w jedną instytucję zwaną Radą Zarządzającą. W nowej Radzie proporcja przedstawicieli

---

<sup>150</sup> Ibidem

<sup>151</sup> Ustawa z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, Dz. U. 1920, Nr 44, poz. 272 ze zm.

<sup>152</sup> Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 29 listopada 1930 o organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych, Dz. U. 1930, Nr 81, poz. 635 ze zm.

ubezpieczonych pracowników i pracodawców była identyczna jak w poprzednio funkcjonującej strukturze. Na mocy tego rozporządzenia wprowadzono pewne ograniczenie samorządowego charakteru kas chorych. Mianowicie w kasach chorych składających się z stu tysięcy i więcej członków powoływano sześć osób z Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. Rada Zarządzająca pełniła rolę uchwałodawczą ponieważ uchwalała regulaminy, przepisy służbowe oraz porządkowe dla pracowników Kas. Przedmiotem jej działalności było również zatwierdzanie rocznych planów budżetowych<sup>153</sup>. Do obowiązków nowo utworzonej Rady należała konsultacja z Okręgowymi Urzędami Ubezpieczeń i Związkiem Kas Chorych w kwestii aprobaty swoich zamierzeń. Organem wykonawczym Rady Zarządzającej była Dyrekcja, w której skład wchodził: dyrektor, lekarz naczelny oraz ich zastępcy. Zakres kompetencji tego pierwszego został zwiększony, był naczelnym przełożonym wszystkich pracowników kasy i wykonywał uchwały Rady Zarządzającej. Warto zatrzymać się w tym miejscu nad pozycją lekarza naczelnego, który był wybierany na zasadzie konkursu przez Radę. Rolą lekarza naczelnego było: opracowanie wizji lecznictwa i dalszych perspektyw dotyczących rozwoju służby zdrowia, monitorowanie współpracy z innymi instytucjami w aspekcie polityki prozdrowotnej oraz prowadzenie szkoleń i kursów doskonalących lekarzy. Lekarz naczelny posiadał swojego doradcę, którym była Rada Lekarska składająca się z siedmiu lekarzy pracujących w Kasie Chorych i ośmiu spoza kasy, dwóch delegatów Izby Lekarskiej jednego delegata samorządowej organizacji sanitarnej, jednego delegata szpitala publicznego, trzech delegatów naukowych towarzystw lekarskich oraz jednego delegata instytucji medycyny zapobiegawczej<sup>154</sup>. W jej gestii było stworzenie projektu udostępniania i stosowania różnorodnych środków i metod zapobiegawczych i leczniczych przez konkretną kasę chorych. Rada Lekarska również opiniowała plan budżetowy oraz organizacji lecznictwa.

## **2.2 Źródła finansowania Kas Chorych**

Rozwój podstawowych struktur lecznictwa kasowego w II Rzeczypospolitej był zależny od możliwości finansowych Kas Chorych. Zgodnie z art. 86 *ustawy z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby* głównym źródłem dochodów działalności instytucji Kas Chorych były składki ubezpieczeniowe, które

---

<sup>153</sup> Schemat organizacji Kas Chorych, „Wiadomości Kas Chorych” 193, Nr 18/36.

<sup>154</sup> AAN, Prezydium Rady Ministrów, Statut Kas Chorych, sygn. 73-12, s. 29-35.

stanowiły ponad 90% wszystkich przychodów Kas<sup>155</sup>. Były one opłacane przez pracowników w wysokości 2/5 i przez pracodawców w wysokości 3/5 przypadającej na nich składki. Od całości wynagrodzenia, na które składały się premie, gratyfikacje oraz świadczenia w naturze pracodawca był zobowiązany do odprowadzania na konto swojej terytorialnej Kasy składkę. Ireneusz Kowalski twierdził, że: „dochody Kas Chorych zależały w dużej mierze od wymiaru składek ustalanych od wysokości indywidualnych zarobków. W Poznańskim ze względu na duży odsetek ubezpieczonych, zatrudnionych w sektorze rolnym i leśnym poziom płac był stosunkowo niski,<sup>156</sup>. Zauważyć przy tym należy, że przy składce zasadniczej 6,5% wysokość miesięcznych przypisów składek czyli różnicy pomiędzy składką należną a opłaconą na jednego ubezpieczonego w 1927 roku wynosiła: w Poznaniu – 8,73 zł, w Bydgoszczy – 8,24, w powiecie kościańskim 5,38 zł a w ostrzeszowskim zaledwie 3,82 zł., a w całym województwie przeciętny miesięczny dochód ze składek wynosił 2331 tys. zł, co w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego dawało kwotę około 5,18 zł. W 1929 roku na konta Kas Chorych w całym województwie z tego tytułu wpłynęło ogółem 41.349 tys. zł co w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego w stosunku rocznym dawało 94,33 zł a w stosunku miesięcznym zaledwie 7,86 zł<sup>157</sup>.

Na źródła finansowania Kas Chorych przemożny wpływ miała sytuacja gospodarcza w całym kraju. Wzrost bezrobocia, podwyżki towarów czy też obniżanie zarobków były głównymi przyczynami spadku kondycji finansowej budżetu Kas Chorych. Zasoby finansowe powyższych instytucji zmalały dość znacznie w latach wielkiego kryzysu gospodarczego, który pociągnął za sobą problemy związane z opłacaniem składek przez pracodawców. W sytuacji, w której różne dziedziny gospodarki przeżywały niepowodzenia coraz większa ilość pracodawców dopuszczała się zwłoki w płaceniu składek a nawet zaniżali jej wymiar. Według Wacława Legi „w latach 1927-1928 około 80 % należnych składek wpłacono terminowo, a pozostałą część ścigano w postępowaniu egzekucyjnym a w roku 1930 do 50 % pracodawców zalegała z opłatami”<sup>158</sup>. Warto nadmienić, iż zadłużenie budżetu Kas Chorych w wyniku składek niewypłaconych przez

---

<sup>155</sup> Ustawa z dnia 19 maja 1920 o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, Dz. U. 1920, Nr 44, poz. 272 ze zm.

<sup>156</sup> I. Kowalski, Działalność Kas Chorych w Poznańskim w latach 1920-1933, op. cit., s. 37.

<sup>157</sup> Ochrona Społeczna 1930, nr 5, s. 108-110, Wykaz statystyczny składek i świadczeń w Kasach Chorych woj. Poznańskiego w 1929 roku; szerzej: Sprawozdanie za rok 1922. Kasa Chorych m. Warszawy, s. 75-88.

<sup>158</sup> W. Lenga, Zaległości pracodawców, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych 1934, z. 2, s. 90-92; szerzej: „V Rocznik Ubezpieczeń Społecznych w Polsce 1929”, Warszawa 1932.

pracodawców w 1930 roku wynosiło 84 322 665, 84 zł natomiast w roku 1931 już 94 214 742, 53 zł<sup>159</sup>.

Zła kondycja finansowa Kas Chorych była również następstwem nadmiernych wydatków na różnego rodzaju zasiłki określone w ustawie z dnia 19 maja 1920 roku obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby oraz na utrzymanie kosztownego modelu gabinetowego w lecznictwie otwartym. Chcąc ratować sytuację zadłużonych Kas Chorych Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu ustalił wskaźniki tzw. procentualności wydatków w stosunku do przypisanych składek. Założono w nich, że wydatki na zasiłki pieniężne nie mogą przewyższać 18%, na leki 16%, na lecznictwo szpitalne 12%, na płace lekarzy kasowych 18%. Natomiast pula wydatków na świadczenia medyczne powinna wynieść 74% wartości przypisanych składek<sup>160</sup>.

Oprócz składek ubezpieczonych pracowników i pracodawców dochodami Kas Chorych były również: zapomogi instytucji publicznych, darowizny i zapisy, procenty od kapitału oraz subsydia ze strony Skarbu Państwa. Zgodnie z art. 88 *ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby* Kasy Chorych używały swoich dochodów tylko na świadczenia przewidziane w statucie, na ogólne cele pomocy lekarskiej i zapobiegania chorobom oraz na administrację<sup>161</sup>.

### **3. Organizacja lecznictwa w Kasach Chorych**

#### **3.1 Otwarta opieka zdrowotna**

W II Rzeczypospolitej istniał dualizm w dziedzinie opieki zdrowotnej. Polegał na wytworzeniu się dwóch elementarnych systemów w służbie zdrowia, a mianowicie ambulatoryjnego i gabinetu prywatnego<sup>162</sup>. Wykształcenie się tak odmiennych form pomocy medycznej było konsekwencją organizacji lecznictwa w państwach zaborczych. System gabinetowy był rozpowszechniony w byłym zaborze pruskim czyli głównie w województwach poznańskim i na Górnym Śląsku. System ambulatoryjny został wprowadzony natomiast na ziemiach byłego zaboru rosyjskiego i austriackiego czyli m.in. w województwach warszawskim, łódzkim, kieleckim, lubuskim, białostockim, wileńskim, nowogrodzkim, poleskim, krakowskim, tarnopolskim. Jolanta Sadowska konstatowała, że „na obszarze II Rzeczypospolitej większość Kas Chorych organizowała ambulatoryjne

<sup>159</sup> APP OUU, sygn. 99, Zestawienie stanu ubezpieczonych i zaległości pracodawców w kasach chorych w woj. Poznańskim

<sup>160</sup> APP OUU- sygn. 88. Okręgowy Związek Kas Chorych z dnia 10.05.1927

<sup>161</sup> Ustawa z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, Dz. U. 1920, Nr 44, poz. 272 ze zm.

<sup>162</sup> A. Rosner, W sprawie lecznictwa w Kasach Chorych, „Nowiny Społeczno- Lekarskie”, 1929, nr 23, s.78.

usługi medyczne. Motywacją do przyjęcia tego systemu były możliwości szybkiego zaadaptowania bazy lokalnej byłych ambulatoriów Kas Chorych z zaboru austriackiego oraz ambulatoriów fabrycznych na centralnych ziemiach polskich<sup>163</sup>. Warto dodać, iż spośród 285 Kas Chorych system ambulatoryjny przyjął się w 185 Kasach Chorych. Według *rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych z dnia 22.03.1928 roku o zakładach leczniczych* ambulatoria były instytucjami świadczącymi pomoc chorym przychodzącym<sup>164</sup>. Ambulatoria występowały również pod nazwą przychodnia lub ośrodek leczniczy. Natomiast ambulatoria fabryczne były organizowane przez Kasy Chorych w dużych miastach, funkcjonowały one m.in. w Warszawie, szczególnie przy dużych zakładach pracy. Pod względem administracyjnym podlegały Kasom Chorych i spełniały bardzo ważną funkcję, bowiem świadczyły szybką pomoc w nagłych wypadkach. W praktyce wykształciła się zasada wedle której w dużych miastach przeważały ambulatoria wielospecjalistyczne, które posiadały szeroki wachlarz lekarzy specjalistów, chirurgów, ginekologów, laryngologów, dermatologów, pediatrów, urologów, stomatologów. Kompleksowość opieki medycznej gwarantowały pacjentom również laboratoria i inne pracownie diagnostyczne, analityczne, rentgenowskie, a także apteki i pogotowie. Dostęp do powyższych ośrodków leczniczych był nieograniczony. Chory mógł korzystać z nich tak często jak uważał to za stosowne. Lecznicze ośrodki specjalistyczne funkcjonowały tylko w tych Kasach Chorych, które mogły zatrudnić właściwą liczbę lekarzy specjalistów. Najobszerniejszy katalog świadczeń specjalistycznych posiadały Warszawa, Łódź i Kraków<sup>165</sup>. Zorganizowanie specjalistycznej opieki medycznej przyczyniło się do rozwoju optymalnych warunków leczenia pacjentów oraz uchroniło ich w znacznym stopniu od kosztownego leczenia szpitalnego<sup>166</sup>. W małych miastach powstawały ambulatoria ogólne, które charakteryzowały się brakiem specjalistów. Lekarz internista leczył i udzielał porad we wszystkich przypadkach, a w razie wątpliwości odsyłał do lekarza specjalisty na podstawie wystawionego skierowania. Należy zaznaczyć, iż stworzenie systemu ambulatoryjnego było bardzo dobrym rozwiązaniem i sprawdziło się w praktyce. Odnotowano wzrost liczby porad medycznych w ambulatoriach ogólnych. Wynikało to z ogromnej liczby osób ubezpieczonych w Kasach Chorych, ale także z ulepszania na masową skalę form pomocy

---

<sup>163</sup> J. Sadowska, *Kasy Chorych w Polsce w latach 1920 -1933*, Łódź 2002, s. 65-73.

<sup>164</sup> *Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 roku o zakładach leczniczych*, Dz. U. 1928, Nr 38, poz. 382 ze zm.

<sup>165</sup> K. Okruszko, *Lecznictwo a Kasa Chorych*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1928, III, z. 5, s. 64.

<sup>166</sup> M. Kacprzak, *Lekarze w Polsce*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych”, 1929, IV, z. 10, s. 67.

lekarskiej. System ambulatoryjny charakteryzował się rejonizacją, która wynikała z potrzeb medycznych, jak i przeznaczonych na ten cel zasobów finansowych. Oznaczało to, że Kasy Chorych w zależności od wymagań i funduszy tworzyły w danym rejonie ambulatoria ogólne z jednym gabinetem internistycznym lub z pediatrycznym. Kierownikiem takiego ambulatorium mógł być tylko lekarz, który pełnił rozmaite funkcje między innymi: posiadał zwierzchni nadzór nad personelem, wyznaczał dla nich obowiązki i zadania, czuwał nad prawidłową działalnością przychodni oraz nad jej profilem<sup>167</sup>.

Drugim rozpowszechnionym modelem opieki medycznej w II Rzeczypospolitej. był gabinet prywatny lekarza, który funkcjonował w województwie poznańskim, pomorskim oraz w górnej części województwa śląskiego. Posiadał on zupełnie odmienny zakres organizacyjny i inne walory niż system ambulatoryjny. Po pierwsze, w przypadku ubezpieczenia w Kasie Chorych pacjent otrzymywał w gabinecie lekarskim pomoc w zakresie wszystkich specjalizacji. W uzasadnionej sytuacji pacjent mógł zostać skierowany przez lekarza Kasy Chorych do ośrodka specjalistycznego bądź do leczenia szpitalnego. Po drugie, system gabinetowy bazował na wolnym wyborze lekarza. Dowodem na to może być kontrakt zawarty pomiędzy Związkiem Zawodowym Lekarzy Państwa Polskiego Oddział na Polskę Zachodnią a Kasą Chorych miasta Poznania na czas od 15 listopada 1923 roku do 31 marca 1924 roku, który w art. 2 stwierdza wprost, że członek Kasy Chorych względnie jego rodzina mają prawa wolnego wyboru pomiędzy wszystkimi przez Związek Lekarzy podanymi lekarzami, których spis winien być umieszczonym na miejscu dla członków Kasy widocznym i dostępnym. Zarządowi Kasy Chorych ani jej urzędnikom nie wolno wpływać na wybór lekarza<sup>168</sup>. Powyższa sytuacja z jednej strony była dogodna dla ubezpieczonych członków Kas Chorych jednak z drugiej strony wiązała się z brakiem większej ilości specjalistów, co w konsekwencji odbijało się w sposób pejoratywny na pacjencie. W przeciwieństwie do systemu ambulatoryjnego w modelu gabinetu lekarza prywatnego Kasy Chorych ponosiły większe koszty i nakłady na wynagrodzenia dla lekarzy, a podyktowane to było jednostkowym i indywidualnym rozliczeniem za wykonywaną pracę. Tworzono cennik z płacami dla lekarzy, który był zatwierdzany przez kasy chorych. Zarobki medyków były uzależnione od liczby zdobytych punktów, z kolei

---

<sup>167</sup> M.Stawiński, Organizacja lecznictwa w Kasach Chorych, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych”, 1931, VIII, nr 6, s. 167-167.

<sup>168</sup> Uchwała Okręgowego Związku Kas Chorych i Związku Lekarzy Państwa Polskiego z dnia 12 marca 1929, A. Hall, Organizacja kasowych ośrodków leczniczych a lekarz domowy, „Wiadomości Kas Chorych”, 1931, II, nr 21, s.104.

liczba tych punktów była różna. Na przykład za wizytę w gabinecie lekarz uzyskiwał od jednego do piętnastu punktów a za wizytę w domu pacjenta od dwóch do dwudziestu punktów<sup>169</sup>.

Analiza modelu ambulatoryjnego i modelu prywatnej praktyki lekarskiej pozwala skonstatować, iż, rezultatem wprowadzenia jednolitej konstrukcji lecznictwa podstawowego był prymat modelu prywatnego gabinetu lekarza, nad modelem ambulatoryjnym przede wszystkim ze względu na sporą dowolność w wyborze lekarza.

### 3.2 Zamknięta opieka zdrowotna

W II Rzeczypospolitej oprócz otwartej opieki zdrowotnej istniał również system zamkniętej opieki zdrowotnej. Jej instytucjami były przede wszystkim szpitale<sup>170</sup>. Zgodnie z postanowieniami ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby Kasy Chorych powinny umożliwić osobom ubezpieczonym dostęp do leczenia, a także odpowiednią pomoc medyczną w ramach lecznictwa zamkniętego<sup>171</sup>. Ubezpieczeni mogli korzystać ze szpitali publicznych o ile te jednostki miały zawartą umowę z Kasą Chorych. Osoby ubezpieczone poddane hospitalizacji pokrywały połowę kosztów leczenia a drugą połowę regulowały Kasy Chorych.

Strukturę i zasady funkcjonowania szpitali Kas Chorych w okresie międzywojennym regulowało *rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 roku o zakładach leczniczych*.<sup>172</sup> Ten akt prawny nie objął swoim zasięgiem województw południowych, ponieważ tam w dalszym ciągu obowiązywała *austriacka ustawa sanitarna z dnia 30 kwietnia 1870 roku o nadzorze władz państwowych nad szpitalami i innymi zakładami leczniczymi oraz udzielaniu zezwoleń na otwieranie prywatnych zakładów leczniczych*. Zgodnie z art. 3 rozporządzeniem zakłady lecznicze dzieliły się na szpitale, gdy były prowadzone bez zamiaru osiągnięcia zysków i na lecznice

<sup>169</sup> APP, MbDzP, sygn.791, Kontrakt pomiędzy Związkiem Lekarzy Państwa Polskiego a Kasą Chorych miasta Poznania obowiązujący na czas od 15.11.1923r. do 31.03.1924

<sup>170</sup> Idea szpitalnictwa wykształciła się w średniowieczu. Do Europy sprowadzili ją krzyżowcy. Na początku szpitale były prowadzone przez zakonników szczególnie przez joannitów i cystersów. Zaangażowanie się w sprawy społeczne i opieki nad ubogimi i chorymi należało do podstawowych reguł zakonnych. Najbardziej znanym szpitalem był obiekt Najświętszej Marii Panny założony przez cystersów a znajdujący się we Wrocławiu. Co ciekawe pojęcie szpitala formalnie nie istniało, prawidłową nazwą na ówczesne szpitale był najczęściej termin przytułek. Laicyzacja szpitali miała miejsce dopiero po Rewolucji Francuskiej. Wraz z przełomowymi świeckimi hasłami szpitale zaczęły odgrywać coraz większą rolę w systemach opieki zdrowotnej. R.Kubisz, Zarys ewolucji szpitalnictwa do XIX wieku.

<http://kwasnicki.prawo.uni.wroc.pl/pliki/Kubisz%20zarys%20ewolucji%20szpitalnictwa.pdf>, dostęp 29.10.2015 r.

<sup>171</sup> Szpitale a Kasy Chorych, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych”, 1928, IV, z. 2

<sup>172</sup> Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 roku o zakładach leczniczych, Dz. U. 1928, nr 38, poz. 382 ze zm.



w przypadku, gdy były nastawione na zysk. Rozróżniano dwa rodzaje szpitali z prawem publiczności, szpitale bez prawa publiczności i kliniki jako zakłady naukowe uniwersyteckich wydziałów lekarskich, które służą celom naukowo-dydaktycznych. Do szpitali publicznych zaliczaliśmy szpitale ogólne i specjalistyczne utrzymywane przez państwo o ile są przeznaczone na rzecz całego społeczeństwa a nie tylko dla pewnych grup, jak np. wojskowych. Natomiast szpitale bez prawa publiczności to szpitale, z których mogły korzystać określone osoby posiadające specjalne uprawnienia (np. kolejarze, wojskowi)<sup>173</sup>.

Strukturę wewnętrzną szpitala, jego ustrój, zadania określał statut, który był uchwalany przez radę szpitalną na wniosek dyrektora szpitala. Dla publicznych szpitali państwowych dokument ten wydawał Minister Spraw Wewnętrznych, statuty szpitali publicznych niepaństwowych wydawał wojewoda, natomiast statuty szpitali publicznych zarządzanych przez związki międzykomunalne akceptowała władza powołana do zatwierdzania statutu danego związku międzykomunalnego. Na czele szpitala stał dyrektor-lekarz, który reprezentował szpital na zewnątrz i był zwierzchnikiem służby lekarskiej, pielęgniarskiej i administracyjnej szpitala. Szpital zobowiązany był do zagwarantowania pacjentom pomocy lekarskiej bez względu na status społeczny, wyznaczenie czy zawód, do zapewnienia leków, środków opatrunkowych a także do przyjęcia chorego zakaźnie w miarę możliwości. Leczenie chorych należało tylko do lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu na terytorium państwa polskiego<sup>174</sup>.

System ochrony zdrowia w II Rzeczypospolitej opierając się na modelu ubezpieczeniowym w postaci instytucji ubezpieczeniowych Kas Chorych wykazał liczne niedociągnięcia i niedogodności. Kasy Chorych charakteryzowały się dużym urozmaiceniem w zakresie świadczeń medycznych, która była konsekwencją niestabilnej i nikłej kondycji finansowej mniejszych jednostek organizacyjnych oraz dużego zróżnicowania terytorialnego tych instytucji. Między Kasami Chorych istniała duża niewspółmierność w zakresie otrzymywania przez ubezpieczonych opieki medycznej. Wiadomym jest fakt, iż w większych miastach Polski o znacznym stopniu zurbanizowania dostępność do świadczeń medycznych była łatwiejsza niż w miastach słabiej rozwiniętych pod względem ekonomicznym. Poza tym działalność Kas Chorych była uzależniona od procesów zachodzących w gospodarce narodowej. Pogarszająca się sytuacja ekonomiczna

---

<sup>173</sup> Działalność Kas Chorych w 1932 roku, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych”, 1933, VIII, z. 4

<sup>174</sup> Ibidem

u schyłku lat dwudziestych i na początku lat trzydziestych była niebezpieczeństwem dla bytu Kas Chorych. Dlatego też w 1932 roku ich liczba zmalała, z 283 do 100, było to zjawisko charakterystyczne dla całej II Rzeczypospolitej. Zaprzesano używać nazw miejska czy powiatowa Kasa Chorych, zastąpiono je jedną nazwą a mianowicie terytorialna Kasa Chorych<sup>175</sup>.

Wprowadzenie powyższych instytucji wywołało lawinę spekulacji i sprzeciwów wśród lekarzy. Część środowiska lekarskiego była za utrzymaniem Kas Chorych, a część z nich była im zdecydowanie przeciwna. Polityka jaką prowadziły Kasy godziła w interesy lekarzy, szczególnie w kwestię ich wynagradzania<sup>176</sup>. Kasy Chorych w latach trzydziestych przeżywały kłopoty finansowe wynikające z nieracjonalnego gospodarowania budżetem czy składkami pacjentów. Ta sytuacja odbiła się na pensjach lekarzy, Kasy automatycznie oferowały mniejsze stawki, jak podaje Z. Wiśniewski lekarze „otrzymywali o 20% mniej tego co Kasy pobierały w postaci składek, biorąc pod uwagę inflację okazuje się, że lekarze zarabiali grosze wypłacane z kilku miesięcznym opóźnieniem”<sup>177</sup>. Wykształcony przez Kasy Chorych system lecznictwa podstawowego czyli system ambulatoryjny jak się okazało w praktyce posiadał liczne mankamenty. W tej strukturze gabinety były organizowane i monitorowane przez wyżej wymienione instytucje, to również one wypłacały lekarzom pensje w postaci ryczałtu narzuconego z góry. Taki system niewątpliwie ułatwiał Kasom rozliczenia i dawał możliwość większej kontroli lekarzy. Kasy posiadały swobodę w doborze i w zatrudnieniu odpowiednich lekarzy. Ze względów ekonomicznych dawały one posadę niewielu specjalistom. Ta sytuacja z kolei stanowiła dyskomfort dla pacjentów, którzy byli zobowiązani do przebycia znacznych kilometrów aby trafić do gabinetu lekarskiego. Według H. Kłuszyńskiego bardzo negatywnym zjawiskiem niezadowolenia zarówno pośród lekarzy, jak i ubezpieczonych była bardzo duża liczba pacjentów przypadających na jednego lekarza. Spotykano przypadki lekarzy, którzy przyjmowali po sześćdziesiąt a nawet sto pacjentów dziennie<sup>178</sup>. Konsekwencją tego była słaba jakość świadczonych usług medycznych. Nie przestrzegano elementarnych zasad współpracy pomiędzy lekarzem a pacjentem, indywidualizacji leczenia. Kwestia zaufania pacjentów do lekarzy stała pod znakiem zapytania. Lekarze zatrudniani w Kasach

---

<sup>175</sup> J. Bujalski, Z dziejów organizacji lecznictwa w Kasach Chorych, *Praca i Opieka Społeczna*; 1932, XII, z. 2

<sup>176</sup> Z. Daszyńska-Golińska, *Polityka Społeczna*, Warszawa 1933, s. 76.

<sup>177</sup> Z. Wiśniewski, Strach przed Krankenkasami, „*Gazeta Lekarska*”, 2005, nr 12, s. 36-37.

<sup>178</sup> H. Kłuszyński, O reformie reorganizacji lecznictwa w Kasach Chorych, „*Przegląd Ubezpieczeń Społecznych*”, 1933, VIII, z. 10, s. 14

Chorych stawali się pracownikami najemnymi, którzy podlegali różnym regułom i procedurom administracyjnym. Godziło to w zasady uprawiania wolnego zawodu jakim był zawód lekarza. Obserwowano ingerencję całej administracji w sprawy lecznictwa<sup>179</sup> oraz prowadzono politykę uzależniania lekarza od administracji. Było to zamierzone działanie, aby poddać danego lekarza kontroli odgórnej. Chodziło o to, aby lekarz nie przepisywał drogich recept i nie kierował pacjentów na leczenie sanatoryjne w nieuzasadnionych sytuacjach. Zaczęto odchodzić od priorytetowej koncepcji fachowości lekarza, a górę wziął element administracyjny, która na dłuższą metę powodował dezintegrację w działalności leczniczej Kas Chorych<sup>180</sup>. Warto zauważyć, iż cały system Kas Chorych tworzony był bez udziału samorządu lekarskiego, który powstał dopiero na mocy ustawy z dnia 2 grudnia 1921 roku o ustroju i zakresie działania izb lekarskich, czyli ponad rok po utworzeniu Kas Chorych<sup>181</sup>. Dlatego też środowisko medyczne nie posiadało wpływu na organizację leczenia w tych instytucjach. Lekarze nie posiadali swojej reprezentacji w zarządach Kas, z tego też względu nie mogli wkraczać w kwestie lekarskich zarobków. Częstym zjawiskiem był bunt lekarzy wobec kwestii przymusowego ubezpieczenia. Wprowadzenie tej opcji powodowało zmniejszenie ilości pacjentów korzystających z lekarskich gabinetów prywatnych, czego konsekwencją była redukcja zarobków lekarzy<sup>182</sup>. Wobec powyższej sytuacji zarówno Samorząd lekarski, jak i Związek Lekarzy Państwa Polskiego stały się orędownikami lekarzy. Statuty tych organizacji prezentowały postulaty ochrony interesów zawodowych środowiska lekarskiego. Opowiadały się za likwidacją przymusowego ubezpieczenia i za utworzeniem fakultatywnego ubezpieczenia. Miały również w planach walkę z Kasami Chorych<sup>183</sup>.

System Kas Chorych zawiódł na wielu płaszczyznach. Ideą *ustawy z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby* był przymus ubezpieczenia szerokich mas ludności oraz duża oferta świadczeń za niewspółmierny mały budżet. Intencją powyższego aktu prawnego była produkcja jak największej liczby ubezpieczonych a efektem tego działania miało być nagromadzenie sporej ilości składek.

---

<sup>179</sup> H. Kłuszyński, Zagadnienia ekonomiczne lecznictwa w Kasach Chorych, „Wiadomości Kas Chorych”, 1932, III, nr 23-24.

<sup>180</sup> Ibidem

<sup>181</sup> Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 roku o ustroju i zakresie działania izb lekarskich, Dz. U. 1921, Nr 105, poz. 763

<sup>182</sup> Z. Wiśniewski, Strach przed Krankenkasami, „Gazeta Lekarska”, 2005 r., nr 12, s. 36-37

<sup>183</sup> Z. Wiśniewski, Lekarze i izby lekarskie w Drugiej Rzeczypospolitej, Naczelna Izba Lekarska, Warszawa, 2007, nr 13, s.13.

Szukając oszczędności zaniżano ceny świadczeń jakie płacono świadczeniodawcom. Tym samym standard życia lekarzy w systemie ambulatoryjnym znacznie się obniżył.

Po dokonaniu analizy systemu Kas Chorych należy stwierdzić, że modyfikacja tych instytucji pod względem administracyjnym i terytorialnym była konieczna. Krytyka ich przyczyniła się do poszukiwania innych tendencji i rozwiązań systemowych, których wyrazem było uchwalenie nowej *ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym*.

#### **4. Reforma systemu ochrony zdrowia w świetle postanowień ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym**

Na mocy *ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym* nastąpiła całkowita modyfikacja funkcjonującego od 1920 roku w II Rzeczypospolitej systemu ubezpieczeń społecznych, której przewodnią ideą było ujednoczenie ustawodawstwa ubezpieczeniowego. Pierwszą przesłanką tej unifikacji było wyeliminowanie różnic w zakresie świadczeń leczniczych wynikających z rozdrobnienia terytorialnego dotychczasowych Kas Chorych. Różnice bowiem w wielkości terytorialnej tych instytucji wpływały bezpośrednio na zakres i jakość świadczeń medycznych. Ogromne zróżnicowanie w dostępności do nich pomiędzy Kasami Chorych w dużych miastach a Kasami w mniej zurbanizowanych ośrodkach przyczyniło się do stworzenia jednolitego systemu prawnego ubezpieczeń społecznych. Drugim kluczowym powodem reformy ubezpieczeniowej były względy natury ekonomicznej<sup>184</sup>. Oznaczało to dążenie do wyrównania poziomu obciążeń składkowych, który był bardzo różny w poszczególnych częściach kraju. Wiązało się to z wieloma czynnikami, ale przede wszystkim z zakresem i poziomem ochrony ubezpieczeniowej zatrudnionych. Bardziej rozbudowanym uprawnieniom i świadczeniom ubezpieczeniowym na ziemiach dawnego zaboru pruskiego towarzyszyły też co zrozumiałe większe obciążenia składkowe działających tam przedsiębiorców w porównaniu do pozostałych części kraju. Różnice te były dość duże i zakłócały wolność konkurencji gospodarczej. Znamienny wydaje się fakt, iż do uchwalenia ustawy scaleniowej z 28 marca 1933 doszło w okresie kryzysu gospodarczego (lata 1929-1933). Antoni Malaka zauważył, iż: bardzo ważne znaczenie miały względy natury gospodarczej, a dokładnie sprawa wydolności finansowej instytucji ubezpieczeniowych i dążenie do utrzymania płynności wypłaty świadczeń. Wielki kryzys gospodarczy przyczynił się nie tylko do znacznego ubytku wartości aktywów majątkowych Kas

---

<sup>184</sup> J. Sadowska, *Kasy Chorych w Polsce w latach 1920-1933*, Łódź 2002, s. 131-132.

Chorych, ale też ich sytuacja finansowa stawała się coraz trudniejsza w wyniku bezrobocia i znacznego pogorszenia się ściągальności składek ubezpieczeniowych<sup>185</sup>. Krach ten ukazał defekt organizacyjny i słabość finansową Kas Chorych<sup>186</sup>. Przyspieszył zmiany strukturalne tych instytucji w różnych aspektach terytorialnym świadczeniowym i administracyjnym. Legalizowała je *ustawa scaleniowa z 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym*, która była aktem prawnym o szczególnej doniosłości jak na tamte czasy, ponieważ nadrzędnym jej celem miało być zbudowanie jednolitego systemu ubezpieczeniowego w II Rzeczypospolitej. Poprzez unifikację lecznictwa starano się zagwarantować wszystkim ubezpieczonym jednakowe zakresy świadczeń. Powyższa ustawa była zwińczeniem dążeń wskazujących na pilną potrzebę zmian organizacyjnych i zadaniowych mających na celu scalenie ubezpieczeń. Oznaczało to ich zintegrowanie organizacyjne i stworzenie spójnej, a zarazem przejrzystej struktury wykonawczej całości ubezpieczenia społecznego<sup>187</sup>. Do 1933 roku każdy z rodzajów ubezpieczenia był wykonywany przez określonego typu instytucje np. ubezpieczenie chorobowe przez Kasy Chorych a ubezpieczenia wypadkowe np. przez Ubezpieczalnię Krajową w Poznaniu dla województw poznańskiego i pomorskiego, Zakład Ubezpieczenia od Wypadków we Lwowie dla województw południowych, dla rolników przez odrębny Zakład Ubezpieczenia od Wypadków w Rolnictwie. Należy zgodzić się z Antonim Malaką, że „każda z tych instytucji wykonując dany rodzaj ubezpieczenia wykonywała zadania dotyczące działalności ubezpieczeniowej w danej dziedzinie. Od obejmowania ubezpieczenia poczynając poprzez prowadzenie rejestrów płatników i ubezpieczonych, pobór składki, dysponowanie środkami finansowymi a na przyznawaniu i wypłacie określonych świadczeń kończąc<sup>188</sup>. Różnorodność instytucji realizujących ubezpieczenia społeczne w rzeczywistości była męcząca i kosztowna. Na mocy *ustawy o ubezpieczeniu społecznym* wprowadzono zharmonizowany i dobrze zorganizowany system ubezpieczenia społecznego, od momentu uchwalenia niniejszego aktu prawnego zapanował podział funkcji i zadań wszystkich instytucji i rodzajów asekuracji. System ten bazował na trójszczeblowej a potem na dwuszczeblowej strukturze. Najpierw system ten złożony był z

---

<sup>185</sup> A. Malaka, *Ustawa scaleniowa – okoliczności jej uchwalenia i znaczenie dla rozwoju ubezpieczenia społecznego* [w:] *Ubezpieczenie społeczne – dawniej i dziś. W 80-lecie uchwalenia ustawy o ubezpieczeniu społecznym*” (Wrocław 4–5 kwietnia 2013 r.) zorganizowanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Polskie Stowarzyszenie Ubezpieczenia Społecznego, Wrocław 2013, s. 15

<sup>186</sup> Ibidem

<sup>187</sup> Ibidem, s. 16-18.

<sup>188</sup> A. Malaka, *Ustawa scaleniowa – okoliczności jej uchwalenia ...*, op. cit., s. 21.

Ubezpieczalni Społecznych, Zakładów (Ubezpieczenia na Wypadek Choroby, Ubezpieczenia od Wypadków, Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników, Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych) oraz z Izby Ubezpieczeń Społecznych.

*Ustawa z 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym* w miejsce dotychczasowych Kas Chorych powoływała do życia instytucje ubezpieczeniowe, zwane Ubezpieczalniami Społecznymi. Były one instytucjami prawa publicznego, działały na podstawie statutu, który regulował jej zadania, strukturę organizacyjną czy też cele istnienia oraz tryb działania. Statut był aktem władczym organu administracji publicznej, nadany był przez Ministra Opieki Społecznej. Ubezpieczalnie posiadały osobowość prawną, ich ustrój można określić jako samorządowy. Oznaczało to, iż były niezależnymi instytucjami od państwa. Ubezpieczalnie wykonywały zadania administracji państwowej z dziedziny opieki zdrowotnej i socjalnej, lecz nie były organami administracji publicznej. Swoje decyzje podejmowały we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność. W porównaniu z Kasami Chorych autonomia Ubezpieczalni Społecznych uległa znacznemu ograniczeniu. Wynikało ono z faktu, iż Zakładom (Ubezpieczenia na Wypadek Choroby, Ubezpieczenia od Wypadków, Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników, Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych) jako nowym instytucjom stworzonym w akcie prawnym w 1933 roku przyznano daleko idące koordynacyjne i kontrolne kompetencje względem Ubezpieczalni. Szczególną rolą obdarzony został Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby. Ponadto Ubezpieczalnie Społeczne posiadały własny budżet, nie będący częścią budżetu państwa, majątek, była osobą prawną, która mogła nabywać prawa i zaciągać zobowiązania, za które odpowiadała tylko swoim własnym majątkiem. Nadrzędnym celem Ubezpieczalni Społecznych było ustalenie obowiązku ubezpieczenia oraz uprawnień do kontynuowania poszczególnych rodzajów ubezpieczeń. Ubezpieczalnie udzielały pomocy medycznej na wypadek choroby i macierzyństwa oraz zabezpieczały egzystencję ubezpieczonym, którzy ze względu na swój stan zdrowia nie mogli przez pewien czas pełnić swoich obowiązków zawodowych. Instytucje te prowadziły rejestry płatników i ubezpieczonych, wymierzały i ściągały składki ubezpieczeniowe<sup>189</sup>.

W miejsce dotychczasowych 61 Kas Chorych utworzono 67 Ubezpieczalni Społecznych. Były one podobnie jak Kasy Chorych samodzielnymi jednostkami organizacyjnymi, których wielkość była uzależniona od liczby osób obligatoryjnie ubezpieczonych zamieszkujących dany obszar. Zgodnie z *ustawą o ubezpieczeniu*

---

<sup>189</sup> L. Frankowska, E. Modliński, *Ustawa o ubezpieczeniu społecznym*, Warszawa 1934, s. 198-250.

*społecznym* terytorium Ubezpieczalni stanowił okręg obejmujący jeden lub więcej powiatów z liczbą nie mniejszą niż 10 000 osób obowiązkowo ubezpieczonych. Odstępstwem od tej reguły były województwa: wileńskie, nowogródzkie, poleskie, wołyńskie, białostockie, stanisławowskie oraz tarnopolskie, na terenie których Minister Opieki Społecznej mógł obniżyć liczbę ubezpieczonych do 5 000 ze względów organizacyjnych. Zgodnie z powyższą *ustawą o ubezpieczeniu społecznym* w sytuacji gdy ilość obowiązkowo ubezpieczonych w okręgu danej ubezpieczalni zmniejszyła się w sposób trwały poniżej minimum Minister Opieki Społecznej rozwiązywał ją, a przekazanie agend zarządzał innym funkcjonującym ubezpieczalniom<sup>190</sup>. Właściwą terytorialnie była ta ubezpieczalnia społeczna, w której okręgu znajdowało się miejsce zatrudnienia osoby ubezpieczonej. Warto zaznaczyć, iż takie czynniki jak wielkość terytorialna, liczba osób ubezpieczonych, urbanizacja danego terenu oraz dostęp do lekarzy specjalistów decydowały o podziale Ubezpieczalni Społecznych. Można wyróżnić ich trzy grupy, w skład pierwszej wchodziło 29 Ubezpieczalni z województw południowych i wschodnich z siedzibami m.in. w Kielcach, Płocku, Rzeszowie, Siedlcach, Tarnobrzegu, do drugiej można było zaliczyć 32 Ubezpieczalnie z województw zachodnich i południowych z siedzibami m.in. w Bydgoszczy, Częstochowie, Radomiu, Toruniu czy Zakopanem. Do trzeciej grupy należało 6 Ubezpieczalni znajdujących się w dużych miastach: w Krakowie, Lwowie, Łodzi, Poznaniu, Sosnowcu i w Warszawie.

W porównaniu do *ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby z 1920 roku* *ustawa o ubezpieczeniu społecznym z 1933 roku* zawężała krąg ubezpieczonych. W myśl jej przepisów uprawnionymi obligatoryjnie do świadczeń leczniczych byli: wszyscy obywatele pozostający w stosunku pracy najemnej lub w stosunku służbowym bez względu na płeć i wiek, osoby uczące się zawodu (praktykanci, uczniowie, wolontariusze), osoby zatrudnione przez pracodawcę jako jego krewni i powinowaci oprócz małżonka, chałupnicy i osoby z nimi pracujące oraz więźniowie jeśli byli zatrudnieni na podstawie rozporządzenia Prezydenta z 7 marca 1928 roku w sprawie organizacji więziennictwa<sup>191</sup>. Obligatoryjnemu ubezpieczeniu chorobowemu podlegali również pracownicy umysłowi objęci przepisami *rozporządzenia z dnia 27 listopada 1927*

---

<sup>190</sup> Ubezpieczenia chorobowe w ramach ustawy scaleniowej, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych“ 1934, IX, s. 200-240.

<sup>191</sup> Ustawa z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym, Dz. U. 1933, Nr 51, poz. 396 ze zm.

roku o ubezpieczeniu pracowników umysłowych<sup>192</sup>. Ustawa o ubezpieczeniu społecznym pomijała natomiast kwestię obowiązkowego ubezpieczenia polskich obywateli zatrudnionych zagranicą w polskich przedstawicielstwach dyplomatycznych i etatowych konsulatach pod warunkiem, że podlegały ubezpieczeniu w miejscu zatrudnienia. W przeciwnym razie osoby te na podstawie ustawy o ubezpieczeniu społecznym mogły być ubezpieczone na wypadek niezdolności do zarobkowania lub śmierci osoby ubezpieczonej<sup>193</sup>. Ponadto wyłączano z obowiązkowego ubezpieczenia następujące kategorie osób: funkcjonariuszy państwowych i pracowników Kolei Państwowych, osoby pozostające w czynnej służbie wojskowej, duchownych czy cudzoziemców pracujących w przedstawicielstwach dyplomatycznych i konsularnych obcych państw. Powyższe kategorie zawodowe były objęte odrębnym systemem zabezpieczenia społecznego uregulowanym w odrębnych ustawach<sup>194</sup>.

Ustawa z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym w porównaniu z poprzednim aktem prawnym z 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby wyłączyła robotników rolnych z przymusowego ubezpieczenia. Dla tej grupy ludzi powyższa ustawa wprowadziła jedynie ubezpieczenia zastępcze. W miejsce dotychczasowej pomocy medycznej i świadczeń udzielanych przez Kasy Chorych powyższy akt prawny proponował prywatną, a zarazem iluzoryczną pomoc lekarską na koszt pracodawcy. Pracodawcy rolni zobowiązani byli opłacać w całości koszty leczenia szpitalnego i pomocy położniczej, z wyjątkiem zabiegów dentystycznych. Zobligowani byli również do opłacania 90% kosztów związanych z pomocą lekarską, lekarstwami i środkami opatrunkowymi, jednakże z zastrzeżeniem, że leczenie musi się odbywać u lekarza wskazanego przez pracodawcę lub wówczas, gdy chory został skierowany do szpitala na polecenie tego właśnie lekarza. Oczywiście nie dotyczyło to przypadków nagłych, niecierpiących zwłoki, gdy życiu i zdrowiu pacjenta groziło niebezpieczeństwo. Chorzy pracownicy rolni mieli otrzymywać zasiłki w wysokości pełnych świadczeń w naturze według norm ustalonych w umowach indywidualnych albo zbiorowych nie mniejszych jednak niż 50 % całkowitego wynagrodzenia. Ten sam zakres świadczeń miała otrzymywać rodzina ubezpieczonego robotnika rolnego czyli żona i dzieci do lat piętnastu.

---

<sup>192</sup> Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 27 listopada 1927 o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, Dz. U. 1927, Nr 106, poz. 911 ze zm.

<sup>193</sup> Ibidem

<sup>194</sup> Ustawa z dnia 28 lipca 1921 roku o ubezpieczeniu społecznym funkcjonariuszy państwowych Dz. U. 1921, nr 70, poz. 466, Ustawa z dnia 5 sierpnia 1922 roku o zaopatrzeniu społecznym wojskowych i ich rodzin Dz. U. 1922, nr 68, poz. 616 ze zm.



Zgodnie z ustawą o ubezpieczeniu społecznym ubezpieczalnie społeczne zobligowane były do zawierania umów z poszczególnymi pracodawcami w kwestii przyznawania pomocy leczniczej pracownikom rolnym na warunkach określonych przez komisję administracyjną ubezpieczalni, a zatwierdzonych przez władzę nadzorczą. Natomiast obowiązek udzielania powyższych świadczeń ciążył na pracodawcach rolnych również po ustaniu stosunku pracy jeżeli choroba miała miejsce podczas trwania tego stosunku<sup>195</sup>. Wyłączenie robotników rolnych z obligatoryjnego ubezpieczenia przyczyniło się do świadomego obniżania przez właścicieli ziemskich wydatków na pomoc lekarską o 20% w stosunku do kwot, jakie przeznaczano na nią przed 1933 rokiem<sup>196</sup>. Ziemianie zostali zobowiązani wówczas do ponoszenia kosztów z tytułu leczenia swoich pracowników. Pominięcie w *ustawie z 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym* kwestii ubezpieczenia robotników rolnych przekreśliło dotychczasową działalność w sferze ochrony zdrowia ludności wiejskiej. Według M. Stańskiego zgodnie z obliczeniami organizacji obszarowych opłaty z tytułu pokrywania kosztów leczenia robotników zmniejszyły się w 1934 roku w porównaniu z 1928 rokiem o ponad połowę. Natomiast przekazy do lekarzy wydawano tylko w ciężkich przypadkach. W praktyce ustawa scaleniowa z 1933 roku pozbawiła robotników rolnych możliwości leczenia się. Lekarze, jak również działacze ubezpieczeń społecznych stwierdzili, że ubezpieczenia zastępcze były fikcją. Robotnicy rolni przestali się leczyć, a ich ilość i członków ich rodzin leczących się obecnie sięga najwyżej 5% liczby leczonych poprzednio przez Kasy Chorych<sup>197</sup>. W tych okolicznościach należało mówić o kryzysie na polskiej wsi w zakresie ochrony zdrowia, stan zdrowia robotników uległ bowiem znacznemu pogorszeniu, brak opieki medycznej i zabezpieczenia socjalnego robotników doprowadził do tragicznej sytuacji zdrowotnej. Stan higieniczno-sanitarny środowiska robotników rolnych przedstawiał się niekorzystnie. Katastrofalny standard lecznictwa i zakres pomocy lekarskiej zaważył i odbił się bardzo pejoratywnie również na stanie zdrowotnym pozostałych mieszkańców wsi i miast oraz na statusie społecznym lekarzy<sup>198</sup>.

Reasumując powyższe rozważania należy podkreślić, iż *ustawa z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym* w swoim założeniu miała spełniać postulat ujednolicenia przepisów prawnych w zakresie ubezpieczeń społecznych dla sporego kręgu osób. Jednocześnie w koncepcję tego aktu normatywnego zostały wpisane wartości takie

<sup>195</sup> Ustawa z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym, Dz. U. 1933, Nr 51, poz. 396 ze zm.

<sup>196</sup> M. Radajewski, Opieka nad zdrowiem robotników rolnych i ich rodzin. W walce o zdrowie wsi polskiej, pod redakcją M. Kacprzaka, Warszawa 1937, s. 47-50.

<sup>197</sup> M. Stański, Społeczna opieka lekarska na wsi Wielkopolski latach 1920-33, Poznań 1968, s. 77.

<sup>198</sup> Ibidem

jak: sprawiedliwość społeczna, powszechność ubezpieczenia, solidaryzm społeczny oraz bezpieczeństwo socjalne, którymi kierował się ustawodawca. W rzeczywistości *ustawa z 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym* nie urealniła do końca powyższych idei. O sprawiedliwości społecznej w kontekście poszerzenia katalogu osób obowiązkowo ubezpieczonych nie można mówić. Ustawa zawężyła nawet krąg osób uprawnionych do świadczeń leczniczych. Wyłączając z niego robotników rolnych pozbawiła ok. 30% całości klasy robotniczej w Polsce prawa do ubezpieczeń zdrowotnych. Tym samym ustawa scaleniowa nie spełniła postulatu powszechności ubezpieczenia. Miał on być przejawem odważnych i przyszłościowych decyzji, które w założeniach miały zapewnić ludziom aktywnym zawodowo różnego rodzaju świadczenia w przypadku ryzyka choroby. Solidaryzm społeczny przejawiał się przede wszystkim we współubezpieczeniu członków rodziny uprawnionego do świadczeń medycznych. Bezpieczeństwo socjalne natomiast widoczne było w przyznaniu przez ustawę scaleniową prawa do ubezpieczeń różnym kategoriom osób.

**Tabela nr 3**

**Rodzaje świadczeń w świetle ustawy z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby i i ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym**

**Stan prawny z 1920 roku**

**Stan prawny z 1933 roku**

Świadczenia podstawowe dla ubezpieczonych	Świadczenia dla kobiet w ciąży	Świadczenia nadzwyczajne	Świadczenia podstawowe dla ubezpieczonych	Świadczenia dla kobiet w ciąży	Świadczenia nadzwyczajne
Bezpłatna pomoc lekarska	Zasiłki położnicze	Przedłużenie pomocy chorym	Pomoc lecznicza i opieka lekarska	Zasiłek położniczy	Określa je statut
Zasiłki pieniężne	Zasiłki w naturze lub gotówce dla karmiących	Powiększenie zasiłku	Zasiłki chorobowe	Zasiłek w naturze dla karmiących	
	Pomoc lekarska i położnicza	Opieka związana z rekonwalescencją chorego	Leki, środki opatrunkowe	Bezpłatna pomoc lekarska i położnicza	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym.

W stosunku do poprzedniej regulacji *ustawa o ubezpieczeniu społecznym* w zakresie przedmiotowym zredukowała wiele świadczeń leczniczych i zmniejszyła ich okres trwania (por. tabela nr 3). Jak wynika z powyższej tabeli pomoc lecznicza, jako

świadczenie podstawowe obejmująca opiekę lekarską, lekarstwa i środki opatrunkowe została ograniczona z 39 do 26 tygodni. Natomiast zupełnie nowym elementem wprowadzonym na podstawie ustawy o ubezpieczeniu społecznym były dopłaty pobierane przez ubezpieczalnie społeczne za porady lekarskie, lekarstwa czy środki lecznicze<sup>199</sup>. Dopłaty stanowiły jedno z ważniejszych źródeł dochodu Ubezpieczalni Społecznych. Kwestia ta została uregulowana w art. 1 *rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 28 grudnia 1933 roku o dopłatach za porady lekarskie, lekarstwa, środki lecznicze, pomocnicze i zabiegi lecznicze* zgodnie z którym Ubezpieczalnia Społeczna pobiera od ubezpieczonych i kontynuujących ubezpieczenie oraz członków ich rodzin dopłaty za porady lekarskie<sup>200</sup>. W powyższym akcie prawnym ustalono również wysokość dopłat do świadczeń, a mianowicie, ubezpieczeni mieli uiszczać za każdą poradę 20 groszy, za lekarstwa i różne środki lecznicze po 10 groszy i za zabieg leczniczy również po 10 groszy. Jednakże w niektórych uzasadnionych przypadkach - kiedy to życiu i zdrowiu pacjenta zagrażało niebezpieczeństwo rozporządzenie przewidywało możliwość zwolnienia od opłat. Miało to miejsce wówczas gdy ubezpieczeni zostali zakwalifikowani do zabiegów chirurgicznych, chorowali na gruźlicę, choroby weneryczne, kardiologiczne, umysłowe, zakaźne, skórne, z jaskrą, śpiączką cukrzycową i dzieci do lat trzech. Zwolnieni od dopłat byli również ubezpieczeni, którzy ulegli nagłym wypadkom, a było to: różnego rodzaju złamania, rany, urazy, wylewy, zawały, oparzenia i odmrożenia pierwszego i drugiego stopnia. Warto dodać, że dopłaty za porady lekarskie czy za środki opatrunkowe były uzależnione od diagnozy postawionej przez danego specjalistę<sup>201</sup>. Kolejnym świadczeniem był zasiłek chorobowy. Przyznawany był on za każdy dzień stwierdzonej niezdolności do pracy wskutek choroby, nie wyłączając niedziel i świąt nie dłużej niż 26 tygodni, poczynając od czwartego dnia niezdolności do pracy, gdy jednak niezdolność ta wystąpi później niż w trzecim dniu choroby - od pierwszego dnia niezdolności do pracy. W porównaniu z *ustawą o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby* w nowej *ustawie o ubezpieczeniu społecznym* ograniczono czasokres udzielanych świadczeń leczniczych. Zasiłek chorobowy uległ zmniejszeniu, wynosił bowiem tygodniowo 50% przeciętnego tygodniowego zarobku ubezpieczonego z okresu zatrudnienia w ciągu

---

<sup>199</sup> Ustawa z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym, Dz. U. 1933, Nr 51, poz. 396 ze zm.

<sup>200</sup> Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 28 grudnia 1933 roku o dopłatach za porady lekarskie, lekarstwa, środki lecznicze, pomocnicze i zabiegi lecznicze, Dz. U. 1933, nr 103, poz. 815 ze zm.

<sup>201</sup> W. Bruner, W. Kopankiewicz, *Nowe ubezpieczenie społeczne*, Warszawa 1934, s. 49-55.

ostatnich trzynastu tygodni przed zachorowaniem<sup>202</sup>. Statut Ubezpieczalni przewidywał dodatki do zasiłki chorobowego w wysokości 5% przeciętnego tygodniowego zarobku na każde dziecko w przypadku gdy ubezpieczony posiadał na utrzymaniu więcej niż dwoje dzieci. W statucie zamieszczono jednak ograniczenie, że zasiłek chorobowy wraz z dodatkami nie mógł przewyższać 65% przeciętnego tygodniowego zarobku ubezpieczonego. Ubezpieczony będący na leczeniu w szpitalu, który posiadał na utrzymaniu jedną lub więcej osób wspólnie zamieszkujących otrzymywał zasiłek domowy, który wynosił połowę zasiłku chorobowego. Z kolei osobom hospitalizowanym wypłacano zasiłek szpitalny w wysokości 1/5 zasiłku chorobowego.

Zgodnie z *ustawą scaleniową z 1933 roku* wysokości zasiłków mogły ulec zmianie w bardzo wyjątkowych sytuacjach, a mianowicie w zależności od kondycji finansowej Ubezpieczalni Społecznej. Wówczas, gdy wykazywała ona nadwyżkę budżetową wprowadzano świadczenia dodatkowe np. podwyższenie zasiłku chorobowego do 60% przeciętnego zarobku tygodniowego czy przedłużenie okresu udzielania pomocy leczniczej. Jednakże w przypadku problemów finansowych Ubezpieczalni Minister Opieki Społecznej mógł zmniejszyć wysokość ustawowych świadczeń na czas konieczny do unormowania sytuacji finansowej. Reguła ta stanowiła dobre rozwiązanie dla Ubezpieczalni, chroniła ją przed złą kondycją finansową i zbędnymi wydatkami - była odzwierciedleniem „elastyczności świadczeń tak w okresach kryzysu, jak prosperity gospodarczej”<sup>203</sup>.

*Ustawa o ubezpieczeniu społecznym* objęła kobiety ciężarne ochroną medyczną i socjalną, podobnie jak wcześniejsza *ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby*. Przysługiwała im bezpłatna pomoc lecznicza i położnicza przed, w czasie i po porodzie, a także zasiłek połogowy, który został obniżony o połowę w porównaniu z ustawą z 1920 roku. Wynosił on 50% przeciętnego tygodniowego zarobku osoby ubezpieczonej za ostatnie trzynaście tygodni zatrudnienia przed powstaniem prawa do zasiłku. Za zgodą położnic Ubezpieczalnia miała możliwość udzielania następujących świadczeń:

- utrzymania i opieki lekarskiej w zakładzie dla położnic, w tym przypadku położnice zamiast zasiłku połogowego położnice otrzymywały zasiłek domowy albo szpitalny,

---

<sup>202</sup> Ustawa z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym, Dz. U. 1933, Nr 51, poz. 396 ze zm.

<sup>203</sup> M. Dehnel, O wadach i popularności ubezpieczenia na wypadek choroby, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1936, XI, nr 7, s. 514.

- niezależnie od pomocy leczniczej poza zakładem dla położnic – pomocy i opieki pielęgniarek za potrąceniem na ten cel najwyżej 50% zasiłku położowego.

Matki karmiące mogły liczyć na zasiłek w naturze, w ilości litra mleka dziennie lub ekwiwalent w gotówce przez czas karmienia od dnia ukończenia zasiłku położowego, nie dłużej jednak niż dwanaście tygodni.

Zgodnie z *ustawą z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym* na pokrycie świadczeń nadzwyczajnych Ubezpieczalnia Społeczna tworzyła fundusz rezerwowy. Na fundusz rezerwowy dokonywane były odpisy z corocznych wpływów Ubezpieczalni z tytułu składek, których wysokość ustalił statut na poziomie nie mniejszym niż 2% tych składek. Dysponowanie niniejszym funduszem mogło odbyć się jedynie na podstawie uchwały Rady Ubezpieczalni zatwierdzonej przez państwowy urząd ubezpieczeń. Co do zasady jeżeli dochody Ubezpieczalni pokryły w ciągu roku z nadwyżką koszty świadczeń ustawowych i wszelkie inne obligatoryjne wydatki, a fundusz rezerwowy przekroczył wysokość 2% składek Ubezpieczalnia wprowadzała dla swoich ubezpieczonych świadczenia dodatkowe. W przypadku gdy fundusz rezerwowy pomniejszy się o powyższą wysokość Ubezpieczalnia udzielająca świadczeń dodatkowych musiała ograniczyć te świadczenia w celu powstrzymania dalszej obniżki funduszu. Katalog świadczeń nadzwyczajnych określał statut Ubezpieczalni<sup>204</sup>.

Kolejnym świadczeniem przysługującym ubezpieczonemu na podstawie *ustawy o ubezpieczeniu społecznym* był zasiłek pogrzebowy. Podobnie jak Kasy Chorych Ubezpieczalnie Społeczne udzielały powyższy zasiłek w takiej samej wysokości i stanowił on równowartość trzytygodniowego zarobku ubezpieczonego. Z zasiłku pogrzebowego pokrywało się koszty pogrzebu, a w przypadku gdy pozostała nadwyżka przysługiwała najbliższym osobom zmarłego i tym, którzy do czasu jego śmierci pozostawali z nim we wspólnym gospodarstwie domowym<sup>205</sup>.

Zakres podmiotowy ubezpieczenia w okresie międzywojennym cechowało znaczne zróżnicowanie ubezpieczonych co stanowiło konsekwencję przynależności do określonej grupy zawodowej bardziej lub mniej uprzywilejowanej pod względem prawa i wysokości świadczeń ubezpieczeniowych. W 1933 roku grupą najmniej uprzywilejowaną okazali się robotnicy rolni, którzy byli wyłączeni z przymusu ubezpieczeń na wypadek choroby. Po

<sup>204</sup> Ustawa z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym, Dz. U. 1933, Nr 51, poz. 396, L. Frankowska, E. Modliński, Ustawa o ubezpieczeniu społecznym, Warszawa 1934, s.198- 250

<sup>205</sup> Ibidem

wejściu w życie ustawy scaleniowej w 1933 mieli oni korzystniejszą od robotników pozycję w zakresie ubezpieczeń, ponieważ mogli korzystać z systemu bezpłatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

#### **4.1 Struktura wewnętrzna Ubezpieczalni Społecznych**

Na strukturę wewnętrzną Ubezpieczalni Społecznych składała się Rada, Komisja administracyjna, Dyrekcja, Komisja rozjemcza, Komisja rewizyjna.

Zgodnie z art. 27 ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym w Ubezpieczalniach Społecznych składających się z nie więcej niż 75 tysięcy obligatoryjnie ubezpieczonych Rada liczyła 17 członków, w tym 12 członków z wyboru, a 5 z nominacji Ministra Opieki Społecznej. Jedną trzecią członków rady z wyboru wybierali oddzielnie pracodawcy, a dwie trzecie pracownicy posiadający się czynne prawo wyborcze. Członków Rady z nominacji mianował Minister Opieki Społecznej spośród tych jednostek, które legitymowały się wiedzą lub doświadczeniem z zakresu ubezpieczeń społecznych<sup>206</sup>. Warto dodać, iż czynne prawo wyborcze mieli pracownicy, którzy ukończyli 24 rok życia w dniu ogłoszenia wyborów oraz w dniu poprzedzającym o miesiąc dzień ogłoszenia wyborów byli co najmniej od czterech tygodni ubezpieczeni w tej samej Ubezpieczalni Społecznej. Z uprawnienia jakim było czynne prawo wyborcze mogli korzystać również byli pracownicy otrzymujący świadczenia danej Ubezpieczalni oraz renty z zakładów Ubezpieczalni Społecznych zamieszkujący w okręgu tych instytucji. Bierne prawo wyborcze posiadali wyborcy będący obywatelami polskimi. Kadencja Rady trwała pięć lat, wybierała ona spośród swego grona przewodniczącego i dwóch zastępców-każdego z innej grupy członków Rady, a mianowicie pracodawców, ubezpieczonych oraz mianowanych. Wygrywał ten, który otrzymał bezwzględną większość głosów obecnych członków Rady. W gestii przewodniczącego leżało zwoływanie Rady na posiedzenia, które odbywały się w miarę potrzeb. Natomiast do najważniejszych funkcji Rady należało: uchwalanie zmian statutu i budżetu, sprawozdań rocznych i wybór członków komisji administracyjnej, rewizyjnej i rozjemczej. Rada podejmowała uchwały przy obecności co najmniej połowy statutowej liczby członków Rady, w tym przynajmniej połowy statutowej liczby członków z grupy pracowników i dwóch członków Rady z grupy osób mianowanych. Warto nadmienić, iż uchwały powyższego organu zapadały bezwzględną większością głosów

---

<sup>206</sup> Ustawa z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym, Dz. U. 1933, Nr 51, poz. 396 ze zm.

obecnych, natomiast do zmiany statutu potrzebna była kwalifikowana większość dwóch trzecich głosów obecnych członków (art. 42 ustawy o ubezpieczeniu społecznym).

Komisja administracyjna zgodnie z art. 43 *ustawy o ubezpieczeniu społecznym* składała się z przewodniczącego Rady, jego dwóch zastępców oraz czterech członków (trzech pracowników i jednego pracodawcy). Z reguły przewodniczącym Komisji był przewodniczący Rady. W gestii Komisji leżały następujące czynności: uchwalanie regulaminów dla chorych i innych osób w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby, przepisów służbowych dla pracowników Ubezpieczalni, powoływanie i zwalnianie dyrektora i pozostałych członków dyrekcji, decydowanie w sprawach majątkowych Ubezpieczalni przede wszystkim w sprawie nabywania, zbywania, obciążania nieruchomości, zaciągania pożyczek. Komisja administracyjna uchwalała również wytyczne dla dyrektora w zakresie przyznawania świadczeń udzielanych przez Ubezpieczalnię Społeczną oraz rozpatrywała miesięczne sprawozdania Dyrekcji i miesięczne plany finansowe.

Dyrekcja była organem wykonawczym Ubezpieczalni Społecznej, składała się z dyrektora, co najmniej jednego wicedyrektora i lekarza naczelnego. Dyrektorem mogła być osoba, która posiadała pięcioletnią praktykę administracyjną w zakresie ubezpieczeń społecznych lub dziesięcioletnią w innym zakresie, która była również przełożonym pracowników Ubezpieczalni Społecznej. Kandydat na funkcję Dyrektora musiał również wykazać się kwalifikacjami dającymi rękojmię za sprawowanie czynności dla dobra ogółu ubezpieczonych. Do najważniejszych zadań Dyrektora należało: wykonywanie uchwał Rady i Komisji administracyjnej, układanie preliminarza budżetowego, wykonanie budżetu, opracowanie sprawozdań rocznych i zamknięć rachunkowych, przedkładanie miesięcznych sprawozdań Komisji administracyjnej, przyjmowanie oraz zwalnianie pracowników Ubezpieczalni z wyjątkiem członków Dyrekcji i zastępcy lekarza naczelnego.

Lekarz naczelny był kierownikiem zakładów leczniczych Ubezpieczalni Społecznej oraz wszystkich pracowników zatrudnionych bezpośrednio w lecznictwie Ubezpieczalni (lekarzy, aptekarzy i personelu pomocniczego). Lekarz naczelny Ubezpieczalni Społecznej powinien posiadać pięć lat praktyki lekarskiej, w tym trzy lata praktyki szpitalnej oraz pięć lat być zatrudnionym na stanowisku administracyjno – lekarskim<sup>207</sup>. Jego rolą było:

---

<sup>207</sup> Ibidem

opracowanie części leczniczej preliminarza budżetowego, prezentowanie jej Dyrektorowi, przedstawianie Dyrektorowi spraw dotyczących wykonania budżetu w aspekcie lecznictwa, inwestycji leczniczych i regulaminów dla chorych i dla pracowników. Przy lekarzu naczelnym funkcjonowały rady lekarskie jako ciała doradcze. Skład rady, oraz zakres spraw określał statut Ubezpieczalni.

Komisja rewizyjna składała się z pięciu członków i ich zastępców, którzy byli wybierani na pięcioletnią kadencję przez Radę Ubezpieczalni bezpośrednio po jej ukonstytuowaniu się. Niniejsza Komisja wybierała spośród swego grona przewodniczącego, którym był członek Rady Ubezpieczalni i jednego zastępcę. Według art. 53 ustawy o ubezpieczeniu społecznym w gestii Komisji Rewizyjnej była kontrola czynności Komisji administracyjnej oraz Dyrekcji, rewizja ksiąg, różnego rodzaju dokumentów co najmniej cztery razy do roku.

Ostatni organ, jakim była Komisja rozjemcza składała się z siedmiu członków: przewodniczącego, który był mianowany przez państwowy urząd ubezpieczeń i sześciu członków – trzech pracowników i trzech pracodawców wybieranych co roku przez Radę Ubezpieczalni. Komisja rozjemcza rozstrzygała odwołania od orzeczeń Dyrektora w kwestii świadczeń Ubezpieczalni oraz od orzeczeń w sprawach kar nałożonych przez Dyrektora. Odwołania należało zgłaszać nie później niż w ciągu dni trzydziestu od dnia doręczenia orzeczenia. Powyższy organ orzekał w zespołach złożonych z przewodniczącego lub jego zastępcy i dwóch członków lub ich zastępców, po jednym z grupy ubezpieczonych i pracodawców.

#### **4.2 Źródła finansowania Ubezpieczalni Społecznych**

Zgodnie z art. 233 ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym w drodze następstwa ogólnego przeszła na Ubezpieczalnie Społeczne całość majątku tych Kas Chorych, które obejmowały przed wejściem w życie niniejszej ustawy okręgi działalności odnośnych Ubezpieczalni Społecznych. Instytucje te były wolne od jakichkolwiek opłat związanych z przejęciem na własność powyższego majątku. Głównymi dochodami Ubezpieczalni Społecznych były składki ubezpieczeniowe opłacane w połowie przez pracownika i w połowie przez pracodawcę. Wysokość składki wynosiła 5% dla pracowników fizycznych i 4% dla umysłowych.

W latach 1934-1936 Ubezpieczalnie przeżywały ogromne trudności finansowe spowodowane kryzysem gospodarczym. Zdaniem Jolanty Sadowskiej żadna dziedzina gospodarki państwowej nie przeżywała spadku dochodów w takiej skali, w jakiej nastąpiło



to w ubezpieczeniu na wypadek choroby. W szczególności wskazują na to sumy przypisu składek, które w latach 1931, 1933, 1935 wyniosły odpowiednio kwotę 236 295 zł, kwotę 173 122 zł a oraz kwotę 104 999 zł<sup>208</sup>. Zła kondycja finansowa Ubezpieczalni Społecznych dała impuls do drastycznych przedsięwzięć oszczędnościowych. W porównaniu z kosztami lecznictwa ubezpieczeniowego realizowanego w ramach Kasy Chorych koszty jakie pokrywały Ubezpieczalnie na leczenie były zdecydowanie niższe. W 1932 roku Kasy Chorych wydały 122,9 mln zł (podstawową pomoc lekarską, leczenie szpitalne, środki farmaceutyczne, profilaktykę) natomiast w 1934 roku Ubezpieczalnie Społeczne wydały na lecznictwo 81,9 mln zł a w roku 1935 65,6 mln zł<sup>209</sup>. Najwyższe kwoty z budżetu Ubezpieczalni pochłaniała podstawowa opieka zdrowotna, która stanowiła 40% wszystkich wydatków. Najważniejszym powodem powyższej sytuacji w świetle kryzysu gospodarczego było również wprowadzenie mniej kosztownego systemu lekarza domowego, dopłat na świadczenia medyczne a także częściowe zredukowanie bazy specjalistycznej. Budżet Ubezpieczalni oprócz składek zasilają dochody z urzędów i majątki Ubezpieczalni, z odsetek od ulokowanych kapitałów, darowizn, zapisów czy dopłat Skarbu Państwa.

##### **5. Reorganizacja lecznictwa podstawowego – wprowadzenie systemu lekarza domowego w ramach Ubezpieczalni Społecznej.**

W 1934 roku w II Rzeczypospolitej doszło do reorganizacji lecznictwa podstawowego i wprowadzono system lekarza domowego w ramach Ubezpieczalni Społecznej. Zmiana ta była podyktowana dążeniem do ujednoczenia tej formy lecznictwa na terytorium państwa polskiego. Zarówno system ambulatoryjny, jak i lekarza prywatnego, który był rozpowszechniony w Kasach Chorych na przestrzeni ponad dziesięciu lat ujawnił wiele defektów, między innymi w kwestii udzielanych świadczeń i dostępu do nich. Obowiązywanie systemu lekarza domowego było związane z koniecznością poprawy jakości pomocy medycznej oraz z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych lekarzy. Według środowiska lekarskiego koncepcja lekarza domowego dawała możliwość konsolidacji lekarza z otoczeniem pacjentów, chodziło również o udoskonalenie kompetencji lekarzy oraz ich fachowości<sup>210</sup>.

---

<sup>208</sup> W. Lenga, Gospodarka i sytuacja finansowa ubezpieczenia chorobowego w latach 1926-1938, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1939, XIV, nr 3, s. 134.

<sup>209</sup> Ibidem, s. 134-136.

<sup>210</sup> Sprawozdanie z Ubezpieczalni Społecznych w Warszawie za rok 1936, Warszawa 1937, s. 23.

Wprowadzenie systemu lekarza domowego w ramach Ubezpieczalni Społecznych następowało stopniowo. Najwcześniej zaadoptował się on w województwach pomorskich i zachodnich, najpóźniej w południowych i wschodnich, a wynikało to z ciągłości tradycji dotyczącej modelu gabinetowego. Na obszarach pomorskich i zachodnich funkcjonował bowiem w okresie działalności Kas Chorych system gabinetowy, który posiadał wiele wspólnych założeń (cech) z systemem lekarza domowego<sup>211</sup>. Najważniejszą cechą nowej formy lecznictwa podstawowego była rejonizacja. Polegała ona na podziale Ubezpieczalni na rejony. Przy ustalaniu rejonów kierowano się przede wszystkim: uprzemysłowieniem, wielkością terytorialną Ubezpieczalni, stanem zdrowia ludności i warunkami higieniczno-sanitarnymi. Najmniejszą jednostką organizacyjną był rejon lekarza domowego, a następnie pediatryczny i specjalistyczny. W tym pierwszym przypadku na jednego lekarza przypadało około tysiąca ubezpieczonych. Nie było to jednak regułą ponieważ jak podaje H. Wilczyński: „w dużych aglomeracjach miejskich rejony lekarzy domowych przekraczały tę liczbę, np. w Warszawie rejon liczył tysiąc dwieście osób, a w Krakowie tysiąc czterysta osób,<sup>212</sup>. W sposób odmienny kwestia dotycząca liczby ubezpieczonych przypadających na jednego lekarza przedstawiała się w miastach o mniejszym stopniu zurbanizowania. Przykładowo, w Bielsku Podlaskim rejon lekarza domowego obejmował 800 ubezpieczonych. Znacznie większe były wcześniej wspomniane w rozprawie rejony specjalistyczne. Ich terytorium było odzwierciedleniem liczby specjalistów pracujących w poszczególnych Ubezpieczalniach. Rejon specjalistyczny obejmował do kilkunastu rejonów lekarzy domowych. Sprawozdanie z Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie za rok 1936 podawało, że w Warszawie na jednego pediatrę przypadało 3,7 rejonów lekarzy domowych, na jednego chirurga 10 rejonów lekarzy domowych, na jednego ginekologa 12 a na jednego okulistę 20 rejonów lekarzy<sup>213</sup>.

Ubezpieczony miał możliwość wyboru jednego spośród dwóch lekarzy domowych zaproponowanych przez Ubezpieczalnię Społeczną. Nowy system lekarza domowego zrywał z zasadą wolnego wyboru lekarza, było to podyktowane przede wszystkim względami finansowymi, aby zatrudniać jak najmniejszą liczbę lekarzy. Lekarz domowy świadczył podstawową opieką medyczną dla ubezpieczonego i jego rodziny. W poważniejszych przypadkach, jeśli zaszła potrzeba dodatkowego leczenia wydawał

---

<sup>211</sup> J. Sadowska, *Kasy Chorych w Polsce w latach 1920-1933*, Łódź 2002, s. 74-75.

<sup>212</sup> H. Wilczyński, *Ideologia Ubezpieczeń Społecznych a trudności i wady wykonawcze*, Warszawa 1935, s. 74-77.

<sup>213</sup> *Rocznik Lekarski Rzeczypospolitej Polskiej na rok 1936*, Warszawa, s. 43-290.

skierowanie do specjalisty. Wówczas lekarz specjalista był zobligowany do współpracy z lekarzem domowym, która polegała na przekazywaniu ważnych informacji dotyczących zdrowia pacjenta. Po postawieniu diagnozy i skończonym leczeniu specjalista przysyłał wszystkie wyniki do lekarza domowego oraz udzielał mu wytycznych co do dalszego sposobu leczenia. Powyższa współpraca dawała możliwość nieustającej ochrony zdrowia ubezpieczonego. Cel ten był nie do zrealizowania w poprzednim systemie ambulatoryjnym oraz gabinetowym w ramach Kas Chorych<sup>214</sup>. Lekarze domowi przyjmowali pacjentów w swoich gabinetach, w specjalnych placówkach medycznych oraz w domu chorego od trzech do pięciu godzin dziennie. Cechą charakterystyczną systemu lekarza domowego był brak pośrednictwa urzędników w procesie przyjmowania do lekarza, tak jak wcześniej to bywało w instytucjach Kas Chorych. Podstawę przyjęcia w ramach Ubezpieczalni Społecznych stanowiła tylko i wyłącznie legitymacja ubezpieczonego. Była to konsekwencja rezygnacji z dodatkowej biurokracji, która powodowała brak sprawnego działania i dobrej organizacji a także konflikty pomiędzy urzędnikami bazującymi na hierarchii organizacyjnej. W nowym systemie lecznictwa podstawowego zrezygnowanie z usług i ingerencji urzędników w sprawy zdrowotne ubezpieczonych redukowało do minimum problemy związane z realizacją ich partykularnych interesów. Na piedestale został postawiony pacjent i jego potrzeby. Najważniejszym elementem było świadczenie usług medycznych oraz konkretyzacja wytyczonych celów oraz poszukiwanie innych, gdy te zostały osiągnięte. Dlatego też w porównaniu do systemu ambulatoryjnego w Kasach Chorych w systemie lekarza domowego Ubezpieczalni Społecznych doszło do zmiany proporcji w zakresie świadczeń medycznych. Tutaj lekarz domowy, a nie specjalista stał się podstawowym elementem opieki zdrowotnej<sup>215</sup>.

Od 1934 roku instytucje lecznictwa zamkniętego zaczęły przejmować Ubezpieczalnie Społeczne. Wówczas nastąpiła całkowita rozbudowa i modernizacja szpitali, w konsekwencji przyniosło to korzyści zarówno pacjentom, jak i Ubezpieczalniom Społecznym. Chorzy mogli liczyć na zdecydowanie większą jakość usług medycznych oraz powszechną dostępność do nich, natomiast dla Ubezpieczalni Społecznych korzyści wyrażały się w niższych kosztach związanych z leczeniem i utrzymaniem ubezpieczonych. W latach 1934-1939 funkcjonowały trzydzieści dwa szpitale na terytorium Polski, z

---

<sup>214</sup> M. Stawiński, Uwagi o lecznictwie domowym w Ubezpieczalniach Społecznych, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1936, XI, nr 6, s. 339.

<sup>215</sup> E. Boczkowski, Analiza i ocena działalności ubezpieczenia chorobowego w latach 1933-1938 pod względem administracyjno-lekarskim i organizacyjnym, Warszawa 1938, s. 29, 30.

których dwadzieścia jeden należało do Ubezpieczalni Społecznych, a jednaście do Kas Chorych na Górnym Śląsku. W omawianym czasie Ubezpieczalnie Społeczne utworzyły trzy nowe szpitale, w Rzeszowie, Tarnobrzegu i Grudziądzu. Największa ilość obiektów szpitalnych znajdowała się w województwie śląskim a najmniejsza w województwach wschodnich<sup>216</sup>.

W ramach unowocześnienia struktury szpitalnictwa rozszerzano bazę lecznictwa specjalistycznego. Generalnie, szpitale posiadały trzy oddziały: chirurgiczny, ginekologiczny oraz internistyczny. Wyjątek stanowiły szpitale w Sosnowcu, Krakowie i we Lwowie, które posiadały nawet po sześć oddziałów specjalistycznych. Poddając analizie polskie szpitalnictwo funkcjonujące u schyłku II Rzeczypospolitej należy stwierdzić, iż należało ono do prężnie rozwijających się i nowoczesnych instytucji lecznictwa zamkniętego. Szpitale były wyposażone w węzeł higieniczno-sanitarny, a ponadto posiadały różne pracownie-rentgenowskie, diagnostyczne czy histopatologiczne. Obiekty szpitalne Ubezpieczalni Społecznych oferowały pacjentom opiekę lekarską w specjalistycznych przychodniach przyszpitalnych (neurologicznych, chirurgicznych, okulistycznych) przy zastosowaniu nowoczesnych metod diagnostycznych i terapeutycznych. Działalność lecznicza w szpitalach zależna była od ilości zatrudnionej kadry medycznej oraz od kosztów jednego dnia leczenia pacjenta<sup>217</sup>.

Wraz z rozbudową i rozwojem szpitali w ramach Ubezpieczalni Społecznych wzrosła w sposób gwałtowny liczba osób hospitalizowanych. Na wzrost przyjęć pacjentów do szpitali wpłynęło pogorszenie się stanu zdrowia ludności pracującej w okresie trwającego przez 4 lata kryzysu gospodarczego. W 1934 roku z opieki szpitalnej skorzystało 53 872 pacjentów, natomiast w roku 1938 już 74 956 pacjentów<sup>218</sup>. W związku z powyższym szpitale były przepełnione, a w niektórych nawet brakowało łóżek. W tej sytuacji Ubezpieczalnie Społeczne były zmuszone do korzystania ze szpitali obcych. Przykładem była Ubezpieczalnia Społeczna w Poznaniu,<sup>219</sup> która ze względu na brak własnych łóżek szpitalnych umieszczała pacjentów w różnych klinikach Uniwersytetu Medycznego oraz w szpitalach prywatnych. Najgorzej przedstawiała się sytuacja w województwach wołyńskim i nowogrodzkim ponieważ szpitale na tych właśnie terenach

---

<sup>216</sup> J. Bujalski, Rzut oka na działalność zakładów leczniczych państwowych, społecznych i prywatnych na podstawie sprawozdań za rok 1934-1935, Warszawa 1933, s. 6.

<sup>217</sup> Ibidem, s. 6-20

<sup>218</sup> E. Boczkowski, Analiza i ocena działalności ubezpieczenia chorobowego w latach 1933-1938 pod względem administracyjno-lekarskim i organizacyjnym, Warszawa 1939, ss. 51-53.

<sup>219</sup> Sprawozdanie z Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu za rok 1936, Poznań 1937, s. 70.

dysponowały najmniejszą liczbą łóżek. W konsekwencji tego czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala znacznie się wydłużył. Deficyt łóżek przyczynił się do ograniczenia czasokresu leczenia pacjentów. W dużych ośrodkach miejskich niekiedy występowało analogiczne zjawisko. Kolejnym powodem, który wpłynął na wydłużenie okresu oczekiwania na leczenie w szpitalach ubezpieczeniowych była likwidacja szpitali prywatnych. Była ona podyktowana spadkiem jakości usług medycznych w tych ośrodkach i zbyt wysokimi opłatami za świadczenia lecznicze. Wówczas pacjenci szpitali prywatnych przenosili się do szpitali Ubezpieczalni Społecznych.

*Ustawa o ubezpieczeniu społecznym* nałożyła na Ubezpieczalnię Społeczną obowiązek prowadzenia akcji profilaktycznej wśród ubezpieczonych a także wydzielania określonych kwot na niniejszą działalność<sup>220</sup>. To przedsięwzięcie obejmowało ważne dla ochrony zdrowia zagadnienia dotyczące między innymi: zwalczania gruźlicy, opieki nad ciężarną i nad młodzieżą. Warto dodać, iż za każdą akcją profilaktyczną odpowiadał lekarz naczelny Ubezpieczalni Społecznej. Nadzór zwierzchni nad tą działalnością posiadał Departament Zdrowia w Ministerstwie Opieki Społecznej<sup>221</sup>.

System funkcjonujący na podstawie fundamentalnego ogniwa, jakim był lekarz domowy poddawano stałej weryfikacji zarówno ze strony lekarzy, jak i pacjentów. Wykazywał on zarówno cechy pozytywne, jak i negatywne. Do tych pierwszych należy zaliczyć przede wszystkim ujednoczone warunki leczenia, które polegały na łatwym dostępie do lekarza domowego bez względu na wiek czy status społeczny ubezpieczonego. Wyjątek stanowili specjaliści, którzy byli dostępni przede wszystkim w dużych ośrodkach miejskich. Powyższy system bazował na współpracy lekarzy domowych i specjalistów w kwestii metod i rodzajów leczenia ubezpieczonych, co zapewniało lepszą opiekę medyczną i prowadziło do postawienia bardziej trafnej diagnozy. Taka forma leczenia zwiększała świadomość lekarzy w zakresie ich odpowiedzialności za zdrowotność poszczególnych pacjentów. To z kolei dawało poczucie bezpieczeństwa chorym. Mówiąc o zaletach analizowanego systemu nie sposób pominąć kwestii związanej z bezpośrednim kontaktem pacjenta z lekarzem domowym. Lekarz stawał się „protektorem” w dziedzinie zdrowia dla ubezpieczonych i całych ich rodzin, natomiast chorzy nabierali do niego większego

---

<sup>220</sup> M. Jakubowski, Działalność profilaktyczna Ubezpieczalni Społecznych, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1939, XIV, nr 6, s. 343.

<sup>221</sup> C. Piekarski, Akcja zapobiegawcza w pracy lekarza domowego, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1938, XIII, z. 4, s. 229-232.

zaufania<sup>222</sup>. Pacjent w systemie lekarza domowego nie był anonimowy, mógł w każdym momencie zgłosić się po zalecenia medyczne do lekarza. Nastąpiła indywidualizacja leczenia polegająca na stworzeniu i wyodrębnieniu ubezpieczonym osobom optymalnych warunków indywidualnych w procesie leczenia. Poprzez tą formę leczenia podstawowego rozszerzano również zadania profilaktyczno-zdrowotne mające na celu zapobieganie chorobom przez ich wczesne wykrywanie i leczenie<sup>223</sup>. Wszystkie wymienione wyżej argumenty wpływały na podniesienie świadomości prozdrowotnej wśród pacjentów.

Cechą charakterystyczną systemu lekarza rodzinnego była rejonizacja, która zapewniała ciągłość leczenia i miała wpływ na dobrą organizację leczenia. System lekarza domowego posiadał również wady. Najwięcej obiekcji budziła kwestia związana ze zwiększaniem liczby lekarzy domowych kosztem specjalistów. To właśnie ci pierwsi mieli decydujący wpływ na zdrowie pacjenta. Następowaly redukcje etatów lekarzy specjalistów. Tym działaniom przyświecał nadrzędny cel, jakim były oszczędności finansowe. Ubezpieczalnie przekazały większość spraw dotyczących leczenia lekarzom domowym. Dlatego też, tak trudno było zaakceptować specjalistom powyższą sytuację, która również pozbawiała rozmaite związki czy instytucje medyczne możliwości jakiegokolwiek ingerencji w sprawy ubezpieczeniowe i opieki lekarskiej. Związek Lekarzy Państwa Polskiego (ZLPP)<sup>224</sup> za czasów Kas Chorych posiadał znamieny wpływ na zatrudnienia poszczególnych lekarzy czy na ich wynagrodzenia. Po 1933 roku sytuacja w tej kwestii diametralnie się zmieniła, z uwagi na wejście w życie *ustawy o ubezpieczeniu społecznym* a kompetencje ZLPP zostały ograniczone co przyczyniło się do powstania licznych strajków i protestów ludzi Związku do władz centralnych. Jednakże bez większego skutku.

W świetle masowych zwolnień lekarzy specjalistów lekarz domowy automatycznie otrzymywał dodatkowe obowiązki. Był zobligowany między innymi do badania dzieci do lat 13, robotników młodocianych oraz inwalidów wojennych. Duże nasilenie obowiązków i związane z tym przeciążenie lekarzy zmniejszało jakość świadczonych usług oraz niweczyło właściwy przebieg rozwoju systemu lekarza domowego.

---

<sup>222</sup> J. Sadowska, Świadczenia lecznicze w Ubezpieczalniach Społecznych w Polsce latach 1933-51, Łódź 2006, s. 49.

<sup>223</sup> J. Sadowska, Kasy Chorych w Polsce w latach 1920-1933, Łódź 2002, s. 80.

<sup>224</sup> Ibidem, s. 80-85.

Bardzo istotna dla oceny funkcjonowania lekarza domowego była liczba ubezpieczonych chorych, przypadających na jednego lekarza. Rejon lekarza domowego obejmujący tysiąc ubezpieczonych był fikcją<sup>225</sup>. Z uwagi na ten fakt niezadowolenie lekarzy było ogromne ponieważ większość z nich nie mogła efektywnie wypełniać swoich obowiązków w stosunku do pacjentów.

Zwłaszcza w dużych miastach liczba ta przekraczała trzy tysiące chorych. Nie można było wówczas mówić o prawidłowych warunkach dokładnego badania pacjentów. Powyższa sytuacja doprowadziła do niezadowolenia pacjentów z leczenia.

Kwestią poddawaną ocenie w literaturze przedmiotu była rejonizacja w Ubezpieczalniach Społecznych. Oprócz zalet, o których wspomniano wcześniej posiadała również wiele wad. W odróżnieniu od Kas Chorych niweczyła ona wolny wybór lekarza. Głównym powodem braku wolnego wyboru lekarza były oszczędności finansowe. Warto jeszcze wspomnieć, iż wynagrodzenia lekarzy zatrudnionych przez Ubezpieczalnię Społeczne nie były dla nich satysfakcjonujące. W czasach kryzysu istniała tendencja do obniżania stawek za godzinę pracy tym bardziej, że zostały wprowadzone dopłaty na różne leki i środki pomocnicze. Ubezpieczalnie otrzymywały dość wysokie stawki jedynie w Warszawie (sześć złotych za godzinę). Natomiast w innych mniejszych miastach były one już znacznie niższe<sup>226</sup>.

Praktyka lekarza domowego wykonywana w ramach Ubezpieczalni Społecznych, pomimo wskazanych wad w generalnej ocenie wypada jednak dobrze. Stanowiła ona racjonalną formę lecznictwa podstawowego zarówno w aspekcie organizacyjnym, społecznym i ekonomicznym.

## **6. Wnioski**

Rok 1918 to szczególny okres w historii Polski. Po 123 latach zaborów (Prusy, Rosja, Austro-Węgry) Polska odzyskała niepodległość. Tworzące się państwo polskie stanęło przed wyzwaniem tworzenia podstawowych struktur organizacyjnych. Jedną z najważniejszych reform dotyczyła organizacji opieki zdrowotnej. System ochrony zdrowia w II Rzeczypospolitej opierał się ubezpieczeniowym modelu Bismarckowskiego. Charakteryzował się on wzajemnymi relacjami trzech podmiotów: świadczeniodawców, świadczeniobiorców i tzw. strony trzeciej czyli płatnika. Płatnikiem zostały instytucje

---

<sup>225</sup> J. Szumski, Problemy lecznictwa kasowego, Cieszyn 1947, s. 78.

<sup>226</sup> S. Klaczko, Korzystanie ze świadczeń lekarskich w Kasach Chorych, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych”, 1928 r. z. 5

ubezpieczeniowe - Kasy Chorych utworzone na mocy *ustawy z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby*. Ustawa ta należała do jednych z najbardziej nowatorskich w zakresie lecznictwa ubezpieczeniowego w Europie na początku XX wieku. Wzorowana na koncepcjach zachodnich, głównie niemieckich stanowiła duży sukces polskiego ustawodawstwa socjalnego okresu międzywojennego i była fundamentem całego systemu ubezpieczeniowego w II Rzeczypospolitej. Wprowadziła nowe regulacje prawno-organizacyjne chroniące zdrowie ludności pracującej. Kasy Chorych finansując opiekę zdrowotną ubezpieczonym członkom zapewniały szeroki wachlarz świadczeń leczniczych np. bezpłatną pomoc lekarską czy zasiłki pieniężne. Postępowość systemu ubezpieczenia zdrowotnego uregulowanego w *ustawie o obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym na wypadek choroby* przejawiała się w tym, iż oparty był na zasadzie terytorialności, przymusu i samorządności. W myśl tej pierwszej zasady Kasy Chorych miały istnieć w każdym powiecie bez względu na wielkość jego terytorium. Zasada przymusu polegała na obligatoryjnym członkostwie i przynależności do Kasy, w której dany pracownik posiadał miejsce zamieszkania. Kasy Chorych były również instytucjami samorządowymi, czyli całkowicie niezależnymi od państwa oraz publicznymi. Oznaczało to, że wykonywały one zadania administracji państwowej z dziedziny opieki zdrowotnej i socjalnej, lecz nie były organami administracji publicznej. Działalność poszczególnych Kas Chorych była uzależniona od liczby osób ubezpieczonych, wielkości terytorialnej, a przede wszystkim od środków finansowych zgromadzonych z uiszczanych składek przez ubezpieczonych. Na wielkość terytorialną konkretnych Kas Chorych miał wpływ podział administracyjny kraju oraz stopień zurbanizowania danego rejonu państwa. Im bardziej uprzemysłowiony był obszar państwa, tym szybszy był rozwój Kasy Chorych, co bezpośrednio przekładało się na jakość oferowanych usług leczniczych i świadczeń zdrowotnych. Wielopłaszczyznowe zadania prewencyjne i lecznicze Kas Chorych były zjawiskiem pozytywnym, jednakże ich zakres nie był identyczny dla wszystkich ubezpieczonych. W okresie międzywojennym funkcjonowały bowiem dwa modele opieki zdrowotnej: ambulatoryjny w województwach wschodnich i południowych, a także gabinetowy na zachodzie i północy Polski. Modele te charakteryzowała różna dostępność do specjalistycznych świadczeń, a także do lekarza pierwszego kontaktu. Brak jednolitych standardów leczenia i brak precyzyjnego określenia zadań podstawowej opieki zdrowotnej, a także rozdrobnienie terytorialne Kas Chorych doprowadziły do konieczności wprowadzenia daleko idących przemian strukturalno-



organizacyjno-prawnych w sferze lecznictwa ubezpieczeniowego. Odzwierciedleniem tych zmian było uchwalenie *ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym*. Ten akt prawny miał na celu stworzenie większych pod względem terytorialnym instytucji ubezpieczeniowych, a także unifikację wszystkich świadczeń zdrowotnych. Od 1933 roku zadania Kas Chorych przejęły Ubezpieczalnie Społeczne, które gwarantowały opiekę zdrowotną ubezpieczonym w postaci bezpłatnej pomocy lekarskiej i zasiłków pieniężnych. Jednakże w ustawie o ubezpieczeniu społecznym ograniczono czasokres pomocy lekarskiej z 39 do 26 tygodni, a zasiłek chorobowy zmniejszono z 60% do 50% zarobku tygodniowego. Kobietom ciężarnym przysługujące zasiłki połogowe zmniejszono z 100% do 50% zarobku tygodniowego. W kolejnym akcie prawnym w tej materii, a mianowicie *ustawie dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym* dostrzegamy tendencję do ograniczania zakresu i czasokresu świadczeń zdrowotnych. Była ona podyktowana względami ekonomicznymi i wyrazem troski o dobrą kondycję finansową Ubezpieczalni Społecznych. Minister Opieki Społecznej miał możliwość ograniczyć świadczenia przysługujące ubezpieczonym *ex lege* na czas potrzebny do przywrócenia stabilizacji finansowej Ubezpieczalni.

W 1933 roku wprowadzono na mocy *ustawy o ubezpieczeniu społecznym* jednolity dla wszystkich województw w państwie model lekarza domowego z prawem wyboru jednego spośród dwóch lekarzy. Nowa organizacja lecznictwa zapewniała bezpośredni kontakt pacjentów z wybranym lekarzem, jak również rozszerzała zakres czynności prewencyjnych i leczniczych. Model ten ponadto zapewniał jednolitość świadczeń zdrowotnych. W latach trzydziestych XX wieku następowała rozbudowa sieci szpitali przez Ubezpieczalnie Społeczne zainicjonowana jeszcze za czasów Kas Chorych, co wiązało się z rozwojem specjalistycznych usług medycznych. Dalszy rozwój lecznictwa ubezpieczeniowego został niestety zahamowany przez wybuch II wojny światowej.

## Rozdział III

### Organizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce Ludowej

#### 1. Konstytucyjne podstawy oraz założenia ideologiczne systemu ochrony zdrowia PRL

Procesy polityczne i przeobrażenia ustrojowo-społeczne zapoczątkowane w Polsce po II wojnie światowej prowadziły do modyfikacji struktur dotyczących organizacji życia i zaspokajania elementarnych potrzeb ludności<sup>227</sup>. Powyższe przemiany posiadały wymowę ideologiczną, co było związane z urzeczywistnieniem założeń propagandowych na rzecz konstruowania ustroju sprawiedliwości i równości społecznej, a wcielanie w życie wzorcowych ideałów zrodziło nowy układ organizacyjny i prawny<sup>228</sup>. Polska Rzeczpospolita Ludowa w najważniejszym akcie prawnym, jakim była *Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z 22 lipca 1952 roku* deklarowała troskę o swoich obywateli również w aspekcie ochrony zdrowia. Postanowienia te znalazły się w jej art. 60, który stanowił, iż Obywatele Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej mają prawo do ochrony zdrowia oraz do pomocy w razie choroby lub niezdolności do pracy<sup>229</sup>. Konkretyzacji tego prawa służą:

- rozwój ubezpieczenia społecznego robotników i pracowników umysłowych na wypadek choroby, starości i niezdolności do pracy oraz rozbudowa różnych form pomocy społecznej,
- rozwój organizowanej przez państwo ochrony zdrowia ludności, rozbudowa urzędów sanitarnych i podnoszenie stanu zdrowotnego miast i wsi, stałe polepszanie warunków bezpieczeństwa, ochrony i higieny pracy, szeroka akcja zapobiegania chorobom i ich zwalczania, coraz szersze udostępnianie bezpłatnej pomocy lekarskiej, rozbudowa szpitali, sanatoriów, ambulatoriów, wiejskich ośrodków zdrowia, opieka nad inwalidami.

Opieka zdrowotna w myśl tych założeń stanowiła kluczowe zadanie państwa i była jednym z jego podstawowych celów. Nowe rozwiązania ustrojowe zrodziły przebudowę całego systemu opieki medycznej a następowała ona w myśl wskazań rodzącego się socjalizmu i była nierozzerwalnie związana z procesem organizacji państwa jako

---

<sup>227</sup> J. Fijałek, J. Indulski, Opieka zdrowotna w Łodzi od roku 1945, Studium organizacyjno-historyczne, Łódź 1996, s. 58.

<sup>228</sup> W. Roszkowski, Historia Polski 1914-2005, Warszawa 2006, s. 210.

<sup>229</sup> Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z dnia 22 lipca 1952 r. Dz. U. 1952, Nr 33, poz. 232

„demokracji ludowej”<sup>230</sup>. Założenia socjalizmu opierały się na proklamowaniu idei sprawiedliwości społecznej według której każdy obywatel ma równy dostęp do wszystkich elementarnych dóbr materialnych. Socjalizm odrzucał własność prywatną i negował ideę kapitalistycznego wolnego rynku. Natomiast demokracja ludowa opierała się na centralizmie demokratycznym, kulcie partii robotniczej, braku pluralizmu politycznego, a także na systemie planowania<sup>231</sup>. Inicjatywa państwa w sferze ochrony zdrowia wynikała z elementarnych założeń ideologicznych ustroju. Konsekwencją socjalistycznego charakteru państwa były cechy polskiej służby zdrowia doby PRL<sup>232</sup>.

Służba zdrowia miała być państwowa, oznaczało to, że była całkowicie finansowana z budżetu państwa i stanowiła nieodzowny składnik aparatu administracyjnego. To państwo przejmowało odpowiedzialność za stan zdrowia i opiekę medyczną nad ludnością. Służba zdrowia stała się „aparatem” państwowym, którego misją była realizacja zadań państwa w kwestii opieki profilaktyczno-leczniczej. Warto nadmienić, iż zadania służby zdrowia włączane były do planów rozwoju gospodarczo-ekonomicznego czy społecznego kraju. Powszechny charakter służby zdrowia to kolejna cecha, jaką miała charakteryzować się służba zdrowia w PRL. Powszechność miała polegać na bezpłatnym dostępie społeczeństwa do wszelkich świadczeń zdrowotnych<sup>233</sup>. Dla jednego z apologetów socjalistycznego modelu państwa J. Rosnera oznaczało to że do nadrzędnych założeń ustroju socjalistycznego należało zagwarantowanie opieki zdrowotnej każdemu obywatelowi niezależnie od jego pochodzenia i sytuacji ekonomicznej<sup>234</sup>. Zasada ta znalazła potwierdzenie w treści cytowanego wyżej art. 60 ust. 1 *Konstytucji PRL*. Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia miało podkreślać społeczny charakter opieki medycznej.

W socjalistycznej koncepcji ochrony zdrowotnej zdrowie było traktowane jako dobro społeczne, a ideą przewodnią PRL miało być uznanie zdrowia za dobro publiczne, a nie indywidualne. Zdrowie publiczne dotyczyło szerokiego zakresu działań wielodyscyplinarnych, które były związane z różnymi aspektami zdrowia ludzkiego, jego ochroną, umocnieniem i poprawą, oceną potrzeb zdrowotnych populacji oraz sposobami ich zaspakajania. Zdrowie publiczne zajmowało się nie tylko zdrowiem jednostki, ale także

---

<sup>230</sup> J. Indulski, B. Kleczkowski, J. Leowski, *Organizacja ochrony zdrowia*, Warszawa 1978, s.21.

<sup>231</sup> K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, Poznań 2007, s.55

<sup>232</sup> *Ibidem*

<sup>233</sup> L. Wdowiak, *Zarys organizacji służby zdrowia w Polsce*, Lublin 1981, s.23.

<sup>234</sup> J. Rosner, *Rozwój polityki społecznej w Polsce Ludowej* [w:] *Polityka społeczna i służby społeczne w PRL* pod red. J. Rosnera, Warszawa 1972, s. 102.

zdrowiem wszystkich ludzi oraz jego uwarunkowaniami zarówno negatywnymi, jak i pozytywnymi, czyli działaniami prozdrowotnymi umacniającymi zdrowie<sup>235</sup>.

Prawo do ochrony zdrowia, jak również wszystkie inne prawa i wolności zawarte w *Konstytucji z 1952 roku* nie posiadały żadnych gwarancji<sup>236</sup>. Zostały ograniczone licznymi warunkami np. „należało strzec tajemnic państwowych”, i być „czujnym wobec wrogów narodu”. Fikcyjny charakter ustawy zasadniczej z 1952 roku pogłębił rozbieżność między ustrojem konstytucyjnym a ustrojem rzeczywistym Polski Ludowej.

Następną cechą służby zdrowia w okresie PRL miała być jej jednolitość i kompleksowość, która polegała na unifikacji instytucji opieki zdrowotnej pod względem funkcjonalnym i organizacyjnym. Chodziło o podporządkowanie struktur lecznictwa kierowniczym organom państwa. Scalenie w ramy jednolitej służby zdrowia odpowiadało idei o lecznictwie społecznym w sensie organizacyjnym, zadaniowym, centralnego planowania i finansowania. Zasada jednolitości w zarządzaniu dawała możliwość kierowniczej partii robotniczej wydawania wytycznych dotyczących funkcjonowania i działalności wszystkich placówek czy instytucji służby zdrowia oraz pozbywania się pracowników odmiennych zapatrywaniach politycznych. Z tą regułą wiązało się całkowite upolitycznienie systemu ochrony zdrowia w PRL, które odbywało się na wszystkich szczeblach organizacyjnych<sup>237</sup>. Warto przytoczyć w tym miejscu wypowiedź Eugeniusza Wąsiewicza, który skonstatował, iż „w krajach socjalistycznych nigdy wyraźnie nie stawiano problemu reformy opieki zdrowotnej. Typową cechą sytuacji społecznej tych krajów było rozdwojenie sfery zjawisk na sferę oficjalną i sferę rzeczywistą. Sfera oficjalna zbudowana była z treści rozmaitych deklaracji i kreowana za pomocą propagandy jako istniejąca rzeczywistość. Sfera rzeczywistości natomiast była kamuflowana”<sup>238</sup>. Sfera oficjalna służby zdrowia „potwierdzała” bezpłatny i powszechny dostęp do świadczeń zdrowotnych dla wszystkich warstw społecznych. W praktyce jednak nie wszyscy korzystali z bezpłatnej opieki zdrowotnej, świadczyło to o preferencjach klasowych występujących w okresie PRL. W pierwszej kolejności przyznano świadczenia robotnikom i górnikom i tym samym zaakcentowana została gloryfikacja dyktatury proletariatu.

---

<sup>235</sup> J. Indulski, J. Leowski, *Podstawy medycyny społecznej*, Warszawa 1971, s. 32.

<sup>236</sup> W. Roszkowski, *Historia Polski 1914-2005*, Warszawa 2006, s. 210.

<sup>237</sup> K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, Poznań 2007, s. 55; szerzej: Z. Jastrzębowski, *Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku do roku 1948*, Łódź 1994, s. 73.

<sup>238</sup> E. Wąsiewicz, *Obraz polskiej reformy zdrowia, Ekonomiczno-organizacyjne problemy restrukturyzacji służby zdrowia. Materiały z konferencji naukowej zorganizowanej 23.11.1999 r. Leszno 1999*, s. 45; szerzej: A. Paczkowski, *Pół wieku Dziejów Polski*, Warszawa 2007, s. 208-209, 215.

## 1.1 Koncepcja państwa dobrobytu

Zwycięstwo Związku Radzieckiego nad faszyzmem po II drugiej wojnie światowej spowodowało przesunięcie sił w układzie międzynarodowym. Oznaczało to wprowadzenie ustroju socjalistycznego, co w konsekwencji doprowadziło do przewartościowań stosunków społecznych wyrażających się we wzmacnieniu partii socjalistycznych oraz pozycji klasy robotniczej w krajach Europy Środkowo-Wschodniej m. in. w Polsce <sup>239</sup>.

Po II wojnie światowej panowało przekonanie, że faszyzm nie mógł stanowić bariery dla rozwoju programu rewolucji socjalistycznej, idea *laissez-faire* i państwa „stróża nocnego” w nowych warunkach przestała funkcjonować i stała się anachronizmem. Wśród społeczeństwa rosła potrzeba na nową koncepcję państwa, która o wiele skuteczniej oddziaływałaby na masy niż faszyzm. Tym rozwiązaniem okazała się koncepcja państwa opiekuńczego (*welfare state*), która również miała się rozwinąć w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej. Według Sylwestra Zawadzkiego w kształtowaniu się nowej koncepcji państwa sprzyjały elementy takie jak: poprawa koniunktury gospodarczej po drugiej wojnie światowej względna stabilizacja ekonomiczna i wyższy w porównaniu z okresem międzywojennym poziom zatrudnienia <sup>240</sup>. Oscar Lange powiadał, iż, rola państwa sprowadzała się do czynnego regulatora życia gospodarczego a miejsce liberalizmu zajął interwencjonizm państwowy <sup>241</sup>.

Po II wojnie światowej drugą wiodącą koncepcją obok *welfare state* była teoria konwergencji, którą należało rozumieć jako „upodabniającą”. Zakładała bowiem ona upodobnienie się kapitalistycznych i socjalistycznych państw i ich społeczeństw poprzez identyczność rozwoju nauki i techniki. Stanowiła odpowiedź zwolenników komunizmu na krytykę tej ideologii. Celem koncepcji konwergencji było złagodzenie, ukrycie wad komunizmu i nadanie mu cech idealistycznych. Miało to doprowadzić do uczynienia z tej doktryny ideologii modernizującej. Posługując się założeniami powyższej koncepcji należy przyjąć, iż interwencjonizm państwowy miał się przejawiać w państwie socjalistycznym wyeksponowaniem funkcji socjalnej, w konsekwencji czego państwo miało występować w roli protektora, opiekuna społecznego, który otaczał opieką wszystkich obywateli w najtrudniejszych okresach ich życia. Realizacja polityki socjalnej miała być związana ze znaczącym wzrostem roli państwa. To zainteresowanie państwa

---

<sup>239</sup> S. Zawadzki, Państwo dobrobytu, Warszawa 1964, s. 63.

<sup>240</sup> Ibidem, s. 6.

<sup>241</sup> O. Lange, Rola państwa w kapitalizmie monopolistycznym, „Pisma ekonomiczne i społeczne 1930-1960”, Warszawa 1961, s. 14.

sprawami socjalnymi łączyło się z koncepcją ścisłego powiązania polityki socjalnej z polityką ekonomiczną państwa oraz z realizacją podstawowego celu politycznego jakim było obalenie ustroju kapitalistycznego. Według Wacława Szuberta polityka socjalna jako środek zabezpieczenia siły nabywczej ludności na właściwym poziomie stała się elementem polityki antykryzysowej, która stanowiła jeden z kluczowych składników funkcji gospodarczej państwa <sup>242</sup>.

## 1.2 Odpowiedzialność państwa za zdrowie

Funkcja socjalna państwa socjalistycznego jakim była PRL miała posiadać doniosłe znaczenie w aspekcie jego istoty klasowej i stanowiła jeden z czołowych kierunków jego działalności. Rzeczywistość PRL pokazała, że powyższe postulaty były iluzoryczne. PRL była państwem, które nie gwarantowało obywatelom wolności, równości i dobrobytu. Wolność stała się „przywilejem wolności” dla kierowniczej partii PZPR, która prowadziła politykę przymusu, bezprawia i zniewolenia społeczeństwa.

Równość obywateli wobec prawa przybrała inny wymiar, oznaczała dobrowolne poddanie się wszystkich obywateli wszechwładnemu państwu. Głoszenie haseł dobrobytu było fikcją, a koncepcja socjalnej funkcji państwa została wypaczona i nagięta przez władze PZPR do schematów marksistowskich<sup>243</sup>. Według nich państwo stanowiło efekt określonego stadium rozwoju społecznego i było instrumentem panowania klasy uprzywilejowanej nad masami ludowymi. Cechą takiego państwa było kształtowanie silnie zbiurokratyzowanego aparatu administracji publicznej<sup>244</sup>. Najważniejszymi przesłankami funkcji socjalnej PRL miały być trzy elementy:

- przemiany społeczne na wsi, które przyczyniły się do objęcia ubezpieczeniem ludności wiejskiej w 1946 roku,
- przemiany demograficzne powodujące wzrastanie liczny osób starszych a wiązało to się z rozszerzeniem opieki społecznej i medycznej,
- wzrost i rozwój gospodarczy, który miał wpływać na lepszy standard życia i na lepszą sytuację socjalną<sup>245</sup>.

Polityka socjalna w PRL w swoich założeniach miała obejmować różne dziedziny m.in. ochronę zdrowia, ubezpieczenia społeczne, pomoc społeczną. Państwo

---

<sup>242</sup> W. Szubert, Problem zatrudnienia w ekonomii klasycznej u Marksa, Warszawa 1960, s. 11-12.

<sup>243</sup> L. Kołakowski, Główne nurty marksizmu, Warszawa 1989, s. 24-40.

<sup>244</sup> W. Roszkowski, Historia Polski 1914-2005, Warszawa 2009, s. 110, 215.

<sup>245</sup> J. Rosner, Rozwój polityki społecznej w Polsce Ludowej [w:] Polityka społeczna i służby społeczne w PRL pod red. J. Rosnera Warszawa 1972, s. 102.

socjalistyczne, jakim była PRL miało zmierzać bowiem do zabezpieczenia równości i sprawiedliwości nie tylko w sferze politycznej, ale również w życiu społecznym poprzez dostarczenie społeczeństwu powszechnego dostępu do opieki medycznej. Patrząc z perspektywy czasu powyższe postulaty okazały się jednak fikcją.

## **2. Geneza społecznego systemu ochrony zdrowia**

W przebiegu kształtowania się systemu ochrony zdrowia w PRL możemy wyróżnić dwa zjawiska. Pierwszym z nich była faza tworzenia się służby zdrowia w oparciu w przepisy z okresu II Rzeczypospolitej. Do 1948 roku podstawowym aktem prawnym była *ustawa z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym* oraz *ustawa z dnia 15 czerwca 1939 roku o publicznej służbie zdrowia*. Drugim zjawiskiem zapoczątkowanym w 1948 roku było budowanie socjalistycznego systemu ochrony zdrowia w oparciu o gospodarkę planową na podstawie *ustawy z dnia 28 października 1948 roku o zakładach społecznych i planowej gospodarce w służbie zdrowia*<sup>246</sup>.

W pierwszych latach Polski Ludowej służba zdrowia korzystała z dorobku prawnego i rozwiązań organizacyjnych ukształtowanych w okresie międzywojennym<sup>247</sup>. Przedwojenny akt prawny z *28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym* przewidywał ochronę medyczną i socjalną w przypadku choroby, inwalidztwa, macierzyństwa jak również śmierci osoby ubezpieczonej (choroba zawodowa i wypadek przy pracy). Na mocy analizowanego aktu normatywnego powstały Ubezpieczalnie Społeczne w miejsce Kas Chorych, a także zakłady ubezpieczeń społecznych, na przykład: Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby, Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych czy Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników<sup>248</sup>. Założenia dotyczące systemu ochrony zdrowia sprzed czasów II wojny światowej nie sprawdziły się, nie znalazły bowiem podatnego gruntu dla swojego rozwoju w państwie socjalistycznym. Wyrazem dostosowywania polskiej służby zdrowia do nowego ustroju, do nowego programu ideologiczno-politycznego panującego w PRL było uchwalenie *dekretu z dnia 11 kwietnia 1945 roku o podziale Ministerstwa Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia* w dwa odrębne Ministerstwa a mianowicie Pracy i Opieki Społecznej i Zdrowia<sup>249</sup>. Powołanie oddzielnego resortu zdrowia miało fundamentalne znaczenie dla polskiej służby zdrowia, oznaczało bowiem stworzenie centralnego ośrodka scalającego wszelkie sprawy dotyczące polityki

---

<sup>246</sup> K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, op.cit., s.56

<sup>247</sup> J.Indulski, B. Kleczkowski, J. Leowski , *Organizacja ochrony zdrowia*, Warszawa 1978, s. 21.

<sup>248</sup> J. Indulski, *Opieka zdrowotna w Łodzi od roku 1945, Studium organizacyjno-historyczne*, op.cit., s. 58.

<sup>249</sup> *Dekret z dnia 11 kwietnia 1945 roku o podziale Ministerstwa Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia*, Dz. U. 1945, Nr 19, poz. 99.

zdrowotnej. Stworzenie odrębnego organu administracji państwowej jakim było Ministerstwo Zdrowia świadczyło o jego samodzielności i kompleksowym podejściu do spraw dotyczących zdrowia obywateli, a także nadawało rangę prawną instytucji państwowej, która powzięła odpowiedzialność za politykę zdrowotną. Dopełnieniem formalnym tego *dekretu z dnia 11 kwietnia 1945 roku o podziale Ministerstwa Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia* była *ustawa z dnia 3 stycznia 1946 roku o nadzorze nad lecznictwem*<sup>250</sup>. Artykuł 1 tego aktu prawnego stanowił: „zwierzchni nadzór i naczelne kierownictwo nad lecznictwem w Państwie należy do Ministra Zdrowia. Tworzył on ogólne ramy działań resortu, między innymi: przedstawiał elementarny plan lecznictwa biorąc pod uwagę potrzeby społeczeństwa w tej kwestii, planowe wykorzystanie fachowych kadr osobowych zakładów i urządzeń”. Minister Zdrowia na mocy tego aktu otrzymał nieograniczony nadzór nad służbą zdrowia, mianowicie:

- przeprowadzał kontrolę zakładów czy instytucji związanych ze służbą zdrowia,
- wydawał zarządzenia i wskazówki z zakresu lecznictwa
- ustalał wraz z innymi ministrami warunki i tryb powoływania pracowników do służby w lecznictwie
- udzielał zezwoleń na otwieranie aptek publicznych<sup>251</sup>.

Ministrowie, którzy sprawowali pieczę nad instytucjami czy zakładami tworzyli w zakresie lecznictwa plany ich działalności, które uzgadniali z Ministrem Zdrowia. Powyższa ustawa została uchylona na mocy *ustawy z dnia 28 października 1948 roku o zakładach społecznych i planowej gospodarce w służbie zdrowia*<sup>252</sup>.

Przełomowym wydarzeniem w kształtowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce Ludowej było uchwalenie *ustawy z dnia 28 października 1948 roku o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia*<sup>253</sup>. Na mocy niniejszego aktu powstał nowy model organizacyjny ochrony zdrowia wzorowany na rozwiązaniach radzieckich. Ustawa ta zainicjowała nowe reguły i stworzyła polityczno-prawne warunki dla socjalistycznego przekształcenia i rozwoju systemu ochrony zdrowia. Konieczność przemian organizacyjno-prawnych opierała się na idei socjalistycznej służby zdrowia. Ustawa ta wyznaczała kierunki i tendencje w kształtowaniu się socjalistycznej i

---

<sup>250</sup> Ustawa z dnia 3 stycznia 1946 roku o nadzorze nad lecznictwem, Dz. U. 1946, Nr 2, poz. 7.

<sup>251</sup> K. Prętki, Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej, po.cit., s. 80.

<sup>252</sup> Ustawa z dnia 3 stycznia 1946 roku o nadzorze nad lecznictwem, Dz. U. 1946, Nr 2, poz. 7.

<sup>253</sup> Ustawa z dnia 28 października 1948 roku o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, Dz. U. 1948, Nr 55, poz. 434.



planowej polityki zdrowotnej. Od 1948 roku polska służba zdrowia opierała się na modelu Siemaszki, którego cechą jest właśnie centralne planowanie. Na ukształtowanie się planowej służby zdrowia miał przemożny wpływ trzyletni plan gospodarczy zapoczątkowany w 1947 i trwający do 1949 roku. W celu zrozumienia koncepcji planowej służby zdrowia należy wyjaśnić pojęcie trzyletniego planu gospodarczego. Stanowił on jedyny skuteczny plan gospodarczy w historii Polski Ludowej, dzięki niemu w dużej mierze odbudowano gospodarkę ze zniszczeń wojennych<sup>254</sup>. Na jego podstawie wprowadzono gospodarkę centralnie planowaną charakterystyczną dla państw socjalistycznych, dzięki której to władze państwa narzucają co powinno być produkowane i w jaki sposób. Gospodarka ta kładła nacisk nie na zysk, lecz na sprawiedliwy podział dóbr. W swoich założeniach gospodarka planowa pozwalała na konkretyzację zamierzonych celów w skali kraju, dawała większą stabilność ekonomiczną, a ponadto gwarantowała stałe zatrudnienia<sup>255</sup>. Priorytetem planu trzyletniego było podnoszenie standardu życia ludności pracującej w wyniku petryfikacji ustroju socjalistycznego na terenie państwa. Główny nacisk położono na rozwój przemysłu ciężkiego, który sterowany był przez zbiurokratyzowany aparat państwowy. Władze państwa poddały reglamentacji działalność prywatnych przedsiębiorców. Kolejnym celem planu trzyletniego miał być polityka pełnego zatrudnienia, która pozornie posiadała ze społecznego punktu widzenia pozytywne strony. Miała dawać miejsca pracy, ale również prowadziła do ekstensywnego rozwoju. W dziedzinie rolnictwa rzucono hasło kolektywizacji wsi, czyli przymusowego wywłaszczenia chłopów. Oznaczało to podporządkowanie niezależnych ekonomicznie chłopów całej zbiurokratyzowanej maszynie partyjnej. Ponadto znacjonalizowano handel.

Konsekwencją wprowadzenia planu trzyletniego był wzrost dochodu narodowego o ponad 40% oraz zwiększenie liczby miejsc pracy. Zdaniem Wojciecha Roszkowskiego: „generalna strategia gospodarcza bloku komunistycznego nakreślona przez Kreml przewidywała powielenie przez wszystkie kraje obozu wzoru industrializacji radzieckiej dla przeobrażenia społeczeństwa oraz wzmocnienia państwa przez rozwój przemysłu ciężkiego i zbrojeń”<sup>256</sup>. W okresie PRL państwo było traktowane jako „twórca i organizator” wszelkich świadczeń a społeczeństwo to adresaci tych świadczeń. Dotyczyło to również całej służby zdrowia, która była finansowana z budżetu państwa, państwowe były jednostki opieki zdrowotnej, a kadra była urzędnikami państwowymi. Na mocy

<sup>254</sup> Z. Jastrzębowski, Polityka zdrowotna Polski Ludowej, „Zdrowie Publiczne” 1985, nr 5-6, s. 123.

<sup>255</sup> S. Cieślak, Gospodarka planowa, Warszawa 1950, s. 67.

<sup>256</sup> W. Roszkowski, Historia Polski 1914-2005, op.cit., s. 191-192.

ustawy o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia wszystkie zakłady lecznicze, samorządowe, związkowe zostały podporządkowane Ministerstwu Zdrowia. Ideą tego aktu prawnego było odejście od wielosektorowości oraz stworzenie państwowej jednolitej służby zdrowia. Oznaczało to, że nadrzędnym celem miało być przejmowanie czynności medycznych Ubezpieczalni Społecznych przez ośrodki zdrowia, które należały wyłącznie do sektora państwowego. W miejsce wielosektorowej konstrukcji wszedł silnie scentralizowany i zharmonizowany organizacyjnie system ochrony zdrowia<sup>257</sup>. Omawiana ustawa składała się z dwóch części, w pierwszej z nich mowa była o społecznych zakładach służby zdrowia natomiast w drugiej zamieszczono przepisy o planowaniu i gospodarce w służbie zdrowia. Artykuł 1 w/w ustawy stanowił, że społeczne zakłady służby zdrowia to zakłady lecznicze utrzymywane przez państwo, instytucje państwowe, związki samorządu terytorialnego i instytucje ubezpieczeń społecznych. Niniejsza ustawa zaliczała również do społecznych zakładów służby zdrowia m. in. apteki, które stanowiły ich część składową, zakłady utrzymywane przez fundacje, kongregacje. Państwo utrzymywało zakłady lecznicze o charakterze specjalistycznym obsługujące obszar co najmniej jednego województwa, a które miały na celu udzielanie fachowej pomocy ludności, edukację lekarzy i innej kadry medycznej. Natomiast do powiatowych związków samorządu terytorialnego (zlikwidowane zostały w 1950 roku) należało utrzymywanie okręgowych ośrodków zdrowia, które obejmowały swoją działalnością jedną lub więcej gmin, powiatowych ośrodków zdrowia i powiatowych szpitali których nadrzędną funkcją było leczenie w zakresie chorób wewnętrznych, zakaźnych i chirurgii. Artykuł 9 *ustawy o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia* stanowił, że: „w celu wykonania obowiązków w zakresie udzielania pomocy leczniczej ubezpieczonym i innym osobom uprawnionym instytucje ubezpieczeń społecznych korzystają w jak najszerszym zakresie z ośrodków zdrowia, szpitali i innych urządzeń leczniczych Państwa i samorządu terytorialnego oraz z zakładów zaliczonych do zakładów społecznych służby zdrowia. Instytucje ubezpieczeń społecznych mogą zakładać nowe zakłady lecznicze, jak również zakładać i prowadzić zakłady i urządzenia lecznicze wspólnie ze związkami samorządu terytorialnego”<sup>258</sup>. Instytucje ubezpieczeń społecznych czyli (Ubezpieczalnie Zdrowotne, które zostały

---

<sup>257</sup> L. Wdowiak, *Zarys organizacji służby zdrowia w Polsce*, op.cit., s. 23.

<sup>258</sup> Ustawa z dnia 28 października 1948 roku o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, Dz. U. 1948, Nr 55, poz. 434.

zlikwidowane w 1950 roku) zobowiązane były w ramach swoich planów inwestycyjnych do finansowego wkładu przy tworzeniu nowych zakładów społecznej służby zdrowia. Druga część ustawy obejmowała kwestię związaną z planowaniem i gospodarką w służbie zdrowia. Należy podkreślić, że zgodnie z art. 14 w/w ustawy w skład narodowego planu gospodarczego wchodził plan dotyczący służby zdrowia, nad którym czuwał i miał nadzór Minister Zdrowia. Po konsultacjach z innymi ministrami, których zakres działania obejmował sprawy opieki zdrowotnej Minister Zdrowia tworzył wytyczne oraz kierunki działań w sferze polityki zdrowotnej i zdrowia publicznego. Następnie składał je do Centralnego Urzędu Planowania. Tryb i forma planowania były uzależnione od instrukcji Prezesa wyżej wymienionej instytucji. Minister Zdrowia kreował plany rozmieszczenia zakładów społecznej służby zdrowia, które mogły być utworzone tylko i wyłącznie w ramach tych planów<sup>259</sup>. Zakłady społeczne ówczesnej służby zdrowia stanowiły jednolitą całość a ich naczelnym celem było: zapewnianie pomocy medycznej wszystkim obywatelom oraz krzewienie profilaktyki przy racjonalnym wykorzystaniu wiedzy i doświadczeń kadry medycznej, jak również środków materialnych.

Funkcjonowanie zakładów społecznych służby zdrowia opierało się na następujących założeniach: współpracy zakładów pomocy otwartej i zamkniętej, udziału zakładów o bardziej zróżnicowanej specjalizacji w fachowym nadzorze nad innymi zakładami leczniczymi, połączenia lecznictwa z prewencją<sup>260</sup>. Zgodnie z *ustawą z dnia 28 października 1948 roku o zakładach społecznych i planowej gospodarce w służbie zdrowia* planowanie dotyczyło również rozmieszczenia lekarzy i zapewnienia odpowiedniej obsady personalnej społecznym zakładom służby zdrowia<sup>261</sup>. To zadanie należało do Ministra Zdrowia, który w porozumieniu z właściwymi radami narodowymi i Komisją Centralną Związków Zawodowych w drodze rozporządzenia opisywał ilościowe normy lekarzy, którzy zostali dopuszczeni do wykonywania zawodu w poszczególnych miejscowościach lub okręgach. Powyższa dyspozycja Ministra Zdrowia określała procedury w sytuacji, gdy liczba lekarzy, którzy zgłosili chęć osiedlenia się w celu wykonywania zawodu w poszczególniej miejscowości jest większa od liczby potrzebnej do wypełnienia wspomnianej wcześniej przeze mnie normy ilościowej. Jednakże rozporządzenie to

---

<sup>259</sup> K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, op. cit., s. 62.

<sup>260</sup> J. Kaja, *Polityka zdrowotna PRL. Założenia i ich realizacja*, Białystok 1980, s.45.

<sup>261</sup> Ustawa z dnia 28 października 1948 roku o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, Dz. U. 1948, Nr 55, poz. 434; szerzej nt. planowania: L. Wdowiak, *Zarys organizacji służby zdrowia w Polsce*, Lublin 1981, s.40.

określało przypadki kiedy mogą być udzielane zezwolenia na przekroczenie limitu norm ilościowych celem dokształcania, czy z innych ważnych przyczyn publicznych<sup>262</sup>.

Warto nadmienić, iż *ustawa z 28 października 1948 roku o zakładach społecznych i planowej gospodarce w służbie zdrowia* stanowiła elementarny komponent nowej polityki Polski Ludowej w sferze ochrony zdrowia. Zasada decentralizacji, charakterystyczna dla II Rzeczypospolitej, która polegała na przeniesieniu części uprawnień i odpowiedzialności władzy publicznej z organów władzy państwowej na organy niższego szczebla okazała się w Polsce Ludowej iluzoryczna i została zastąpiona całkowitą centralizacją. Wiązała się ona z uzależnieniem organów władzy samorządowej od organów centralnych. W centralizacji lecznictwa obserwowano właściwy sposób na likwidowanie trudności budżetowych, kadrowych, a nawet lokalowych. Dowodem na powyższą sytuację było uchwalenie *ustawy z dnia 20 marca 1950 roku o terenowych organach jednolitej władzy państwowej*<sup>263</sup>. Likwidowała ona instytucje samorządu terytorialnego a ich majątek przekazany został na rzecz państwa. Czynności samorządu terytorialnego w sprawach medycznych leżały w tym momencie w gestii państwa. Ustawie tej przyświecała idea pogłębienia demokratyzacji Polski Ludowej przez pełniejszy udział mas pracujących w rządzeniu państwem i skupienia w radach narodowych pełni władzy ludowej w terenie. Zgodnie z art. 1 ustawy rady narodowe są terenowymi organami jednolitej władzy państwowej w gminach, miastach i dzielnicach większych miast, w powiatach i województwach<sup>264</sup>. Rady narodowe były wybierane przez ludność. Utrzymywały stałą więź z masami pracującymi, działania rad opierały się na postulatach i życzeniach społeczeństwa. Rady jako terenowe organy jednolitej władzy państwowej agitowały ludność do współpracy w rozmaitych wiecach, ruchach czy wystąpieniach społecznych. Zwierzchni nadzór nad radami miała pełnić Rada Państwa, która mogła rozwiązać radę narodową i zarządzić nowe wybory w sytuacji kiedy rada naruszała przepisy prawa lub politykę państwa i nigdy nie wykonywała rzetelnie swoich powinności. Rady narodowe posiadały swoje organy, a mianowicie prezydium rady, które było organem wykonawczym i zarządzającym. Instytucja ta składała się z przewodniczącego, zastępców, sekretarza oraz członków prezydium. Do

---

<sup>262</sup> Ł. Krotkiewska, *Rozwój administracji służby zdrowia w PRL*, Warszawa 1968, s. 69.

<sup>263</sup> Ustawa z dnia 20 marca 1950 roku o terenowych organach jednolitej władzy państwowej, Dz. U. 1950, Nr 14, poz. 130; szerzej: Z. Leoński, *Nauka administracji*, Warszawa 1977, s. 63 i J. Pacho, *Organizacja służby zdrowia w PRL*, Warszawa 1972, s. 20.

<sup>264</sup> Ustawa z dnia 20 marca 1950 roku o terenowych organach jednolitej władzy państwowej, Dz. U. 1950, Nr 14, poz. 130; szerzej nt. terenowych organów administracji państwowej: W. Łuczak, *Kształtowanie się zasad prawnych socjalistycznego systemu opieki zdrowotnej w PRL*, „Archiwum Historii Medycyny” 1974 r. nr 3, s. 28.

najważniejszych kompetencji rad należało: zapewnienie porządku publicznego, piecza nad działalnością społeczną, kulturalną i gospodarczą, chroniły własność społeczną i prawa obywateli, wybierały i odwoływały prezydium rady narodowej oraz powoływały jej komisje, kierowały działalnością swoich organów, uchwalały w ramach jednolitego budżetu państwowego terenowe budżety i nadzorowały jego wykonanie a także uchwalały w ramach narodowego planu gospodarczego terenowe plany gospodarcze. Ówczesną sytuację w Polsce Ludowej tak określił Zbigniew Leoński, przejście władzy politycznej przez klasę robotniczą i społeczeństwo pracujące doprowadziło do utworzenia ustroju opartego na zasadzie ludowładztwa. Dualistyczny model administracji terenowej został zastąpiony aparatem, którego trzon związany był z radami, organami przedstawicielskimi ludzi pracy<sup>265</sup>.

Konsekwencją likwidacji instytucji samorządu terytorialnego było również zniesienie izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych jako organów samorządu zawodowego. Miało to miejsce na mocy *ustawy z dnia 18 lipca 1950 roku o zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych*<sup>266</sup>. Na jej podstawie przyznawano jednorazowe odprawy ubezpieczonym likwidowanym instytucji, którzy przed dniem wejścia w życie tej ustawy osiągnęli wiek 65 lat i pozostawali w ubezpieczeniu przez okres co najmniej dziesięciu lat lub nabyli uprawnienia do okresowych świadczeń. W pierwszym przypadku odprawę przekazywano na Społeczny Fundusz Oszczędnościowy jako udział osób uprawnionych do odprawy natomiast w drugim przypadku odprawę dawano do rąk uprawnionych<sup>267</sup>. Na pokrycie wyżej wymienionych zobowiązań założony został jeden fundusz lekarskich odpraw ubezpieczeniowych dla wszystkich zniesionych izb. Warto zaznaczyć, że majątki zlikwidowanych izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych przechodziły na własność państwa. Fundusze związane ze zniesieniem izb pokrywane były z mienia tych izb. Minister Zdrowia określał procedurę kasacji majątków tych instytucji i powoływał likwidatora, wyznaczał mu prawa i obowiązki. Następną czynnością Ministra Zdrowia było wraz z Ministrem Finansów i Opieki Społecznej ustalenie spisu instytucji ubezpieczeniowych, zestawienie majątku podlegającego przelaniu na fundusz odpraw ubezpieczeniowych, określenie kosztów likwidacji, wykaz podlegających pokryciu

---

<sup>265</sup> Z. Leoński, *Ustrój i zadania samorządu terytorialnego*, Poznań 1998, s. 30.

<sup>266</sup> Ustawa z dnia 18 lipca 1950 roku o zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych, Dz. U. 1950, Nr 036, poz. 327

<sup>267</sup> Ibidem

zobowiązań izb oraz majątku podlegającego przekazaniu na rzecz Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia <sup>268</sup>.

W kształtowaniu nowej socjalistycznej polityki państwa w dziedzinie służby zdrowia ważne znaczenie miała *ustawa z dnia 8 stycznia 1951 roku o zniesieniu izb aptekarskich* <sup>269</sup>. Likwidacji uległa Naczelna Izba Aptekarska i okręgowe izby lekarskie, a ich majątki przeszły na własność państwa. Tak jak w przypadku ustawy o zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych Minister Zdrowia powoływał likwidatora i określał jego prawa i powinności. Koszty związane ze zniesieniem izb aptekarskich pokryły majątki tych izb. Proces likwidacji zarówno samorządu lekarskiego, jak i aptekarskiego stanowił przykład daleko posuniętej ingerencji państwa w sprawy służby zdrowia. Zbędna okazała się ochrona interesów środowiska lekarskiego i aptekarskiego, również sprawy z zakresu etyki zawodowej stawały się mniej istotne wobec nadzoru państwowego.

### **3. Ustrój systemu ochrony zdrowia w Polsce Ludowej**

#### **3.1 Świadczeniodawcy opieki zdrowotnej w okresie Polski Ludowej**

Do dnia 20 lipca 1950 roku Instytucjami ubezpieczeń społecznych były Ubezpieczalnie Społeczne. W tym dniu została uchwalona *ustawa o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)* <sup>270</sup>. Na jej mocy Ubezpieczalnie Społeczne zostały zlikwidowane a utworzono nowy ZUS z oddziałami wojewódzkimi i obwodowymi, które przejęły funkcje Ubezpieczalni związane ze świadczeniami pieniężnymi z wyjątkiem czynności powierzonych Zakładowi Lecznictwa Pracowniczego (ZLP). Zarówno ZUS, jak i ZLP były instytucjami krótkotrwałymi oraz przejściowymi do momentu wprowadzenia państwowej służby zdrowia opartej na modelu Siemaszki. Model centralnego planowania, na którym opierała się cała gospodarka narodowa był również stosowany w różnych dziedzinach życia między innymi w sferze ochrony zdrowia <sup>271</sup>.

Zgodnie z art. 5 *ustawy z dnia 20 lipca 1950 roku o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych* tworzone były rady ubezpieczeń społecznych główne, wojewódzkie i obwodowe. Członków Rady Głównej powoływała Centralna Rada Związków Zawodowych natomiast członków rad wojewódzkich i powiatowych właściwe okręgowe i

---

<sup>268</sup> J. Indulski, B. Kleczkowski, J. Leowski, Organizacja ochrony zdrowia, Warszawa 1978, s. 87.

<sup>269</sup> Ustawa z dnia 8 stycznia 1951 roku o zniesieniu izb aptekarskich, Dz. U. 1951, Nr 001, poz. 1

<sup>270</sup> Ustawa z dnia 20 lipca 1950 o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, Dz. U. 1950, Nr 36, poz. 333

<sup>271</sup> J. Sadowska, Polski system ubezpieczenia na wypadek choroby w latach 1920-1939, Warszawa 1993, s. 120

powiatowe rady związków zawodowych<sup>272</sup>. Do najważniejszych zadań niniejszych rad należało:

- opiniowanie projektów budżetu, planów działalności oraz planów inwestycyjnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- występowanie z wnioskami dotyczącymi działalności Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- wykonywanie nadzoru społecznego nad działalnością powyższego Zakładu w szczególności przez kontrolę działalności świadczeniowej, rozpatrywanie okresowych i rocznych sprawozdań Zakładu i kontrolę oraz kontrolę gospodarki<sup>273</sup>.

Według *ustawy z dnia 20 lipca 1950 roku o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych* nadzór nad działalnością ZUS posiadał Minister Pracy i Opieki Społecznej, natomiast Rada Ministrów po zasięgnięciu opinii Centralnej Rady Związków Zawodowych nadawała statut tej instytucji. Statut określał organizację Zakładu i oddziałów, tryb tworzenia, ich właściwości, tryb podejmowania decyzji w sprawach wynikających ze stosunku ubezpieczeniowego, skład i uprawnienia, tryb powoływania i odwoływania członków oraz tryb postępowania rad ubezpieczeń i komisji odwoławczych jak również zasady współpracy rad ubezpieczeń społecznych z organami Zakładu<sup>274</sup>.

Instytucja Zakładu Lecznictwa Pracowniczego została powołana do życia dnia 20 lipca 1950 roku na mocy *ustawy o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego*<sup>275</sup>. Jej zadaniem było sprawowanie opieki nad zdrowiem pracowników i ich rodzin. Do podstawowych zadań Zakładu należało:

- udzielanie wszelkich świadczeń w naturze oraz zastępujących je świadczeń w gotówce przysługujących na podstawie przepisów prawnych o ubezpieczeniu społecznym i orzekanie o niezdolności do pracy uzasadniającej prawo do świadczeń pieniężnych z powodu choroby przewidzianych w tychże przepisach,
- przeprowadzanie badań lekarskich przewidzianych w przepisach prawa pracy, organizowanie opieki i nadzoru lekarskiego w zakładach pracy w zakresie higieny pracy i zapobiegania chorobom zawodowym<sup>276</sup>.

---

<sup>272</sup> Ustawa z dnia 20 lipca 1950 roku o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, Dz. U. 1950 Nr 36, poz. 333

<sup>273</sup> H. Kromolowski, *Społeczno-polityczne uwarunkowania reformy służby zdrowia w aspekcie przeprowadzanej restrukturyzacji lecznictwa stacjonarnego*, Katowice 2008, s.117.

<sup>274</sup> Ibidem

<sup>275</sup> Ustawa z dnia 20 lipca 1950 o Funduszu Lecznictwa Pracowniczego, Dz. U. 1950, Nr 36, poz. 334

<sup>276</sup> Ibidem

Do wykonywania swoich funkcji Zakład Lecznictwa Pracowniczego mógł korzystać z innych zakładów społecznych służby zdrowia. Ponadto posiadał osobowość prawną, na jego czele stał dyrektor naczelny, a zwierzchnictwo nad nim sprawował Minister Zdrowia<sup>277</sup>. Oprócz tego Minister Zdrowia ustalał wytyczne działalności zakładu, powoływał i odwoływał dyrektora naczelnego zakładu, uchylał decyzje zakładu sprzeczne z prawem lub celami zakładu z wyjątkiem decyzji w sprawie świadczeń. Zakład posiadał oddziały wojewódzkie i obwodowe, których okręgi pokrywały się z administracyjnym podziałem Państwa. Zakład Lecznictwa Pracowniczego posiadał statut nadany przez Radę Ministrów, który prezentował zasady organizacji zakładu i oddziałów, zakres ich właściwości, a także tryb tworzenia oddziałów. Zakład Lecznictwa Pracowniczego przejął w sposób całkowity zadania i zobowiązania ZUS i ubezpieczalni społecznych i w jego gestii było udzielanie pracowniczych świadczeń zdrowotnych. Wszystkie dochody, zyski zakładu stanowiły zgodnie z założeniami centralnie planowej służby zdrowia własność państwa<sup>278</sup>.

Po przeanalizowaniu rozwiązań przyjętych w ustawie o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego należy skonstatować, że przekazanie spraw lecznictwa do tego Zakładu przyczyniło się do unifikacji przepisów prawnych dotyczących ubezpieczeń zdrowotnych i społecznych. Warto w tym miejscu przytoczyć słowa Andrzeja Pacho, który stwierdził że utworzenie i rozwój formy organizacyjnej okresu przejściowego miało duże znaczenie dla harmonijnego włączenia dawnego sektora ubezpieczeniowego do jednolitej organizacji służby zdrowia<sup>279</sup>. W okresie PRL uchwalenie *ustawy o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego* potwierdzało zerwanie z wielosektorowością systemu ochrony zdrowia (który składał się z sektora samorządowego, ubezpieczeniowego i państwowego). Upatrywano w nim wielu niepowodzeń w służbie zdrowia m.in. zaniżania efektywnych wyników pracy w sferze ochrony zdrowia. Zastąpiono go państwowym i planowym systemem ochrony zdrowia.

### **3.2 Podstawy finansowania opieki zdrowotnej w okresie PRL**

*Ustawą z dnia 15 grudnia 1951 roku o ustanowieniu państwowej służby zdrowia* zlikwidowano ZUS i ZLP, a ich majątki stały się wówczas dochodami państwowymi. Nadrzędnym celem niniejszego aktu prawnego było całkowite ujednoczenie lecznictwa i

---

<sup>277</sup> T. Żyliński, *Spółeczna służba zdrowia a ubezpieczenia chorobowe*, Materiały Kolokwium Ubezpieczenia Społecznego, Wrocław 1984, s. 71.

<sup>278</sup> Ustawa z dnia 20 lipca 1950 o Funduszu Lecznictwa Pracowniczego, Dz. U. 1950, Nr 36, poz. 334.

<sup>279</sup> A. Pacho, *Organizacja służby zdrowia w PRL*, op.cit., s. 21.



jego zespolenie z terenowymi organami jednolitej władzy państwowej<sup>280</sup>. Na mocy tej ustawy Minister Zdrowia przejął całokształt spraw lecznictwa pracowniczego, które należały do ZLP. Natomiast kwestie związane z zarządzaniem placówkami opieki zdrowotnej powierzono terenowym organom władzy publicznej czyli Prezydiom Rad Narodowych szczebla wojewódzkiego, powiatowego i miejskiego z ich Wydziałami Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia było koordynatorem wszystkich działów lecznictwa w państwie oraz posiadało zwierzchni nadzór nad sprawami finansowymi, kadrowymi i organizacyjnymi.

Wraz z wejściem w życie *ustawy o ustanowieniu państwowej służby zdrowia* tj. od dnia 15 grudnia 1951 roku opieka medyczna została całkowicie oddzielona od systemu ubezpieczeń społecznych i zorganizowana w państwową służbę zdrowia bazującą na systemie budżetowym i nakazowo-rozdzielczym. Służba zdrowia polegała na scentralizowaniu decyzji dotyczących zarówno planowania oraz finansowania przedsięwzięć gospodarczych, jak również opieki zdrowotnej. System nakazowo-rozdzielczy sprowadzał się do centralnego opracowania parametrów ekonomicznych, takich jak: podatki, stopa procentowa, kursy walut czy ceny. W modelu budżetowym nie było miejsca na wolnorynkowe relacje kontraktowe - nie istniała struktura kontraktowa pomiędzy „stroną trzecią a ubezpieczonym”, a rolę „trzeciej strony” pełniło państwo i jego agendy. Oznaczało to, że nie było żadnych instytucji ubezpieczeniowo-finansowych, których celem było zapewnienie finansowania opieki zdrowotnej ich członkom. Uprawnienia do świadczeń zdrowotnych były nabywane przez osoby fizyczne nie w wyniku dobrowolnego czy obowiązkowego ubezpieczenia, ale z tytułu obywatelstwa. Władze państwowe zainicjowały nowy porządek własnościowy wszelkich instytucji służby zdrowia. Ministerstwo Zdrowia przejmowało wszystkie instytucje lecznictwa otwartego i zamkniętego.

Nastąpiło ograniczenie autonomii prawnej, organizacyjnej i finansowej wszystkich placówek zdrowia w kraju. Dokonano tego przez całkowitą nacjonalizację. Upaństwowieniu podlegały wszystkie szpitale, przychodnie i apteki<sup>281</sup>. Służba zdrowia w PRL finansowana była z budżetu państwa, a nie z ubezpieczeń społecznych. Wprowadzono ujednoczenie składek, które opłacał tylko podmiot zatrudniający. W

---

<sup>280</sup> Ustawa z dnia 15 grudnia 1951 roku o ustanowieniu państwowej służby zdrowia, Nr 67, poz. 466.

<sup>281</sup> J. Sadowska, *Świadczenia lecznicze w Ubezpieczalniach Społecznych w Polsce 1933-1951*, Łódź 2006, s. 133-188; szerzej: W. Łuczak, *Kształtowanie się zasad prawnych socjalistycznego systemu opieki zdrowotnej w PRL*, „Archiwum Historii Medycyny” 1974 r. nr 3, s. 281.

związku z powyższym o uprawnieniach ubezpieczonego nie decydował moment zgłoszenia ubezpieczenia, a jedynie moment jego zatrudnienia. Składka uiszczana przez zakład pracy przekształciła się w podatek od zatrudnienia. Według Henryka Kromołowskiego wydatki na świadczenia ubezpieczeniowe stanowiły nieodzowny element ogólnego systemu finansowego państwa, co gwarantowało otrzymanie świadczeń wszystkim uprawnionym, bez względu na wysokość wpływów pochodzących ze składek<sup>282</sup>. Najlepiej ówczesną sytuację oddają słowa Jolanty Sadowskiej, która twierdziła, że likwidacja osobowości prawnej samofinansujących się wcześniej jednostek ubezpieczeniowych stała się najskuteczniejszym posunięciem ówczesnej administracji publicznej w aspekcie ograniczania przejawów samorządności w państwie<sup>283</sup>.

Reasumując powyższe rozważania należy stwierdzić, że państwo całkowicie wzięło odpowiedzialność za stan zdrowia ludności, w konsekwencji czego rząd posiadał pełną kontrolę nad systemem ochrony zdrowia i zapewniał powszechną dostępność do świadczeń zdrowotnych. Zniesienie pluralizmu własnościowego placówek medycznych w PRL i powierzenie wszystkich sektorów opieki zdrowotnej władzom administracji publicznej przekreślało autonomię systemu ochrony zdrowia w aspekcie finansowym, organizacyjnym i funkcjonalnym. Przemiany społeczno-ustrojowe jakie miały miejsce w Polsce po drugiej wojnie światowej doprowadziły do wprowadzenia w życie socjalistycznej koncepcji systemu ochrony zdrowia, który odszedł od wielosektorowości na rzecz centralistycznej formy zarządzania<sup>284</sup>.

### **3.3 Rodzaje ubezpieczeń w PRL**

Pierwszą wzmiankę o ubezpieczeniach społecznych możemy odnaleźć w Manifeście PKWN z 1944 roku<sup>285</sup>, który stanowił, że miała nastąpić odbudowa i rozbudowa instytucji Ubezpieczeń Społecznych na wypadek choroby, inwalidztwa, bezrobocia oraz ubezpieczenia na starość. Instytucje Ubezpieczeń Społecznych oparte będą na zasadach demokratycznego samorządu. Do konkretyzacji powyższej zapowiedzi przystąpiono niezwłocznie. W latach od 1944 do 1948 stworzono podstawy socjalistycznej

---

<sup>282</sup> H.Kromołowski, Społeczno-polityczne uwarunkowania reformy służby zdrowia w aspekcie przeprowadzanej restrukturyzacji lecznictwa stacjonarnego, op. cit., s. 117- 123.

<sup>283</sup> J. Sadowska, Świadczenia lecznicze w Ubezpieczalniach Społecznych w Polsce 1933-1951, op.cit., s. 133-188.

<sup>284</sup> J. Szpakowski, Świadczenia chorobowe w latach 1935-1937, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych“ 1952, nr 5, s.256.

<sup>285</sup> Manifest PKWN z dnia 22 lipca 1944 roku, Dz. U. 1944, Nr 1, poz. 1

polityki społecznej, która stanowiła wyraz troski nad polskim społeczeństwem wyniszczonym wojną. Należało wówczas zabezpieczyć minimum egzystencji obywateli pod względem ochrony zdrowia czy ochrony socjalnej. Ubezpieczenia społeczne przestawały być przywilejem dla danej grupy ludzi.. Zgodnie z ideologią socjalizmu chodziło o zrównanie w prawach wszystkich obywateli niezależnie od wykształcenia, pozycji społecznej czy ekonomicznej. Od tego momentu całe społeczeństwo posiadało równy dostęp do ubezpieczeń społecznych. Zgodnie z założeniami ustrojowymi PRL była państwem demokracji ludowej i władza w tym państwie należała do ludu pracującego miast i wsi. Dlatego też oprócz ludności miejskiej prawa do opieki socjalnej musiały być rozszerzone na ludność wiejską. Postępująca industrializacja kraju przyczyniała się do przemian demograficznych ludności zamieszkałej na wsi. Zmiany te i wydłużenie życia ludności na wsi miało wpływ na zwiększenie zachorowań, zwłaszcza z powodu chorób przewlekłych. Różnice między miastem a wsią w zakresie sytuacji zdrowotnej zacierały się stopniowo, jednak były nadal widoczne. Formułując wytyczne w programie opieki zdrowotnej nad ludnością wiejską trzeba skonstatować, że powinny one dotyczyć polepszania warunków egzystencjalnych, warunków pracy, a także krzewienia elementarnej i specjalistycznej opieki zdrowotnej<sup>286</sup>.

Odzwierciedleniem działań mających na celu polepszenie sytuacji zdrowotnej robotników rolnych było objęcie ich ubezpieczeniem na mocy *dekretu z dnia 8 stycznia 1946 roku o zmianie i uzupełnieniu ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym* oraz na mocy *rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1946 r. o warunkach i terminach zastosowania do pracowników rolnych ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa oraz o zasadach współpracy samorządu terytorialnego przy wykonywaniu tego ubezpieczenia*. Ludność wiejska mogła korzystać z opieki medycznej w pełnym zakresie (była to opieka lecznicza, profilaktyczna i rehabilitacyjna), nie tylko w wiejskich ośrodkach zdrowia, ale również w zakładach służby zdrowia<sup>287</sup>. Artykuł 12 *dekretu z dnia 8 stycznia 1946 roku o zmianie i uzupełnieniu ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym* stanowił, że pracownicy rolni z wyjątkiem pracowników umysłowych oraz specjalnie wykwalifikowanych ubezpieczeni będą na podstawie przeciętnych zarobków miesięcznych ustalonych

---

<sup>286</sup> S. Kosiński, S. Tokarski, *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej*, Warszawa- Łódź 1987, s. 46.

<sup>287</sup> *Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1946 r. o warunkach i terminach zastosowania do pracowników rolnych ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa oraz o zasadach współpracy samorządu terytorialnego przy wykonywaniu tego ubezpieczenia*, Dz. U. 1946, Nr 2, poz. 8.

corocznie przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Rolnictwa i Reform Rolnych po wysłuchaniu opinii związków zawodowych. Za pracowników rolnych uważa się pracowników zatrudnionych w gospodarstwach rolnych, leśnych, ogrodowych, hodowlanych i rybnych, jak również w zakładach pracy ściśle z tymi gospodarstwami związanych, a nie posiadających przeważającego przemysłowego lub handlowego charakteru, a także pomoc domową w tych gospodarstwach i zakładach pracy, jak również te kategorie pracowników zatrudnionych przy melioracjach i wykonywanych przez państwo pracach regulacyjno-agrarnych, które określają rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Rolnictwa i Reform Rolnych<sup>288</sup>.

Artykuł 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1946 r. o warunkach i terminach zastosowania do pracowników rolnych ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa oraz o zasadach współpracy samorządu terytorialnego przy wykonywaniu tego ubezpieczenia stanowił, że jeżeli rozporządzenie nie zawiera odrębnych przepisów pracownicy rolni są ubezpieczeni na warunkach ogólnych, określonych w przepisach ustawy i rozporządzeń wydanych w wykonaniu ustawy oraz w statucie ubezpieczalni społecznej. Z kolei artykuł 3 analizowanego rozporządzenia stanowił, że nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu osoby zatrudnione przez pracodawców rolnych dorywczo, których zatrudnienie jest krótkotrwałe czyli nie trwa ono bez przerwy dłużej niż 25 dni<sup>289</sup>.

Kolejnym *novum* w zakresie świadczeń zdrowotnych w okresie PRL było zlikwidowanie ograniczenia okresu uprawnienia do pomocy leczniczej w przypadku pracowników. Zniesiono limity w kwestii zakresu i czasu udzielania pomocy leczniczej. Pracownicy i członkowie ich rodzin mogli z niej korzystać tak długo, jak tego wymagał stan ich zdrowia. W razie ustania stosunku pracy pomocy medycznej udzielano w dalszym ciągu przez okres 26 dni. Co do zasiłków pieniężnych nowością było podwyższenie zasiłku chorobowego z 50 % na 70 % na mocy *dekretu z dnia 13 grudnia 1946 roku o zmianie ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym*. Punkt 2 niniejszego dekretu stanowił, że udziela się zasiłku chorobowego za każdy dzień stwierdzonej niezdolności do pracy wskutek choroby, nie wyłączając niedziel i świąt nie dłużej niż 26

---

<sup>288</sup> Dekret z dnia 8 stycznia 1946 roku o zmianie i uzupełnieniu ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym Dz. U. 1946, Nr 4, poz. 28.

<sup>289</sup> Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1946 r. o warunkach i terminach zastosowania do pracowników rolnych ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa oraz o zasadach współpracy samorządu terytorialnego przy wykonywaniu tego ubezpieczenia, Dz. U. 1946, Nr 2, poz. 8

tygodni, poczynając od pierwszego dnia niezdolności do pracy, zastępuje się określenie 50% na 70%. Ubezpieczeni mający na utrzymaniu dzieci otrzymują dodatek do zasiłku chorobowego w wysokości 5% przeciętnego tygodniowego zarobku na każde dziecko<sup>290</sup>. Warto nadmienić, iż w czasach Polski Ludowej zwiększono zakres osób uprawnionych do zasiłku chorobowego. Prawo do niego, oprócz pracowników chorych, niezdolnych do pracy posiadały również te osoby, które sprawowały pieczę nad chorym dzieckiem, innym domownikiem czy też w razie leczenia sanatoryjnego. Stuprocentowy zasiłek chorobowy przyznano górnikom pracującym pod ziemią.

Kolejną nowatorską reformą było uchwalenie *dnia 28 października w 1947 roku dekretu o ubezpieczeniu rodzinnym*<sup>291</sup>. Był to nowy rodzaj ubezpieczenia społecznego, który dawał możliwość przyznania zasiłków żonom i dzieciom pracowników przez Fundusz Zasiłków Rodzinnych. Za członków rodziny uważało się również pasierbów i dzieci ofiar wojny przyjęte na wychowanie. Zasiłki przysługiwały sierotom po osobach poległych w walce o wolność i demokrację, uprawnionych do zaopatrzeń na podstawie specjalnych ustaw. Na jednego członka rodziny przypadł jeden zasiłek. Wpływami Funduszu Zasiłków Rodzinnych były: składki opłacane przez pracodawców, zyski z oprocentowania kapitałów, odsetek za zwłokę, darów, zapisów. Warto nadmienić, iż wysokość i terminy wypłat zasiłków rodzinnych oraz szczegółowe warunki nabywania uprawnień do tych zasiłków ustalał Minister Pracy i Opieki Społecznej w drodze rozporządzenia. Artykuł 13 *dekretu o ubezpieczeniu rodzinnym* normował kwestie dotyczące odpowiedzialności w przypadku bezprawnego poboru zasiłków rodzinnych. Osoba, która bez żadnego tytułu prawnego pobierała ten zasiłek zobowiązana była do jego zwrotu. Natomiast gdy pracodawca przyczynił się do bezprawnej wypłaty zasiłku oprócz odpowiedzialności karnej ponosił również odpowiedzialność solidarną z osobą obowiązana do zwrotu. W 1948 roku fundusze na zasiłki rodzinne stanowiły znaczną część wydatków na świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego (w 1948 – 52,5% a w 1949 – 67,5%)<sup>292</sup>. Powyższa ustawa jako pierwsza w dziejach polskiej polityki społecznej uregulowała kwestię zasiłków rodzinnych.

W latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku nastąpiła poprawa stanu zdrowotnego ludności. Można odnotować spadek zachorowań na choroby zakaźne, w tym gruźlicę,

---

<sup>290</sup> Dekret z dnia 13 grudnia 1946 roku o zmianie ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym. Dz. U. nr 2, poz. 3 i 4

<sup>291</sup> Dekret Rady Ministrów z dnia 28 października w 1947 roku o ubezpieczeniu rodzinnym, Dz. U. 1947, Nr 66, poz. 414.

<sup>292</sup> K. Prętki, Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej, op.cit., s.65.

ponieważ w 1955 roku wprowadzono obligatoryjne szczepienia dla dzieci i młodzieży. Prawdziwym problemem był wzrost zachorowań na choroby psychiczne oraz szerzący się alkoholizm. Obserwowano rozbudowę szkolnictwa przede wszystkim podstawowego i zawodowego oraz instytucji, które sprzyjały uaktywnieniu zawodowemu kobiet np. budowa żłobków, przedszkoli<sup>293</sup>.

W latach sześćdziesiątych XX w. poprawa stanu zdrowotnego została zahamowana. Jakość usług oraz świadczeń medycznych w Polsce była niska. Wynagrodzenia personelu medycznego były niewysokie. Pod względem ilości łóżek szpitalnych Polska pozostawała na ostatnim miejscu. Wszystko to potęgowało ferment społeczny zarówno w środowisku medycznym, jak i wśród społeczeństwa. W latach sześćdziesiątych XX w. obserwowaliśmy rozwój polityki pełnego zatrudnienia. Przyczyną podjęcia tej decyzji, była zmiana w strukturze społeczeństwa polskiego. W tym okresie na rynek pracy wchodził pierwszy powojenny wyż demograficzny, co wymagało przygotowania nowych stanowisk pracy. Ogromne znaczenie miało XII Plenum Komitetu Centralnego PZPR, które uznało, iż gwarancję pełnego zatrudnienia dla wyżu demograficznego zapewni jedynie rozbudowa przemysłu ciężkiego, co w konsekwencji miało podnosić stopę życiową statystycznego Polaka<sup>294</sup>.

W latach 60-tych XX w. poszerzył się katalog grup ludności objętych ubezpieczeniem społecznym, albowiem *ustawa z dnia 29 marca 1965 roku o ubezpieczeniu społecznym rzemieślników* objęła ubezpieczeniem społecznym również rzemieślników. Rzemieślnikiem w rozumieniu art. 2 ustawy była osoba, która wykonywała rzemiosło na podstawie wymaganego uprawnienia przemysłowego. Ubezpieczenie obejmowało różne świadczenia, do których zaliczano:

- świadczenia lecznicze - oprócz rzemieślników osobami uprawnionymi do świadczeń leczniczych były osoby pozostające na ich utrzymaniu czyli dzieci, żona, rodzice mieszkający we wspólnym gospodarstwie domowym,
- rentę starczą – rzemieślnicy otrzymywali ją w momencie osiągnięcia wieku starczego podczas trwania ubezpieczenia lub dwa lata po jego ustaniu, w przypadku kobiet wynosił on 60 lat a mężczyzn 65 lat,
- rentę inwalidzką – przysługiwała rzemieślnikom i osobie współpracującej z nim w momencie jeżeli mieli wymagany okres ubezpieczenia lub stali się

---

<sup>293</sup> E. Modliński, *Podstawowe zagadnienia prawne ubezpieczeń społecznych*, Warszawa 1968, s. 12.

<sup>294</sup> J. Rosner, *Rozwój polityki społecznej w Polsce Ludowej* [w:] *Polityka społeczna i służby społeczne w PRL* pod red. Warszawa 1972, s.20.

inwalidami w rozumieniu art. 12 dekretu z dnia 25 czerwca 1954 roku w czasie trwania ubezpieczenia albo dwa lata po jego ustaniu,

- rentę rodzinną – otrzymywał uprawniony członek rodziny pozostały po rzemieślniku lub po osobie z nim współpracującej jeżeli przyczyną śmierci był wypadek przy pracy w rzemiośle w okresie ubezpieczenia, lub skutek innych przyczyn jeżeli zmarły spełniał warunki wymagane do uzyskania renty starczej lub inwalidzkiej,
- zasiłek pogrzebowy – przysługiwał w momencie śmierci rzemieślnika lub osoby współpracującej z nim, osoby uprawnionej do renty starczej lub inwalidzkiej, osoby, która pobierała rentę rodzinną<sup>295</sup>.

Obowiązek ubezpieczenia powstawał od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym rzemieślnik rozpoczął wykonywać rzemiosło, natomiast ustawał z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiło zaprzestanie wykonywania rzemiosła.. Rzemieślnik winien był opłacać składki za siebie i za osoby współpracujące z nim, obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia samego rzemieślnika i osoby z nim współpracującej ciążył na rzemieślniku. Zgłoszenie mogło być dokonane również z urzędu przez organ Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Wśród dokonań polityki społecznej omawianego okresu należy wymienić również *ustawę z dnia 29 czerwca 1969 roku o pracowniczych urlopowych wypoczynkowych*. Ten akt prawny stanowił on zapowiedź koncepcji zrównania w prawach pracowników fizycznych i umysłowych w sferze świadczeń zdrowotnych. Na mocy analizowanej ustawy zostały wprowadzone dwa czynniki warunkujące długość okresu<sup>296</sup> urlopowego a były nimi: okres stażu pracy i poziom kwalifikacji mierzony latami nauki szkolnej i studiów wyższych. Wprowadzono identyczne okresy wypowiedzenia dla pracowników umysłowych i robotników, a także wynagrodzenia za okres pierwszych trzech miesięcy niezdolności do pracy. Pracownicy mieli prawo do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości<sup>297</sup>. Ponadto z analizowanej ustawy wyeliminowano pojęcie pracownika umysłowego i fizycznego.

W latach 70-tych ubiegłego wieku kontynuowano rozwój polityki socjalnej i rozszerzano ubezpieczenia na nowe grupy osób. W tym okresie problemem, który

---

<sup>295</sup> Ustawa z dnia 29 marca 1965 roku o ubezpieczeniu społecznym rzemieślników, Dz. U. 1965, Nr 013, poz. 90.

<sup>296</sup> Ustawa z dnia 29 czerwca 1969 roku o pracowniczych urlopowych wypoczynkowych, Dz. U. 1969, Nr 12, poz. 85.

<sup>297</sup> J.Indulski, B. Kleczkowski, J. Leowski, Organizacja ochrony zdrowia, Warszawa 1978, s. 254.

wymagał rozwiązania była sprawa związana z ubezpieczeniem osób prowadzących indywidualne gospodarstwa rolne<sup>298</sup>. Warto zaznaczyć, iż liczbę tych osób szacowano na dwa miliony w skali kraju a wraz z członkami rodzin na sześć milionów.

Dnia 14 grudnia 1971 roku na mocy *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie udzielenia świadczeń leczniczych przez społeczne służby zdrowia osobom prowadzącym gospodarstwa rolne*<sup>299</sup> osoby prowadzące indywidualne gospodarstwa rolne, członkowie ich rodzin nabyły praw do świadczeń leczniczych udzielanych przez zakłady społeczne służby zdrowia. Przemiany ustrojowe i społeczne w Polsce Ludowej doprowadziły do ukształtowania na wsi trójsektorowego ustroju rolnego. Istniał sektor państwowy, który składał się z państwowych gospodarstw rolnych. Pracownicy tych gospodarstw oraz ich rodziny podlegali państwowym ubezpieczeniom społecznym oraz zdrowotnym na takich samych zasadach co reszta pracującego społeczeństwa. Kolejnym sektorem był sektor spółdzielczy składający się z rolniczych spółdzielni produkcyjnych, których pracownicy i ich rodziny również byli ubezpieczeni i korzystali z bezpłatnych świadczeń medycznych. Natomiast w trzecim sektorze, indywidualnych gospodarstw rolnych pracownicy zostali objęci bezpłatną opieką medyczną dopiero w 1972 roku na mocy *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 14 grudnia 1971 roku w sprawie udzielenia świadczeń leczniczych przez społeczne służby zdrowia osobom prowadzącym gospodarstwa rolne*<sup>300</sup>. Artykuł 2 tego rozporządzenia formułował zakres świadczeń jakim podlegały osoby prowadzące indywidualne gospodarstwa rolne i ich rodziny, a były nimi opieka zdrowotna otwarta, zamknięta, świadczenia stacji pogotowia ratunkowego, zaopatrzenie w leki i w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze a także leczenie uzdrowiskowe. Z tych uprawnień oprócz członków rodzin mogły korzystać również podmioty, które nie były członkami rodzin rolników posiadających indywidualne gospodarstwa, ale zamieszkujące z nimi bądź będące na ich utrzymaniu<sup>301</sup>. Kobiety wiejskie miały prawo do bezpłatnych świadczeń otwartej opieki medycznej podczas ciąży i porodu. Natomiast dzieci rolników korzystały z bezpłatnej opieki lekarskiej, dentystrycznej, rehabilitacyjnej a niemowlęta z pomocy doraźnej i leczenia w ambulatorium.

---

<sup>298</sup> S. Kosiński, S. Tokarski, *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej*, Warszawa- Łódź 1987, s.46.

<sup>299</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 14 grudnia 1971 roku w sprawie udzielenia świadczeń leczniczych przez społeczne służby zdrowia osobom prowadzącym gospodarstwa rolne, Dz. U. 1971, Nr 37, poz.345.

<sup>300</sup> Ibidem

<sup>301</sup> T. Gortat, *Ubezpieczenia społeczne [w:] Polityka społeczna i służby społeczne w PRL pod red. J.Rosnera* Warszawa 1972, s. 130.



Na mocy *ustawy z dnia 6 lipca 1972 roku o przedłużeniu urlopów macierzyńskich* kobietom przyznano możliwość wydłużenia urlopu macierzyńskiego. Zróznicowano jego długość w zależności od kolejności porodu, a długość urlopu wynosiła 16 tygodni w wypadku urodzenia pierwszego dziecka, 18 tygodni urodzenia drugiego i kolejnego dziecka. Wysokość zasiłku połogowego za cały czas urlopu macierzyńskiego wynosiła 100% zarobku pomniejszonego o kwotę podatku od wynagrodzeń i składki na cele emerytalne niezależnie od stanu rodzinnego pracownicy i bez względu na to czy w okresie tego urlopu przebywa ona w domu czy w zakładzie leczniczym<sup>302</sup>.

Podsumowując, należy stwierdzić, że formy pomocy społecznej w latach 1946 do 1972 świadczą o preferencjach klasowych panujących w Polsce Ludowej. Najszybciej, bo w już 1946 roku przyznano ubezpieczenia zdrowotne robotnikom rolnym wyłączając z nich pracowników umysłowych. Niewątpliwie miało to związek z założeniem ustrojowym zawartym w Konstytucji z 1952 roku, że „władza należy do ludu pracującego miast i wsi”. W wyniku szybkiego przyznania minimum socjalnego właśnie robotnikom zaakcentowana została gloryfikacja dyktatury proletariatu, która miała stanowić źródło siły napędowej całego rozwoju państwa. Największe korzyści odnieśli górnicy pracujący pod ziemią. Otrzymali oni zasiłek chorobowy w wysokości 100%. Posunięciem tym podkreślono chęć i konieczność rozwoju przemysłu ciężkiego, który stanowił fundament socjalistycznej gospodarki (plan 3-letni).

#### **4. Podział opieki zdrowotnej – formy pomocy medycznej**

W przeciwieństwie do II Rzeczypospolitej, w której dominowała prywatna praktyka lekarska w czasach PRL rozwinęła się sieć zakładów otwartej opieki zdrowotnej. Podstawą prawną funkcjonowania niniejszych zakładów było *rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 lipca 1967 roku w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej*. Określało ono zadania otwartej służby zdrowia, jej funkcjonowanie i organizację. Powyższy akt prawny nakreślał dwie sfery jej działalności, a mianowicie czynności zapobiegawcze i świadczenia indywidualne. Te pierwsze polegały na między innymi na roztoczeniu opieki higieniczno-lekarskiej nad dziećmi, przeprowadzaniu badań okresowych, nadzór sanitarny, te drugie obejmowały rozpoznanie choroby i postawienie diagnozy, ustalenie procedury leczniczej i przeprowadzenie drobnych zabiegów nie

---

<sup>302</sup> Ustawa z dnia 6 lipca 1972 o przedłużeniu urlopu macierzyńskiego, Dz. U.1972, Nr 27, poz. 190.

wymagających leczenia szpitalnego<sup>303</sup>. System otwartej opieki zdrowotnej był przedstawiany jako trzypoziomowy (por. wykres nr 1)<sup>304</sup>.

### Wykres nr 1

#### Poziomy opieki zdrowotnej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 lipca 1967 roku w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej.

Poziom dolny obejmował podstawową opiekę zdrowotną, ponieważ dotyczył on elementarnych czynności prozdrowotnych, które posiadały ogólnomedyczny charakter, a w ich skład wchodziła: opieka dorosłych, dzieci do lat czternastu i kobiet w ciąży<sup>305</sup>.

### Wykres nr 2

#### Poziom dolny systemu opieki zdrowotnej w PRL



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 lipca 1967 roku w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej.

<sup>303</sup> J. Indulski, B. Kleczkowski, J. Leowski, Organizacja ochrony zdrowia, Warszawa 1972 r. str. 166; szerzej: J. Kaja, Polityka zdrowotna PRL. Założenia i ich realizacja, Białystok 1980, s. 30-60.

<sup>304</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 31 lipca 1967 roku w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej, Dziennik Ustaw Nr 36, poz. 183; szerzej: J. Jończyk, Instytucja opieki zdrowotnej. Opieka zdrowotna. Materiały V Kolokwium Ubezpieczenia Społecznego, Wrocław-wrzesień 1989 r.

<sup>305</sup> Indulski, B. Kleczkowski, J. Leowski, Organizacja ochrony zdrowia, op.cit., s. 164.

Przychodnie rejonowe występowały na osiedlach i w mniejszych miastach, zespół poradni rejonowych miał pieczę medyczną nad całym miastem albo nad jego dzielnicą, a poradnie rejonowe przemysłowe funkcjonowały w zakładach, przy których istniały (por. wykres nr 2).

Poziom środkowy to poziom pomocy specjalistycznej zapewniający gros świadczeń konsultacyjnych.

### Wykres nr 3

#### Poziom środkowy systemu opieki zdrowotnej w PRL



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 lipca 1967 roku w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej

Zespół poradni specjalistycznych stanowią jednostki organizacyjne połączone w sposób przestrzenny z przychodnią obwodową (powiatową, miejską, dzielnicową). Zespół poradni specjalistycznych przemysłowej przychodni obwodowej mieścił się na obszarach mocno zurbanizowanych i powołany był w celu zapewnienia opieki zdrowotnej dla pracujących. Z kolei przychodnia specjalistyczna dla dzieci zapewniała opiekę medyczną najmłodszym pacjentom (por. wykres nr 3)<sup>306</sup>.

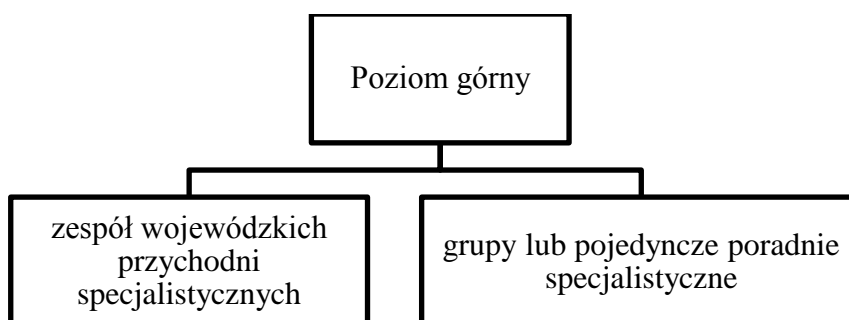
Poziom górny to tak zwana uzupełniająca pomoc specjalistyczna stworzona przez przychodnie wojewódzkie przyszpitalne i przyklinikalne<sup>307</sup>.

<sup>306</sup> A. Pacho, Organizacja służby zdrowia w PRL, op.cit., s. 15.

<sup>307</sup> Z. Jastrzębowski, System opieki zdrowotnej w PRL. Polityka Społeczna, 1993, nr 10

#### Wykres nr 4

##### Poziom górny systemu opieki zdrowotnej w PRL



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 lipca 1967 roku w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej

Zespół wojewódzkich przychodni specjalistycznych powołany był w celu dokonywania działań konsultacyjnych i metodyczno-organizacyjnych. Grupy lub pojedyncze poradnie specjalistyczne znajdowały się w szpitalach wojewódzkich, klinicznych i ośrodkach naukowo-badawczych (por. wykres nr 4)<sup>308</sup>. W strukturze funkcjonalnej otwartej opieki medycznej w czasach PRL wyróżnić można przychodnie i poradnie<sup>309</sup>. Te pierwsze to takie jednostki organizacyjne, które były złożone z innych komórek organizacyjnych czyli poradni, natomiast poradnie nigdy nie dzieliły się na jednostki niższego szczebla<sup>310</sup>. Najważniejszymi zakładami otwartej służby zdrowia były przychodnia obwodowa, przychodnia rejonowa, ośrodek zdrowia, przychodnie i ośrodki wojewódzkie oraz przychodnie przyszpitalne i przyklinikne.

Przychodnia obwodowa na podstawie *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 lipca 1967 roku w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej* była nadrzędną komórką organizacyjną w całej strukturze otwartej opieki zdrowotnej. W związku z powyższym do głównych jej funkcji należała: podstawowa i specjalistyczna pomoc medyczna dla społeczeństwa danego obwodu profilaktyczno-leczniczego oraz kontrola nad działalnością podległych jej placówek. Przychodnia zapewniała również świadczenia ambulatoryjne obywatelom czasowo przebywającym na terenie powyższego

<sup>308</sup> J. Indulski, J. Leowski, *Podstawy medycyny społecznej*, Warszawa 1971, s. 65.

<sup>309</sup> K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, op.cit., s. 65.

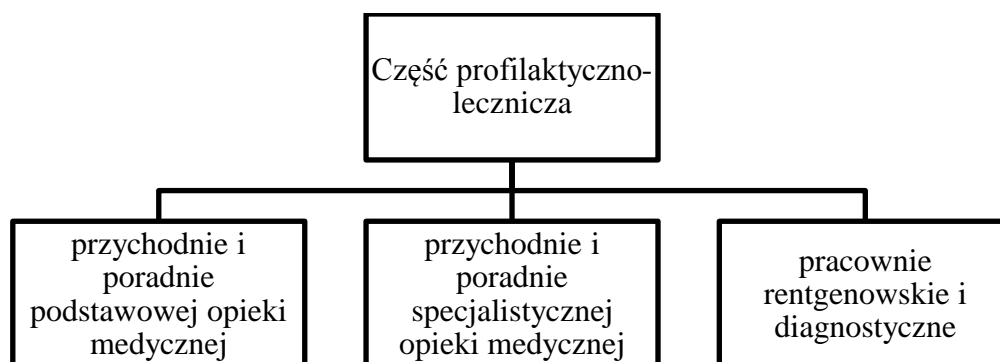
<sup>310</sup> L. Frąckiewicz, *Ochrona zdrowia, polityka społeczna*, praca zbiorowa pod red. A. Rajkiewicza, Warszawa 1979, s. 88.

obwodu lub osobom nie zamieszkałym w obwodzie, lecz pracującym w zakładach pracy występujących na terenie tego obwodu<sup>311</sup>.

Na strukturę przychodni obwodowej składała się część: profilaktyczno-lecznicza, socjalna i administracyjna<sup>312</sup>.

#### Wykres nr 5

#### Część profilaktyczno-lecznicza przychodni obwodowej w PRL



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 lipca 1967 roku w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej

Poradnie podstawowej opieki medycznej (ogólna, dla dzieci, dla kobiet i stomatologiczna) znajdowały się w zależności od warunków lokalowych w przychodniach obwodowych bądź były rozmieszczane na obszarze jako pojedyncze poradnie. Utworzone w przychodniach obwodowych poradnie specjalistyczne dzieliły się na: chirurgiczne, laryngologiczne, okulistyki, neurologiczne a także sportowo-lekarskie czy przeciwalkoholowe. Oferowały pomoc medyczną na podstawie skierowania od lekarza rejonowego. Natomiast poradnie rentgenowskie wykonywały rutynowe badania diagnostyczne, zdecydowanie prostsze niż pracownie diagnostyczne w szpitalach (por. wykres nr 5).

Pion profilaktyczno-leczniczy realizował elementarne zadania ochrony zdrowia na, które składały się działania profilaktyczne, leczenie, rehabilitacja, fizykoterapia.

W strukturze otwartej opieki zdrowotnej ważne miejsce zajmowały przychodnie rejonowe, które zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 lipca 1967 roku w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej* stanowiły podstawowe instytucje pomocy medycznej dla społeczeństwa danego rejonu

<sup>311</sup> Ibidem

<sup>312</sup> J. Indulski, B. Kleczkowski, J. Leowski, Organizacja ochrony zdrowia, op.cit., s. 164.

zapobiegawczo-leczniczego. Do najważniejszych ich funkcji należało zapewnienie działań profilaktycznych z szeroko rozumianym poradnictwem oraz diagnostyczno-leczniczych z wizytami domowymi włącznie. Przychodnia rejonowa obejmowała poradnie rejonową ogólną, dla kobiet, stomatologiczną oraz pediatryczną.

Poradniom ogólnym podlegały osoby dorosłe chore oraz zgłaszające się tylko w celu uzyskania porady lekarskiej. Poradnie rejonowe o profilu ogólnym funkcjonowały w oparciu o zasadę rejonizacji, która ułatwiała planowe postępowanie dotyczące właściwego rozpoznania potrzeb zdrowotnych społeczeństwa danego rejonu. Takie właśnie działanie doprowadziło do wykształcenia się fundamentalnej zasady podstawowej opieki medycznej a mianowicie zasady czynnego poradnictwa. W związku z powyższym personel medyczny zatrudniony w poradniach ogólnych musiał posiadać odpowiednie wiadomości na temat koniunktury demograficznej i sytuacji zdrowotnej czy społecznej ludności na terytorium znajdującym się w konkretnym rejonie. Tych informacji dostarczały kadrze medycznej wywiady środowiskowe czy karty leczenia pacjentów. Zasada czynnego poradnictwa polegała na systematycznej pomocy medycznej w stosunku do pacjentów oraz na regularnym z inicjatywy poradni nadzorze nad ich stanem zdrowia. Powyższa reguła przyczyniała się do sprecyzowania przejrzystego planu leczenia chorego oraz zaaplikowania właściwych medykamentów i badań. Metoda czynnego poradnictwa była charakterystyczna dla poradni podstawowej opieki medycznej, jednakże nie oznaczało to, że poradnie specjalistyczne nie mogły się nią posługiwać. Poradnie dla kobiet były integralną częścią przychodni rejonowych i zapewniały opiekę profilaktyczno-leczniczą zarówno kobietom zdrowym, podczas ciąży i w okresie połogu. Do kolejnych zadań tych poradni należało: sprawowanie opieki nad położnicą i noworodkiem do 6 tygodni po porodzie, zagwarantowanie leczenia szpitalnego w przypadku ciąży patologicznej, prowadzenie szkoleń dla młodych matek z zakresu opieki nad dzieckiem.

Kolejną poradnią, która wchodziła w skład przychodni rejonowych była poradnia stomatologiczna, która obejmowała rejon liczący cztery tysiące ludności. Lekarz-stomatolog oferował działalność profilaktyczną oraz leczniczą w zakresie stomatologii, chirurgii stomatologicznej oraz ortodoncji. Ponadto pozostawał w ciągłej współpracy z lekarzami specjalistami w celu konsultacji trudniejszych przypadków<sup>313</sup>.

W strukturze otwartej opieki medycznej oprócz przychodni obwodowych i rejonowych występowały ośrodki zdrowia, charakterystyczne na obszarze gromady.

---

<sup>313</sup> L. Krotkiewska, *Rozwój administracji służby zdrowia w PRL*, Warszawa 1968, s. 88

Podstawą prawną ich funkcjonowania było *rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 lipca 1967 roku w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej*. Ośrodki te były zakładami opieki medycznej o podstawowym profilu i oferowały pomoc lekarską, pielęgniarską, sanitarną. Istniały dwa rodzaje tych ośrodków: państwowe nadzorowane przez Prezydium rad narodowych oraz spółdzielcze kierowane przez Centralę Rolniczą Spółdzielni „Samopomoc Chłopska”<sup>314</sup>. Warto nadmienić, iż założenia organizacji pracy w ośrodku są analogiczne jak w poradniach rejonowych. W pobliżu ośrodka w zależności od potrzeby miały być zakładane punkty lekarskie, które były traktowane jak terenowe jednostki tego ośrodka. W danym punkcie pracował lekarz w wymiarze pięciu godzin dziennie, który zapewniał pomoc lekarską.

Podstawą prawną na mocy, której powołano Zespoły Opieki Zdrowotnej (ZOZ) było *zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1973 roku w sprawie organizacji zespołów opieki zdrowotnej*. Procedura tworzenia i organizacji ZOZ-ów składała się z czterech etapów. Pierwszy z nich przypadł na okres przed 20 lutym 1973 roku. Drugi etap powstania ZOZ-ów to okres pomiędzy 20 lutym 1973 roku a 4 lipca 1975 roku. Trzeci etap dotyczył okresu między 4 lipca 1975 roku a 16 lipca 1980 roku, natomiast czwarty etap obejmował czasy po 16 lipca 1980 roku<sup>315</sup>.

Na pierwszy etap, który rozpoczął się w 1972 roku składało się tworzenie próbnych ZOZ-ów w niektórych powiatach na terytorium Polski. Ich inicjatorami byli organizatorzy ochrony zdrowia stopnia powiatowego i wojewódzkiego<sup>316</sup>. Ten okres charakteryzował się istnieniem dwóch typów zespołów opieki zdrowotnej<sup>317</sup>. Pierwszy istniał równoległe z Wydziałem Zdrowia Urzędu Powiatowego i skupiał zakłady służby zdrowia zapewniające opiekę zapobiegawczo-leczniczą. Natomiast drugi określane mianem Zespołu Opieki Zdrowotnej integrował zakłady służby zdrowia zapewniające społeczeństwu oprócz opieki profilaktyczno-leczniczej również opiekę społeczną.

Drugi etap zainicjowało wejście w życie *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1973 roku w sprawie organizacji zespołów opieki zdrowotnej*<sup>318</sup>. Na mocy tego aktu prawnego zostały powołane zespoły opieki zdrowotnej (ZOZ) na obszarze całej Polski. W myśl art. 3 § 4 w/w rozporządzenia zespół opieki

---

<sup>314</sup> Ibidem, s. 90-100

<sup>315</sup> J. Indulski, B. Kleczkowski, J. Leowski, Organizacja ochrony zdrowia, op.cit., s. 164

<sup>316</sup> Ibidem, s.165-170

<sup>317</sup> L. Wdowiak, Zarys organizacji służby zdrowia w Polsce, op.cit., s. 99

<sup>318</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1973 roku w sprawie organizacji zespołów opieki zdrowotnej Dz. U. 1973, Nr 7, poz. 52

zdrowotnej był jednostką organizacyjną i budżetową, tworzoną i podlegającą prezydium powiatowej rady narodowej. Obszar działania zespołu opieki zdrowotnej obejmował powiat. Obszar działania zespołu opieki zdrowotnej, którego siedzibą jest miasto stanowiące powiat może obejmować również powiat otaczający to miasto. Nadrzędną funkcją ZOZ-ów było zapewnienie ludności miejscowej opieki zdrowotnej podstawowej i specjalistycznej. Cechą charakterystyczną omawianego etapu tworzenia ZOZ-ów była integracja zakładów służby zdrowia zapewniających ludności opiekę zapobiegawczo-leczniczą na obszarze powiatu. Integracja ta oznaczała scalenie w jedną instytucję szpitala powiatowego, przychodni obwodowej i powiatowej stacji pogotowia ratunkowego. Kolejną cechą tego okresu było funkcjonowanie gminnych ośrodków zdrowia czyli terenowych placówek właściwych zespołów opieki zdrowotnej. W ich skład wchodziły następujące poradnie: poradnia ogólna, stomatologiczna, ginekologiczna oraz pediatria. Zgodnie z powyższym rozporządzeniem kierownika gminnego ośrodka zdrowia powoływał dyrektor zespołu opieki zdrowotnej po zasięgnięciu opinii naczelnika gminy, który posiadał kompetencje w sferze koordynacji i kontroli służby zdrowia na terenie miasta i gminy<sup>319</sup>.

Warto nadmienić, iż obok ZOZ-ów w tym okresie istniały również Wydziały Zdrowia Urzędów Powiatowych. Odgrywały one bardzo istotną rolę w organizacji opieki zdrowotnej na terenie powiatu. Zasadnicze znaczenie sprowadzało się do ujednoczonego kierowania zakładami opieki zdrowotnej szczególnie w aspekcie odpowiedniego zapewnienia jakości. Wymienione Wydziały stanowiły pomocne narzędzie w pracy naczelnika powiatu lub prezydenta miasta<sup>320</sup>.

Trzeci etap tworzenia ZOZ-ów rozpoczął się w momencie uchylecia *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1973 w sprawie organizacji zespołów opieki zdrowotnej*. Dnia 30 czerwca 1975 roku weszło w życie *rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej*<sup>321</sup>. Jego celem było usprawnienie organizacji służby zdrowia oraz poszerzenie funkcji zespołu opieki zdrowotnej. Według art. 1 rozporządzenia zakładami służby zdrowia sprawującymi opiekę i udzielającymi świadczeń z dziedziny opieki społecznej były:

---

<sup>319</sup> Ibidem

<sup>320</sup> J. Indulski, B. Kleczkowski, J. Leowski, *Organizacja ochrony zdrowia*, op.cit., s. 180-200

<sup>321</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1975 roku w sprawie organizacji i zadań zespołów opieki zdrowotnej, Dz. U 1975, Nr 25, poz. 134



- zespoły opieki zdrowotnej działające na obszarze obwodu leczniczo-zapobiegawczego ustalanego przez wojewodę,
- przemysłowe (górnictwo, portowe) zespoły opieki zdrowotnej oraz zespoły opieki zdrowotnej dla szkół wyższych,
- wojewódzkie szpitale zespolone,
- specjalistyczne zespoły opieki zdrowotnej,
- szpitale,
- szpitale kliniczne.

Zgodnie z powyższym rozporządzeniem obwodem leczniczo-zapobiegawczym zespołu opieki zdrowotnej był obszar zamieszkały przez 30-150 tysięcy mieszkańców obejmujący jedno lub więcej miast i sąsiednie gminy. Miasta liczące ponad 150 tysięcy mieszkańców mogły stanowić jeden lub więcej obwodów jeden lub więcej obwodów w zależności od warunków miejscowych. Na terenach o dużej koncentracji skupisk miejskich obwód zapobiegawczo-leczniczy stanowił obszar zamieszkały przez więcej niż 150 tysięcy mieszkańców. Artykuł 3 rozporządzenia z 30 czerwca 1975 roku stanowił, że zadaniem zespołu opieki zdrowotnej było: **w dziedzinie opieki podstawowej:**

- udzielanie opieki profilaktycznej (organizowanie i przeprowadzanie szczepień ochronnych, przeprowadzanie badań zapobiegawczych określonych grup ludności,
- udzielanie indywidualnych ambulatoryjnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych ( opieka ambulatoryjna) a w przypadku ciężkiej choroby w domu chorego (opieka domowa),
- prowadzenie czynnego poradnictwa,

**W dziedzinie opieki specjalistycznej:**

- udzielanie świadczeń zapobiegawczych uzupełniających świadczenia opieki elementarnej,
- udzielanie opieki stacjonarnej chorym,
- udzielanie pomocy doraźnej osobom po wypadku <sup>322</sup>.

**W dziedzinie opieki społecznej:**

---

<sup>322</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1975 roku w sprawie organizacji i zadań zespołów opieki zdrowotnej, Dz. U. 1975, Nr 25, poz. 134

- zaspokajanie elementarnych potrzeb życiowych osób które były w trudnej sytuacji materialnej lub były niezdolne do pracy ze względu na swój stan zdrowia

**W dziedzinie szczególnej opieki nad dziećmi przedszkolnymi oraz dziećmi i młodzieżą szkolną:**

- udzielanie świadczeń profilaktycznych dzieciom i młodzieży,
- nadzór nad stanem sanitarnym i higienicznym w przedszkolach, szkołach i internatach,
- udzielanie świadczeń profilaktycznych i leczniczych opieki elementarnej nauczycielom.

**W dziedzinie szczególnej opieki nad pracownikami zakładów pracy:**

- nadzór nad stanem sanitarnym i higienicznym zakładów pracy,
- przeprowadzanie badań profilaktycznych, okresowych i kontrolnych dla pracowników,
- udzielanie porad dotyczących chorób zawodowych,
- zgłaszanie wniosków w aspekcie zatrudnienia pracowników na stanowiskach pracy właściwych z uwagi na ich psychofizyczne możliwości oraz współpraca z zakładami pracy w adaptacji warunków pracy do możliwości psychofizycznych pracowników<sup>323</sup>.

**W dziedzinie rehabilitacji zawodowej:**

- prowadzenie poradnictwa zawodowego dla niepełnosprawnych,
- organizowanie szkoleń zawodowych,
- współdziałanie w zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

*Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1975 roku w sprawie organizacji i zadań zespołów opieki zdrowotnej wyodrębniło działy ZOZ-ów. Były to następujące działy: opieki podstawowej, specjalistycznej, społecznej itp. Powyższe rozporządzenie stanowiło nowe rozwiązanie właśnie w aspekcie odróżnienia działów funkcji podstawowej w porównaniu z poprzednio obowiązującym aktem prawnym z dnia 1973 roku.*

---

<sup>323</sup> J. Indulski, M. Matulewicz, Funkcjonowanie ochrony zdrowia w nowej strukturze administracyjnej kraju, Nowe Organizacyjne warunki sprawności funkcjonowania ZOZ-ów, Zdrowie Publiczne 1975, nr 11

Czwarty etap rozpoczął się w momencie wejścia w życie *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 maja 1989 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie organizacji i zadań zespołów opieki zdrowotnej*. Modyfikacje polegały na:

- uzależnieniu tworzenia nowych działów od liczby zatrudnionych pracowników,
- uzależnieniu powoływania stanowisk zastępców dyrektora od liczby zatrudnionych pracowników,
- funkcjonowaniu działu organizacji i nadzoru w miejsce działu metodyczno-organizacyjnego,
- w momencie jeżeli w skład zespołu wchodził więcej niż jeden szpital powołaniu etatu naczelnego lekarza szpitala w szpitalu istniejącym w miejscowości nie będącej siedzibą zespołu,
- stworzeniu regulaminu poradni medycyny pracy<sup>324</sup>.

Na mocy analizowanego *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej zmieniającego rozporządzenie w sprawie organizacji i zadań zespołów opieki zdrowotnej* ze struktury zakładów służby zdrowia wyłączono m.in. przychodnie rejonowe, przychodnie dla studentów, przychodnie specjalistyczne, ośrodki zdrowia, przychodnie przemysłowe przyzakładowe i międzyzakładowe, żłobki. Placówki te na podstawie analizowanego rozporządzenia mogły być tworzone przez terenowe organy administracji państwowej. Niektóre środowiska reformatorskie pod koniec lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku poddały krytyce tendencję ujednociania struktur organizacyjnych w sferze ochrony zdrowia. Rozporządzenie to pod wpływem zespołów modyfikujących organizację systemu ochrony zdrowia było wyrazem zjawiska odwrotnego czyli zróżnicowania tych struktur w sferze ochrony zdrowia.

Wojewódzki Szpital Zespolony był autonomiczną jednostką organizacyjną i budżetową tworzoną i podlegającą wojewodzie. Według J. Indulskiego „stała dążność do udoskonalenia organizacyjnego opieki zdrowotnej i społecznej, podnoszenia poziomu świadczeń spowodowała zorganizowanie wojewódzkich szpitali zespolonych”<sup>325</sup>. Zgodnie z § 6 *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 maja 1989 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie organizacji i zadań zespołów opieki zdrowotnej* do zadań niniejszego szpitala należało:

---

<sup>324</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 maja 1989 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie organizacji i zadań opieki zdrowotnej. Dz. U. 1989, Nr 28, poz. 152

<sup>325</sup> J. Indulski, *Podstawy medycyny społecznej*, Warszawa 1971, s. 100-140

- zapewnienie świadczeń uzupełniających opiekę zdrowotną sprawowaną przez zespoły opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem wąskich specjalności,
- udostępnianie świadczeń konsultacyjnych,
- prowadzenie działalności metodyczno-organizacyjnej
- podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników medycznych<sup>326</sup>.

Należy nadmienić, iż w miarę potrzeb do celów wojewódzkiego szpitala zespólonego włączone było udzielanie miejscowej ludności świadczeń z zakresu działania zespołu opieki zdrowotnej. Konsekwencją przyjętych rozwiązań było sprecyzowanie dalszych zadań Wojewódzkiego Szpitala Zespólonego. Do zadań tych należało:

- prowadzenie spraw związanych ze statystyką medyczną,
- prowadzenie spraw osobowo-socjalnych i działalności administracyjnej,
- prowadzenie szkoleń dla pracowników służby zdrowia,
- wykonywanie badań diagnostycznych również dla innych zakładów społecznych służby zdrowia,
- udzielanie świadczeń z zakresu pomocy doraźnej oraz zapewnianie opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej,
- zapewnienie pracownikom służby zdrowia warunków pracy zgodnych z BHP,
- wykonywanie innych zadań zleconych przez wojewodę.

Warto dodać, iż niektóre czynności wojewódzkiego szpitala zespólonego były wykonywane przez kliniki akademii medycznych. Współpraca ta opierała się na konsensusie pomiędzy wojewodą a rektorem. Oprócz zadań wojewódzkiego szpitala zespólonego należy zwrócić uwagę na jego strukturę<sup>327</sup>. Każdy szpital tego rodzaju składał się z sekcji służb pracowniczych, z wojewódzkiego ośrodka opiekuna społecznego i doskonalenia kadr medycznych, działu diagnostycznego, pomocy doraźnej, ekonomicznego, technicznego, administracyjno-gospodarczego oraz z działu organizacji i nadzoru wojewódzkiego<sup>328</sup>.

Specjalistyczny ZOZ był autonomiczną jednostką budżetową i organizacyjną podlegającą i tworzoną przez wojewodę. Warunkiem *sine qua none* do utworzenia ZOZu było istnienie odpowiednich warunków w danej sferze opieki zdrowotnej do połączenia

---

<sup>326</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1975 roku w sprawie organizacji i zadań zespołów opieki zdrowotnej, Dz. U. 1975, Nr 25, poz. 134

<sup>327</sup> J. Indulski, B. Kleczkowski, J. Leowski, Organizacja ochrony zdrowia, op.cit., s. 120-140

<sup>328</sup> Ibidem, s. 140-150

przychodni specjalistycznej z jednoimiennym zakładem opieki zdrowotnej stacjonarnej. Obie placówki powinny mieścić się w tej samej miejscowości. Zgodnie z art. 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1975 roku w sprawie organizacji i zadań zespołów opieki zdrowotnej specjalistyczny ZOZ pełnił analogiczne funkcje co wojewódzki szpital zespolony z ograniczeniem do jednej dziedziny medycznej<sup>329</sup>. W czasach PRL funkcjonowało wiele rodzajów powyższych instytucji zamkniętej opieki zdrowotnej np. specjalistyczny ZOZ onkologiczny, psychiatryczny, neurologiczny. Jak podaje J. Indulski „w skład tych zespołów wchodziły; szpital, poradnie specjalistyczne, dział organizacji i nadzoru, administracyjno-ekonomiczny, techniczny, sekcja służb pracowniczych oraz inspektor ds. bezpieczeństwa i higieny”<sup>330</sup>. Należy wspomnieć, iż wyżej wymienione założenia dotyczące struktury, organizacji i celów cechowały wszystkie specjalistyczne zakłady opieki zdrowotnej oprócz przemysłowych specjalistycznych ZOZów. Mogły być one powołane bez zakładu opieki zdrowotnej stacjonarnej tylko w ramach przychodni przyzakładowej. Kolejną cechą odróżniającą przemysłowy specjalistyczny ZOZ od pozostałych specjalistycznych ZOZów było występowanie w jego strukturze działu diagnostycznego oraz sekcji orzecznictwa lekarskiego o niezdolności do pracy. Do jego zadań należała diagnoza i leczenie chorób zawodowych oraz współpraca z organizacjami społecznymi i związkami zawodowymi w aspekcie ochrony zdrowia pracowników.

## 5. Wnioski

W Polsce Ludowej system ochrony zdrowia charakteryzował się zupełnie odmiennymi założeniami ideologicznymi niż w II Rzeczypospolitej. Został on ukształtowany przez socjalistyczny model ustroju państwa, który bazował na ideologii marksizmu-leninizmu. System ochrony zdrowia w PRL stanowił zaprzeczenie modelu ubezpieczeniowego charakterystycznego dla okresu międzywojennego. Brak było w nim instytucji ubezpieczających obywateli w postaci Kas Chorych. Odzwierciedleniem socjalistycznego charakteru państwa były cechy polskiej służby zdrowia. Głównym jej założeniem była państwowość i planowość typowa dla modelu Siemaszki. Model ten zakładał finansowanie opieki zdrowotnej z budżetu państwa. Ponadto system ochrony zdrowia w Polsce Ludowej w swoich założeniach miał być powszechnie dostępny czyli

---

<sup>329</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1975 roku w sprawie organizacji i zadań zespołów opieki zdrowotnej, Dz. U 1975, Nr 25, poz. 134

<sup>330</sup> J. Indulski, T. Gdulewicz, Problem reorientacji w pracach nad reformą służby zdrowia i ochrony zdrowia w Polsce, „Zdrowie Publiczne” 1988 r. nr 5

zapewniający bezpłatną opiekę medyczną wszystkim obywatelom oraz kompleksowy czyli miał gwarantować szeroki zakres usług medycznych. Powyższe postulaty okazały się fikcją. W rzeczywistości wykazywał on liczne mankamenty, do których można zaliczyć trudności w uzyskaniu porad medycznych, utrudniony dostęp do specjalistów, słabość procesu diagnostycznego, rejonizacja utrudniająca wybór lekarza, niewydolność organizacji pracy, brak ekonomizacji w lecznictwie otwartym i zamkniętym, opóźnienie w zaawansowaniu technologii medycznych oraz organizacji opieki zdrowotnej w porównaniu do państw europejskich. Służba zdrowia w Polsce Ludowej była przedmiotem ocen twórców różnorodnych raportów i sprawozdań dotyczących opieki zdrowotnej. Najbardziej głośnym był raport Konwersatorium „Doświadczenie i Przyszłość”. Raport ten powstał w 1978 roku pod auspicjami Kolegium Towarzystwa Wolnej Wszechnicy Polskiej jako stowarzyszenie o charakterze społecznym nie posiadające statutu ani władz. Projektodawcą był publicysta, działacz społeczny Stefan Bratkowski. Instytucja ta integrowała kwiat polskiej inteligencji, chodziło o skupienie ludzi, którzy byliby kompetentni do niezależnego wypowiedzenia się na temat spraw dotyczących kraju, polityki, gospodarki. Formą tych wypowiedzi były różnie zatytułowane raporty między innymi „Raport o stanie Rzeczypospolitej i drogach wiodących do jej naprawy” czy „Jak z tego wyjść?” czy też „Społeczeństwo wobec kryzysu.”<sup>331</sup>. Twórcy raportu Konwersatorium „Doświadczenie i Przyszłość” zauważyli, że system ochrony zdrowia w Polsce Ludowej jest idealny tylko w swoich założeniach a nie w rzeczywistości. Stan zdrowia Polaków nie był satysfakcjonujący a służba zdrowia nie działała prawidłowo a przede wszystkim nie działała na rzecz pacjenta, ale na rzecz innego podmiotu jakim było państwo<sup>332</sup>. Nadrzędnym celem raportu było ukazanie wad systemu ochrony zdrowia. A były nimi: zwiększająca się z miesiąca na miesiąc liczba pacjentów, długi czas oczekiwania na konsultacje i badania specjalistyczne, nadmierna biurokratyzacja i centralizacja decyzji, co w efekcie prowadziło do obniżenia jakości usług medycznych<sup>333</sup>. Kolejnymi problemami były:

- brak ewidencji kosztów poszczególnych usług medycznych,
- nadmierna centralizacja decyzji oparta na administracyjnych instrumentach zarządzania,

---

<sup>331</sup> J. Fijałek, J. Indulski, Opieka zdrowotna w Łodzi od roku 1945, studium organizacyjno-historyczne, Łódź 1996, s. 58

<sup>332</sup> Raport „Konwersatorium Doświadczenie i Przyszłość”. Stan zdrowia i ochrony zdrowia ludności Polski, Życie i Nowoczesność z dnia 2 kwietnia 1981 roku, nr I-IV

<sup>333</sup> Ibidem

- niska samodzielność zakładów służby zdrowia,
- brak mechanizmów oceny działalności i efektywności służby zdrowia,
- przedmiotowe traktowanie pacjentów,
- niebranie pod uwagę opinii pacjentów we współdecydowaniu w sprawach dotyczących ich zdrowia <sup>334</sup>.

Następnym raportem, który stanowił ocenę opieki zdrowotnej w Polsce Ludowej był raport Resortowej Komisji do spraw Reformy Służby Zdrowia <sup>335</sup>. Nadrzędnym jego celem było podanie do publicznej wiadomości nowatorskich tendencji i zmian, które musiały zostać wprowadzone w systemie ochrony zdrowia <sup>336</sup>. Autorzy wyżej wymienionego raportu wyrażali przekonanie, że w procesie kształtowania systemu opieki zdrowotnej powinien uczestniczyć pacjent a nie tylko państwo i, że część ludności powinna ponosić koszty leczenia, aby zapewnić sobie lepszą jakość usług medycznych <sup>337</sup>. Dlatego też postulat powszechności dostępu do świadczeń medycznych i całkowitej bezpłatności tak naprawdę pozostały jedynie ideologicznymi założeniami, z których państwo nie mogło się w pełni wywiązać <sup>338</sup>. Doszło do znacznego obciążenia bazy służby zdrowia. Wszystkie zasady i cechy polskiej socjalistycznej opieki medycznej nie mogły być realizowane równocześnie i kompleksowo <sup>339</sup>.

---

<sup>334</sup> A. Czubiński, Spory o Polskę Ludową 1944 – 1989, Poznań 1989, s. 88

<sup>335</sup> Resortowa Komisja ds. Reformy Służby Zdrowia powołana była zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 14.1.1981r. Jej przewodniczącym był Janusz Indulski a zastępcą Jerzy Szczerbań.

<sup>336</sup> K. Prętki, Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej, op.cit., s. 56

<sup>337</sup> Fijałek, J. Indulski, Opieka zdrowotna w Łodzi od roku 1945, Studium organizacyjno-historyczne, Łódź 1996, s. 58

<sup>338</sup> A. Czubiński, Spory o Polskę Ludową 1944 – 1989, op.cit., s. 88

<sup>339</sup> J.Indulski, B. Kleczkowski, J. Leowski, Organizacja ochrony zdrowia, op.cit., s. 21

## Rozdział IV

### Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1989-1997

#### 1. Geneza transformacji ustroju politycznego Rzeczypospolitej Polskiej

W doktrynie prawno-politycznej istnieją różne teorie co do początku III Rzeczypospolitej<sup>340</sup>. Według pierwszego z poglądów przyjmuje się, że symboliczną cezurą była data 29 grudnia 1989 roku, kiedy to Sejm dokonał zmian w Konstytucji<sup>341</sup>. Fakt ten przesądził o całkowitym zerwaniu z założeniami i ideologią socjalizmu, a przede wszystkim potwierdzał przerwanie ciągłości niedemokratycznych struktur Polski Ludowej. Konsekwencją tych zmian ustrojowych było przegłosowanie przez tzw. Sejm kontraktowy przywrócenia nazwy państwa polskiego Rzeczpospolita Polska i godła w postaci orła w koronie. Według drugiego poglądu, za początek III Rzeczypospolitej uznaje się rozpoczęcie bądź też zakończenie obrad Okrągłego Stołu, które trwały od 6 lutego do 9 kwietnia 1989 roku<sup>342</sup>. Za początek niepodległej Polski uznaje się również akt przekazania 22 grudnia 1990 roku zaprzysiężonemu tego samego dnia prezydentowi Lechowi Wałęsie insygniów prezydenckich II Rzeczypospolitej przez prezydenta RP na Uchodźstwie Ryszarda Kaczorowskiego<sup>343</sup>. *Ustawa zasadnicza z dnia 4 kwietnia 1997 roku*<sup>344</sup> w swej preambule zamieściła nazwę Trzecia Rzeczpospolita. Oznaczało to nawiązanie do tradycji II Rzeczypospolitej i całkowite zerwanie z ustrojem Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej. Był to wyjątkowy moment w historii powojennej Polski ponieważ po 44 latach zależności państwo polskie wkraczało na drogę niepodległości. Powyższe wydarzenia były odzwierciedleniem transformacji ustrojowej czyli ogółu przemian społeczno-gospodarczych mających na celu tworzenie struktur demokratycznych, pluralizmu politycznego, społeczeństwa obywatelskiego oraz wolnego rynku. Transformacja systemowa objęła wszystkie dziedziny życia społecznego.

Największym impulsem do przekształceń systemowych były robotnicze strajki sierpniowe w roku 1980 i powołanie do życia Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność” również w roku 1980 z Lechem Wałęsą na czele<sup>345</sup>. Bazował on na licznych komitetach strajkowych w tym na Międzyzakładowym Komitecie

<sup>340</sup> K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, Poznań 2007, s. 77

<sup>341</sup> L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne*, Warszawa 2007, s. 18

<sup>342</sup> W. Roszkowski, *Historia Polski*, Warszawa 2009, s. 408

<sup>343</sup> A. Kojder, *Nowa Polska, odmieniona Europa*, Instytut Lecha Wałęsy, Warszawa 1999, s. 137-156

<sup>344</sup> *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997*, Dz. U. 1997, nr 78, poz. 483 ze zm.

<sup>345</sup> L. Wałęsa, *Droga do wolności 1985-1990, Decydujące lata*, Warszawa 1991, s.108-110



Strajkowym (MKS). W dniu 17 września gdański MKS i liderzy nowych komitetów strajkowych z całego kraju stanęli przed ważną decyzją a mianowicie nad określeniem kształtu organizacyjno-prawnego powyższego związku<sup>346</sup>. W tym celu zorganizowano spotkanie w Gdańsku, na którym zaprezentowano dwie różne koncepcje. Pierwsza z nich dotyczyła decentralizacji tego ruchu, która przyczyniłaby się do zlikwidowania biurokracji i do uniknięcia zatargu z władzami PRL. Druga koncepcja postulowała stworzenie centralnego kierownictwa związku, które miałyby być skuteczniejsze w walce z komunistyczną władzą. Zdominowana została druga idea<sup>347</sup>. Dlatego też utworzono jeden ogólnopolski Niezależny Samorządny Związek Zawodowy „Solidarność”. Miał on stanowić alternatywę dla ówczesnej komunistycznej władzy a legalizacja Solidarności „miała być imperatywem narodowym, obligatoryjnym sprawdzianem i gwarancją autentyczności wszelkich przemian<sup>348</sup>”.

Strajki robotników w latach 80-tych XX wieku stanowiły wyraz ogromnego niezadowolenia i fermentu społecznego z polityki Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej (PZPR)<sup>349</sup>. Społeczeństwo polskie nie aprobowало już roli swojego kraju jako państwa wasalnego-podporządkowanego gospodarczo, politycznie ZSRR. Zakres strajków rozszerzał się błyskawicznie, występowały one w miastach całej Polski. Protestowała również Stocznia Gdańska, w której domagano się przywrócenia do pracy Anny Walentynowicz i Lecha Wałęsy wyrzuconych za swoją działalność opozycyjną.

Po pierwsze, strajkujący nie tylko na Wybrzeżu, ale również w innych miastach Polski np. w Warszawie, Poznaniu żądali zapewnienia im prawa do utworzenia własnej reprezentacji ponieważ chcieli samodzielnie działać i organizować się w wolne związki zawodowe, które mogły przemawiać do „rządu robotniczo-chłopskiego” w imieniu „ludu pracującego miast i wsi”. W ten sposób podawali w wątpliwość ideologię PZPR jako partii, która podobno miała sprawować rządy w imieniu klasy robotniczej. Strajkujący robotnicy wysuwali oczekiwania dotyczące przestrzegania prawa wolności słowa, które było zagwarantowane w *Konstytucji z dnia 22 lipca 1952 roku*<sup>350</sup> oraz domagali się zaprzestania prześladowań obywateli za ich poglądy polityczne czy religijne. Robotnicy

---

<sup>346</sup> W. Roszkowski, *Historia Polski*, Warszawa 2009, s. 360-364

<sup>347</sup> *Ibidem*

<sup>348</sup> J. Żakowski, *Rok 1989. Bronisław Geremek opowiada, Jacek Żakowski pyta*, Warszawa 1990, s. 13,32

<sup>349</sup> *Informator Parlamentarny Komitetów Obywatelskich „Solidarność” 1989 [w:] Programy partii i ugrupowań parlamentarnych 1989-1991, cz. 1, pod red. I. Słodkowskiej Warszawa 1995, s. 6*

<sup>350</sup> *Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z dnia 22 lipca 1952 roku, Dz. U. 1952, nr 33, poz. 232 ze zm.; dalej Konstytucja PRL*

sprecyzowali również postulaty o charakterze gospodarczym i socjalnym. Upominali się o przemiany ustrojowe w gospodarce, która była mało efektywna a wydajność pracy w rolnictwie i produktywność kapitału oraz ziemi należała do najniższych w Europie. Czołowe miejsce w programie ideowym strajkujących zajęła kwestia wolnych sobót i skrócenia wieku emerytalnego kobiet do 50 roku życia a mężczyzn 55 roku życia<sup>351</sup>. Skala problemów w ówczesnej rzeczywistości była bezprecedensowa. Największy sprzeciw wzbudzały monopolizacja, katastrofalne zadłużenie kraju, kompletnie zdeformowana struktura zatrudnienia, w której wiodącym problemem były obok zakamuflowanego bezrobocia niedobory siły roboczej. Robotnicy ponadto postulowali: umożliwienie wszystkim środowiskom i warstwom społecznym uczestniczenie w dyskusji nad programem reform, zagwarantowanie automatycznego wzrostu płac równoległe do wzrostu cen i spadku wartości pieniądza, wprowadzenie urlopu macierzyńskiego płatnego przez okres trzech lat na wychowanie dziecka oraz skrócenie czasu oczekiwania za mieszkaniem.

W swoim programie ideowym w 16 postulacie robotnicy poruszyli kwestię związaną z reformą służby zdrowia. Stan zdrowia i higieny społeczeństwa prezentował się fatalnie. Zarówno profilaktyka, jak i leczenie były na niskim poziomie. Zniechęcenie wśród pacjentów wywoływała całkowita niewydolność i niesprawność socjalistycznego systemu ochrony zdrowia.<sup>352</sup> Jego konsekwencją był długi czas<sup>353</sup> oczekiwań na konsultacje lekarskie i badanie specjalistyczne, trudności w uzyskaniu porady lekarskiej oraz niezbyt dobra jakość pomocy medycznej. Postulowano poprawić warunki pracy służby zdrowia, która zapewniłaby kompleksową opiekę zdrowotną osobom pracującym<sup>354</sup>.

Postulaty robotników wydawały się PZPR radykalne, ale nie dążące do obalenia panującego ustroju. Ówczesna sytuacja geopolityczna nie pozwalała na żadne poważne zmiany. Dużą rolę odegrała wówczas doktryna Breżniewa, która nazwana była doktryną ograniczonej suwerenności<sup>355</sup>. Głosiła, że w krajach Układu Warszawskiego obowiązywała zależność państw członkowskich od ZSRR. Pierwszym państwem, które wyraziło w 1968 wolę uwolnienia się spod dominacji ZSRR była Czechosłowacja. Wyrazem tego była próba demokratyzacji kraju we wszystkich aspektach życia społeczno-gospodarczego.

---

<sup>351</sup> A. Dudek, Pierwsze lata III Rzeczypospolitej 1989-2001, Kraków 2002, s.31

<sup>352</sup> W. Roszkowski, Historia Polski, op.cit., s. 340

<sup>353</sup> Ibidem

<sup>354</sup> Ibidem, s.398

<sup>355</sup> Ibidem

Inicjatorem powyższych zmian był I sekretarz KC Komunistycznej Partii Czechosłowacji (KPCz) A. Dubcek. W partii tej opracowano dokument programowy tzw. „Program działania”, który wytyczał najważniejsze kierunki przemian społeczno-gospodarczo-politycznych. Postulowano wprowadzenie szeregu reform m. in. elementów rynkowych do socjalistycznej gospodarki Czechosłowacji, złagodzenie kierowniczej pozycji KPCz, kształtowanie załączków pluralizmu politycznego. Tezy te trafiły na podatny grunt społeczny. Cechą charakterystyczną „praskiej wiosny” było to, iż społeczeństwo nie opowiadało się za całkowitym obaleniem socjalizmu, lecz za jego modyfikacją. Miała ona polegać na zerwaniu więzi z ZSRR. Do powyższych zamierzeń ustosunkowały się władze ZSRR negatywnie, w wyniku czego w sierpniu 1968 roku rozpoczęła się inwazja na Czechosłowację wojsk Układu Warszawskiego. Zakończyła się totalnym zdławieniem „praskiej wiosny”<sup>356</sup>.

Natomiast w Polsce NSZZ Solidarność i utworzony przy przewodniczącym tego związku Komitet Obywatelski (KO) był alternatywą dla ówczesnej władzy oraz platformą porozumienia dla społeczeństwa obywatelskiego<sup>357</sup>. B. Dobek-Ostrowska skonstatowała, iż: „Komitet stanowił poważną bazę organizacyjną dla tak zwanej konstruktywnej opozycji, skłonnej do zawarcia porozumienia z władzą komunistyczną”<sup>358</sup>.

Warto dodać, iż Komitet Obywatelski składał się z przede wszystkim z doradców L. Wałęsy, przywódców strajków z 1988 roku oraz kierownictwa podziemnej „Solidarności”. Do KO dołączył również Niezależny Związek Zawodowy Rolników Indywidualnych (NZZRI) „Solidarność”. Komitet Obywatelski był jedynym przedstawicielem prądu solidarnościowego i opozycji ponieważ reprezentował ją w ważnych dla kraju wydarzeniach i negocjacjach. W ramach KO stworzono 15 komisji i ich liderów, którzy mieli przewodniczyć opozycji politycznej do obrad Okrągłego Stołu<sup>359</sup>.

### 1.1 Okrągły Stół

Potrzeba wprowadzenia systemowych przemian głoszonych przez Solidarność znalazła szczególnie podatny grunt w 1989 roku. Jednocześnie pojawiły się warunki i konieczność do podjęcia dialogu władzy komunistycznej ze społeczeństwem ponieważ w

---

<sup>356</sup> W. Roszkowski, Historia 1956-1997, Warszawa 2000, ss. 41-43

<sup>357</sup> T. Borkowski, Komitety Obywatelskie, Próba generalizacji [w:] Komitety Obywatelskie. Powstanie-rozwoj-upadek?, pod red. T. Borkowskiego, A. Bukowskiego, Kraków 1993, ss. 196-197,

<sup>358</sup> B. Dobek-Ostrowska, Polska i hiszpańska elita polityczna w okresie tranzytacji do demokracji – analiza porównawcza, Warszawa 1992, s. 89

<sup>359</sup> K. Prętki, Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej, op. cit., s. 79

1989 roku można było dostrzec impas hegemonistycznej pozycji PZPR<sup>360</sup>. W roku tym określenie koncepcji ograniczonych reform ze strony KC PZPR przyczyniło się do uzyskania akceptacji w kwestii odbycia debaty ustrojowej polegającej na zmianie dotychczasowego ustroju realnego socjalizmu na ustrój demokratyczny. Rozmowy polityczne pomiędzy stroną rządową reprezentowaną przez gen. Czesława Kiszczaka a opozycyjną Solidarnością reprezentowaną przez Lecha Wałęsę odbyły się przy okrągłym stole dnia 6 lutego 1989 roku<sup>361</sup>. Wydarzenie to było zwiastunem rozpoczynającej się transformacji ustrojowej w Polsce. Rozmowy Okrągłego Stołu rozpoczęły się w lutym i trwały do kwietnia 1989 roku ale poprzedzone były kilkumiesięcznymi spotkaniami w Magdalence. Obradowano w trzech najważniejszych zespołach: w zespole gospodarki i polityki społecznej pod przewodnictwem W. Baki i W. Trzeciakowskiego, w zespole reform politycznych pod przewodnictwem J. Reykowskiego i B. Geremka<sup>362</sup>, w zespole pluralizmu związkowego pod przewodnictwem A. Kwaśniewskiego, T. Mazowieckiego i R. Sosnkowskiego<sup>363</sup>.

## 1.2 Postanowienia Okrągłego Stołu

W ramach zespołu gospodarki i polityki społecznej powstał Podzespół do spraw zdrowia pod przewodnictwem A. Wojtczaka ze strony koalicyjno- rządowej oraz Z. Kuratowskiej ze strony opozycyjno- solidarnościowej. Postulowano, że ówczesny system ochrony zdrowia nie odpowiada już ani warunkom ekonomicznym ani potrzebom społecznym. Potrzebne są zmiany ustrojowe, których konsekwencją będzie radykalna modyfikacja systemu zdrowotnego<sup>364</sup>.

Zaproponowano ubezpieczeniowy model opieki zdrowotnej tym samym nawiązując do tradycji i założeń systemu ochrony zdrowia z II Rzeczypospolitej. Oznaczało to wówczas, iż miał być zasilany ze składek pracodawców i pracowników, miał reprezentować interesy i potrzeby zdrowotne wszystkich warstw społecznych oraz niwelować różnice między miastem a wsią. Zdaniem K. Prętkiego w celu zrealizowania efektywnych przeobrażeń funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej należało położyć szczególny nacisk na stałe współdziałanie i kontrolę ze strony obywateli poprzez Sejm i

---

<sup>360</sup> M. Kallas, Historia ustroju Polski X-XX w. Warszawa 1997, ss. 451-455

<sup>361</sup> Ibidem

<sup>362</sup> Stanowisko w sprawie reform politycznych, Okrągły Stół, oprac. K. Dubiński, Warszawa 1999, s. 554 także Porozumienia Okrągłego Stołu, Warszawa 6 luty- 5 kwietnia 1989 r. Olsztyn 1989, s. 5-6

<sup>363</sup> K. Prętki, Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej, Poznań 2007, s. 79

<sup>364</sup> A. Wojtczak, Kierunki reformy opieki zdrowotnej w świetle uzgodnień Podstolika Zdrowie obrad Okrągłego Stołu w XX rocznicę obrad Okrągłego Stołu, „Prawo i Medycyna“ 1/2009 (34, vol.11)

jego organy, samorządy terytorialne, pracownicze i zawodowe oraz związki zawodowe w tym NSZZ „Solidarność”,<sup>365</sup>. Podzespół do spraw zdrowia zaprezentował zasady według których miał być tworzony nowy system opieki zdrowotnej. Jedną z nich było podkreślenie podmiotowości pacjenta i kadry medycznej, zagwarantowanie każdej jednostce dostępu do służby zdrowia niezależnie od jej statusu społecznego, poprawa jakości i efektywności leczenia, wolny wybór lekarza podstawowej opieki medycznej, zrównanie uprawnień wszystkich placówek służby zdrowia bez względu na ich formę własności. Natomiast w kwestii przekształceń zasad finansowania systemu ochrony zdrowia stwierdzono, że konieczna jest całkowita zmiana źródeł finansowania opieki medycznej. Według Krzysztofa Prętkiego do podstawowych założeń reformy systemu ekonomiczno-finansowego ochrony zdrowia powinno się zaliczyć przede wszystkim zapewnienie stabilnych źródeł zasilania finansowego, a także racjonalizację wykorzystania posiadanych zasobów i poprawę efektywności pracy<sup>366</sup>.

W kwestii polskiej gospodarki, podczas obrad Okrągłego Stołu stwierdzono, że konieczna jest zmiana jej mechanizmów i funkcjonowania. Zapadły decyzje dotyczące m.in. zasad swobodnego kształtowania się struktury własnościowej, wprowadzenia gospodarki rynkowej i konkurencji, likwidacji systemu nakazowo-rozdzielczego, jednolitej polityki finansowej wobec przedsiębiorstw<sup>367</sup>. W zespole reform politycznych Okrągłego Stołu uzgodniono, że: „podstawą porozumienia są zasady przyszłego systemu politycznego wypływające z niezbywalnego prawa obywatela do życia w państwie, które w pełni urzeczywistnia suwerenność narodu”<sup>368</sup>. Oznaczało to, iż reforma systemu politycznego miała mieć charakter ewolucyjny a jej nadrzędnymi celami były: pluralizm polityczny, który głosił wielość partii w państwie. Istotnym miernikiem pluralizmu politycznego jest swoboda działania opozycji. Zasada ta zakłada wolność tworzenia ugrupowań politycznych i konkurencję różnych partii bez wytwarzania prawnie uprzywilejowanej pozycji dla jednej z nich. Pluralizm polityczny wywodzi się z idei wolności jednostki oraz równości wszystkich obywateli w suwerennym i zróżnicowanym społeczeństwie demokratycznym<sup>369</sup>. W zespole reform politycznych skonstatowano, iż potrzebny jest

---

<sup>365</sup> K. Prętki, Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej, op. cit., s. 77-80

<sup>366</sup> Ibidem

<sup>367</sup> Protokół końcowy Podzespołu do spraw Zdrowia [w:] Polska Agencja Prasowa, Okrągły Stół cz. II seria monograficzna nr 9-10 (262-263), Warszawa 1989, s. 174-175; Protokół końcowy Podzespołu do spraw Zdrowia., Porozumienia Okrągłego Stołu Warszawa 6 luty-5 kwietnia 1989, s. 217-218

<sup>368</sup> Porozumienia Okrągłego Stołu, Warszawa 6 luty- 5 kwietnia 1989 r. Olsztyn 1989 s. 5-6

<sup>369</sup> J. Reykowski, Okrągły Stół. Droga do demokratycznej Polski, Warszawa 2010, s. 100

polityczny kompromis, który skonkretyzuje wspólne cele i dążenia a mianowicie demokratyczną, niepodległą i silną Polskę. Jej fundamentem będzie wolność słowa, demokratyczny tryb powoływania wszystkich obywatelskich organów władzy państwowej, niezawisłość sądów, pełny katalog praw i wolności człowieka a także silny samorząd terytorialny, który zdemokratyzuje państwo polskie<sup>370</sup>.

W zespole pluralizmu związkowego Okrągłego Stołu stwierdzono, iż zachodzi potrzeba tworzenia i swobodnego organizowania się w związki zawodowe. Prawo to stanowi odzwierciedlenie funkcjonowania demokracji, społeczeństwa otwartego i pluralizmu politycznego, każdy obywatel ma prawo do swobodnego zrzeszania się z innymi, włącznie z prawem do tworzenia związków zawodowych i partii politycznych.

Innymi postanowieniami Okrągłego Stołu było utworzenie Senatu z liczbą 100 senatorów oraz wybory większościowe (po 2 senatorów z każdego województwa, a w woj. warszawskim i katowickim po 3). Kolejną decyzją Okrągłego Stołu było stworzenie urzędu Prezydenta PRL, wybieranego przez Zgromadzenie Narodowe na 6-letnią kadencję, zmiana prawa o stowarzyszeniach, która umożliwiłaby rejestrację Solidarności oraz dostęp opozycji do mediów<sup>371</sup>.

Konsekwencją kompromisów politycznych zawartych podczas obrad Okrągłego Stołu były wybory kontraktowe do Sejmu i wolne wybory do Senatu, które odbyły się 4 czerwca 1989 roku<sup>372</sup>. Frekwencja w tych wyborach była bardzo wysoko, sięgała 62% uprawnionych do głosowania. Strona opozycyjno-solidarnościowa zdobyła wówczas 160 mandatów zdobywając tym samym ok 70% ważnie oddanych głosów. Natomiast strona rządowa zdobyła tylko 3 mandaty. W Senacie pierwsza strona zdobyła 92 mandatów a druga nie zdobyła żadnego<sup>373</sup>. Wyniki wyborów w 1989 roku stanowiły przełom w historii powojennej Polski w aspekcie całkowitego zerwania z ustrojem realnego socjalizmu i z ideologią marksizmu-leninizmu i totalnej porażki partii PZPR.

Porozumienia Okrągłego Stołu miały znaczenie historyczne, zapoczątkowały pokojowe przemiany ustrojowe ku demokracji i gospodarce wolnorynkowej. Dnia 29

---

<sup>370</sup> A. Garlicki, *Rzecz o okrągłym stole*, Warszawa 2003 s. 200; szerzej: A. Wojtczak, *Kierunki reformy opieki zdrowotnej w świetle uzgodnień, Podstolika Zdrowie obrad Okrągłego Stołu w XX rocznicę obrad Okrągłego Stołu*, „Prawo i Medycyna” 1/2009 (34, vol.11), s. 23-33

<sup>371</sup> M. Chmaj, *Od stanu wojennego do okrągłego stołu. Geneza transformacji polityczno-ustrojowej w Polsce. Polska w procesie przeobrażeń ustrojowych pod redakcją S. Wróbla*, Katowice 1998, s. 49-55

<sup>372</sup> M. Chmaj, *Sejm kontraktowy w transformacji systemu politycznego Rzeczypospolitej Polskiej*, Lublin 1996, s. 49-50

<sup>373</sup> R. Chruściak, *Wybory parlamentarne i prezydenckie [w:] Przeobrażenia ustrojowe w Polsce pod red. E. Zielińskiego*, Warszawa 1993, s. 130-134

grudnia 1989 roku Sejm dokonał zmian w konstytucji, które oficjalnie położyły kres istnieniu Polski Ludowej<sup>374</sup>. Nazwa państwa została zmieniona na Rzeczpospolitą Polską, która jest państwem demokratycznym, czyli takim, w którym władzę zwierzchnią sprawuje naród przez swoich przedstawicieli lub bezpośrednio. Wprowadzono pluralizm polityczny postulujący rozwój różnych partii politycznych i przekreślający zasadę dominacji jednego ugrupowania politycznego. Wykreślono artykuły z Konstytucji o socjalizmie i gospodarce planowej a zasady gospodarki rynkowej, wolnego rynku i swobody działalności gospodarczej stały się trzonem demokratycznego ustroju państwa<sup>375</sup>. Przemiany ustrojowe w wolnej Polsce zaakcentowano przywróceniem dawnego godła państwowego-orla w koronie. Fundamentalną zmianą było wprowadzenie nowych przepisów dotyczących wyboru prezydenta na mocy nowelizacji ustawy zasadniczej z 27 września 1990 roku. Według jej przepisów prezydent jest wybierany przez Naród a nie przez Zgromadzenie Narodowe<sup>376</sup>.

## **2. Konstytucyjne podstawy ochrony zdrowia w początkowym okresie transformacji ustrojowej III Rzeczypospolitej**

### **2.1 Uchwalenie Ustawy Konstytucyjnej z 1992 roku**

W okresie transformacji ustrojowej podjęto prace związane z uchwaleniem nowej ustawy zasadniczej. Celem przyświecającym jej twórcom było prawne zmanifestowanie zerwania z dotychczasowym ustrojem socjalistycznym oraz z zasadami ludowładztwa i kierowniczej roli partii klasy partii robotnicze<sup>377</sup>. Odpowiedzialność za to zadanie spoczęła na „kontraktowym” Sejmie X kadencji i pochodzącym z wolnych wyborów Senacie I kadencji. Pierwsze prace legislacyjne zapoczątkowane zostały w 1989 rok<sup>378</sup>. Pierwszym projektem był projekt sejmowy, w którym w aspekcie podstaw ustroju politycznego przyjęto zasady suwerenności oraz trójpodziału władzy. W kwestii praw człowieka i wolności obywatela nawiązano do idei godności osobistej człowieka oraz personalizmu według którego nadrzędne miejsce zajmuje osoba z i jej autonomiczna wartość osobowości. Projekt również regulował wzajemne stosunki państwo-Kościół. Opowiedziano się za świeckim charakterem państwa i oddzieleniu państwa od Kościoła. Odpowiedzią na niniejszy projekt sejmowy była inicjatywa senacka. Komisja

---

<sup>374</sup> M. Kallas, Historia ustroju Polski X-XX w. Warszawa 1997, s. 455

<sup>375</sup> Ibidem

<sup>376</sup> A. Paczkowski, Pół wieku dziejów Polski, Warszawa 2007, s. 403

<sup>377</sup> M. Bankowicz, Słownik polityki, Warszawa 1999, s. 129 i 130

<sup>378</sup> R. Chruściak, Przygotowanie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. - przebieg prac parlamentarnych, Warszawa 1997, s. 9.

Konstytucyjna powołana przez Senat obradowała nad tym projektem w maju 1991 roku. Ostateczna wersja przedstawiona została jednak w dniu 24 października 1991 roku. Senacka koncepcja ustawy zasadniczej proklamowała stworzenie państwa wyznaniowego, zbudowanego na chrześcijańskiej wizji człowieka i państwa<sup>379</sup>. Twórcy senackiego projektu uważali, iż państwo i Kościół są równorzędnymi partnerami i muszą współpracować ze sobą dla dobra rodaków. Oprócz powyższych kwestii senacki projekt podkreślał rolę zasad suwerenności, demokracji i trójpodziału władzy państwowej<sup>380</sup>. Ostatecznie ów projekt nigdy nie posiadał mocy obowiązującej, został odrzucony przez Sejm w październiku 1991 roku<sup>381</sup>.

Kolejną inicjatywą dotyczącą kształtu organizacyjno-prawnego ustawy zasadniczej i zasługującą na uwagę był projekt prezydencki stworzony w listopadzie 1991 roku<sup>382</sup>. Prezydent Lech Wałęsa zmierzał do wzmocnienia pozycji rządu oraz rozszerzenia kompetencji prezydenta. Ostatecznie jednak projekt został wycofany przez niego co znalazło wyraz prawny w styczniu 1992 roku poprzez uznanie tej anulacji przez Sejm<sup>383</sup>.

Projekt Konstytucji Unii Demokratycznej z 1 lutego 1992 roku zyskał największe poparcie wśród wszystkich klubów parlamentarnych. Projekt ten zawierał między innymi regulacje dotyczące wzajemnych stosunków między legislatywą a egzekutywą Rzeczypospolitej Polskiej, a ponadto postulat o wydawaniu rozporządzeń przez Radę Ministrów. Niniejszy projekt został skierowany do Sejmu i po wielu poprawkach Senatu i po ponownym rozpatrzeniu projektu Sejm dnia 17 października 1992 roku uchwalił *ustawę Konstytucyjną o wzajemnych stosunkach między władzą ustawodawczą i wykonawczą Rzeczypospolitej Polski oraz o samorządzie terytorialnym*, zwaną Małą Konstytucją<sup>384</sup>.

## **2.2 Założenia Ustawy Konstytucyjnej z 1992 roku**

Ustawa Konstytucyjna *o wzajemnych stosunkach między władzą ustawodawczą i wykonawczą Rzeczypospolitej Polski oraz o samorządzie terytorialnym* stanowiła

---

<sup>379</sup> A. Grześkowiak, Przemówienie, [w:] Posiedzenie Komisji Konstytucyjnej Zgromadzenia Narodowego, 19 V 1993, „Komisja Konstytucyjna Zgromadzenia Narodowego. Biuletyn” [dalej skrót: Biuletyn KKZN] IX (1993), s. 3.

<sup>380</sup> Ibidem

<sup>381</sup> M. Kruk, Mała Konstytucja w procesie przemian ustrojowych w Polsce, M. Kruk, Warszawa 1993, s. 30-50

<sup>382</sup> Projekt ustawy zasadniczej Prezydenta L. Wałęsy z dnia 29 listopada 1991 roku

<sup>383</sup> M. Kallas, Historia ustroju Polski X-XX wieku, Warszawa 1997, s. 461

<sup>384</sup> Ustawa Konstytucyjna o wzajemnych stosunkach między władzą ustawodawczą i wykonawczą Rzeczypospolitej Polski oraz o samorządzie terytorialnym z dnia 17 października 1992 roku Dz. U. 1992 r. Nr 84, poz. 426 ze zm.



kompromis polityczny między różnymi ugrupowaniami politycznymi, zapewniała stabilizację i ład prawny w państwie. Jednakże była aktem tymczasowym i niepełnym ponieważ nie regulowała wszystkich ważnych kwestii np. ustroju politycznego, sądownictwa. Ustanawiał tylko stosunki między władzą wykonawczą i ustawodawczą i określała organizację i zadania samorządu terytorialnego. W Konstytucji ustawodawca zrezygnował z dominującej pozycji Sejmu, wykreślono przepis, iż Sejm jest najwyższym organem władzy państwowej. Relacje Sejmu i Senatu zostały podporządkowane zasadzie podział władz. Sejm liczył 460 posłów i pochodził z powszechnych i równych wyborów a senat składał się z 100 senatorów i pochodził z wyborów powszechnych, z tym że senatorowie byli wybierani po dwóch z każdego województwa. Prezydent zaś był wybierany przez Naród, czuwał nad przestrzeganiem Konstytucji, stał na straży bezpieczeństwa państwa. Największą wadą tej ustawy zasadniczej były uregulowania dotyczące pozycji prawnej jednostki oraz brak precyzyjnego określenia wolności obywatela i praw człowieka, w tym również prawa do ochrony zdrowia<sup>385</sup>.

Artykuł 77 Konstytucji z 1992 roku stanowił, iż *Konstytucja z dnia 22 lipca 1952 roku* utraciła swoją moc obowiązującą. Jednakże rozdziały dotyczące np. ustroju politycznego, władzy sądowniczej, naczelnych organów administracji państwowej, prawa wyborczego czy godła, barw i stolicy państwa były utrzymane w mocy<sup>386</sup>. Według L. Gardockieg kwestiom ustrojowym Mała Konstytucja z 1992 roku poświęciła dwa przepisy rozdziału 1, ale nadrzędną funkcję miały nadal pełnić postanowienia rozdziału 1 dawnej Konstytucji, których treść ustalono nowelą grudniową z 1989 roku); prawa i wolności obywateli „(tu nadal obowiązywał tekst z 1952 roku co zupełnie nie odpowiadało nowemu pojmowaniu tych zagadnień); ustroj władzy sądowniczej, w tym Trybunału Konstytucyjnego i Trybunału Stanu; tryb zmiany konstytucji (ustawa konstytucyjna z 23 kwietnia 1992 roku określała tylko tryb uchwalania nowej konstytucji, a nie dotyczyła sposobu zmiany obecnych przepisów)”<sup>387</sup>. *Konstytucja z dnia 22 lipca 1952 roku* jako pierwsza przyznała prawo do ochrony zdrowia w art. 60 ust. 1, który stanowił, że Obywatele Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej mają prawo do ochrony zdrowia oraz do pomocy w razie choroby lub niezdolności do pracy. Jednak ta ustawa zasadnicza w rzeczywistości nie gwarantowała jego realizacji. Artykuł 60 ust. 2 *Konstytucji z dnia 22 lipca 1952 roku* stanowił o urzeczywistnieniu tego prawa poprzez rozwój ubezpieczenia

<sup>385</sup> L. Garlicki, Polskie prawo konstytucyjne, zarys wykładu, Warszawa 2006, s. 19-29

<sup>386</sup> K. Działocha, L. Garlicki. Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Warszawa 1995, s. 20-50

<sup>387</sup> L. Garlicki, Polskie prawo konstytucyjne, zarys wykładu, Warszawa 2006, s. 19-29

społecznego robotników i pracowników umysłowych na wypadek choroby czy niezdolności do pracy czy poprzez rozwój organizowanej przez państwo ochrony zdrowia ludności lub polepszanie warunków sanitarnych czy ulepszanie stanu zdrowotnego ludności miast i wsi<sup>388</sup>. Były to jedynie puste deklaracje ponieważ w czasach Polski Ludowej w rzeczywistości nie wszystkie grupy społeczne miały dostęp do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej i do zabezpieczenia socjalnego. Cała struktura form pomocy społecznej świadczyła o preferencjach klasowych. W PRL gloryfikowana była dyktatura proletariatu, dlatego też najwcześniej przyznano ubezpieczenia zdrowotne robotnikom rolnym w 1946 roku a najpóźniej robotnikom posiadającym indywidualne gospodarstwa rolne w 1970 roku.

W pierwszym okresie transformacji ustrojowej art. 60 ustawy zasadniczej z 1952 roku był jedyną konstytucyjną podstawą prawa do ochrony zdrowia. Mała Konstytucja nie zmieniła brzmienia tego przepisu, został on utrzymany w mocy podobnie jak rozdział o prawach i wartościach. Postanowienia ustawy zasadniczej z 1992 roku musiały współgrać z utrzymanymi w mocy przepisami Konstytucji z 1952 roku o zupełnie różnych założeniach aksjologicznych. Stwarzało to trudną i niezrozumiałą sytuację prawną. Warto przytoczyć w tym miejscu słowa Piotra Winczorka, który twierdził że wartości powinny być zawarte w Konstytucji nie przez puste deklaracje, ale powinny być odzwierciedleniem konkretnych rozwiązań instytucjonalnych, uprawnień i obowiązków jakie przepisy nakładają na organy administracji państwowej<sup>389</sup>. Dlatego też uchwalenie Konstytucji zawierającej wszystkie postanowienia dotyczące podstaw ustroju społeczno-gospodarczego, organizacji i sposobu powoływania najważniejszych organów w państwie czy praw i wolności obywatela było priorytetem ustawodawcy na przestrzeni kolejnych lat wolnej Polski.

### **3. Geneza systemu ochrony zdrowia w III Rzeczypospolitej**

Okres transformacji ustrojowej w Polsce w widoczny sposób nakreślił pejoratywne strony socjalistycznego systemu w zakresie funkcjonowania publicznej służby zdrowia. Gdy w roku 1989 upadł socjalizm Polska znalazła się w grupie państw demokratycznych. Podjęto wówczas szereg działań mających na celu naprawę i uzdrowienie polskiej służby zdrowia. Ograniczenia w dostępności do świadczeń oraz szerzący się ferment społeczny

---

<sup>388</sup> Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z dnia 22 lipca 1952 roku, Dz. U. 1952, nr 33, poz. 232 ze zm.

<sup>389</sup> P. Winczorek, Wartości naczelné małej konstytucji z 1992 r. „Państwo i Prawo“ 1:1993, s. 11

spowodowany niezadowoleniem pacjentów potwierdziły złą kondycję funkcjonowania służby zdrowia pod koniec lat osiemdziesiątych<sup>390</sup>. Podjętym na końcu lat 80-tych i początku lat 90-tych ubiegłego wieku pracom nad innowacjami systemu opieki zdrowotnej przyświecał nadrzędny cel, jakim było poprawienie poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego i ulepszenie jakości leczenia. Poprzedni system obciążony był kosztami niewydolnego sposobu zarządzania i finansowania<sup>391</sup>. Za czasów działania rządu T. Mazowieckiego w 1989 roku w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej został stworzony projekt społeczny reformy systemu ochrony zdrowia. Jego inicjatorami byli K. Kuszewski, W. Majewska, J. Opolski oraz E. Wnuk-Lipiński. Główną myślą przewodnią powyższego projektu było utworzenie Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych (FUZ) jako instytucji ubezpieczenia zdrowotnego. Miał on bazować na składkach ubezpieczenia zdrowotnego potrącanych z funduszu wynagrodzeń oraz opłacanych przez pracodawcę. Miał on być również odpowiedzialny za pokrywanie kosztów świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, pomocy doraźnej, opieki szpitalnej oraz specjalistycznej opieki ambulatoryjnej<sup>392</sup>.

Kolejnym założeniem projektu K. Kuszewskiego, W. Majewskiej, J. Opolskiego i E. Wnuka-Lipińskiego była podmiotowość pacjenta i kadry medycznej. Dla chorego polegała ona na swobodnym wyborze lekarza pierwszego kontaktu, specjalisty, jak również różnych placówek medycznych. Natomiast dla pracownika służby zdrowia polegała na możliwości kształtowania systemu opieki zdrowotnej poprzez organy samorządu zawodowego<sup>393</sup>.

W 1989 roku oprócz wymienionego już projektu społecznego reformy systemu ochrony zdrowia drugą propozycją zmian był projekt autorski K. Tymowskiej, S. Golinowskiej i C. Włodarczyka. Najważniejszą ideą tego opracowania była koncepcja prowadzenia polityki prozdrowotnej, według której poczuciem odpowiedzialności za działania zdrowotne trzeba obciążyć obywatela, lekarza i państwo. Autorzy powyższego projektu postulowali uznanie prymatu działań mających na celu ulepszenie stanu zdrowia społeczeństwa, poprawę jakości leczenia oraz krzewienie promocji zdrowia. Kolejnym

---

<sup>390</sup> K.Kuszewski, W. Majewska, J. Opolski, E. Wnuk-Lipiński, Projekt reformy systemu ochrony zdrowotnej, Warszawa 1989, s. 60-80

<sup>391</sup> C. Włodarczyk, Reforma opieki zdrowotnej w Polsce, Studium polityki zdrowotnej, Warszawa 1990 s.171-173

<sup>392</sup> Ibidem

<sup>393</sup> K. Kuszewski, W. Majewska, J. Opolski, E. Wnuk-Lipiński, Projekt reformy systemu ochrony zdrowotnej, Warszawa 1989, s.70-90

ważnym punktem w autorskim przedsięwzięciu K. Tymowskiej, S. Golinowskiej i C. Włodarczyka był zamiar utworzenia umowy społecznej dotyczącej powszechnych ubezpieczeń społecznych, które były organizowane przez państwo w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych całego społeczeństwa. Według autorów wyżej wymienionego projektu: „organizacja powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych przez państwo miała być realizacją zasady odpowiedzialności państwa za tworzenie warunków na rzecz zdrowotnej kondycji społeczeństwa i uznania państwa za prawnego i moralnego gwaranta prawa obywateli do zdrowia”<sup>394</sup>. Umowa miała sformułować strukturę i cele asekuracji społecznych. W umowie zawarta była zgoda na konkretyzację priorytetowych programów zdrowotnych i opis problemów zdrowotnych. Co do składek ubezpieczeniowych zdecydowano, że ich wysokość będzie ustalał Sejm i że będą one płacone zarówno przez pracownika, jak i pracodawcę. Fakt ten stanowił konsekwencję zasady podzielonej odpowiedzialności za ryzyko powstania choroby i związanych z nią kosztów. Składki, dotacje pochodzące z różnych fundacji, stowarzyszeń czy z dochodów budżetowych miały zasilać opiekę medyczną.

Analizując powszechne ubezpieczenia zdrowotne przyjęto regułę, iż będą one gwarantowały dostęp do wszystkich usług zdrowotnych. Dla finansowania świadczeń pozostałych powstawały indywidualne lub grupowe asekuracje cząstkowe, które miały zasilać pozostałe świadczenia i które mogły dotyczyć tych usług medycznych, które były zagwarantowane w systemie ubezpieczeń społecznych. Oznaczało to, że ubezpieczony miał możliwość ubezpieczenia się w innym systemie np. prywatnym. Ideą przewodnią projektu społecznego K. Kuszewskiego, W. Majewskiej, J. Opolskiego oraz E. Wnuka-Lipińskiego oraz projektu autorskiego K. Tymowskiej, S. Golinowskiej i C. Włodarczyka było odejście od budżetowego sposobu finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce na rzecz przyjęcia modelu ubezpieczeniowego.

W 1990 roku Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej przedstawiło swoje stanowisko w sprawie reformy systemu opieki zdrowotnej. Wyrazem tego był dokument pt. „*Kierunki zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej. Proces reformowania opieki zdrowotnej.*” Położono nacisk na większą efektywność systemu ochrony zdrowia i zdecentralizowanie organizacji ochrony zdrowia. Celem projektowanych zmian zgodnie z wyżej wymienionym dokumentem miało być „zagwarantowanie bezpieczeństwa w

---

<sup>394</sup> S. Golinowska, K. Tymowska, C. Włodarczyk, Projekt opieki zdrowotnej w Polsce, „Gospodarka Narodowa” 1991, ss. 22-27

sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia a także możliwość uzyskania niezbędnej pomocy medycznej bez zwłoki i barier ekonomicznych<sup>395</sup>. Osiągnięcie powyższych celów miało nastąpić poprzez: wprowadzenie modelu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, możliwość organizacji ubezpieczeń dodatkowych na zasadzie dobrowolności, ustanowienie gminy podstawowym organizatorem opieki zdrowotnej dla lokalnych społeczności, wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej opartej na swobodnym wyborze lekarza ogólnego,<sup>396</sup> zagwarantowanie instytucjonalnego nadzoru nad jakością opieki zdrowotnej oraz rozszerzenie o środki finansowania opieki zdrowotnej poprzez z obowiązkowego powszechnego funduszu ubezpieczeń zdrowotnych oraz funduszy alternatywnych<sup>397</sup>. Ta ostatnia koncepcja miała przyczynić się do selekcji świadczeń finansowanych z obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oraz ponadstandardowych finansowanych z ubezpieczeń dodatkowych. Skutkiem założeń dokumentu rządowego miała być całkowita odpowiedzialność państwa za kształtowanie polityki prozdrowotnej z jednej strony a z drugiej poszerzenie wpływu samorządów terytorialnych na organizację systemu ochrony zdrowia. Dokument „*Kierunki zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej*” został zaaprobowany przez rząd T. Mazowieckiego (podczas posiedzenia Komitetu Społeczno-Politycznego Rady Ministrów jako dokument strategiczny) w listopadzie 1990 roku, jednakże nie wywołał żadnych skutków normatywnych.

Kolejnym etapem kształtowania się systemu opieki medycznej w III Rzeczypospolitej był rok 1992, w którym rząd Hanny Suchockiej przygotował *Projekt Założeń Ubezpieczenia Zdrowotnego Komitetu Społecznego*. Głównym autorem niniejszego dokumentu był socjolog Zbigniew Woźniak, według którego system opieki zdrowotnej powinien opierać się na modelu ubezpieczeniowym zaczerpniętym z okresu II Rzeczypospolitej. Postulowano wprowadzenie instytucji, które miałyby wykonywać zadania z zakresu ubezpieczeń zdrowotnych. Cechowałyaby je niezależność finansową i organizacyjną. Składka na ubezpieczenie zdrowotne miała wynosić 12-14% podstawy wymiaru składki, która miała stanowić główne źródło finansowania systemu ochrony zdrowia. Wysokość składki była uzależniona od różnych okoliczności m. in. od warunków i bezpieczeństwa w miejscu pracy, jak również od wysokości wynagrodzenia osoby ubezpieczonej. Jak podaje M. Dziubińska-Michalewicz „składka ubezpieczenia

---

<sup>395</sup> Kierunki zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej. Proces reformowania opieki zdrowotnej, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1990 r., s. 20

<sup>396</sup> Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Kierunki zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej. Proces reformowania opieki zdrowotnej, Warszawa 1990 r.

<sup>397</sup> Ibidem

zdrowotnego miała być rekompensowana poprzez obniżenie stóp procentowych podatku dochodowego od osób fizycznych”<sup>398</sup>.

„Założenia Ubezpieczeń Zdrowotnych, Opieka Zdrowotna dla Wszystkich” stanowiły dokument stworzony pod auspicjami Zespołu do spraw Reform Zabezpieczenia Społecznego i Systemu Świadczeń Zdrowotnych kierowanego przez Marka Balickiego. Postulowano w nim zagwarantowanie obywatelom powszechnego dostępu do świadczeń leczniczych, stworzenie zdecentralizowanego systemu zarządzania opieką medyczną. Miał on przybrać postać zarządu centralnego oraz regionalnych zarządów, do których obowiązków należało zawieranie kontraktów na świadczenie usług medycznych z publicznymi lub niepublicznymi placówkami służby zdrowia<sup>399</sup>. W ocenie z Krzysztofa Prętkiego początkowo zarządy miały rozporządzać środkami budżetowymi, w dalszej kolejności również dochodami ze składek ubezpieczeniowych, finansując koszty opieki nad mieszkańcami od opieki podstawowej do klinicznej. W późniejszym okresie postulowano, aby zarządy krajowy i regionalne przekształcić w instytucje ubezpieczeń zdrowotnych. Oddzielenie funkcji nabywcy świadczeń od funkcji organizatora procesu dostarczania świadczeń miało przyczynić się do wprowadzenia wewnętrznej konkurencji w staraniach o środki publiczne poprzez zawieranie kontraktów. Pacjenci mieli prawo wyboru lekarza a system opieki zdrowotnej miał bazować na następujących zasadach solidaryzmu społecznego, powszechności ubezpieczeń i gwarancji ubezpieczenia zdrowotnego<sup>400</sup>.

W 1993 roku pojawiły się dwa projekty modyfikacji systemu ochrony zdrowia w Polsce. Pierwszy zatytułowany został: „Założenia Ubezpieczeń Zdrowotnych. Opieka Zdrowotna dla Wszystkich” Międzyresortowego Zespołu do spraw Reform Zabezpieczenia Społecznego i Systemu Świadczeń Zdrowotnych kierowanego przez Marka Balickiego<sup>401</sup>. Zaproponowano w nim stworzenie zdecentralizowanego systemu zarządzania służbą zdrowia w postaci zarządu krajowego i regionalnych zarządów. Do ich obowiązków miało należeć kontraktowanie z zakładami opieki zdrowotnej (publicznymi i niepublicznymi) w kwestii koszyka świadczeń gwarantowanych. Pacjent miał posiadać prawo wyboru lekarza

---

<sup>398</sup> M. Dziubińska- Michalewicz, Projekty ubezpieczeń zdrowotnych, „Gospodarka Narodowa”, 1995 r. nr 1, s. 23

<sup>399</sup> Ibidem

<sup>400</sup> K. Prętki, Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej, op. cit., s. 77-80

<sup>401</sup> Międzyresortowy Zespół powołany przez Prezesa Rady Ministrów, w jego skład wchodził: M. Balicki, H. Górka, I. Woycicka a także A. Wiktorow, K. Wiśniewska, A. Koronkiewicz, Założenia Ubezpieczeń Zdrowotnych Opieka Zdrowotna dla Wszystkich „Antidotum”, Zarządzanie w opiece zdrowotnej 1993, nr 5, s. 43-47

opieki podstawowej, natomiast z usług lekarza specjalisty mógł korzystać na podstawie skierowania lekarza opieki podstawowej. System ochrony zdrowia miał bazować na zasadzie powszechności ubezpieczeń i gwarancji bezpieczeństwa zdrowotnego.

Drugą propozycją zmiany systemu ochrony zdrowia był projekt *Parlamentarno-Związkowego Zespołu Ubezpieczeń Zdrowotnych NSZZ „Solidarność”*<sup>402</sup>. Postulowano w nim powszechność i obligatoryjność ubezpieczeń zdrowotnych, wprowadzenie instytucji regionalnych i branżowych Kas Chorych. Miały one działać na zasadzie samorządności niezależności. Ponadto proponowano wprowadzenie ubezpieczeń prywatnych i dodatkowych, które umożliwiałyby pokrywanie kosztów świadczeń ponadstandardowych i leków pełnopłatnych. Zgodnie z założeniami powyższego projektu składka ubezpieczeniowa miała być obliczana, pobierana i odprowadzana przez pracodawcę. Nie opowiedziano się natomiast co do wysokości składki ubezpieczeniowej.

Poddając analizie wszystkie projekty reform systemu ochrony zdrowia od 1989 do 1993 roku należy stwierdzić, iż żaden z nich nie odniósł skutków prawnych i nie był wprowadzony w życie. Takiego stanu rzeczy należy się doszukiwać w wielu czynnikach. Po pierwsze, żaden z nich nie był dopracowany w sposób precyzyjny, a wynikało to z braku porozumienia i wspólnej wizji systemu ochrony zdrowia pomiędzy autorami różnych projektów. Każda z partii politycznych prezentowała inny punkt widzenia i posiadała inne priorytety w zakresie systemu ochrony zdrowia. Po drugie analizowane projekty charakteryzowały się różnym stopniem zróżnicowania merytorycznego. Każdy z twórców poszczególnych koncepcji reformatorskich przedstawiał różne pomysły uzdrowienia polskiej służby zdrowia i kształtowania polityki zdrowotnej<sup>403</sup>. Według C. Włodarczyka najlepszym sposobem na wprowadzenie reformy opieki zdrowotnej była: „budowa ponadpartyjnych koalicji zorientowanych na rozwiązanie najważniejszych problemów społecznych. Należy rozróżnić to co jest traktowane jako cel od tego co można opisać jako środek (co sprawiało, że ubezpieczenie zdrowotne bywało traktowane jako cel reformy). W procesie przygotowania reformy należy zachować ciągłość i kontynuację oraz nie powinny być tworzone grupy ekspertów związanych z jedną określoną opcją polityczną, propagujących określony model zmian w opiece zdrowotnej”<sup>404</sup>.

---

<sup>402</sup> Parlamentarno-Związkowy Zespół Ubezpieczeń Zdrowotnych NSZZ „Solidarność” w jego skład wchodził: S. Grzonkowski, T. Kamińska, E. Seferowicz, A. Koronkiewicz „Powszechne ubezpieczenia zdrowotne, „Antidotum”, Zarządzanie w opiece zdrowotnej 1995 r. nr 10, s. 23

<sup>403</sup> K. Prętki, Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej, op. cit., s. 77-80

<sup>404</sup> C. Włodarczyk, Wartości a nowa polityka zdrowotna państwa, Przyczynek do dyskusji, „Polityka Społeczna” 1992 r., nr 10

W 1994 roku rząd Pawlaka stworzył dokument programowy pt. „Strategia dla Polski”, który został przyjęty przez Sejm. Strategicznym celem rządu były przemiany gospodarczo-społeczne w państwie. Podstawową przesłanką ich pomyślnego przeprowadzenia miała być reforma systemu opieki zdrowotnej. W powyższym dokumencie przedstawiono następujące postulaty: zwiększenie wydajności systemu ochrony zdrowia, podwyższenie jakości usług medycznych oraz wprowadzenie stabilnych źródeł zasilania służby zdrowia. Ponadto oferowano społeczeństwu model ubezpieczeniowo-zaopatrzeniowy polegający na finansowaniu świadczeń medycznych z funduszy ubezpieczeniowych, środków budżetu państwa i samorządowych. Zgodnie z dokumentem „Strategia dla Polski” proponowano decentralizację elementarnej opieki zdrowotnej do poziomu szpitala rejonowego. Jednakże kluczowym założeniem było zagwarantowanie obligatoryjnych ubezpieczeń zdrowotnych, dodatkowych, które obejmowałyby ponadstandardowe usługi medyczne udzielane za opłatą oraz świadczeń poza sektorem publicznym. Dokument „Strategia dla Polski” pozostał jedynie w sferze projektu i nie wywołał żadnych skutków normatywnych<sup>405</sup>.

Kolejnym elementem reformy systemu ochrony zdrowia był projekt ustawy o świadczeniach zdrowotnych gwarantowanych przez państwo ze środków publicznych<sup>406</sup>. W niniejszym projekcie proponowano ubezpieczonemu prawo wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, udzielanie świadczeń ambulatoryjnym z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej na podstawie skierowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Jednak kluczowym założeniem ustawy miało być wprowadzenie zryczałtowanych dopłat za usługi pomocy doraźnej oprócz przypadków związanych z zagrożeniem życia, ciążą, porodem, nagłymi wypadkami oraz za świadczenia ponadstandardowe np. związane z przyjęciem na życzenie pacjenta do szpitala innego niż właściwy rejonowo i z zabiegami stomatologicznymi oraz chirurgii plastycznej<sup>407</sup>. Przewodnią ideą ustawy miało być zagwarantowanie powszechnego dostępu do świadczeń i usług medycznych, zrównanie wszystkich obywateli w prawach do bezpłatnej opieki zdrowotnej, zapewnienie prawa do uzyskania natychmiastowej pomocy medycznej bez

---

<sup>405</sup> Strategia dla Polski, Rządowy program polityki społeczno-gospodarczej na lata 1994-1997, „Przegląd Rządowy” 1994 r. nr 6, s. 47-93

<sup>406</sup> Projekt ustawy o świadczeniach zdrowotnych gwarantowanych przez państwo ze środków publicznych, druk sejmowy nr 1168, [www://ks.sejm.gov.pl/proc2/projekty/1168\\_p.htm](http://ks.sejm.gov.pl/proc2/projekty/1168_p.htm), dostęp 6.10.2014 r.

<sup>407</sup> P. Jakubek, W. Jakubowiak, Przebieg prac nad projektem ustawy o zakresie świadczeń gwarantowanych przez państwo ze środków publicznych oraz główne założenia nowego systemu udostępnienia świadczeń. „Antidotum” Zarządzanie w opiece zdrowotnej, 1994 r. nr 4, s. 5-7



względu na status społeczny w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia czy zdrowia<sup>408</sup>. Ustawa miała proklamować założenie, że ochrona zdrowia stanowi bezpłatny przywilej obywatelski. Przygotowanie projektu ustawy o świadczeniach zdrowotnych gwarantowanych przez państwo ze środków publicznych przez rząd stanowiło konkretyzację zobowiązania nałożonego przez Sejm na podstawie rezolucji z dnia 30 października 1992 roku, a także obowiązku nałożonego na Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej na podstawie programu rządowego „Bezpieczeństwo Socjalne Obywateli.” Powyższy projekt ustawy miał stanowić zapowiedź wprowadzenia powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych. W grudniu 1994 roku zwiększono intensywność prac nad tym pomysłem. Efektem tych starań było utworzenie „Założeń projektu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym”, które opracował powołany przez Ministra Zdrowia J. Żochowskiego zespół do spraw przygotowania założeń i projektu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego miały być: Kasa Pracowniczych Ubezpieczeń Zdrowotnych, która miała zapewniać świadczenia rzeczowe pracownikom i Kasa Rolniczych Ubezpieczeń Społecznych, która miała zapewnić świadczenia rolnikom. Organami Kasy Pracowniczej miały być: Rada Kasy jako organ uchwałodawczy i Prezes Kasy jako organ wykonawczy. System ochrony zdrowia miał się opierać na zasadzie samofinansowania, która polegała na ukształtowaniu poziomu składki umożliwiającej zabezpieczenie bieżących kosztów udzielania świadczeń. System ochrony zdrowia próbowano oprzeć na zasadach rynkowych to znaczy, iż Kasy Ubezpieczeń Zdrowotnych dokonywały obowiązku kontraktowania świadczeń ze świadczeniodawcami czyli zakładami opieki zdrowotnej oraz lekarzami prowadzącymi prywatne praktyki<sup>409</sup>.

W 1995 roku po objęciu stanowiska Prezesa Rady Ministrów Józef Oleksy zapowiedział sfinalizowanie *projektu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*. Rząd Oleksego skierował go do pierwszego czytania w Sejmie<sup>410</sup>. Postulowano stworzenie instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, którymi byłyby Regionalne Kasy Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego i ich rejonowe oddziały. Regionalne Kasy miały być tworzone i znoszone w drodze rozporządzenia przez Ministra Zdrowia, który określałby obszar ich działania. Obejmowałyby on jedno lub kilka województw. Organami Kasy miały być: rada nadzorcza z funkcją uchwałodawczą, naczelny dyrektor, naczelny lekarz

---

<sup>408</sup> Ibidem

<sup>409</sup> Założenia projektu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, „Zdrowie Publiczne“ 1994, nr 11, s. 6

<sup>410</sup> Expose Prezesa Rady Ministrów J. Oleksego z 3 marca 1995 roku, „Przegląd Rządowy”, 1995, nr 3-4, s. 9

zaufania ubezpieczenia zdrowotnego i komisja rewizyjna. Nadzór nad działalnością sprawowałyby Minister zdrowia i Opieki Społecznej według kryteriów zgodności z prawem i statutem. Osobom ubezpieczonym miały przysługiwać świadczenia z zakresu podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej służące ratowaniu życia, zdrowia, badania diagnostyczne i porady oraz opieka nad ciężarną. Według projektu rządowego system ubezpieczeń zdrowotnych miał być oparty na następujących regułach i wartościach aksjologicznych. Pierwszą miała być powszechność i obowiązkowość ubezpieczenia zdrowotnego, które miało obejmować całe społeczeństwo<sup>411</sup>. Według drugiej zasady system ubezpieczeń zdrowotnych miał bazować na wcześniej wspomnianych instytucjach ubezpieczeniowych- Kasach Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, które miały cechować się dużą samorządnością. Oznaczało to, iż Kasy miałyby zagwarantowaną swobodę działania i mogłyby występować jako odrębny podmiot w obrocie cywilnoprawnym<sup>412</sup>. Kolejną fundamentalną zasadą, na której miał się opierać system ubezpieczeniowy w Polsce była zasada solidaryzmu społecznego, według której koszty świadczeń zdrowotnych miały być ponoszone przez całe społeczeństwo, a wysokość składki ubezpieczeniowej płaconej przez osobę ubezpieczoną uzależniono by od jej dochodów. Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych to kolejna zasada, na której trzeba było oprzeć system ubezpieczeniowy<sup>413</sup>. Miało się ono odbywać na zasadach rynkowych w drodze konkursu ofert. Kontrakty miały określać zakres podmiotowy oraz przedmiotowy świadczeń zdrowotnych, warunki udzielania tychże świadczeń.

Drugim ważnym projektem w zakresie zmian systemu ochrony zdrowia w 1995 roku był projekt prezydencki, złożony do Sejmu z inicjatywy Lecha Wałęsy. Przewidywał on również powołanie do życia instytucji ubezpieczeniowych w postaci Regionalnych i Branżowych Kas Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego<sup>414</sup>. Terytorialna Kasa miała obejmować swoim zakresem działania obszar zamieszkały przez minimum 500.000 osób, natomiast Branżowa Kasa powinna być tworzona w sytuacji, gdy co najmniej 15 pracowników zakładu pracy utworzyło Radę Założycieli Zakładowej Kasy Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego i która uzyskała zgodę minimum 50% pracowników na utworzenie Zakładowej Kasy Chorych. Miały być one płatnikiem czyli trzecią stroną, która zawierałaby umowę o świadczenie usług zdrowotnych ze świadczeniodawcami np. ze

---

<sup>411</sup> K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, op. cit., s. 136

<sup>412</sup> Ibidem, s.137

<sup>413</sup> Ibidem, s.138

<sup>414</sup> K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, op. cit.,s. 140

szpitalami. Kasy miały być instytucjami niezależnymi od państwa, samorządnymi oraz posiadającymi osobowość prawną, własny budżet i statut. Organami Kas miały być: Rada i Zarząd. Nadzór nad Kasami miał pełnić Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Społecznych. Zarówno projekt rządowy, jak i prezydencki były rozpatrywane podczas prac parlamentarnych w Sejmie ale to rządowy projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym był fundamentem do przygotowania ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w 1997 roku, która wprowadzała całkowitą reorganizację systemu ochrony zdrowia <sup>415</sup>.

Reasumując niniejsze rozważania na temat kształtowania się systemu ochrony zdrowia do 1997 roku należy podkreślić, iż był to proces długotrwały i dynamiczny. Składał się z wielu etapów, które stanowiły odzwierciedlenie koncepcji reformatorskich zarówno partii politycznych, jak i twórców propozycji zmian systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Ilość pomysłów świadczyła o tym jak niezbędny jest dialog społeczny oraz potrzeba wzięcia pod uwagę różnych stanowisk i poglądów przy kreowaniu nowatorskich reform zmieniających system ochrony zdrowia. Omówione w tym rozdziale projekty aktów prawnych stworzone przez różne ugrupowania polityczne sprowadzały się do realizacji różnych postulatów: wprowadzenia ubezpieczeniowego modelu systemu ochrony zdrowia (składka ubezpieczeniowa miał być głównym źródłem finansowania systemu ochrony zdrowia), powszechnych i obowiązkowych ubezpieczeń społecznych opartych na wartościach aksjologicznych takich jak solidaryzm społeczny, sprawiedliwość społeczna, bezpieczeństwo socjalne, upodmiotowienie pacjenta, wolny wybór lekarza, polepszenie jakości świadczeń zdrowotnych, możliwość organizacji ubezpieczeń dodatkowych na zasadzie dobrowolności, decentralizacja systemu ochrony zdrowia.

Konkretyzacja wszystkich oczekiwań i wytycznych zawartych w powyższych projektach była trudna do zrealizowania. Wynikało to z faktu, iż w okresie transformacji brak było spójnej wizji przemian systemu ochrony zdrowia. Modyfikacje systemu ochrony zdrowia były dokonywane częściowo pod wpływem przeobrażeń dokonywanych w innych dziedzinach życia społeczno-gospodarczego czy politycznego. Żadne z ugrupowań politycznych funkcjonujących w okresie transformacji nie posiadało kompleksowej wizji systemu ochrony zdrowia. Nie wypracowano przejrzystego modelu funkcjonowania i organizacji systemu ochrony zdrowia wraz z określeniem sposobu jego osiągnięcia. Poza

---

<sup>415</sup> Rządowy projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, druk sejmowy nr 1167, [http://ks.sejm.gov.pl/proc2/1167\\_p.htm](http://ks.sejm.gov.pl/proc2/1167_p.htm), dostęp 4.06.2014 r.

tym w okresie transformacji można zauważyć chaos legislacyjny, który przyczynił się do braku stabilności w sferze ochrony zdrowia co w konsekwencji negatywnie odbiło się na pacjentach.

### **3.1 Ministerstwo Zdrowia**

Sposób funkcjonowania Ministerstwa Zdrowia w okresie transformacji ustrojowej przeszedł ogromną ewolucję. W okresie od 31 grudnia 1944 roku do 14 kwietnia 1945 roku na mocy ustawy z dnia 31 grudnia 1944 roku Resort ten przyjął nazwę najpierw Ministerstwa Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia<sup>416</sup>. Na mocy dekretu z 11 kwietnia 1945 w miejsce Ministerstwa Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia powstało Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej oraz Ministerstwo Zdrowia<sup>417</sup>. W 1960 roku utworzono Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. W okresie Polski Ludowej funkcjonował system ochrony zdrowia bazujący na modelu Siemaszki, którego głównym założeniem było finansowanie służby zdrowia z budżetu państwa. Ministerstwo Zdrowia jako organ centralny administracji rządowej było w czasach PRL odpowiedzialne za finansowanie i za organizację świadczeń opieki zdrowotnej.

Na początku istnienia III Rzeczypospolitej Resort Zdrowia funkcjonował pod nazwą Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, następnie na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 26 października 1999 roku zostało utworzone Ministerstwo Zdrowia<sup>418</sup>. Resort Zdrowia współcześnie jest również centralnym organem administracji publicznej, swoim zakresem działania obejmuje bowiem terytorium całego państwa. W doktrynie przedmiotu termin centralny organ administracji rządowej jest używany na określenie nie tylko kierownika organu, ale również urzędu (jednostki o innej nazwie)<sup>419</sup>. Konstytucja z dnia 2 kwietnia 1997 roku w art. 149 ust. 1 stanowi, iż resorty są tworzone jest w drodze ustawy zwykłej.

### **3.2 Rola Ministerstwa Zdrowia**

Ministerstwo Zdrowia posiada dziś głównie funkcję polityczną, strategiczną i kontrolną. Ma duży wpływ na tworzenie kierunków polityki zdrowotnej w państwie, koordynuje programy zdrowotne dotyczące między innymi zdrowia publicznego,

---

<sup>416</sup> Ustawa z dnia 31 grudnia 1944 roku w sprawie utworzenia Ministerstwa Pracy, Opieki społecznej i Zdrowia, Dz. U. 1944, nr 19, poz. 99 ze zm.

<sup>417</sup> Dekret z dnia 11 kwietnia 1945 w sprawie utworzenia Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej oraz Ministerstwa Zdrowia Dz. U. 1945, nr 12, poz. 63 ze zm.

<sup>418</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 października 1999 roku w sprawie utworzenia Ministerstwa Zdrowia Dz. U. 1999, nr 91, poz. 1018 ze zm.

<sup>419</sup> Z. Leoński, Zarys prawa administracji, Warszawa 2004, s. 102

profilaktyki, ponadto kształtuje pod względem funkcjonalnym i instytucjonalnym kształt całego systemu ochrony zdrowia<sup>420</sup>. Resort Zdrowia jest odpowiedzialny za finansowanie wysokobudżetowych i wysokospecjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 maja 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji finansowanych jest 12 świadczeń wysokospecjalistycznych: przeszczepienie wątroby, przeszczepienie serca, przeszczepienie płuca, przeszczepienie komórek wysp trzustkowych, przeszczepienie komórek przytarczyc, wideotorakoskopowa ablacja w ciężkim, niepoddającym się leczeniu farmakologicznemu migotaniu przedsionków, operacje wad wrodzonych serca i wielkich naczyń u dzieci do ukończenia 1 roku życia z wyłączeniem operacji izolowanych przewodów tętniczych, operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym, przezskórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca, kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18, w tym przezskórne zamykanie przecieków z użyciem zestawów zamykających, mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami<sup>421</sup>. Ministerstwo Zdrowia finansuje również wybrane świadczenia z zakresu ratownictwa medycznego.

Kolejną funkcją realizowaną przez Resort Zdrowia jest funkcja kontrolna. Funkcje nadzorcze można podzielić na różne rodzaje uprawnień: stały nadzór ogólny nad konkretną instytucją sprawowany przez ministra zdrowia przy zastosowaniu kryterium legalności, celowości, gospodarności i rzetelności i nadzór nad gospodarką finansową instytucji przez ministra finansów przy zastosowaniu kryterium legalności, celowości, gospodarności i rzetelności oraz zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym ze stanem faktycznym<sup>422</sup>.

Ministerstwo Zdrowia posiada nadzór nad Głównym Inspektoratem Farmaceutycznym, Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych Głównym Inspektoratem Sanitarnym oraz Agencją Oceny Technologii Medycznych<sup>423</sup>.

#### **4. Ustrój systemu ochrony zdrowia III Rzeczypospolitej w świetle postanowień ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o ubezpieczeniu powszechnym**

---

<sup>420</sup> S.Golinowska, Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia, Warszawa 2012, s. 49

<sup>421</sup> Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 maja 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji Dz. U. 2015, poz. 707 ze zm.

<sup>422</sup> Zarządzenie Nr 33/2007 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2007 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia

<sup>423</sup> S. Golinowska, Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia, op. cit., s. 49

Ustrój systemu ochrony zdrowia to prawne zasady regulujące strukturę i sposób funkcjonowania oraz jego instytucji. Na strukturę systemu ochrony zdrowia składają się następujące elementy, które zostaną poddane analizie w tym rozdziale: podmioty opieki zdrowotnej w szerokim tego słowa znaczeniu czyli świadczeniodawcy, świadczeniobiorcy i płatnicy, świadczenia opieki zdrowotnej czyli wszystkie te świadczenia, które przysługują ubezpieczonemu ex lege bezpłatnie i te, które są udzielane prywatnie oraz źródła finansowania systemu. Powyższe składniki systemu ochrony zdrowia zostały szczegółowo uregulowane w ustawie z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która będzie omówiona poniżej.

#### **4.1 Instytucja Kasy Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego**

W dniu 26 stycznia 1996 roku Prezydent Aleksander Kwaśniewski przyjął dymisję ówczesnego premiera J. Oleksego, a w dniu 7 lutego 1996 roku powstał rząd W. Cimoszewicza. W swoim exposé wygłoszonym dnia 14 lutego 1996 roku nowy Prezes Rady Ministrów postulował przeprowadzenie kilku znaczących reform, w tym reformy służby zdrowia. Do priorytetów rządu należało przygotowanie i uchwalenie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Podstawą przygotowania niniejszego aktu prawnego był projekt rządowej ustawy ubezpieczeniowej przygotowanej przez rząd J. Oleksego<sup>424</sup>. Podczas debaty parlamentarnej 4 listopada 1996 roku koncepcja ta uzyskała akceptację niektórych ugrupowań politycznych np. PSL, z tym, że została również poddana krytyce przez UW, UP i BBWR. Przedstawiciel klubu parlamentarnego PSL J. Kopczyk podkreślał walory powyższego projektu, twierdził, iż utworzenie w ochronie zdrowia systemu ubezpieczeniowego opartego na modelu Bismarcka w miejsce budżetowego opartego na modelu Siemaszki było następstwem oczekiwań różnorodnych środowisk politycznych, społecznych, pracowników służby zdrowia, pacjentów i parlamentu. (...) System ubezpieczeń zdrowotnych miał na celu odgraniczenie organizatora świadczeń (administrację rządową i samorządową) od podmiotu finansującego świadczenia (Kas) i dostawcy usług medycznych. Wprowadzenie systemu ubezpieczeń zdrowotnych i systemu Kas było nowatorskim projektem i dużym sukcesem w dziedzinie ubezpieczeń zdrowotnych<sup>425</sup>.

Na temat koncepcji powołania Kas wypowiedało się krytycznie wiele partii politycznych między innymi Unia Wolności i Unia Pracy. M. Balicki z UW wyraził

---

<sup>424</sup> K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, op. cit. , s. 136

<sup>425</sup> *Ibidem*, s. 158

krytykę projektu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Uważał, iż jest on niedopracowany i sprzeczny z kierunkiem przemian społeczno-ekonomicznych kształtujących się po transformacji ustrojowej<sup>426</sup>. Jednakże najpoważniejszy zarzut dotyczył sposobu określania składki, a mianowicie pakiet świadczeń medycznych wybrany przez ubezpieczonego nie warunkował wysokości tej składki ani nie był skorelowany z ryzykiem zdrowotnym. Kolejnym mankamentem w opinii przedstawiciela UW był brak udziału samorządów w procesie kształtowania systemu zdrowotnego. Nie przyznano bowiem samorządom gminnym funduszy na działalność przejmowanych przez nie placówek służby zdrowia<sup>427</sup>. Ideą UW było stworzenie samorządowo-ubezpieczeniowego modelu systemu ochrony zdrowia. Stanowisko w sprawie projektu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zajął również G. Marciniak z UP. Uważał on, iż projekt nie zawierał postulatów zgłaszanych przez Izbę Lekarską, Ogólnopolski Związek Lekarzy i Społeczną Komisję Zdrowia NSZZ Solidarność. Ponadto według Marciniaka w projekcie nie było zapisu dotyczącego jakiegokolwiek gwarancji poprawy sytuacji służby zdrowia oraz dostępu do świadczeń i usług medycznych. Kolejny zarzut dotyczył sposobu określania składki, która według projektu trafiała bezpośrednio do Kasy Chorych. Powinna natomiast być ustalana przez rząd i trafiać do budżetu państwa. Krytycznie o wprowadzeniu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wypowiedział się S. Kowolik z BBWR. Skonstatował, iż projekt powyższego aktu prawnego nie gwarantował pacjentom w zasadzie żadnego poczucia bezpieczeństwa w razie choroby oraz nie miał na uwadze postulatów środowisk medycznych<sup>428</sup>. Jednakże 6 lutego 1997 roku pomimo oporu ze strony różnych ugrupowań politycznych (UW, UP, BBWR) Sejm uchwalił ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, której termin *vacatio legis* określony został na dwa lata (ustawa weszła w życie 1 stycznia 1999 roku).

Od momentu uchwalenia przez Sejm Rzeczypospolitej *ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnych ubezpieczeniach zdrowotnych w Polsce* zaczął obowiązywać system ubezpieczeniowy. Polegał on na odejściu od finansowania opieki zdrowotnej z budżetu państwa. Jednakże obok instytucji finansujących świadczenia zdrowotne w postaci Kas

---

<sup>426</sup> L. Rudnicka, M. Durlik, Założenia do efektywnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce, System Zdrowie 2002, „Antidotum” – Zarządzanie w opiece zdrowotnej 2001 r. nr 2; szerzej: M. Dercz, H. Izdebski, Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa, Warszawa-Poznań 2001, s. 158)

<sup>427</sup> A. Dudek, Pierwsze lata III Rzeczypospolitej 1989- 2001, Warszawa 2002, s. 454; szerzej: M. Balicki, A. Koronkiewicz, System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej, [w:] Prawo medyczne, pod red. L. Kubickiego Wrocław 2003, s. 134

<sup>428</sup> K. Prętki, Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej, op. cit., s. 160

Chorych możliwe było również finansowanie niektórych świadczeń wysokospecjalistycznych z budżetu państwa. W ramach niniejszego modelu oprócz świadczeniobiorców czyli pacjentów, świadczeniodawców czyli np. szpitali wprowadzono tzw. trzecią stronę czyli płatnika w formie Kasy Chorych. Funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia polegało na zastąpieniu bilateralnych relacji pacjent-lekarz stosunkiem trójstronnym. Reforma służby zdrowia dokonana w 1997 roku oparta była o konstrukcję rynku wewnętrznego dlatego też stosunek pomiędzy płatnikiem a świadczeniodawcami stanowił kluczowy jego składnik. Zgodnie z regułami rynkowymi chodziło o zapewnienie powszechnego dostępu do opieki medycznej oraz udoskonalanie i monitorowanie jakości świadczeń medycznej. Głównym założeniem idei rynku wewnętrznego było współzawodnictwo (konkurencja) o środki publiczne, których miernikiem była składka ubezpieczeniowa<sup>429</sup>. Koncepcja Kas Chorych wiązała się z zasadniczą zmianą formuły organizacji i finansowania ochrony zdrowia. Oznaczało to nawiązanie do tradycji okresu międzywojennego (w rozdziale II rozprawy wspomniano, że Kasy Chorych funkcjonowały już w II Rzeczypospolitej) oraz wyeksponowanie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, jak również skupienie się na nowych założeniach gospodarki rynkowej. Według S. Golinowskiej instytucja Kas Chorych opierała się na koncepcji decentralizacji i upodmiotowienia społeczeństwa w następujących punktach w systemie ubezpieczeniowym źródłem finansowania są indywidualne, celowe składki ubezpieczeniowe obywateli. Posiadali oni świadomość indywidualnego wkładu finansowego, środki pochodzące ze składek były przeznaczane na świadczenia zdrowotne. Państwo nie mogło więc w bezpośredni i dowolny sposób decydować o wysokości środków na służbę zdrowia. Ponadto w systemie ubezpieczeniowym przejrzystość przepływu środków jest większa a zatem kontrola społeczna może być bardziej realna niż w systemie budżetowym<sup>430</sup>. Kasy Chorych odpowiadają nie przed władzą centralną, ale przed swoimi ubezpieczonymi<sup>431</sup>. Ich działania są nastawione na sprostanie wymogom osób ubezpieczonych a nie administracji rządowej (Ministerstwa Zdrowia). Tak więc to ubezpieczeni przynajmniej w

---

<sup>429</sup> C. Włodarczyk, Dekada reform, „Służba Zdrowia” 1998, nr 60-62

<sup>430</sup> S. Golinowska, Z. Czepulis-Rutkowska, M. Sitek, Opieka zdrowotna w Polsce po reformie, Warszawa 2002, s.80

<sup>431</sup> Ibidem, s. 83



teorii kształtują politykę zdrowotną w swojej Kasie<sup>432</sup>. W koncepcji Kas Chorych bardzo dużą wagę przywiązywano do wolnego wyboru Kasy, lekarza i placówki zdrowia<sup>433</sup>.

W doktrynie przedmiotu miała miejsce polemika na temat statusu Kas Chorych ponieważ ustawodawca nie określił w sposób precyzyjny charakteru prawnego powyższych instytucji. W świetle przepisów prawa jest ustalenie czy powyższe instytucje są osobami prawnymi o statusie państwowych jednostek organizacyjnych czy też nie<sup>434</sup>. Zakwalifikowanie Kas Chorych jako państwowe jednostki organizacyjne ma kluczowe znaczenie dla wszystkich podmiotów, które wchodzi w różnorakie relacje z nimi. Świadczeniodawcy usług medycznych (ZOZ-y) zawierający kontrakt z daną Kasą Chorych muszą zdawać sobie sprawę nie tylko z celu jaki przyświeca powyższej umowie, ale również kto jest jej stroną. W sytuacji, gdy założymy, że Kasy Chorych były państwowymi jednostkami organizacyjnymi to dochodzimy do wniosku że stroną kontraktu jest Skarb Państwa a wszystkie zaległości w płatnościach mogły być egzekwowane bezpośrednio od Fiscusa. Jednocześnie nie podlegały one całkowitej egzekucji komorniczej. Zdaniem M. Capika ZOZ-y miałyby wówczas możliwość sięgania do zasobów Skarbu Państwa i środki finansowe pozyskane w ten sposób pozostałyby tylko w ich gestii ponieważ podlegałyby egzekucji w ograniczonym stopniu.

Taki układ wynika z przepisów kodeksu postępowania cywilnego<sup>435</sup>, które należności państwowych jednostek organizacyjnych nakazują traktować wyjątkowo (art. 831 § 1 pkt. 4 k.p.c.). Określenie, że Kasa Chorych jest państwową jednostką organizacyjną dla ZOZ-u oznaczałoby możliwość większej swobody w zarządzaniu funduszami otrzymanymi za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej<sup>436</sup>.

W tym miejscu warto przytoczyć treść uchwały Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia 2001 roku (sygnatura akt III CZP 12/01)<sup>437</sup>, w której jednoznacznie rozstrzygnął, iż Kasa Chorych nie jest państwową jednostką organizacyjną. Sąd Najwyższy wyjaśnił istotę państwowych osób prawnych i skonstatował, że państwowe osoby prawne mimo ich

---

<sup>432</sup> Ibidem, s. 82-83; szerzej: E. Marcinkowska, Outsourcing w zarządzaniu szpitalem publicznym, Warszawa 2012, s. 38-41

<sup>433</sup> A. Koronkiewicz, W. Masłowski, System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, Warszawa 2002, s. 42;

<sup>434</sup> M. Capik, M. Capik „Status Kasy Chorych, „Medycyna po Dyplomie”, Vol. 10/nr 7/Lipiec- Sierpień 2001, ss. 23-24

<sup>435</sup> Ustawa z dnia 17 listopada 1964-Kodeks postępowania cywilnego, Dz. U. 2014, Nr 43, poz. 934 ze zm.

<sup>436</sup> M. M Capikowie, Status Kasy Chorych, „Medycyna po Dyplomie”, Vol. 10/nr 7/Lipiec- Sierpień 2001 r, ss.23-24; szerzej M. Pełka, Podstawy prawne i zakres odpowiedzialności cywilnej Kas Chorych, „Prawo i Medycyna” 6-7 vol. 2 2000 r., ss. 31-47

<sup>437</sup> Uchwała SN z dnia 27 kwietnia 2001 roku (sygn. Akt III CZP 12/01)

wydzielenia z ogólnej masy mienia państwowego, którym dysponuje Skarb Państwa, z gospodarczego punktu widzenia należą do państwa, które wyposażyło je w mienie, ma ono znaczący wpływ na ich powstanie, organizację i likwidację. Te kompetencje Fiscusa wynikają z ustaw ustrojowych dotyczących tych państwowych osób prawnych. Państwowe jednostki organizacyjne, które realizują zadania powierzone przez państwo działają w jego imieniu i na jego rzecz. Ponadto Skarb Państwa nadzoruje je. Sąd Najwyższy powołuje się w swoim orzeczeniu na treść art. 66 ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym<sup>438</sup>, zgodnie z którym Kasa Chorych jest instytucją samorządną, reprezentującą ubezpieczonych i posiadającą osobowość prawną. SN w oparciu o ten artykuł uzasadnił status Kas Chorych. Oznacza to że jedną z głównych zasad, na których oparto powszechne ubezpieczenie zdrowotne, jest zasada samorządności. Z samorządności wynika niezależność od organów administracji publicznej i samorządu terytorialnego, samodzielność w odniesieniu kreowania struktur organizacyjnych oraz niezależność w wykonywaniu zadań.

Podstawowe znaczenie w kwestii przynależności Kas Chorych do państwowych lub niepaństwowych osób prawnych ma stwierdzenie, że Skarb Państwa przy ich tworzeniu nie wyposaża je w mienie państwowe. Majątek Kasy Chorych tworzą przede wszystkim ubezpieczeni przez wnoszenie składek na ubezpieczenie zdrowotne. Działalność Kas Chorych nie jest prowadzona dla żadnych profitów, a ubezpieczenie zdrowotne oparte jest na zasadzie samofinansowania, natomiast w przypadku wystąpienia niedoboru pożyczkę może udzielić tylko sejmik województwa. Te okoliczności prawdopodobnie przesądziły też, że w ustawie z dnia 9 kwietnia 1999 r. o zmianie ustawy o zamówieniach publicznych<sup>439</sup> wśród podmiotów zobowiązanych do stosowania procedury zamówień publicznych dopisano jednostki organizacyjne ubezpieczenia zdrowotnego oraz Krajowy Związek Kas Chorych. Zaliczenie Kas Chorych do państwowych osób prawnych obligowałoby je do stosowania procedury zamówień publicznych. To nowelizacja ustawy w zamówieniach publicznych przesądziła o tym, że kasy chorych nie stosują procedury zamówień publicznych przy zawieraniu umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz usług transportu sanitarnego<sup>440</sup>.

---

<sup>438</sup> Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym Dz. U. 1997 r., Nr 28, poz. 153 ze zm.

<sup>439</sup> Ustawa z dnia 9 kwietnia 1999 roku o zmianie ustawy o zamówieniach publicznych, Dz. U. 1999, nr 45, poz. 437 ze zm.

<sup>440</sup> Uchwała SN z dnia 27 kwietnia 2001 r. III CZP 12/01; szerzej: J. Jończyk, Wybrane problemy ochrony zdrowia, „Prawo i Medycyna” 1/2004 r. (14, vol. 6)

Kasy Chorych nie zaliczono do państwowych jednostek organizacyjnych (państwowych osób prawnych na podstawie ustawy o zamówieniach publicznych. Jest to dodatkowy powód przemawiający za tym, że także na mocy przepisów kodeksu cywilnego Kasa Chorych nie jest państwową osobą prawną, zaś na gruncie przepisów kodeksu postępowania cywilnego (w tym art. 831 § 1 pkt. 4) - państwową jednostką organizacyjną<sup>441</sup>.

Sąd Najwyższy stwierdził w wyroku z dnia 27 kwietnia 2001 roku (sygn. Akt III CZP 12/01, że Kasy Chorych to specyficzne korporacyjne osoby prawne ponieważ ich członkami są osoby ubezpieczone. Osoby te przez wnoszenie składki na powszechne ubezpieczenie tworzą majątek kasy chorych. Mają one jednak ograniczony wpływ na wybór przedstawicieli organów kas chorych, gdyż wybierają tylko delegatów do sejmiku województwa, który wybiera członków rady kasy chorych. Kasy Chorych nie mają przy tym wpływu na ustalenie wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne, gdyż określa to *ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*. Ustawodawca w art. 65 analizowanego aktu normatywnego wyróżnił regionalne i branżowe Kasy Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego (KPUZ) oraz Krajowy Związek Kas Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego (KZKPUZ). Regionalne Kasy tworzy i znosi oraz ustala obszar ich działania Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w drodze rozporządzenia na wniosek Rady Krajowego Związku Kas. KPUZ wykonywały zadania z zakresu ubezpieczeń zdrowotnych stając się płatnikiem czyli podmiotem gwarantującym świadczenia lecznicze wszystkim ubezpieczonym członkom opłacającym składkę.

Od 1997 roku funkcjonowało 17 Kas Chorych, 16 regionalnych i jedna Branżowa dla Służb Mundurowych. Kasy Chorych nosiły nazwy województw, stanowiło to wyznacznik obszaru ich działania. Wyróżniano następujące Kasy: Dolnośląska, Kujawsko-Pomorska, Lubelska, Lubuska, Łódzka, Małopolska, Mazowiecka, Opolska, Podkarpacka, Podlaska, Pomorska, Pomorska, Śląska, Świętokrzyska, Warmińsko-Mazurska, Wielkopolska i Zachodniopomorska. Z kolei Branżowa Kasa Chorych dla Służb Mundurowych zgodnie z *rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 grudnia 1998 roku* powołana została dla: żołnierzy zawodowych oraz żołnierzy odbywających służbę okresową lub nadterminową zasadniczą służbę wojskową, funkcjonariuszy Policji,

---

<sup>441</sup> J. Jończyk, Wybrane problemy ochrony zdrowia, „Prawo i Medycyna” 1/2004 r. (14, vol. 6)

funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej,<sup>442</sup> funkcjonariuszy Służby Więziennej, funkcjonariusze Straży Granicznej, funkcjonariusze Urzędu Ochrony Państwa, emerytów i rencistów pobierających świadczenia na podstawie:

- ustawy z dnia 28 kwietnia 1983 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników kolejowych i ich rodzin<sup>443</sup>
- ustawy z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin<sup>444</sup>
- ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Urzędu Ochrony Państwa, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin<sup>445</sup>
- kombatanci, o których mowa w ustawie z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego<sup>446</sup>
- pracowników zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych wymienionych w statucie Ministerstwa Obrony Narodowej utworzonych na podstawie przepisów o Służbie Więziennej<sup>447</sup>.

Krajowy Związek Kas z kolei zrzeszał regionalne i branżowe KPUZ, a do jego nadrzędnych funkcji należało monitorowanie i kontrolowanie działalności KPUZ, a także formułowanie wytycznych dla nich w aspekcie polityki prozdrowotnej.

#### **4.2 Podmiotowy zakres świadczeń w świetle postanowień ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym**

*W ustawie z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* dominującą formą była obowiązkowość ubezpieczenia, jednakże osoby nieobjęte ubezpieczeniem obowiązkowym miały możliwość ubezpieczenia się dobrowolnie. Dlatego też *ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* roku wyróżniała ubezpieczonych obligatoryjne i fakultatywne.

---

<sup>442</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 grudnia 1998 roku w sprawie utworzenia Mundurowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych Dz. U. 1998 Nr 248, poz. 969 ze zm.

<sup>443</sup> Ustawa z dnia 28 kwietnia 1983 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników kolejowych i ich rodzin, Dz. U. 1983, Nr 23, poz.99

<sup>444</sup> Ustawa z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin, Dz. U. 1993, Nr 1, poz. 330

<sup>445</sup> Ustawa z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Urzędu Ochrony Państwa, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin, Dz. U. 1994, Nr 53, poz. 214 ze zm.

<sup>446</sup> Ustawa z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach, Dz. U. 1991, Nr 1, poz. 1206

<sup>447</sup> Ustawa z dnia 9 kwietnia 2010 o służbie więziennej, Dz. U. 2010, Nr 40, poz. 227

Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego w myśl art. 8 analizowanej ustawy podlegały osoby, które można podzielić na następujące grupy: pracownicy zatrudnieni na podstawie umowy o pracę, osoby wykonujące pracę na podstawie umowy cywilnej (agencyjnej lub zlecenia), osoby wykonujące pracę nakładczą, osoby prowadzące pozarolniczą działalność. Kolejną grupą osób to osoby związane ze środowiskiem rolniczym czyli rolnicy i członkowie rolniczych spółdzielni rolniczych. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym gwarantowała również ubezpieczenie funkcjonariuszom publicznym czyli żołnierzom, policjantom, funkcjonariuszom Urzędu Ochrony Państwa, funkcjonariuszom Straży Granicznej, funkcjonariuszom Służby Więziennej, funkcjonariuszom Państwowej Straży Pożarnej, posłom i senatorom oraz sędziom i prokuratorom. Obowiązkowemu ubezpieczeniu podlegały osoby pobierające emeryturę lub rentę, osoby w stanie spoczynku pobierające uposażenie lub uposażenia rodzinne oraz osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby, osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne, osoby pobierające rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej<sup>448</sup>. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym uwzględniała w art. 8 ust. 10 i 11 również zabezpieczenie zdrowotne dla dzieci i młodzieży. Ubezpieczonymi były dzieci, uczniowie oraz słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty, nie pozostający na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu, studenci i słuchacze studiów doktoranckich, nie pozostający na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu, osoby pobierające stypendium sportowe po ukończeniu 15 roku życia, nie objęte ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu.

Bezrobotni, kombatanci, osoby korzystające z urlopu wychowawczego, osoby duchowne oraz słuchacze Państwowej Szkoły Administracji Publicznej korzystały z ubezpieczenia zdrowotnego na mocy art. 8 ust. 12, 13, 14 15, 16 i 17 *ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*. Wyżej wymienione osoby były objęte ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem zgłoszenia się do ubezpieczenia zdrowotnego i opłacenia składki a przestawały być ubezpieczone z dniem złożenia wniosku o rezygnację z ubezpieczenia zdrowotnego. Należy wspomnieć, iż dla każdej grupy ludności obowiązek ubezpieczenia posiadał różną podstawę prawną w zakresie reguł, trybu oraz terminów

---

<sup>448</sup> Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 153 ze zm.

zgłaszania do ubezpieczenia<sup>449</sup>. Dla pracowników, rolników, osób prowadzących działalność gospodarczą, osób wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej, członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych, osób duchownych, twórców i adwokatów obowiązek ubezpieczenia powstawał i wygasał w terminach określonych w przepisach o ubezpieczeniu społecznym pracowników a w stosunku do rolników w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników. W przypadku żołnierzy i funkcjonariuszy służb mundurowych powstaje z dniem nawiązania stosunku służbowego a wygasa z dniem jego ustania. Obowiązek ubezpieczenia senatorów i posłów powstaje z dniem otrzymania uposażenia, a wygasa z dniem zaprzestania pobierania uposażenia, w przypadku emerytów i rencistów powstaje on z dniem pobrania emerytury lub renty a wygasa z dniem pobierania świadczenia. Uczniowie objęci są ubezpieczeniem zdrowotnym w momencie przyjęcia do szkoły a przestają być ubezpieczeni z dniem ukończenia szkoły. U osób pobierających zasiłek przedemerytalny lub rentę socjalną obowiązek ubezpieczenia obejmuje okres pobierania zasiłku przedemerytalnego lub renty. Osoby korzystające z urlopów wychowawczych podlegały ubezpieczeniu wraz z dniem rozpoczęcia urlopu natomiast obowiązek ubezpieczeniowy wygasał w momencie zakończenia urlopu.

*Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* oprócz katalogu osób obligatoryjnie ubezpieczonych poruszała również kwestię osób fakultatywnie ubezpieczonych. Zgodnie z art. 9 niniejszej ustawy takie osoby mogły być ubezpieczone na podstawie pisemnego wniosku złożonego w kasie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego<sup>450</sup>. Dobrowolnie mogły się również ubezpieczyć cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizej pobytowej z prawem do pracy, karty stałego pobytu lub karty czasowego pobytu. Powyższa ustawa stanowiła, iż cudzoziemcy zatrudnieni w obcych przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach konsularnych, misjach, misjach specjalnych lub międzynarodowych instytucjach nie mogą podlegać ubezpieczeniu w Kasach Chorych, chyba że międzynarodowe umowy ratyfikowane przez RP stanowią inaczej.

Ustawodawca w *ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* w trosce o członków rodziny ubezpieczonego wprowadził możliwość zgłaszania do ubezpieczenia członków rodziny, którzy nie byli objęci ubezpieczeniem. Jednakże ustawa posiadała wiele mankamentów dotyczących zakresu podmiotowego ubezpieczenia zdrowotnego. Jednym z

---

<sup>449</sup> A. Koronkiewicz, W. Masłowski, System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, Warszawa 2002, s. 42

nich był brak przepisu zapewniającego młodym ludziom po skończonej edukacji ubezpieczenia zdrowotnego do czasu podjęcia przez nich pracy. Osoby w momencie ukończenia szkoły średniej lub studiów nie podlegali już ubezpieczeniu ponieważ w rozumieniu ustawy nie byli ani studentami ani uczniami. Kolejnym niedociągnięciem ustawy było niezagwarantowanie nieubezpieczonym kobietom w okresie ciąży i porodu bezpłatnej pomocy medycznej. To samo dotyczyło wydawania leków, które powinny być wydawane na takich samych zasadach co ubezpieczonym. Ustawa nie objęła ubezpieczeniem zdrowotnym żołnierzy odbywających zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenia i ćwiczenia wojskowe, pełniących służbę wojskową w czasie mobilizacji i w czasie wojny.

#### **4.3 Zakres przedmiotowy w świetle postanowień ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym**

Zgodnie z *ustawą z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* ubezpieczonym osobom przysługiwały świadczenia mające na celu:<sup>451</sup>

- zachowanie zdrowia oraz zapobieganie chorobom i urazom,
- wczesne wykrywanie chorób,
- leczenie,
- zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.

W celu realizacji powyższych uprawnień Kasa Chorych zapewnia ubezpieczonemu w szczególności:

- badanie i poradę lekarską,
- badanie diagnostyczne,
- leczenie (ambulatoryjne, w domu chorego, szpitalne oraz w ramach pomocy doraźnej),
- rehabilitację leczniczą,
- świadczenie pielęgniarskie,
- opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i porodu i karmienia piersią niemowląt, opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia,
- opiekę profilaktyczną,

---

<sup>451</sup> K.Tymowska, System opieki zdrowotnej tworzony regulacjami ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, „Gabinet Prywatny“ 2000 nr 3, s. 31.

- zaopatrzenie w leki i materiały medyczne,
- zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz lecznicze środki techniczne,
- orzekanie o stanie zdrowia,
- opiekę paliatywno-hospicyjną,
- świadczenia w środowisku nauczania i wychowania <sup>452</sup>.

*Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* zawiera negatywny katalog świadczeń, które nie przysługują ubezpieczonym. Zalicza do nich świadczenia, których sposób finansowania określają odrębne przepisy, w tym świadczenia służby medycyny pracy, orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie ubezpieczonego, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej lub uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, świadczenia zdrowotne w szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach uzdrowiskowych nie związane z bezpośrednią przyczyną skierowania ubezpieczonego na leczenie uzdrowiskowe, świadczenia zdrowotne z zakresu stomatologii, inne niż świadczenia podstawowe określone w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2000 roku w sprawie wykazu podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych* <sup>453</sup>:

- szczepienia ochronne inne niż zlecone do wykonania Kasom Chorych przez ministra właściwego do spraw zdrowia,
- świadczenia ponadstandardowe, których wykaz określi, w drodze rozporządzenia, minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych; świadczenia te ubezpieczony finansuje ze środków własnych,
- świadczenia zdrowotne finansowane z budżetu państwa określane jako wysokospecjalistyczne procedury medyczne (*rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 listopada 1998 roku w sprawie wykazu*

---

<sup>452</sup> Ibidem

<sup>453</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2000 roku w sprawie wykazu podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych, Dz. U 2000, nr 72, poz. 851 ze zm.



*wysokospecjalistycznych procedur medycznych z budżetu państwa oraz zasad i trybu udzielania tych świadczeń*)<sup>454</sup>.

Świadczenia zdrowotne można podzielić na podstawowe, specjalistyczne i wysokospecjalistyczne. Te pierwsze są domeną lekarzy rodzinnych i powinny obejmować: zachowanie, przywracanie, poprawę i promocję zdrowia a także ratowanie życia, w szczególności badania, porady i zabiegi lekarskie, badania diagnostyczne, leczenie, rehabilitację leczniczą, opiekę pielęgnacyjną oraz szczepienia ochronne, planowe działania zapobiegawcze a także uzupełniającą specjalistykę ambulatoryjną (chirurg, laryngolog, okulista czy kardiolog)<sup>455</sup>. Natomiast do świadczeń specjalistycznych, które są realizowane najczęściej przez specjalistyczne poradnie przyszpitalne zaliczamy m.in.: udzielanie konsultacyjnej pomocy lekarzowi pierwszego kontaktu, czasowe przejęcie opieki specjalistycznej ambulatoryjnej nad niektórymi pacjentami, konsultowanie przez lekarzy „wysokiej” specjalistyki ambulatoryjnej pacjentów z zakresu hospitalizacji dziennej lub całodobowej, tworzenie działów diagnostyki i terapii w systemie pobytu dziennego w strukturze organizacyjnej szpitala<sup>456</sup>. Świadczenia wysokospecjalistyczne realizowane są przez uniwersyteckie szpitale kliniczne oraz wysokospecjalistyczne szpitale. Stanowią one ośrodki konsultacyjne dla innych placówek medycznych na terenie całego kraju. Charakteryzują się wysoko wyspecjalizowaną kadrą medyczną oraz nowoczesną aparaturą i są przeznaczone dla pacjentów z najbardziej poważnymi jednostkami chorobowymi. Zdaniem A. Koronkiewicza to właśnie na poziomie wysokospecjalistycznym powinno nastąpić wdrożenie nowych technologii medycznych, ponieważ poziom ten stanowi podstawową płaszczyznę rozwoju i postępu nauk medycznych<sup>457</sup>.

Reasumując powyższe rozważania należy skonstatować, że właściwe funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia opartego na modelu ubezpieczeniowym jest podyktowane włączeniem koszyka świadczeń gwarantowanych do standardów produktów kupowanych przez Kasy Chorych. Standardy te doprecyzowują świadczenia pod względem jakościowym i ilościowym w umowach zawieranych przez świadczeniodawcę i płatnika. Celem tego doprecyzowania jest ujednoczenie świadczeń to znaczy, aby dla powyższych stron

---

<sup>454</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 listopada 1998 roku w sprawie wykazu wysokospecjalistycznych procedur medycznych z budżetu państwa oraz zasad i trybu udzielania tych świadczeń, Dz. U 1998, nr 140, poz. 910 ze zm.

<sup>455</sup> A. Koronkiewicz W. Masłowski, System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, Warszawa 2002, s. 17

<sup>456</sup> A. Koronkiewicz, Zadania i struktura organizacyjna Kasy Chorych, Warszawa 2002, s. 10-13

<sup>457</sup> A. Koronkiewicz W. Masłowski, System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, op. cit., s. 18

kontraktu miały one jednakowe znaczenie<sup>458</sup> Jednakże katalog świadczeń zagwarantowanych przez ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym jest określony nieprecyzyjnie, co w praktyce stwarzało problemy z określeniem standardów produktów. Wypracowane dotychczas standardy były dość zróżnicowane pod względem treści, jak i terminologii nawet w sytuacji, gdy dotyczyły jednej specjalności. W konsekwencji czego mogło to zaważyć na zagwarantowaniu skuteczności metody terapeutycznej oraz na powszechnym dostępie do świadczeń medycznych, który warunkuje poczucie bezpieczeństwa wśród pacjentów. Brak ujednoczenia w dziedzinie standardów stwarzał problemy z porównywaniem czy wartościowaniem owych świadczeń, co również sprowadzało się do uzyskania niepełnej informacji o dostępności do świadczeń. Należy podkreślić, iż większość standardów nie posiada korelacji z poszczególnymi jednostkami chorobowymi i z procedurami medycznymi. Występują jedynie relacje pomiędzy rozpoznaniem natomiast w odniesieniu do konkretnych specjalności grupy procedur medycznych i jednostek chorobowych nie są ze sobą powiązane<sup>459</sup>. Procedury medyczne powinny charakteryzować się powtarzalnym sposobem wykonania. Powtarzalność warunków badania jest konieczna jeśli chcemy porównywać wyniki wielu różnych badań dotyczących tego samego problemu. Czasem zdarza się tak że nie wszystkie świadczenia zdrowotne mogą być włączone do koszyka świadczeń ponieważ nie podlegają ocenie technologii medycznych HTA (*Health Technology Assessment*)<sup>460</sup>. HTA to zarówno środki materialne np. leki, i niematerialne np. wiedza, umiejętności związane bezpośrednio lub pośrednio z udzielanymi świadczeniami ochrony zdrowotnej i konkretnymi interwencjami leczniczymi, diagnostycznymi. HTA ma kluczowe znaczenie dla podejmowania decyzji dotyczących refundacji technologii medycznych, stanowi rzetelny fundament tych decyzji. Świadczenia nie podlegające ocenie HTA nie są bezwartościowe i mogą być włączane do katalogu świadczeń medycznych do tzw. koszyka świadczeń

---

<sup>458</sup> J. Grabowski, Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, „Wytyczne i standardy w optymalizacji jakości i kosztów opieki zdrowotnej”, Sesja V ss. 92-94.

<sup>459</sup> J. Grabowski, Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia Wytyczne i standardy w optymalizacji jakości i kosztów opieki zdrowotnej, Sesja V str. 97; szerzej: K. Łanda, Standaryzacja a finansowanie świadczeń, „Służba Zdrowia” 40-41, 18-22 maja 2000; szerzej: J. Grabowski, Koszyk świadczeń zdrowotnych gwarantowanych a standardy produktów kupowanych przez kasy chorych, VI Ogólnopolska konferencja Jakość w opiece zdrowotnej, Kraków 1996, s. 99.

<sup>460</sup> Agencja oceny technologii medycznych, Wytyczne oceny technologii medycznych, Warszawa 2009, ss. 9-11

gwarantowanych<sup>461</sup>. Taki przypadek musi być uwzględniony w sposobie kontraktowania świadczeń przez płatników.

W powyższej ustawie brakuje kategoryzacji świadczeń, precyzja musi być tym większa, im droższe świadczenie medyczne. Najważniejszym elementem procesu kategoryzacji powinno być wykazanie funkcjonalnego związku pomiędzy kosztami poniesionymi na wysokospecjalistyczne świadczenia a ich skutecznością oraz efektem. Potwierdzenie tego związku będzie stanowić impuls dla Kas Chorych do wykorzystania ich podczas kontraktowania.

#### **4.4 Struktura wewnętrzna Kas Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego**

Na strukturę wewnętrzną KPUZ zgodnie z art. 74 *ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* składają się rada i naczelny dyrektor, naczelny lekarz i komisja rewizyjna<sup>462</sup>.

Rada KPUZ ma swoje korzenie w tradycji prawa handlowego i jest korelatem rady nadzorczej. Członkowie Rady byli powoływani z osób ubezpieczonych w danej kasie chorych i zamieszkałych na terenie działania regionalnej Kasy Chorych. Rada liczyła siedmiu członków, z których trzech było powoływanych na wniosek sejmiku wojewódzkiego właściwego ze względu na obszar działania Kasy Chorych. Resztę członków powoływał i odwoływał minister właściwy do spraw zdrowia. Ustawa precyzuje kryteria jakie muszą spełniać członkowie rady, mianowicie: nie mogą być członkami zarządu, świadczeniodawcami współpracującymi z Kasami Chorych, właścicielami i pracownikami zakładów opieki zdrowotnej, członkami organów lub pracownikami jednostek samorządu terytorialnego a także organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową<sup>463</sup>. Członkowie rady musieli posiadać wyższe wykształcenie, zdała egzamin na członka rady nadzorczej jednoosobowej spółki Skarbu Państwa. Kadencja rady trwała 4 lata, która spośród swojego składu wybierała przewodniczącego, wiceprzewodniczącego i sekretarza. Zgodnie z art. 76 *ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* do głównych zadań Rady należało:

- uchwalanie statutu KPUZ,

---

<sup>461</sup> A. Jabłecka, K. Korzeniowska, A. Skořuda, A. Cieřlewicz, Agencja Oceny Technologii Medycznych, „Farmacja Współczesna” 2011; 4: ss. 9-13

<sup>462</sup> Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 153 ze zm.

<sup>463</sup> M. Balicki, A. Koronkiewicz, System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej, Prawo medyczne pod red. L. Kubickiego, op.cit., s. 145; szerzej: J. Kalecińska, I. Herbst, PPP w systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata, Centrum Partnerstwa Publiczno-Prywatnego Warszawa 2011, s. 69-80.

- podejmowanie decyzji o utworzeniu oddziałów KPUZ i ustalanie obszarów ich działania,
- powoływanie i odwoływanie dyrektora Kasy,
- rozpatrywanie skarg i wniosków ubezpieczonych,
- uchwalanie planu finansowego, przyjmowanie i zatwierdzanie rocznych i kwartalnych sprawozdań finansowych,
- uchwalanie planu pracy,
- rozpatrywanie okresowych sprawozdań z działalności Zarządu KPUZ,
- uchwalanie regulaminu Rady KPUZ,
- podejmowanie uchwał dotyczących majątku KPUZ, inwestycji przekraczających upoważnienia statutowe dla Zarządu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości <sup>464</sup>.

Drugim organem KPUZ był naczelny dyrektor, do jego obowiązków należało: wykonywanie uchwał rady, planu finansowego i opracowanie jego projektu, zarządzanie mieniem i funduszami Regionalnej Kasy Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego.

W gestii dyrektora było również negocjowanie umów ze świadczeniodawcami, ich zawieranie oraz ogólna kontrola nad ich wykonaniem. Naczelny dyrektor pełnił rolę pracodawcy w sprawach z zakresu prawa pracy w stosunku do pracowników biura regionalnej Kasy i zapewniał obsługę organizacyjno-techniczną organom regionalnej Kasy. Kompetencje naczelnego dyrektora regionalnej kasy były rozległe, jako organ wykonawczy Kasy posiadał nieograniczone możliwości zarządzania funduszami Kas. Mające nadzór nad działalnością Kasy mógł narzucać jej własny punkt widzenia oraz własną wizję zarządzania mieniem Kasy i monitorowania jej działalności. Naczelny dyrektor nie posiadał wyraźnie wyznaczonych prawnie granic swojej ingerencji w kompetencje rady Kasy.

Kolejnym organem KPUZ był naczelny lekarz, do jego kompetencji należało: opiniowanie umów udzielania świadczeń zawieranych przez rejonowe oddziały w aspekcie jakości świadczeń, sporządzanie planu zachorowalności na obszarze danego regionu i opracowanie na tej podstawie wytycznych i reguł dotyczących właściwego zawierania umów o udzielanie świadczeń. Naczelny lekarz sprawował również nadzór i monitorował lekarzy rejonowych oddziałów KPUZ. Korzystał on z pomocy organu doradczego jakim

---

<sup>464</sup> Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 153 ze zm.

była rada medyczna a współpracował z wojewódzkimi sejmikami samorządowymi, wojewodami, organami samorządu terytorialnego.

W gestii Komisji rewizyjnej była natomiast kontrola i monitorowanie naczelnego lekarza i organów rejonowego oddziału Kasy a także wszelka rewizja dokumentacji finansowej. Powyższe czynności komisja wykonywała najczęściej na wniosek rady nadzorczej lub z własnej inicjatywy.

#### **4.5 Źródła finansowania Kas Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego**

Przychody Kas Chorych zgodnie z art. 127 *ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* można podzielić na następujące rodzaje:

- przychody ze składek i z odsetek od nieopłaconych w terminie składek,
- przychody z własnej działalności finansowej (z lokat terminowych i papierów wartościowych Skarbu Państwa),
- darowizny i zapisy,
- środki otrzymywane z budżetu państwa za pośrednictwem Ministra Zdrowia <sup>465</sup>.

Jak podaje Andrzej Koronkiewicz „składki, które pozostają w dyspozycji Kas Chorych są ponadto obniżone o wynagrodzenie należne płatnikowi za ich terminowe naliczanie, odprowadzanie i przekazywanie informacji w wysokości ustawowej 0,1 % kwoty odprowadzanej składki oraz koszty poboru, ewidencjonowania i rewindykacji przez ZUS w wysokości 0,5% i 0,25% przez KRUS od kwot przekazanych składek. W sytuacji nieprzekazania w danym terminie przez ZUS i KRUS składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne zgodnie z art. 27 Kasa Chorych pobiera odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych przepisami wydanymi na podstawie Ordynacja podatkowa <sup>466</sup>.” Warto podkreślić, że *ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o p.u.z.* posługuje się w art. 127 w pkt. 7 nieostrym pojęciem „inne przychody”. Oznacza to, iż katalog przychodów nie jest zamknięty w przeciwieństwie do katalogu kosztów Kasa Chorych. Artykuł 128 *ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* stanowi *numerus clausus* i wymienia następujące koszty:

- koszty świadczeń dla ubezpieczonych,

---

<sup>465</sup> Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 153 ze zm.

<sup>466</sup> A. Koronkiewicz, *Zadania i struktura organizacyjna Kasy Chorych*, Warszawa 2002, s. 71-80; szerzej: A. Młynarska-Wichłowska, *Sytuacja finansowa Kas Chorych w latach 1999-2000*, Kancelaria Sejmu, Biuro Studiów i Ekspertyz, Nr 748, Listopad 2000

- koszty działalności Kasy Chorych i jej oddziałów, w szczególności koszty utrzymania nieruchomości, amortyzacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych, wynagrodzenia, narzuty na wynagrodzenia, diety i zwroty kosztów podróży,
- odpisy na fundusz rezerwowy Kasy Chorych,
- odszkodowania,
- zwroty kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych przez inne Kasy Chorych lub instytucje w przypadkach określonych ustawą,
- wyrównanie finansowe,
- koszty realizacji zadań zleczanych Kasom w zakresie polityki zdrowotnej<sup>467</sup>.

Ustawodawca przewidział sytuację, w której może powstać deficyt środków finansowych na skutek przewagi kosztów działalności bieżącej nad przychodami. Instytucja funduszu rezerwowego jest powszechnie znana i charakteryzuje ją: wielkość odpisów i związany z tym czas gromadzenia środków oraz określenie maksymalnej wielkości gromadzonych środków<sup>468</sup>. Artykuł 130 ustawy stanowił, iż Kasa Chorych tworzyła fundusz rezerwowy, który był przeznaczony wyłącznie na pokrycie różnicy spowodowanej przewagą kosztów nad przychodami Kasy Chorych oraz na przywrócenie płynności finansowej. Fundusz rezerwowy tworzony był do wysokości 4% kwoty planowanych rocznych przychodów ze składek. Ustawodawca założył, iż wielkość środków funduszu rezerwowego w maksymalnej wielkości 4% zostanie osiągnięta na przestrzeni 4 lat przy założeniu stałego miesięcznego ich odprowadzania w wysokości 1% przychodów ze składek. Należy podkreślić, iż rozdysponowanie środków funduszu rezerwowego musi być poprzedzone określoną procedurą. Po pierwsze wymagana jest uchwała Rady Funduszu, po drugie zawiadomienie urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Społecznych a następnie przedłożenia planu przywrócenia równowagi finansowej<sup>469</sup>.

## 5. Wnioski

*Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* była niewątpliwie dużym osiągnięciem i sukcesem polityki socjalno-społecznej gabinetu

---

<sup>467</sup> Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 153 ze zm.

<sup>468</sup> S. Golinowska, Problemy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia po wprowadzeniu reformy. Poprawić, ale gdzie i jak?, „Zdrowie i Zarządzanie” 4(5) 2001, s.56

<sup>469</sup> M. Kamiński, A. Szpak, Kontraktowanie i finansowanie świadczeń w aspekcie przewidywanych potrzeb zdrowotnych, „Zdrowie Publiczne” 114 (1), s.12-17; szerzej: A. Młynarska-Wichłowska, Sytuacja finansowa Kas Chorych w latach 1999-2000, Kancelaria Sejmu, Biuro Studiów i Ekspertyz, Nr 748, Listopad 2000

rządowego W. Cimoszewicza, opartego na koalicji SLD-PSL. Ten akt prawny stanowił podstawę prawną głębokiej reformy ochrony zdrowia. Od momentu uchwalenia powyższej ustawy mamy do czynienia z powszechnym obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Ustawa ta uczyniła powszechność i obowiązkowość nadrzędnymi cechami ubezpieczenia zdrowotnego. Uprawnienia do świadczeń medycznych otrzymywały osoby podlegające obowiązkowi ubezpieczenia, ale także osoby ubezpieczające się dobrowolnie oraz członkowie ich rodzin. Uchwalenie analizowanej ustawy stanowiło wydarzenie jednoznaczne z zerwaniem z modelem systemu ochrony zdrowia Siemaszki, którego głównym założeniem była państwowość oraz finansowanie służby zdrowia z budżetu państwa. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym posiadała jednak dużo niedociągnięć, które zostały ukazane przez partie opozycyjne jeszcze przed jej uchwaleniem. Koncepcje pojawiające się w *ustawie z 1997 roku o p.u.z.* atakowane były zarówno przez środowisko medyczne, jak również ugrupowania polityczne np. przez Unię Wolności, którzy opowiadali się za samorządowo-ubezpieczeniowym modelem opieki zdrowotnej. Według koncepcji środowisk medycznych i Unii Wolności to samorządy miały przejąć większość zadań z zakresu finansowania czy organizacji świadczeń zdrowotnych, a także zadań mających na celu rozwijanie polityki prozdrowotnej państwa na poziomie lokalnym w zakresie ustalonym przez organy<sup>470</sup>. W opinii Unii Wolności *ustawa o p.u.z.* zwiększała biurokrację a także pogarszała sytuację pacjenta. UW postulowała z kolei wolny wybór lekarza, szpitala, konkurencyjności świadczeń usług zdrowotnych oraz wprowadzenie komplementarnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w celu polepszenia jakości opieki zdrowotnej. Unia Pracy z kolei odrzuciła hasło wprowadzenia powszechnych i obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych uznając je za pociągające duże nakłady finansowe. Przeciwnikiem idei zawartych w *akcie normatywnym z dnia 6 lipca 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* była nowa partia utworzona na polskiej arenie politycznej AWS, która 10 października przyjęła „Kartę Akcji Wyborczej Solidarność” jako fundament swojej działalności statutowej i programowej. Rok po wygraniu przez AWS wyborów parlamentarnych czyli w 1998 roku został powołany Pełnomocnik Rządu do Spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego<sup>471</sup>, którego podstawowym zadaniem było otwarcie biura pierwszej w kraju Regionalnej Kasy w Lublinie oraz zorganizowanie cyklu szkoleń dla

<sup>470</sup> K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, op. cit., s. 165

<sup>471</sup> Materiały Pełnomocnika do Spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego: System Ubezpieczenia Zdrowotnego, Koncepcja, nowelizacja, wdrożenie, Warszawa 1998 IV

kadry zarządzającej Regionalnymi Kasami. Biuro Pełnomocnika Rządu oddało do konsultacji społecznych i międzyresortowych projekt nowelizacji ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, a za elementarne wady *ustawy z dnia 6 lutego 1997 o p.u.z.* roku uznało: upolitycznienie Rady Kasy co było jednoznaczne z eliminacją demokratyzacji w instytucji płatnika,<sup>472</sup> brak wyspecjalizowanej instytucji nadzoru, nieprecyzyjne rozgraniczenie kompetencji pomiędzy naczelnym dyrektorem Kasy a naczelnym lekarzem, pomiędzy Regionalną Kasą a oddziałami rejonowymi. Dużym zarzutem tego aktu prawnego była zbyt duża centralizacja przejawiająca się w tworzeniu funduszy centralnych w formie dotacji wyrównawczych i dodatkowych dla Kas z uznaniowym alokacją zasobów pieniężnych, osobowych i rzeczowych<sup>473</sup>.

Uchwalenie nowelizacji *ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* przez nową ekipę rządzącą AWS z powodu różniących się od SLD koncepcji ideowych dotyczących systemu ochrony zdrowia wydawało się już tylko kwestią czasu. Koalicja AWS-UW stworzyła projekt nowelizacji powyższej ustawy już w kampanii wyborczej w 1997 roku. W projekcie tym potwierdzono status quo w zakresie ubezpieczeniowego modelu systemu ochrony zdrowia, jednakże cały 1998 roku poświęcony był pracom nad taką modyfikacją lewicowego aktu normatywnego, aby w jak największym stopniu przybliżyć go pravicowych (solidarnościowych) koncepcji systemu ochrony zdrowia. Oznaczało to dopasowanie reformy systemu ochrony zdrowia do reformy administracyjnej przeprowadzanej w 1998 roku. Zwieńczeniem tych wysiłków było uchwalenie nowej *ustawy dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw*.

## **Rozdział V**

### **Reforma systemu ochrony zdrowia w 1998 roku**

#### **1. Konstytucyjne podstawy ochrony zdrowia w świetle Konstytucji z 1997 roku**

W latach 90-tych ubiegłego wieku nastąpiły istotne zmiany w stanowionym przez państwo porządku prawnym oraz w gwarancjach dotyczących obywatelskich, politycznych, gospodarczych i socjalnych praw jednostki. Zerwanie z ideologią

---

<sup>472</sup> I. Kowalska-Koprowska, Reformowanie opieki zdrowotnej w świetle programów ustaw i w opiniach decydentów, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie“ t. 1, nr 1/2003, s. 65

<sup>473</sup> A. Owoc, E. Abramek, L. Wdowiak, Kierunki zmian ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce oraz ich zagrożenia, Zakład Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia Akademii Medycznej w Lublinie, <http://gbpizs.home.pl/pliki/beiszp2006t1.pdf>, dostęp 3.10.2015 r.



marksizmu-leninizmu, z ideą państwa demokracji ludowej, w którym łamane były podstawowe prawa i wolności człowieka i socjalistycznym reżimem przyczyniło się do podjęcia poważnej refleksji nad przyszłym modelem państwa. Wyrazem tych ustrojowych przemian były założenia *Konstytucji z 2 kwietnia 1997 roku*. Ustawa zasadnicza z 1997 roku stała się ważnym czynnikiem kształtującym obecną formułę państwa, stanowionego prawa a także determinantem pozycji jednostki w państwie. We wstępie *Konstytucji z 1997 roku* zamieszczono filozoficzno-polityczne deklaracje o fundamentalnym znaczeniu dla kształtującego się demokratycznego państwa polskiego. Deklaracje te najwyraźniej opisuje zwrot: ustanawiamy Konstytucję Rzeczypospolitej Polskiej jako prawa podmiotowe dla państwa oparte na poszanowaniu wolności i sprawiedliwości, współdziałaniu władz, dialogu społecznym oraz na zasadzie pomocniczości umacniającej uprawnienia obywateli i ich wspólnot<sup>474</sup>. Wstęp do niniejszej ustawy zasadniczej należy traktować jako płaszczyznę do określenia fundamentów aksjologicznych i do legitymizacji konstytucji nie tylko pod względem prawnym, ale także w aspekcie kultury, w której funkcjonuje oparty na konstytucji system prawny<sup>475</sup>. Wstęp został włączony do projektu Konstytucji RP już po opracowaniu części zawierającej artykuły. Dlatego też według K. Complaka prolog ustawy zasadniczej należy rozpatrywać jako jej merytoryczne podsumowanie a nie tylko jako formalne wprowadzenie. Jej wstęp stanowi przedślowie, a nie tylko posłowie. Przedmowa Konstytucji jest punktem odniesienia, fundamentem, na którym opiera się cały porządek prawny Rzeczypospolitej Polskiej<sup>476</sup>.

Aksjologię Konstytucji wyznaczają również określone w niej zasady, demokratycznego państwa prawa, sprawiedliwości społecznej, podziału władzy, gospodarki rynkowej, wolności działalności gospodarczej<sup>477</sup>. Aksjologiczne konotacje oprócz powyższych zasad ustrojowych posiadają również prawa i wolności człowieka, które są umieszczone w rozdziale drugim ustawy zasadniczej z 1997 roku<sup>478</sup>. Zasada wolności i praw stała się fundamentem ustroju państwa i określiła istotę *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku*. Ustawodawca konstytucyjny tworząc przepisy o prawach człowieka odwoływał się do filozofii judeochrześcijańskiej, do systemu zasad i

---

<sup>474</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku, Dz. U. 1997, nr 78, poz. 483 ze zm.

<sup>475</sup> L. Garlicki O prawnej doniosłości wstępu [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, pod red. L. Garlickiego, t. V, Warszawa 2007, pkt 3.

<sup>476</sup> K. Complak, Normy pierwszego rozdziału Konstytucji RP, Wrocław 2007, s. 27.

<sup>477</sup> G. Grabowska, Dzieje polskiego konstytucjonalizmu, [w:] Idee humanistyczne Renesansu w integracji europejskiej pod red. J. Pulnara Radom 2002, s. 72; szereg: P. Winczorek, Nowa Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Problem aksjologii, PS 1996, Nr 4, s.17

<sup>478</sup> J. Kuciński, Konstytucyjny ustrój państwowy Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 2003, s. 49.

wartości bazującego na koncepcji indywidualistycznej, która zakładała prymat interesów jednostki bez szukania ideologicznych uzasadnień. Odrzucono zatem, charakterystyczne dla państw socjalistycznych kolektywistyczne koncepcje praw człowieka podkreślające nadrzędne interesy państwa a nie jednostki<sup>479</sup>. Według M. Talarczyk stanowi to odzwierciedlenie odwołania się do nowatorskich tradycji konstytucjonalizmu polskiego, możemy mówić też o potwierdzeniu włączenia regulacji i zasad urzeczywistniania praw jednostki w Polsce do zachodnich standardów konstytucyjnych<sup>480</sup>. Prawa człowieka zamieszczone w Konstytucji to prawa podmiotowe. Biorąc pod uwagę ich aksjologiczne uzasadnienie należy wspomnieć o aspekcie etycznym. Oznacza to, iż najbardziej słusznym sposobem wyjaśniania prawa podmiotowych przez odwołanie się do wartości etycznych jest skorzystanie z jednego z trzech systemów etycznych, które są mniej lub bardziej akceptowane w danej społeczności<sup>481</sup>. We współczesnym świecie szczególną rolę odgrywają chyba trzy takie systemy: etyka chrześcijańska, kantowska i utylitarna<sup>482</sup>. W myśl tej pierwszej człowiek został stworzony przez Boga i obdarowany różnymi darami, z których najbardziej wartościowym darem jest godność ludzka. Jest ona fundamentem wszystkim praw i jest pierwotna wobec państwa. Oznacza to, że pochodzi od Boga, jej źródłem nie jest państwo i stanowiony przez nie system prawa. Godność jest niezależna od statusu majątkowego jednostki, nie jest wynikiem kompromisu społecznego, umowy społecznej, lecz osobowej natury człowieka. Dlatego też prawa podmiotowe są uniwersalne i absolutne.

Drugim rodzajem interpretacji praw podmiotowych jest etyka kantowska, której twórcą był Immanuel Kant. Zakładał on, iż prawa podmiotowe nie są absolutnie-dobrowolna zgoda jednostki musi być czynnikiem kształtującym owe prawa. Muszą być one postrzegane w kontekście obowiązków etycznych człowieka. Oznacza to, iż każdy obowiązek moralny jest koniecznością woli wynikającą z poszanowania prawa zawartego w konkretnych regulacjach, na mocy których działa jednostka. Kant sądził, że wszyscy ludzie powinni działać nie tylko zgodnie z obowiązkiem. Lecz także ze względu na obowiązek. Motyw działania nabiera wartości moralnej, w sytuacji gdy działający jest przekonany, że postępuje tak, jak wymaga tego moralność. Etyka kantowska nakazywała traktować osoby jako cele same w sobie, oraz używać człowieczeństwa tylko jako celu, nigdy zaś jako

---

<sup>479</sup> L. Garlicki, Polskie prawo konstytucyjne, Warszawa 2003, s.85

<sup>480</sup> M. Talarczyk, Wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej [http://www.zsz.lubliniec.pl/akt\\_info/prawa\\_ucznia/konstytucja.doc](http://www.zsz.lubliniec.pl/akt_info/prawa_ucznia/konstytucja.doc), dostęp 23.11.2015 r.

<sup>481</sup> T. Stawecki, Uzasadnienie praw podmiotowych, „Studia Iuridica” XLV/2006, s. 311

<sup>482</sup> Ibidem

środku. Kolejnym fundamentalnym postulatem, który zakładał Kant było respektowanie autonomicznej wolności człowieka. To właśnie ona jest źródłem godności człowieka. Autonomia jest właściwością woli wspólnej wszystkim istotom rozumnym, dzięki której ona sama jest prawem<sup>483</sup>.

Trzeci system etyczny stanowiący ważne uzasadnienie dla praw podmiotowych proponuje utylitarna filozofia J. Stuarta Milla. Czołowy przedstawiciel tego nurtu w XVII wieku przekonywał, iż wszelkie działania ludzkie należy oceniać ze względu na to, czy powiększają najważniejsze wartości, ale różnią się co do tego, jakie wartości należy uznać za najważniejsze. Utylitaryści twierdzą, iż trzeba powiększać jakieś dobra wewnętrzne, istniejące niezależnie od pragnień konkretnych jednostek, a więc te, które szanowałyby każda osoba racjonalna. Dobra takie są wartościowe same w sobie, są cenne bez względu na wynikające z nich konsekwencje oraz niezależne od tego, czy zgadzają się z wartościami cenionymi przez poszczególne jednostki czy też nie<sup>484</sup>. Zasada etyczna wyznaczona przez J. S. Milla „jak najwięcej szczęścia dla jak największej ilości osób” prowadzi do uznania za kryterium oceny rozważań społecznych rachunku użyteczności. Taka teoria prowadzi do przedmiotowej koncepcji prawa i moralności<sup>485</sup>. Według utylitarystów czyn jest moralnie zawsze słuszny, jeżeli jego następstwa są określane jako najlepsze z ponadosobowego punktu widzenia w równym stopniu uwzględniającego interes każdej z zaangażowanych stron<sup>486</sup>.

Aksjologiczne uzasadnienia praw podmiotowych człowieka zamieszczonych w Konstytucji z 1997 roku gruntują koncepcję demokratycznego państwa prawa urzeczywistniającego zasady sprawiedliwości społecznej i umożliwiają analizę porządku prawnego w aspekcie ochrony nakierowanej na jednostkę. Prawa podmiotowe jak podaje K. Tomaszewska są pewnego rodzaju kategorią teoretyczno-prawną podlegającą dwojakiemu określeniu. Po pierwsze jako określonego rodzaju sytuacja, w ramach której od sposobu zachowania się podmiotu usytuowanego poza władzą publiczną zależy czy wobec tej władzy powstanie obowiązek posiadający oparcie w prawie powszechnie obowiązującym. Podmiot dysponujący prawem podmiotowym jest legitymowany do samodzielnego wyznaczenia obowiązku jakim zostaje automatycznie obarczony podmiot reprezentujący władzę publiczną-władzę państwa. Z drugiej strony prawa podmiotowe

---

<sup>483</sup> Ibidem, s. 312

<sup>484</sup> Ibidem

<sup>485</sup> Ibidem

<sup>486</sup> T. Beauchamp, J. Childress, *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996, s. 57

mogą być interpretowane jako pewnego rodzaju korzyści same w sobie bądź konstrukcje prawne, które kreują korzyści prawne przysługujące jednostce (obywatelowi) a których zasadniczym wyróżnikiem jest możliwość egzekwowania nawet wówczas jeśli pociąga to obligatoryjność określonego rodzaju zachowania organu administracji publicznej<sup>487</sup>. Gwarancją ich urzeczywistnienia jest istniejące poręczenie wolności dysponowania w prawie powszechnie obowiązującym<sup>488</sup>. Na prawa podmiotowe składają się więc normy spełniające łącznie trzy warunki: muszą określać adresata, dają możliwość wyboru zachowania się czyli konkretyzują normę i kreują sytuację prawną adresata. Prawo podmiotowe wynika z określonej normy prawa stanowionego (materialnego publicznego lub administracyjnego). Na organach władzy państwowej spoczywa obowiązek zapewnienia praw podmiotowych wszystkim jednostkom. Przejawem tego obowiązku może być działanie ze strony władz publicznych zapewniające zrealizowanie przez obywatela swojego prawa lub zaniechanie działania, które uniemożliwiłoby konkretyzację niniejszego prawa. Na straży praw podmiotowych stoją różne instrumenty prawne, dzięki którym można dochodzić swoich roszczeń a są nimi pozwy, skargi itp.<sup>489</sup>.

Prawo podmiotowe, jakim jest prawo do ochrony zdrowia jest wymieniane oprócz prawa do życia jako najbardziej fundamentalne i nadrzędne prawo człowieka<sup>490</sup>. Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 roku zalicza je do praw socjalnych a umieszczone zostały w rozdziale drugim ustawy zasadniczej zatytułowanym „Wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela”.

Konstytucja z dnia 2 kwietnia 1997 roku w art. 68 stanowi, iż każda jednostka ma prawo do ochrony zdrowia niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp wszystkim obywatelom do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Władze państwowe są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Ponadto państwo jest zobowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji

---

<sup>487</sup> K. Prokop, Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP, [w:] Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów zdrowia, pod red. T. Mróz, Białystok 2011, s. 42.

<sup>488</sup> K. Tomaszewska, Znaczenie i zakres ochrony publicznych praw podmiotowych a ochrona interesu jednostki *Folia Iuridica Wratislaviensis* 2012 vol. 1 no. 1 s. 115-120

<sup>489</sup> *Ibidem*; szerzej: B. Zawadzka, Prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne, Warszawa 1996, s. 7.

<sup>490</sup> M. Urbaniak, Konstytucyjna zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a jej ustawowa realizacja w prawie polskim. Wybrane problemy, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2013 nr 3, s. 80

środowiska<sup>491</sup>. W powyższym artykule ustawa zasadnicza gwarantuje każdej jednostce możliwość dostępu do świadczeń zdrowotnych, które przekładają się na skuteczną ochronę zdrowia<sup>492</sup>.

Według Jędrzeja Bujnego: „prawo do ochrony zdrowia zalicza się do praw socjalno-ekonomicznych określanych jako uprawnienia do określonego rodzaju świadczeń pozytywnych ze strony państwa na rzecz obywateli<sup>493</sup>. Prawo do ochrony zdrowia zostało skorelowane z równym dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych niezależnie od sytuacji materialnej obywateli. Oznacza to, że dostępność do szeroko pojętej opieki zdrowotnej nie może być uzależniona od wysokości składek uiszczonych przez pacjentów na ubezpieczenie zdrowotne. Należy podkreślić, iż prawa pacjenta są integralną częścią osobistych praw człowieka. Artykuł 68 ust. 1 ewidentnie wskazuje, że jednostkami uprawnionymi do opieki medycznej są wszyscy ludzie bez względu na to czy są obywatelami polskimi czy cudzoziemcami pozostającymi na terytorium Rzeczypospolitej<sup>494</sup>.

W art. 68 ustępie 2 Konstytucji RP już samo określenie „władze zapewniają” nadaje prawu do ochrony zdrowia charakter gwarancyjny. Na uwagę zasługuje fakt, iż Konstytucja nakłada na państwo obowiązek udzielania szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym oraz w podeszłym wieku. Ustawodawca konstytucyjny w ten sposób chce podkreślić sytuację tych grup ludności w społeczeństwie, jednakże nie precyzuje ani formy ani rodzaju opieki medycznej. W art. 68 ust. 3 Konstytucji RP posługuje się zwrotem „szczególna opieka zdrowotna” co może świadczyć o tym, iż musi być ona lepsza od powszechnej w stosunku do powyższych osób<sup>495</sup>. Warto podkreślić, iż normy zawarte w art. 68 Konstytucji kreują założenia polityki prozdrowotnej państwa i nadają jej kierunek działania<sup>496</sup>. Według ustawy zasadniczej prawo do ochrony zdrowia przejawia się w zapewnieniu przez władze państwowe świadczeń opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom oraz w likwidacji zagrożeń np.

---

<sup>491</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku, Dz. U. 1997 Nr 78, poz. 483 ze zm.

<sup>492</sup> A. Surówka, Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego”, 2012, nr 3, s. 94.

<sup>493</sup> J. Bujny, Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem, Warszawa 2007, s. 9; szerzej: S. Grabowska, M. Urbaniak, Prawne podstawy realizacji prawa do ochrony zdrowia w Polsce, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2014 nr 5, s. 96-97; szerzej: J. Karp, Prawa socjalne we współczesnym konstytucjonalizmie. Prolegomena, [w:] Ustroje, doktryny, instytucje polityczne. Księga jubileuszowa Profesora zw. dr hab. Mariana Grzybowski, red. J. Czajowski, J. Karpa, G. Kucy, A. Kuliga, P. Mikuli, A. Opalka, Kraków 2007, s. 150

<sup>494</sup> J. Bujny, Prawa pacjenta, op.cit., s.9

<sup>495</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku, Dz. U. 1997 Nr 78, poz. 483

<sup>496</sup> J. Trzeciński, Komentarz do art. 68 Konstytucji, Warszawa 2003, s. 4

związanych z chorobami zakaźnymi i epidemiami. Należy dokonać również analizy prawa do ochrony zdrowia w aspekcie art. 30 i 38 Konstytucji RP. Artykuł 30 stanowi: „Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych<sup>497</sup>. Pojęcie godności uwarunkowuje sposób pojmowania wolności i praw oraz ich konkretyzacji przez państwo. Natomiast druga część artykułu poświęcona jest ochronie godności, jest ona nienaruszalna dlatego też zakaz jej naruszania jest bezwzględny i ma dotyczyć każdej jednostki<sup>498</sup>. Odzwierciedleniem regulacji umieszczonej w art. 30 jest art. 38 Konstytucji, który stanowi: „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia.” Trybunał Konstytucyjny potwierdził w swoim wyroku z dnia 7 stycznia 2004 roku, iż artykuły 30 i 38 Konstytucji są ściśle i wzajemnie powiązane z art. 68 Konstytucji ponieważ prawo do ochrony zdrowia współzależy z prawem do ochrony życia a to z kolei podlega korelacji z godnością człowieka<sup>499</sup>. Według Andrzeja Zolla, prawo do ochrony zdrowia jest konstytucyjnie zagwarantowane, które jest przyznane jego adresatom przez władzę publiczną jako prawo stanowione, również jako prawo podstawowe wynikające z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka, którego przestrzegania władza państwowa jest zobowiązana chronić<sup>500</sup>. Życie ludzkie stanowi wartość samą w sobie umożliwiającą korzystanie jednostce z praw i wolności, m.in. prawa do ochrony zdrowia<sup>501</sup>. Prawo do ochrony zdrowia zabezpiecza życie i związaną z nim integralność cielesną jednostki<sup>502</sup>.

Warto nadmienić, iż prawo do ochrony zdrowia tak jak inne niektóre prawa i wolności, które są zagwarantowane w *Konstytucji RP* nie posiadają charakteru absolutnego. Wyrazem tej reguły jest art. 31 ust. 3 ustawy zasadniczej, stanowiący, iż: „ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą

---

<sup>497</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r, Dz. U. 1997 Nr 78, poz. 483 ze zm.

<sup>498</sup> W. Skrzydło, Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Komentarz, Warszawa 1998, s. 6

<sup>499</sup> Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. K. 14/03 OTK - A 2004/1/1

<sup>500</sup> A. Zoll, Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO, „Prawo i Medycyna” 2000 r. Nr 8, s. 5

<sup>501</sup> R. Grabowski, Prawo do ochrony życia w polskim prawie konstytucyjnym, Rzeszów 2006, s. 207.

<sup>502</sup> L. Bosek, Opinia prawna na temat zgodności z Konstytucją RP art. 19 projektu ustawy o podstawowych prawach i wolnościach człowieka w dziedzinie zastosowań biologii i medycyny oraz o utworzeniu Polskiej Rady Bioetycznej, „Zeszyty Prawnicze”, 2011, nr 4, s. 191.

naruszać istoty wolności i praw”. Państwo w wyżej wymienionych przypadkach ma prawo dokonać ingerencji w zakres tych praw i wolności pod warunkiem nienaruszania ich istoty.

Reasumując moje rozważania na temat prawa podmiotowego do ochrony zdrowia należy skonstatować, iż składa się ono z różnych uprawnień oraz bazuje na kilku płaszczyznach. Artykuł 68 *Konstytucji RP* jest funkcjonalnie powiązany z artykułem 30 i 38 tej ustawy zasadniczej. Prawo do ochrony zdrowia współzależy bowiem z prawem do ochrony życia, a to z kolei przedkłada się na godność człowieka<sup>503</sup>. W *Konstytucji RP* jest zagwarantowana szczególna opieka zdrowotna konkretnym podmiotom a mianowicie dzieciom, kobietom w ciąży, osobom niepełnosprawnym oraz w podeszłym wieku. Regulacja ta nakazuje organom władzy publicznej zapewnienie wszystkim obywatelom bez względu na wiek, status społeczny czy sytuację materialną powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych a także realizacji tego uprawnienia. Prawo do ochrony zdrowia zajmuje wysokie miejsce w przepisach Konstytucji z 1997 roku czego potwierdzeniem jest pozycja w konstrukcji ustawy zasadniczej<sup>504</sup>.

## **2. Podstawowe założenia reformy systemu ochrony zdrowia z 1998 roku**

W wyborach parlamentarnych 11 września 1997 roku wygrało ugrupowanie polityczne AWS, Prezesem Rady Ministrów został Jerzy Buzek, a 10 listopada 1997 roku została utworzona koalicja z UW. Do priorytetów tego rządu należała modyfikacja koncepcji dotychczasowego systemu ochrony zdrowia co w konsekwencji doprowadziło do zmiany ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnych ubezpieczeniach zdrowotnych. Klub parlamentarny AWS było zwolennikiem prezydenckiego projektu ustawy, który zakładał większy stopień decentralizacji systemu ochrony zdrowia w porównaniu do projektu wspomnianej powyżej ustawy. UW postulowała, aby władze samorządowe wykonywały zadania z zakresu publicznego finansowania i organizacji systemu ochrony zdrowia<sup>505</sup>.

Dnia 18 lipca 1998 roku Sejm RP uchwalił *ustawę o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniach zdrowotnych i o zmianie niektórych ustaw*, która była zwieńczeniem długich prac legislacyjnych i owocem kompromisu dwóch partii politycznych AWS i UW. Niniejszy akt prawny wszedł w życie dnia 1 stycznia 1999 roku. Jego głównym idea było: utworzenie regionalnych instytucji ubezpieczeniowych w postaci

---

<sup>503</sup> M. Urbaniak, Konstytucyjna zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej a jej ustawowa realizacja w prawie polskim. Wybrane problemy, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2013 nr 3, s. 80; szerzej: R. Kubiak, Prawo medyczne, Warszawa 2010, s. 6

<sup>504</sup> M. Urbaniak, Konstytucyjna zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, op. cit., s. 81

<sup>505</sup> K. Prętki, Przekształcenia systemu ochrony zdrowia po II wojnie światowej, op.cit., s.6

regionalnych Kas Chorych, których funkcjonowanie miało bazować na zasadach samorządności, samofinansowaniu, wolnym wyborze świadczeniodawcy i Kasy Chorych, równego dostępu do świadczeń i na zasadzie non-profit. Kolejnym założeniem analizowanej ustawy było stworzenie modelu systemu ochrony zdrowia opartego o zasady łączenia mechanizmów rynkowych i odpowiedzialności publicznej<sup>506</sup>. Jednakże zasadniczym celem tejże ustawy była przebudowa całego systemu ochrony zdrowia w oparciu o decentralizację i tworzenie ZOZ-ów przez różne podmioty. Powyższa reforma służby zdrowia była ściśle powiązana z reformą administracyjną, która przypadła również na rok 1998 i miała kluczowe znaczenie dla dalszej wizji systemu ochrony zdrowia i ubezpieczeń zdrowotnych<sup>507</sup>. Dnia 24 lipca 1998 roku na mocy *ustawy o wprowadzeniu zasadniczego trójstopniowego podziału terytorialnego państwa* powołano do życia do istniejących już gmin dwa rodzaje jednostek samorządu terytorialnego powiaty i województwa. Inspiracją i podstawą źródłową dla uchwalenia ustawy o samorządzie powiatowym i wojewódzkim były regulacje *Konstytucji z dnia 2 kwietnia 1997 roku*. Ustawa zasadnicza stanowi, iż ustrój terytorialny RP jest oparty na decentralizacji władzy państwowej, która jest fundamentem ustrojowym samorządu terytorialnego. *Konstytucja* zawiera deklarację stanowiącą, iż samorząd terytorialny uczestniczy w sprawowaniu władzy publicznej, który jest z kolei elementarną podstawą decentralizacji władzy publicznej. Pojęcia decentralizacji i samorządu terytorialnego wzajemnie się uzupełniają i współistnieją ze sobą. Samorząd wykonuje zadania administracji państwowej na własną odpowiedzialność i we własnym imieniu. Jednostki samorządu terytorialnego uczestniczą w realizacji zadań publicznych niezastrzeżonych przez Konstytucję lub ustawy dla organów innych władz publicznych.

## **2.1 Decentralizacja systemu ochrony zdrowia**

Termin „decentralizacja” pojawił się po raz pierwszy w XIX wieku i oznaczał przyznanie niższym organom administracji pewnego stopnia samodzielności w stosunku do organów wyższych<sup>508</sup>. Dla E. Kornberger-Sokołowskiej decentralizacja to taki układ organizacyjny administracji państwowej, który cechuje się obecnością obok centralnego ośrodka także podmiotów o pewnym stopniu niezależności od ośrodka centralnego w

---

<sup>506</sup> I. Markowska-Kabała, Uwarunkowania polityczne zmian zachodzących w systemie ochrony zdrowia w Polsce, „Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management” N 5, 2011, s. 43

<sup>507</sup> M. Urbaniak, Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce w okresie transformacji [w:] *Przemiany demokratyczne w Polsce*, pod red. A. Stelmacha, Poznań 2013, s. 127

<sup>508</sup> H. Izdebski, *Samorząd terytorialny, Problemy ustroju i działalności*, Warszawa 2003, s. 65



państwie <sup>509</sup>. Cezary Włodarczyk natomiast definiował decentralizację jako zasadę organizacji państwa, w którym organy niższe szczeblem wykonują zadania organów wyższych w hierarchii systemu administracji państwowej. Decentralizacja to przeciwieństwo centralizacji, jest procesem modyfikującym rozmieszczenie czy umiejscowienie uprawnień decyzyjnych, którego cechą jest postępująca peryferyjność od centrum. Ta peryferyjność najczęściej geograficzna odnosi się do przejmowania zadań administracji publicznej przez organy samorządowe <sup>510</sup>.

Decentralizacja jest procesem charakterystycznym dla państw, które realizują postulat zasady subsydiarności inaczej zwaną zasadą pomocniczości <sup>511</sup>. Polega ona na odpowiedniej selekcji zadań i takim rozłożeniu kompetencji zgodnie z którym państwo realizuje tylko te zadania, które nie mogą być wykonane przez inne organy czy instytucje <sup>512</sup>. Decentralizacja posiada podłoże podmiotowe i przedmiotowe. Działania decentralizacyjne w aspekcie podmiotowym „koncentrują się na jednostkach, na rzecz których władza centralna dokonała delegacji swoich uprawnień oraz skierowane są na zachowanie racjonalnych proporcji pomiędzy szczeblem części rządowym i samorządowym: regionalnym i lokalnym. Kryterium przedmiotowe rozstrzyga natomiast o obszarach kompetencji podlegających decentralizacji i dotyczy przede wszystkim: finansów publicznych, administracji publicznej, decyzyjności politycznej, uprawnień uchwałodawczych i kontrolnych powierzonych jednostkom podziału administracyjnego państw” <sup>513</sup>. W literaturze przedmiotu dotyczącej decentralizacji można wyróżnić jej następujące rodzaje: delegację, która określa powierzanie kompetencji zarządczych do organów, które nie są organami administracji państwowej, dekoncentrację oznaczającą przekaz jakiegoś zakresu władzy administracyjnej do niższych szczeblem organów czy instytucji oraz dewolucję, która ma na celu umocnienie jednostek czy instytucji, które

---

<sup>509</sup> E. Kornhauser-Sokołowska, *Decentralizacja finansów a samodzielność finansowa jednostek samorządu terytorialnego*, Warszawa 2001, s. 11

<sup>510</sup> C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź, Kraków, Warszawa 1996, s. 56

<sup>511</sup> J. Sługocki, *Zasada subsydiarności poziomej w teorii i praktyce* [w:] *Samorząd terytorialny w zintegrowanej Europie* pod red. B. Filipiaka, A. Szewczuka, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego” 2006, nr 426, *Ekonomiczne Problemy Usług* 1, t. II. s. 54

<sup>512</sup> Z. Ofiarski, M. Mokrzyż, B. Rutkowski, *Reforma samorządu terytorialnego*, t. I *Zagadnienia administracyjno-prawne*, Zielona Góra 1998, s.17

<sup>513</sup> S. Flejterski, M. Ziolo, *Centralizacja i decentralizacja zadań publicznych w świetle wybranych rozwiązań europejskich. Próba oceny*, „*Studia Regionalne i Lokalne*” Nr 3(33)/2008, s. 80

znajdują się poza administracją publiczną<sup>514</sup>. Prywatyzacja również jest uznawana za typ decentralizacji. Państwo bowiem nie we wszystkich przypadkach gwarantuje bezpieczeństwo zdrowotne swoim obywatelom. Prywatyzacja stała się jednym z kluczowych składników transformacji ustrojowej, na którą składają się różne dziedziny życia w tym również ochrona zdrowia. Najlepszym przykładem jest coraz częściej spotykana tendencja do prywatyzowania placówek służby zdrowia. W tej sytuacji odpowiedzialność państwa za ochronę zdrowia zostaje przeniesiona na podmioty prywatne. Ze względu na to, że termin prywatyzacja jest wieloznaczny, obciążony wieloma sądami wartościującymi, nie można stworzyć jednej definicji pojęcia prywatyzacji<sup>515</sup>. Według Katarzyny Tymowskiej dotyczy ona kwestii zwiększenia roli sektora własności prywatnej w systemie opieki zdrowotnej zarówno po stronie dostawców świadczeń, jak i wśród instytucji dysponujących środkami na pokrycie świadczeń<sup>516</sup>. Natomiast Wojciech Misiński pojmuje prywatyzację jako mechanizm dysponowania materialnymi i niematerialnymi składnikami mienia publicznego zakładu opieki zdrowotnej w celu przejęcia jego zadań oraz mienia przez niepubliczny zoz utworzony zgodnie z obowiązującymi przepisami<sup>517</sup>. R. B. Saltman zakłada, że prywatyzacja jest to przejście publicznych aktywów w prywatne posiadanie<sup>518</sup>. Z kolei dla Marka Wójtowicza „prywatyzacja rynku zdrowotnego to przejmowanie publicznych zadań w dziedzinie opieki zdrowotnej przez osoby fizyczne lub prawne w oparciu o mienie własne lub inne mienie oddane w wynajem”<sup>519</sup>. Punktem wyjścia tej definicji jest wyróżnienie prywatyzacji materialnej, funkcjonalnej a także procesu. Ta pierwsza polega na przejmowaniu własności gruntów, budynków i sprzętu medycznego. Natomiast ten drugi rodzaj prywatyzacji polega na przekazywaniu realizacji zadań zdrowotnych instytucjom niepublicznym<sup>520</sup>. Prywatyzacja jest również rozpatrywana w kontekście procesu, w którym podmioty pozarządowe zostają w coraz większym stopniu zaangażowane w finansowanie lub dostarczenie usług. Prywatyzacja jest procesem odchodzenia od dominującej roli własności państwowej na

---

<sup>514</sup> K. Krajewski Siuda, P. Romaniuk, Analiza polskich reform zdrowotnych (decentralizacja i centralizacja) w oparciu o model przestrzeni decyzyjnej, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, t. III, nr 1/2005, s. 18

<sup>515</sup> A. Hnatyszyn-Dzikowska, Tendencje przekształceń własnościowych szpitali w Polsce, [w:] System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań pod red. E. Nojszewskiej, Warszawa 2011, s. 337

<sup>516</sup> K. Tymowska, Sektor prywatny w systemie opieki zdrowotnej, Warszawa 1999, s.15

<sup>517</sup> W. Misiński, Lokalne prawo komercjalizacji i prywatyzacji SP ZOZ- szanse i zagrożenia, Materiały szkoleniowe – Zarządzanie opieką zdrowotną, Białystok 2001, s. 1-13

<sup>518</sup> R.B. Saltman, Melting public-private boundaries in European health systems, “European Journal of Public Health” 2003, nr 13, s. 24

<sup>519</sup> M. Wójtowicz, Co to jest prywatyzacja, „Służba Zdrowia” 8-9, 2000 r. s. 6

<sup>520</sup> G. Greenshields, Cele i strategie prywatyzacji opieki szpitalnej w Polsce, Warszawa 2000 r. s. 6

rzecz systemu rynkowego. Niniejszy proces można traktować nie jako cel sam w sobie, ale jako pewną fazę w osiągnięciu zamierzonych celów<sup>521</sup>.

Cechą charakterystyczną formy organizacji państwa jaką jest decentralizacja jest samodzielność organizacyjna i decyzyjna zagwarantowana prawem organów niższych (samorządu terytorialnego) względem organów wyższych (administracji państwowej). Ingerencja w działalność organów niższych szczeblem przez organy wyższe szczeblem jest dopuszczana tylko i wyłącznie na mocy aktów prawnych rangi ustawy, które w sposób precyzyjny określają wzajemne relacje pomiędzy organami administracyjnymi różnych stopni.

Decentralizacja posiadała swoje pozytywne i negatywne strony. Do jej walorów można zaliczyć poprawę jakości usług zdrowotnych i świadczeń w części regionów. Fakt ten powodował, iż zdecentralizowany system administracji państwowej funkcjonował sprawniej i efektywniej w bogatszych regionach o dużej gęstości zaludnienia. Decentralizacja władzy publicznej przyczyniła się do wydzielenia funduszy na ochronę zdrowia z centralnego budżetu w przypadku zadań zleconych jednostkom samorządu terytorialnego przez organy administracji państwowej. Doprowadziło to do uniezależnienia finansów ochrony zdrowia od kondycji budżetu<sup>522</sup>. Zwiększenie obszaru autonomii decyzyjnej przyczyniło do zwiększenia roli lokalnych urzędników w części regionów<sup>523</sup>. Udział społeczności lokalnych w procesie podejmowania decyzji dotyczących ochrony zdrowia również został zwiększony, w konsekwencji czego nastąpiło przybliżenie służby zdrowia do obywateli, którzy w wyborach powszechnych mają możliwość wyboru swoich przedstawicieli do jednostek samorządu terytorialnego. Zdecentralizowany system funkcjonował sprawniej i efektywniej

Negatywnym skutkiem decentralizacji zaś było zwiększanie się różnic w odniesieniu do jakości ochrony zdrowia pomiędzy różnymi regionami na obszarze państwa<sup>524</sup>. Skutkiem pogłębiających się tych dysproporcji było powstanie nierówności w zakresie dostępności do świadczeń zdrowotnych pomiędzy bogatymi a biednymi powiatami i województwami. Jednakże efekt ten mógł zostać zniwelowany poprzez wprowadzenie mechanizmu wyrównania finansowego dla uboższych regionów np. przez (konkurencję pomiędzy ubezpieczycielami).

---

<sup>521</sup> M. W. Uplekar, Private health care, "Social Science Medicine" 2000, nr 51, s. 898

<sup>522</sup> K. Krajewski Siuda, P. Romaniuk, Analiza polskich reform zdrowotnych (decentralizacja i centralizacja) w oparciu o model przestrzeni decyzyjnej... op. cit., s. 20

<sup>523</sup> Ibidem, s. 21

<sup>524</sup> Ibidem, s. 24

## 2.2 Zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia

Zasadniczym założeniem reformy administracyjnej z 1998 roku była decentralizacja władzy państwowej, która polegała na przejęciu części zadań administracji publicznej przez samorząd terytorialny. Do zadań tych należała między innymi ochrona zdrowia. Wraz z pojawieniem się dwóch nowych jednostek samorządu terytorialnego kwestie związane z polityką zdrowotną można realizować oprócz skali makro czyli na poziomie organów centralnych, również w skali mezo czyli na szczeblu województwa i mikro czyli na etapie gmin i powiatów<sup>525</sup>. Reforma administracyjna miała na celu przeniesienie części odpowiedzialności za ochronę zdrowia z organów państwowych na samorządowe. W ten sposób samorząd zyskał dużą samodzielność w swoich działaniach. Niezależność ta nie posiadała charakteru bezwzględnego, odbywała się jedynie w granicach ustawowo dopuszczalnych. Samodzielność jest kluczową cechą jednostek samorządu terytorialnego w aspekcie efektywniejszego rozwiązywania problemów dotyczących społeczności lokalnych a jednomyślność prowadzonej polityki osiągnana na wszystkich szczeblach stanowi fundament dla właściwego funkcjonowania państwa<sup>526</sup>. Zadania wykonywane przez samorząd terytorialny można podzielić na dwie grupy na zadania własne i zadania zlecone z zakresu administracji publicznej. Na te pierwsze składają się zadania dobrowolne i obligatoryjne. Zadania dobrowolne to takie, które samorząd wykonuje z własnej woli, nie są zawarte w podstawowych przepisach i nie są narzucone jednostkom samorządowym na mocy jakichkolwiek aktów prawnych. Od zadań obligatoryjnych jednostka samorządu terytorialnego nie może się uchylić<sup>527</sup>. Zadania te zostają nałożone w drodze konkretnych ustaw i stanowią *numerus clausus*. Katalog zadań własnych samorządu terytorialnego jest nadrzędnym celem jego istnienia i funkcjonowania. Jego brak powoduje bezcelowość dalszej działalności samorządu. Zadania własne są finansowane w drodze subwencji ogólnej lub szczegółowej co umożliwia jednostkom samorządu terytorialnego swobodne dysponowanie tymi funduszami zgodnie z lokalnymi potrzebami<sup>528</sup>. Zadania własne samorządu można podzielić również na zadania lokalne i ponadlokalne<sup>529</sup>. Te pierwsze zwane również

---

<sup>525</sup> A. Frąckiewicz-Wronka, I. Liszkowska-Rydlowska, Jednostka samorządowa jako podmiot zarządzający zakładami opieki zdrowotnej, „Pielęgniarstwo Polskie”, 2(20), 354-362, 2005, s. 355

<sup>526</sup> Ibidem

<sup>527</sup> Z. Leoński, Zarys prawa administracyjnego, Warszawa 2004, s. 152

<sup>528</sup> Z. Leoński, Samorząd terytorialny w RP, Warszawa 2001, s. 57

<sup>529</sup> A. Frąckiewicz-Wronka, I. Liszkowska-Rydlowska, Jednostka samorządowa jako podmiot zarządzający zakładami opieki zdrowotnej...op. cit., s.357

zadaniami lokalno-integracyjnymi to zadania dotyczące spraw jednej korporacji terenowej. Zadania te polegają na zaspakajaniu standardów i potrzeb społeczeństwa na obszarze gminy jako zbiorowości socjalnej. Zadania ponadlokalne to zadania realizowane przez korporacje samorządowe stworzone przez kilka wspólnot lokalnych. W tej grupie zadań rozróżniamy zadania ponadgminne, o których mówimy wtedy gdy zapewnienie potrzeb danej zbiorowości w ramach jednej gminy nie jest możliwe, zadania wyrównujące polegające na zaspokojeniu potrzeb członków korporacji ponadlokalnej w celu wsparcia słabszego i biedniejszego członka związku<sup>530</sup>.

Drugą grupą zadań wykonywanych przez samorząd terytorialny to zadania zlecone z zakresu administracji państwowej na drodze ustawy i na podstawie porozumień<sup>531</sup>. Przejęcie tych zadań przez samorzady było podyktowane względami natury praktycznej. *Konstytucja RP roku* przewiduje, iż w ustawie w uzasadnionych przypadkach może zlecić jednostkom samorządu terytorialnego zadania z zakresu administracji publicznej i to w trybie przez nią ustalonym. Przekazanie tych zadań może nastąpić również na mocy porozumień z organami centralnymi. Porozumienie jest publicznoprawną umową o wzajemnych prawach i obowiązkach organów administracji rządowej i samorządowej<sup>532</sup>. Organ centralny zlecający jednostkom samorządowym zadania z zakresu administracji publicznej na mocy ustawy czy porozumienia jest zobowiązany do zagwarantowania funduszy na jego realizację. Zadania zlecone są finansowane subwencjami z budżetu państwa specjalnie wydzielonymi na ich konkretyzację.

Zadania samorządu terytorialnego po reformie administracyjnej w 1998 roku nie zostały dokładnie określone przez ustawy ustrojowe. *Ustawa z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym* stanowi, iż do zadań gminy należą wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym, z wyjątkiem tych, które ustawa zastrzega dla innych podmiotów<sup>533</sup>. Zadania powiatu zostały uregulowane w *akcie prawnym z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym*, a są nimi: zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w tym ochrona i promocja zdrowia<sup>534</sup>. Natomiast działania województwa w zakresie zadań publicznych zostały określone w *ustawie z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie wojewódzkim*. Samorząd wojewódzki wykonuje zadania publiczne o charakterze

---

<sup>530</sup> B. Dolnicki, *Samorząd terytorialny, Zagadnienia ustrojowe*, 1999, s.149-150

<sup>531</sup> Z. Leoński, *Zarys prawa administracyjnego....* op. cit., s. 148

<sup>532</sup> *Ibidem*, s. 154

<sup>533</sup> *Ustawa z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym*, Dz. U. 1990, nr 16 poz. 95 ze zm.

<sup>534</sup> *Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym*, Dz. U. 1998, nr 91, poz. 578 ze zm.

wojewódzkim niezastrzeżone ustawami na rzecz organów administracji państwowej<sup>535</sup>. Powyższe akty prawne nie precyzują podziału zadań pomiędzy jednostkom samorządu terytorialnego. Konstytucyjna zasada subsydiarności oraz domniemania wykonywania zadań publicznych przez samorząd terytorialny a w zakresie samorządu domniemania wykonania tych zadań przez gminę przyczynia się do tego, iż poszczególne szczeble samorządu terytorialnego są umiejscowione względem siebie zgodnie z zasadą pomocniczości, wzajemnego uzupełniania i niezależności<sup>536</sup>.

Zadania samorządu terytorialnego po reformie administracyjnej w zakresie ochrony zdrowia polegały głównie na tworzeniu strategii rozwojowej, tworzeniu i prowadzeniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ), kształtowaniu polityki zdrowotnej, która obejmowała nie tylko organizację opieki zdrowotnej, ale również promocję zdrowia i zdrowie publiczne<sup>537</sup>. Do zadań własnych gminy należy pomoc rehabilitacyjna, terapeutyczna osobom uzależnionym od alkoholu, pomoc prawna i psychologiczna osobom pochodzącym z rodzin patologicznych, zagwarantowanie dostępu do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, położnictwa, ginekologii i stomatologii. Gmina pełni również funkcje organu założycielskiego dla samodzielnych publicznych zozów na mocy *ustawy z dnia 13 października 1998 roku o przepisach wprowadzających ustawy reformujące administrację publiczną*<sup>538</sup>. Jako organ założycielski gminy występują w dwóch rolach- jako właściciele SPZOZ są zobowiązane do przejęcia pieczy nad zasobami rzeczowymi, osobowymi i finansowymi SPZOZ-u i kontroli nad zgodnością działalności SPZOZ-u z jego statutem. Drugą funkcją gminy jest funkcja organizatora lokalnego systemu ochrony zdrowia, do wykonywania tej funkcji gminy posługą się następującymi narzędziami prawnymi: kompetencjami tworzenia, przekształcania czy likwidacji SPOZ-u, nadawania mu statutu i nadzoru nad nim<sup>539</sup>. W gestii powiatu pozostają zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w aspekcie promocji zdrowia i zdrowia publicznego (przeciwdziałanie narkomanii, zwalczanie alkoholizmu, zapewnienie dostępu do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej). Działalność powiatu dotycząc ochrony zdrowia

---

<sup>535</sup> Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie wojewódzkim, Dz. U. 1998, nr 91, poz. 576 ze zm.

<sup>536</sup> S. Golinowska, Z. Czepulis-Rutkowska, M. Sitek, A. Sowa, Ch. Sowada, C. Włodarczyk, *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Warszawa 2002, s. 48

<sup>537</sup> I. Kowalska, *Decentralizacja zarządzania funkcjami zdrowotnymi państwa*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, t. IV, nr 1/2006, s. 75

<sup>538</sup> Ustawa z dnia 13 października 1998 roku o przepisach wprowadzających ustawy reformujące administrację publiczną, Dz. U. 1998, nr 133, poz. 872 ze zm.

<sup>539</sup> A. Bukowska-Piestrzyńska, *Jednostka samorządu terytorialnego jako organ założycielski szpitala-analiza wybranych zmian [w:] System ochrony zdrowia, Problemy i możliwości ich rozwiązań pod red. E. Nojszewskiej*, Warszawa 2011, s. 354-369

obejmuje podobnie jak w przypadku gminy funkcje organu założycielskiego. Powiat na mocy ustawy z dnia 13 października 1998 roku również posiada kompetencje tworzenia, przekształcania i likwidacji zakładu opieki zdrowotnej, nadawaniu mu statutu. Do pozostałych zadań powiatu należy tworzenie powiatowego planu zabezpieczenia medycznych działań ratunkowych, zagwarantowanie usług medycznych w domach opieki społecznej, realizacja działań z zakresu zdrowia psychicznego i z zakresu inspekcji sanitarnej.

Samorząd województwa realizuje zadania, które są określone w ustawach odnoszących się do problemów zwalczania narkomanii<sup>540</sup>, alkoholizmu<sup>541</sup>, zdrowia psychicznego<sup>542</sup>, pomocy społecznej<sup>543</sup>. W zakresie ochrony zdrowia samorząd województwa pełni funkcję organu założycielskiego dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w jego gestii są wszystkie kompetencje z tym związane m.in. tworzenie SPZOZ-ów, ich przekształcanie, likwidacja, itp. Ponadto samorząd województwa tworzy i utrzymuje wojewódzki ośrodek medycyny pracy, finansuje działalność profilaktyczną wynikającą z programów prozdrowotnych dotyczących zapobieganiu chorob, realizacja programów polityki prozdrowotnej oraz programów promocji zdrowia w zakresie medycyny pracy.

Powołanie do życia jednostek samorządu terytorialnego w 1998 roku stanowiło przejaw całkowitego zerwania z koncepcją systemu ochrony zdrowia opartego na modelu Siemaszki. Model ten bazował na zcentralizowanych strukturach zarządzania i centralnym planowaniu w zakresie służby zdrowia. Polski system ochrony zdrowia w wyniku transformacji ustrojowej po 1989 roku przeszedł gruntowną przemianę, pierwsze kluczowe decyzje zapadły wraz z uchwaleniem ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która została znowelizowana 18 lipca 1998 roku. W reformę systemu ochrony zdrowia została wpleciona reforma administracyjna, której największym priorytetem było utworzenie jednostek samorządu terytorialnego. Samorząd terytorialny w większości współczesnych państw europejskich w tym również w Polsce jest najważniejszą formą samorządności i demokracji. Samorząd terytorialny wykonuje zadania na własną odpowiedzialność i we własnym imieniu, nie jest związany poleceniami

---

<sup>540</sup> Ustawa z dnia 29 lipca 2005 o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485 ze zm.

<sup>541</sup> Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz. U. 1982, nr 35, poz. 230 ze zm.

<sup>542</sup> Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego Dz. U. 1994, nr 111, poz. 535 ze zm.

<sup>543</sup> Ustawa z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej, Dz. U. 2004, nr 64, poz. 593 ze zm.

organów administracji publicznej, a ich nadzór nad jednostkami samorządowymi jest ograniczony co do zasady kryterium legalności z pominięciem celowości. Organy samorządowe wykonawcze (wójt, burmistrz i prezydent miasta) a także radni są wybierani przez obywateli w wyborach demokratycznych, powszechnych, bezpośrednich, równych i tajnych.

Zadania samorządu terytorialnego w odniesieniu do ochrony zdrowia nie zostały jasno określone, władze publiczne nie wykorzystały niestety wszystkich możliwości postępowań o charakterze regulacyjnym. Konsekwencją tego faktu był słaby rozwój a także znikoma jakość realizacji zadań przez samorządy terytorialne. Podział zadań pomiędzy administracją publiczną a samorządem nie był precyzyjnie określony, w konsekwencji czego doszło do zahamowania działań jednostek samorządowych i do problemów związanych ze zharmonizowaniem tych działań w różnych sferach życia społecznego. Samorządy miały problemy finansowe z powodu braku funduszy na restrukturyzację i zadania inwestycyjne, o większości wydatków na powyższe cele decydują władze publiczne. Powoduje to brak szans na wykorzystanie walorów związanych z większą efektywnością alokacyjną wydatkowania funduszy przez jednostki samorządu terytorialnego<sup>544</sup>.

### **3. System Kas Chorych**

Głównym założeniem znowelizowanej *ustawy z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw*<sup>545</sup> była kontynuacja procesu rozdzielania podmiotu finansującego czyli płatnika (Kas Chorych) od dostarczycieli usług zdrowotnych czyli np. szpitali. Ustawa ta zmieniła nazwę instytucjom ubezpieczenia zdrowotnego z Kas Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego na Kasy Chorych. Ustawodawca w powyższym akcie prawnym zachował podział na regionalne i branżowe Kasy Chorych i uznał, iż regionalna Kasa Chorych stanowi podstawową jednostkę organizacyjną ubezpieczenia zdrowotnego. Regionalna Kasa Chorych obejmowała zasięgiem swojego działania obszar zamieszkały przez co najmniej 1 000 000 ludności. Obszar działania Kasy powinien uwzględniać granice administracyjne jednego lub kilku województw<sup>546</sup>.

---

<sup>544</sup> S. Golinowska, Z. Czepulis-Rutkowska, M. Sitek, A. Sowa, Ch. Sowada, C. Włodarczyk, *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie...* op. cit., s. 71

<sup>545</sup> Ustawa z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw, Dz. U. 1998, nr 117 poz. 756 ze zm., dalej ustawa o zm.u.p.u.z. i zm. n.u.

<sup>546</sup> Ustawa o zm.u.p.u.z. i zm. n.u.



Według znowelizowanej ustawy z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw system Kas Chorych bazował na zasadach takich jak: solidarność społeczna, samorządność, samofinansowanie, wolny wybór świadczeniodawcy i kasy chorych, równy dostępu do świadczeń, non-profit, racjonalność ekonomiczna<sup>547</sup>:

- solidarność społeczna oznaczała, iż koszty indywidualnych świadczeń zdrowotnych udzielanych osobie uprawnionej – ubezpieczonemu ponoszone są przez ogół ubezpieczonych bez względu na wysokość płaconej składki, z wyłączeniem tzw. czynników ryzyka zdrowotnego np. podeszły wiek, inwalidztwo i niepełnosprawność<sup>548</sup>,
- zasada samorządności systemu ubezpieczeniowego wskazuje na oddzielenie jego struktur organizacyjnych i funkcjonowania od administracji publicznej z zachowaniem jedynie określonych uprawnień kontrolnych<sup>549</sup>,
- samofinansowanie polegało na tym, Kasy Chorych oraz świadczeniodawcy zobligowani byli pokryć swoją działalność z przychodów uzyskanych<sup>550</sup>,
- prawo wolnego wyboru świadczeniodawcy i Kasy Chorych w praktyce oznaczało możliwość wybierania lekarza pierwszego kontaktu. Wolny wybór Kasy Chorych był nierealny z powodu istniejącej zasady terytorialności<sup>551</sup>,
- zasada non-profit zakładała, iż pozostające jeszcze w rezerwie środki (nadwyżki) będą przeznaczone na cele statutowe a nie na wynagrodzenia dla zarządów Kas Chorych<sup>552</sup>,
- na zasadę racjonalności ekonomicznej składała się gospodarność i celowość działania, ta pierwsza oznaczała że Kasy Chorych były zobowiązane do efektywnego gospodarowania swoimi przychodami zachowując przy tym jednocześnie zrównoważenie bilansu. Ta druga reguła sprowadzała się do udoskonalania jakości świadczeń i usług medycznych<sup>553</sup>. Koncepcja Kas Chorych wiązała się z zasadniczą zmianą formuły organizacji i finansowania ochrony

---

<sup>547</sup> Ibidem

<sup>548</sup> S. Golinowska, Z. Czepulis-Rutkowska, M. Sitek, A. Sowa, Ch. Sowada, C. Włodarczyk, Opieka zdrowotna w Polsce po reformie.... op. cit., s. 80

<sup>549</sup> Ibidem

<sup>550</sup> Ibidem, s. 81

<sup>551</sup> A. Koronkiewicz, W. Masłowski, System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, Warszawa 2002, s.

42

<sup>552</sup> Ibidem

<sup>553</sup> Ibidem

zdrowia. Oznaczało to nawiązanie do tradycji okresu międzywojennego oraz wyeksponowanie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa jak również skupienie się na nowych założeniach gospodarki rynkowej. Według S. Golinowskiej system Kas Chorych opierał się na decentralizacji i upodmiotowieniu społeczeństwa w następujących punktach:

- w systemie ubezpieczeniowym źródłem finansowania są indywidualne, celowe składki ubezpieczeniowe obywateli. Posiadali oni świadomość indywidualnego wkładu finansowego, środki pochodzące ze składek były przeznaczane na świadczenia zdrowotne. Państwo nie mogło więc w bezpośredni i dowolny sposób decydować o wysokości środków na służbę zdrowia. Ponadto w systemie ubezpieczeniowym przejrzystość przepływu środków jest większa a zatem kontrola społeczna może być bardziej realna niż w systemie budżetowym<sup>554</sup>,
- Kasy Chorych odpowiadają nie przed władzą centralną, ale przed swoimi ubezpieczonymi. Ich działania są nastawione na sprostanie wymogom osób ubezpieczonych a nie administracji rządowej (Ministerstwa Zdrowia). Tak więc to ubezpieczeni przynajmniej w teorii kształtują politykę zdrowotną w swojej Kasie<sup>555</sup>,
- w koncepcji Kas Chorych bardzo dużą wagę przywiązywano do wolnego wyboru Kasy, lekarza i placówki zdrowia<sup>556</sup>.

### **3.1 Podmiotowy zakres świadczeń w świetle postanowień ustawy z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw**

Znowelizowana ustawa z dnia 18 lipca 1998 roku o zm. u. p.u.z. i zm. n.u. nie generalnie nie wprowadziła zmian w odniesieniu do katalogu osób ubezpieczonych. Ustawodawca zmodyfikował jedynie zasadę ubezpieczania cudzoziemców. Obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego objęto tych cudzoziemców, którzy posiadają tylko i wyłącznie kartę stałego pobytu, a nie tak jak było w *ustawie z dnia 6 lutego 1997 o p.u.z.* roku kartę tymczasowego pobytu. Zmiana ta była podyktowana względami oszczędnościowymi. Chodziło o uniemożliwienie pobierania drogich świadczeń zdrowotnych przez

---

<sup>554</sup> S. Golinowska, Z. Czepulis-Rutkowska, M. Sitek. A. Sowa, Ch. Sowada, C. Włodarczyk, Opieka zdrowotna w Polsce po reformie... op. cit., s. 75

<sup>555</sup> Ibidem

<sup>556</sup> Ibidem

obcokrajowca w ramach składki opłacanej przez krótki okres czasu. Zasadniczą ideą tej ustawy było objęcie prawie całego społeczeństwa obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Szeroki katalog grup społecznych podlegających ubezpieczeniu świadczył niewątpliwie o powszechności ubezpieczenia zdrowotnego. Uprawnienia do świadczeń zdrowotnych otrzymywały osoby podlegające obowiązkowi ubezpieczenia a także osoby ubezpieczające się dobrowolnie oraz członkowie ich rodzin. Definiując zakres podmiotowy ze obligatoryjny (przymusowy) charakter to jedna z cech pojęciowych ubezpieczenia zdrowotnego<sup>557</sup>. Obowiązkowe co do zasady ubezpieczenia mogą być wyjątkowo i to w odniesieniu do węższych grup społecznych dobrowolne. Niekiedy wprowadza się granicę obowiązku ubezpieczenia, wtedy osiągnięcie dochodów wyższych od tej granicy uprawnia do rezygnacji z obowiązkowego ubezpieczenia<sup>558</sup>. Ten przykład pokazuje jednak także, iż normą w ubezpieczeniach zdrowotnych jest obowiązek a wyjątkiem dobrowolność. Norma prawna wynikająca z tego obowiązku ma charakter bezwzględnie obowiązujący. Nie podlega żadnej wykładni i musi być realizowana zgodnie z treścią zawartych w niej przepisów. Zasada powszechności ubezpieczenia była przejawem silnego zakorzenienia zasady sprawiedliwości społecznej w tworzeniu projektów aktów prawnych dotyczących systemu ubezpieczeniowego w Polsce. Zasada sprawiedliwości społecznej jest utożsamiana z równością wobec prawa. Odzwierciedleniem tej reguły jest art. 68 *Konstytucji* stanowiący, iż wszyscy obywatele mają równy dostęp do świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z tym przepisem ustawodawca odwołując się do wartości jaką jest sprawiedliwość społeczna wymieniał wszystkie grupy społeczne uprawnione do świadczeń zdrowotnych w ustawie o zmianie ustawy o powszechnych ubezpieczeniach zdrowotnych. Zasada sprawiedliwości społecznej była ściśle powiązana z zasadą solidaryzmu społecznego, który z kolei widoczny był we współubezpieczaniu członków rodziny ubezpieczonego. Ustawodawca podczas pracy nad projektem tej ustawy kierował się również zasadą zapewnienia bezpieczeństwa socjalnego społeczeństwu. Przejawiało się to w postulacie objęcia ubezpieczeniem wszystkich obywateli.

---

<sup>557</sup> W. Szubert, *Ubezpieczenia społeczne, zarys systemu*, Warszawa 1987, s. 49

<sup>558</sup> M. Żukowski, *Dlaczego ubezpieczenia społeczne są obowiązkowe*, Materiały z konferencji naukowej *Systemy ubezpieczeń społecznych – między solidaryzmem a indywidualizmem*, (Lublin, 3–4 kwietnia 2014 r.) zorganizowanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Warszawa-Lublin 2014, s. 132

### **3.2 Przedmiotowy zakres świadczeń w świetle postanowień ustawy z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw**

Katalog świadczeń zdrowotnych przysługujący ubezpieczonemu zawarty w *ustawie z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw* nie zmienił się znacząco w porównaniu z wachlarzem świadczeń w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. *Akt prawny z 1998 o zm.u. p.u.z. i zm.n.u.* roku zapewniał ubezpieczonym różnorodne uprawnienia, formułując ogólne założenie, iż ubezpieczony może korzystać ze świadczeń odpowiadających szeroko pojętej wiedzy medycznej. Wymienione w ustawie świadczenia obejmują różne etapy leczenia, od profilaktyki poprzez promocję zdrowia do zwalczania chorób i rehabilitacji. W znowelizowanej ustawie nie wprowadzono podziału na świadczenia udzielane na różnych szczeblach referencyjnych, ponadto nie wyeliminowano żadnych skomplikowanych świadczeń zdrowotnych, nie wprowadzono zróżnicowania na świadczenia szpitalne, ambulatoryjne, lekarza specjalisty i ogólnego. Koncepcja ta pozwala skonstatować, iż wszyscy ubezpieczeni mogą korzystać ze wszystkim rodzajów procedur medycznych. W tym celu ubezpieczonym przysługuje następujący katalog świadczeń medycznych: zachowanie zdrowia oraz zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. W celu realizacji powyższych uprawnień Kasa Chorych zapewnia ubezpieczonemu w szczególności: badanie i poradę lekarską, badanie diagnostyczne, leczenie (ambulatoryjne, w domu chorego, szpitalne oraz w ramach pomocy doraźnej), rehabilitację leczniczą, świadczenie pielęgniarstwa, opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu i karmienia piersią niemowląt, opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia, opiekę profilaktyczną, zaopatrzenie w leki i materiały medyczne, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz lecznicze środki techniczne, orzekanie o stanie zdrowia, opiekę paliatywno-hospicyjną, świadczenia w środowisku nauczania i wychowania. Warto dodać, iż Kasy Chorych znowelizowana ustawa wyposażała w kompetencje do zorganizowania działań profilaktycznych i promocji zdrowia a także do kreowania zachowań prozdrowotnych ubezpieczonych oraz do określania zasad organizacji i finansowania programów prewencyjnych.

*Ustawa z dnia 18 lipca 1998 roku o zm. p.u.z. i zm. n.u.* poszerzyła natomiast katalog świadczeń nieprzysługujących ubezpieczonym. Artykuł 31a stanowił, iż Kasy Chorych nie będą finansowały następujących świadczeń:

- świadczenia zdrowotne w szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach uzdrowiskowych nie związane z bezpośrednią przyczyną skierowania ubezpieczonego na leczenie uzdrowiskowe,
- świadczenia zdrowotne z zakresu stomatologii, inne niż świadczenia podstawowe określone w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2000 roku w sprawie wykazu podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych*<sup>559</sup>,
- szczepienia ochronne inne niż zlecone do wykonania Kasom Chorych przez ministra właściwego do spraw zdrowia,
- świadczenia ponadstandardowe, których wykaz określi, w drodze rozporządzenia minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych; świadczenia te ubezpieczony finansuje ze środków własnych,
- świadczenia zdrowotne finansowane z budżetu państwa określane jako wysokospecjalistyczne procedury medyczne (*rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 listopada 1998 roku w sprawie wykazu wysokospecjalistycznych procedur medycznych z budżetu państwa oraz zasad i trybu udzielania tych świadczeń*)<sup>560</sup>,
- kosztów wyżywienia i zakwaterowania ubezpieczonego w zakładzie opiekuńczo-pielęgnacyjnym lub leczniczo-opiekuńczym,
- kosztów świadczeń, których metoda finansowania została określona przez odrębne przepisy, w tym świadczeń służby medycyny pracy,
- kosztów leczenia osób ubezpieczonych poza granicami naszego kraju, chyba że umowy międzynarodowe stanowią inaczej,

---

<sup>559</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2000 roku w sprawie wykazu podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych, Dz. U. 2000, nr 72, poz. 851 ze zm.

<sup>560</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 listopada 1998 roku w sprawie wykazu wysokospecjalistycznych procedur medycznych z budżetu państwa oraz zasad i trybu udzielania tych świadczeń, Dz. U. 1998, nr 140, poz. 910 ze zm.

- kosztów orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych wydawanych na życzenie ubezpieczonego, chyba że związane są z leczeniem, rehabilitacją<sup>561</sup>.

### **3.3 Struktura wewnętrzna Kas Chorych**

Struktura organów Kas Chorych została stworzona w oparciu o zasadę samorządności, która to widoczna była w niezależności Kas przy wykonywaniu powierzonych im zadań wobec organów administracji publicznej a także samodzielności na polu tworzenia swoich struktur organizacyjnych. Zasada ta odnosiła się w szczególności do rady Kasy. Organ ten był organem kolegialnym składającym się z siedmiu członków powoływanych z grona osób ubezpieczonych w danej Kasie. Członków rady powoływał na czteroletnią kadencję początkowo sejmik województwa właściwego ze względu na obszar działania Kasy Chorych. Od 2002 roku kompetencja została powierzona ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Świadczyło to o rozpoczęciu procesów centralizacyjnych w sferze zarządzania w publicznej ochronie zdrowia<sup>562</sup>. Ustawa precyzuje kryteria jakie muszą spełniać członkowie rady, mianowicie: nie mogą być członkami zarządu, świadczeniodawcami współpracującymi z kasami chorych, właścicielami i pracownikami zakładów opieki zdrowotnej, członkami organów lub pracownikami jednostek samorządu terytorialnego a także organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową. Członkowie rady musieli posiadać wyższe wykształcenie, zdała egzamin na członka rady nadzorczej jednoosobowej spółki Skarbu Państwa. Kadencja rady trwała 4 lata, która spośród swojego składu wybierała przewodniczącego, wiceprzewodniczącego i sekretarza. Zgodnie z art. 76 ustawy z dnia 18 lipca 1998 roku o zm.u.p.u.z. i zm.n.u. do głównych zadań Rady należało:

- uchwalanie statutu Kasy Chorych,
- podejmowanie decyzji o utworzeniu oddziałów Kasy Chorych i ustalanie obszarów ich działania,
- powoływanie i odwoływanie dyrektora Kasy,
- rozpatrywanie skarg i wniosków ubezpieczonych,

---

<sup>561</sup> Ustawa z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw, Dz. U. 1998, nr 117 poz. 756 ze zm.

<sup>562</sup> M. Balicki, A. Koronkiewicz, System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej, [w:] Prawo medyczne pod red L.Kubickiego, Wrocław 2003 s. 145; szerzej: J. Kalecińska, I. Herbst, PPP w systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata, Centrum Partnerstwa Publiczno-Prywatnego Warszawa 2011 s. 69-80

- uchwalanie planu finansowego, przyjmowanie i zatwierdzanie rocznych i kwartalnych sprawozdań finansowych,
- uchwalanie planu pracy,
- rozpatrywanie okresowych sprawozdań z działalności Zarządu Kasy Chorych,
- uchwalanie regulaminu Rady i Zarządu Kasy Chorych,
- podejmowanie uchwał dotyczących majątku Kasy Chorych, inwestycji przekraczających upoważnienia statutowe dla Zarządu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości <sup>563</sup>.

Drugim organem Kas Chorych był Zarząd, który składał się z: dyrektora Kasy, zastępcy, dyrektora do spraw medycznych, zastępcy do spraw administracyjno-finansowych, członków Zarządu. Zgodnie z art. 82 pkt. 6 analizowanej ustawy do zadań Zarządu należało:

- nadzór nad wykonaniem uchwał Rady,
- przedkładanie Radzie projektu planu finansowego i projektu planu pracy Kasy,
- nadzór nad wykonaniem planu finansowego i projektu planu pracy Kasy,
- zarządzanie funduszami i majątkiem Kas,
- nadzór nad działalnością Kasy,
- negocjowanie umów ze świadczeniodawcami, ich zawieranie, rozliczanie oraz kontrola ich wykonania,
- kształtowanie i nadzorowanie realizacji polityki w zakresie działalności finansowej, inwestycyjnej i informatycznej, określanie kierunków polityki związanej z rozwojem, wdrażaniem, i stosowaniem w kasie nowych technik oraz ich realizacji.

Do głównego zadania Zastępcy dyrektora do spraw medycznych należała piecza nad monitorowaniem jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych kontraktowanych przez Kasę. Ponadto w jego gestii był nadzór nad zawieraniem umów ze świadczeniodawcami oraz przeprowadzaniem konkursu ofert. Dokonywał analiz i ocen zachorowalności i chorobowości wśród ubezpieczonych w Kasie oraz opracowywał wnioski dotyczące działania Kasy w tym zakresie. Natomiast dyrektor do spraw administracyjno-finansowych posiadał pieczę nad finansami Kasy, w szczególności opracowywał okresowe i roczne sprawozdania finansowe, plan finansowy kasy, nadzorował wykonanie powyższego planu. Ponadto analizował i zatwierdzał projekty stanowiące podstawę do opracowania projektu inwestycyjnego. Udzielał zamówień publicznych, akceptował protokoły postępowania

---

<sup>563</sup> Ustawa z dnia 18 lipca 1998 roku o zm.u. p.u.z. i zm.n.u , Dz. U. 1998, nr 117 poz. 756 ze zm.

przetargowego. Członkowie Zarządu posiadali nadzór nad prowadzeniem ewidencji osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym oraz ewidencji udzielanych im świadczeń. Opracowywali założenia związane z rozwojem systemu informatycznego.

Po dokonaniu analizy kompetencji Zarządu Kasy Chorych należy stwierdzić, iż posiadał on możliwość nieograniczonej ingerencji w kompetencje Rady. Mając nadzór nad jej działalnością oraz nad wykonaniem uchwał Rady mógł narzucać własny punkt widzenia. Cechą charakterystyczną bowiem przepisów *ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw* dotyczących kompetencji organów był brak precyzyjnego określenia granic owej ingerencji Zarządu. Tworzył sobie sam podstawy działania a niekiedy nagiął je do własnych potrzeb. Zarząd jako organ wykonawczy był głównym ośrodkiem decyzyjnym co dawało mu nieograniczone możliwości dysponowania funduszami Kas Chorych. W konsekwencji doprowadziło to do złej kondycji finansowej Kas. W związku z kompetencją przedkładania Radzie projektu planu pracy Zarząd mógł w nieskrępowany sposób narzucać Radzie kierunek działania zgodny z własnymi oczekiwaniami. Natomiast w momencie negocjowania umów ze świadczeniodawcami Zarząd mógł w dowolny sposób określać warunki kontraktów ze zakładami opieki zdrowotnej (szpitalami) czy też z lekarzami prowadzącymi indywidualną praktykę lekarską. Organ wykonawczy Kas Chorych mógł również posługiwać się przeróżnymi metodami modyfikacji kontraktów, które opisałam w punkcie podsumowującym rozdział.

### **3.4 Finansowanie systemu Kas Chorych**

Głównym założeniem reformy służby zdrowia w 1998 roku było zastąpienie budżetowego systemu ochrony zdrowia opartego na modelu Siemaszki ubezpieczeniowym modelem systemu ochrony zdrowia. Był on oparty na koncepcji Bismarcka i został wprowadzony z chwilą wejścia w życie *ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz zmianie niektórych ustaw* czyli dnia 1 stycznia 1999 roku. Model ten charakteryzował się obecnością trzech podmiotów płatnika czyli Kasy Chorych, świadczeniodawcy np. szpitale, świadczeniobiorcy czyli pacjenci, których funkcjonowanie bazowało na ich wzajemnych relacjach. Instytucje ubezpieczeniowe Kasy Chorych na mocy wspomnianej powyżej ustawy zostały zobowiązane do realizacji wszelkich czynności z zakresu ubezpieczeniowego.

W ich gestii było ustalanie i potwierdzanie prawa osób ubezpieczonych do świadczeń zdrowotnych oraz zawieranie umów o udzielanie świadczeń na rzecz



ubezpieczonych<sup>564</sup>. Kasy Chorych zarządzały zgromadzonymi funduszami<sup>565</sup>. Środki te pochodziły ze składek, które odliczano od podatku dochodowego od osób fizycznych. W ubezpieczeniowym modelu systemu ochrony zdrowia zasadniczym źródłem finansowania była właśnie składka ubezpieczeniowa. Według znowelizowanej *ustawy z dnia 18 lipca 1998 roku o zm.u.p.u.z. i zm.n.u.* pobór i ewidencjonowanie składek na ubezpieczenie zdrowotne nie było realizowane przez Kasę Chorych, lecz przez ZUS i KRUS. Po wprowadzeniu reformy systemu ochrony zdrowia i towarzyszącej jej reformy emerytalnej od 1999 roku wydawało się celowe i słuszne, aby jeden podmiot-instytucja poboru i kontroli opłacania składki przy kolektywnym oprogramowaniu tej samej podstawie naliczania składki będzie pobierała je na ubezpieczenie chorobowe czy emerytalno-rentowe. W ustawie o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw obniżono wysokość składki w porównaniu z *ustawą z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* do 7,5% podstawy wymiaru składki. Warto dodać, iż przepisy przejściowe znowelizowanego aktu prawnego regulowały kwestie zmiany wysokości składki. Kompetencja taka przysługiwała Radzie Ministrów, która mogła przedstawić Sejmowi raport z ewentualnymi wnioskami modyfikacji wysokości składki. Ustawa o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw przewidywał możliwość zmiany składki do 31 grudnia 2001 w drodze ustawy lub każdej Kasie Chorych na terytorium swojego działania po osiągnięciu aprobaty członków Kas Chorych w trybie referendum od 1 stycznia 2002 roku. Składka na ubezpieczenie zdrowotne określona była jednakowo dla wszystkich ubezpieczonych bez względu na stan zdrowia, status materialny, wykonywany zawód czy wiek. Osoby objęte obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym przez ustawę, *ex lege* stawały się członkami regionalnej Kasy Chorych właściwej dla ich miejsca zamieszkania<sup>566</sup>. W polskim systemie ochrony zdrowia składka połączona jest ściśle z podatkiem dochodowym i podniesienie jej automatycznie wpływa również na wzrost podatku dochodowego. Istnieje powszechna zasada funkcjonująca w państwach Unii Europejskiej, głównie w Holandii według, której zachodzi możliwość zastosowania niejednolitej składki

---

<sup>564</sup> A. Młynarska-Wichtowska, Sytuacja finansowa Kas Chorych w latach 1999-2000, Kancelaria Sejmu, Biuro studiów i ekspertyz, Listopad 2000, nr 748 s. 1

<sup>565</sup> M. Paszkowska, Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce, e-Finanse, finansowy kwartalnik internetowy, s. 3, e-finanse.com, dostęp 24.11.2015

<sup>566</sup> Ibidem

<sup>567</sup>. W państwie tym wysokość składki ubezpieczeniowej bywa różna ponieważ to ubezpieczyciele, których jest wiele na rynku decydują o wysokości składki ryczałtowej za standardowy koszyk świadczeń <sup>568</sup>. W sytuacji, w której ubezpieczony uzna, iż składka jest za wysoka lub jakość oferowanych świadczeń nie jest adekwatna do jej wysokości może zmienić raz do roku ubezpieczyciela. Składka ryczałtowa nie jest uiszczona za dzieci poniżej 18 roku życia, finansowana jest z budżetu państwa <sup>569</sup>. Jednakże w polskim systemie ochrony zdrowia taka sytuacja nie jest możliwa <sup>570</sup>. Zasadniczym warunkiem wykorzystania zasady zróżnicowanej składki jest zagwarantowanie osobom ubezpieczonym swobodnego wyboru ubezpieczyciela w naszym przypadku Kasy Chorych. W Polsce nie jest możliwe ponieważ każdy ubezpieczony opłacający składkę jest przydzielony z mocy prawa do swojej regionalnej Kasy Chorych według miejsca zamieszkania co uniemożliwia zróżnicowanie składki. Wysokość składki ubezpieczeniowej, jej podstawa wymiaru i ilość osób ją opłacających decyduje o przychodach Kas Chorych, a są nimi: przychody ze składek i z odsetek od nieopłaconych w terminie składek, przychody z własnej działalności finansowej (z lokat terminowych i papierów wartościowych Skarbu Państwa), darowizny i zapisy oraz środki otrzymywane z budżetu państwa za pośrednictwem ministra zdrowia <sup>571</sup>. Każda Kasa Chorych dysponowała różnymi funduszami, skutkiem tego faktu było pojawiające się zjawisko dużych dysproporcji pod względem finansowym pomiędzy różnymi Kasami. Wraz z ograniczeniami środków finansowych Kasy nie mogły zagwarantować równego dostępu do świadczeń zdrowotnych właściwej jakości.

Po dokonaniu analizy aktów prawnych i piśmiennictwa dotyczących analizowanego okresu należy skonstatować, iż system ochrony zdrowia w III Rzeczypospolitej oparty został na uniwersalnych wartościach (sprawiedliwości społecznej wolności, solidaryzmie społecznym itp.), które były uwzględnione w *ustawie z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw*. Niezależnie od okresu historycznego stanowią one bowiem drogowskaz dla ustawodawcy, który

---

<sup>567</sup> S. Golinowska, Z. Czepulis-Rutkowska, M. Sitek. A. Sowa, Ch. Sowada, C. Włodarczyk, *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie...* op. cit., s. 84

<sup>568</sup> B. Więckowska, *Partnerstwo publiczno-prawne w zastosowaniu ubezpieczeń w systemie zabezpieczenia zdrowotnego-przykład Holandii*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe“ 1/2009 s. 153

<sup>569</sup> *Ibidem*, s. 153

<sup>570</sup> S. Golinowska, Z. Czepulis-Rutkowska, M. Sitek. A. Sowa, Ch. Sowada, C. Włodarczyk, *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie...* op. cit., s. 84

<sup>571</sup> Ustawa z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw, Dz. U. 1998, nr 117 poz. 756 ze zm.

tworzy przepisy prawne związane ze służbą zdrowia. W porównaniu z poprzednimi okresami II Rzeczypospolitej i PRL współcześnie wartości aksjologiczne spełniają identyczne rolę co kilkadziesiąt lat temu, ale przeszły istotną ewolucję, posiadają inny wymiar. Najistotniejszą funkcją niniejszych wartości jest funkcja integrująca i motywacyjna. Ta pierwsza polega na integracji grup społecznych poprzez wspólny system wartości i wspólną wizję świata. Ta druga polega na motywowaniu (inspirowaniu) działań ustawodawcy, które mają na celu kształtowanie świadomości i tożsamości kulturowo-prawnej społeczeństwa. Wartości aksjologiczne, na których bazuje system ochrony zdrowia współcześnie są uzależnione od uwarunkowań polityczno-gospodarczo-społecznych i od tradycji narodowych. W państwie demokratycznym jakim jest III Rzeczypospolita ustawodawca odwołuje się do wartości liberalno-demokratycznych a nie do ideologicznych, które były silnie zakorzenione w okresie PRL. Koncepcja systemu ochrony zdrowia oparta na Kasach Chorych, których podstawą prawną jest *ustawa z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw* wywodzi się z idei decentralistycznych, upodmiotowienia społeczeństwa, równego dostępu do świadczeń, wolnego wyboru świadczeniodawcy i Kasy, samofinansowania. Te zasady wynikały z kolei z uniwersalnych wartości aksjologicznych takich jak: sprawiedliwość, solidaryzm czy bezpieczeństwo socjalne, które czerpią swoją moc obowiązującą z moralności i prawa naturalnego.

System Kas Chorych wykazał również liczne niedoskonałości na różnych płaszczyznach. Przeprowadzona reforma zdrowotna opierająca się na tych instytucjach nie przyczyniła się do lepszego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Kasy Chorych posiadały charakter monopolistyczny w relacji do innych uczestników systemu zdrowotnego przede wszystkim w stosunku do wykonawców świadczeń medycznych. Pozycja monopolisty przejawiała się w narzucaniu świadczeniodawcom decyzji dotyczących długości i negocjacji ich kontraktów, sposobów ich opłacania, oraz cen usług<sup>572</sup>.

Kasy Chorych określały długości kontraktów ze świadczeniodawcami. Regułą było zawieranie kontraktów na jeden rok. Jednakże w niektórych sytuacjach dochodziło do ich przedłużania. Konsekwencją tego było odchodzenie od zasad sprawiedliwej konkurencji o środki publiczne. W rzeczywistości zawieranie corocznych umów stanowiło problematyczną sytuację dla tzw. „trzeciej strony” i dla świadczeniodawców. Dla

---

<sup>572</sup> S. Golinowska, *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Warszawa 2002 s. 114

wymienionych stron tego typu postępowanie nie było korzystne ponieważ doprowadzało do braku stabilności systemu oraz do nadmiernych czynności administracyjnych. Powyższa sytuacja spowodowała selekcję świadczeniodawców na bardziej i mniej uprzywilejowanych (czyli na tych, którzy od dawna funkcjonowali w tym układzie i przez to posiadali pozycję dominującą oraz na tych, którzy dopiero co wchodzili i zaznajamiali się nowymi zasadami)<sup>573</sup>. Kasy Chorych decydowały również o zmianach kontraktów. Było to podyktowane wieloma względami np. finansowymi i politycznymi. Powyższe instytucje posługiwały się różnymi metodami modyfikacji kontraktów. Do najczęściej używanych należały nadwykonania i renegocjacje<sup>574</sup>. Te pierwsze to świadczenia wykonane świadczeniodawcą w ilości przekraczającej limit określony w kontrakcie zawartym z Kasą Chorych na świadczenie usług zdrowotnych w danym roku kalendarzowym. Jeśli przekroczony zostanie określony limit, fundusz może odmówić zapłaty świadczeniodawcy za usługi ponadlimitowe. Jest on jednak zobowiązany do zapłaty swym kontrahentom za nadwykonane świadczenia zdrowotne, które zostały udzielone osobom ubezpieczonym w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia. Natomiast renegocjacje to proces związany z głęboką analizą i ponownym uzasadnieniem dodatkowej potrzeby świadczeń i usług medycznych<sup>575</sup>.

Jednym z impulsów mających fundamentalne znaczenie dla jakości wykonywanych świadczeń medycznych jest metoda opłacania świadczeniodawców. Istnieją dwa rodzaje zapłaty prospektywna i retrospektywna. Pierwsza z nich polega na możliwości zaplanowania i przewidywania ilości wydatków świadczeniodawcy na opiekę medyczną. Druga kładzie nacisk na analizę poniesionych już kosztów przez świadczeniodawców. Kasy Chorych posługiwały się tą pierwszą metodą dzięki, której mogły dyktować warunki finansowe kontraktów. Przykładowo w podstawowej opiece zdrowotnej metodą prospektywną była kapitacja, która spowodowała obniżenie usług medycznych. Według S. Golinowskiej w przypadku tzw. kapitacji czystej stawka kawitacyjna była zarezerwowana dla lekarza POZ natomiast w kapitacji dla lekarza POZ z budżetem (budget-holding) stawka dotyczyła POZ, jak również usługi specjalistów. W tym przypadku lekarz POZ

---

<sup>573</sup> C.Włodarczyk, Droga do ubezpieczeń społecznych. Wędrówka koncepcji reformatorskich w procesie polityki zdrowotnej, „Zdrowie i Zarządzanie” 1999 r. nr 1(2), s. 5

<sup>574</sup> P. Madziółko, Sposób rozliczania świadczeń przez NFZ, „Ogólnopolski Przegląd Medyczny” nr 5/2013 s. 80-83

<sup>575</sup> A.Knysok, Proces finansowania i kontraktowania poszczególnych rodzajów świadczeń zdrowotnych, „Biuletyn Kas Chorych” nr 11(28), Warszawa 2001 r. s.10

wysyłał chorych do specjalisty, gdy uznał to za słuszne<sup>576</sup>. Należy podkreślić, iż metoda kawitacyjna budżet-holding posiadała swoją pejoratywną cechę a mianowicie doprowadziła do zmarginalizowania roli specjalisty. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wydawał wówczas znacznie mniejszą liczbę skierowań do specjalistów co odbijało się niekorzystnie na pacjentach.

Kasy Chorych stosowały odmienne ceny usług. Niemożliwe było bowiem zaplanowanie wszystkich czynników kształtujących wysokość świadczeń i usług medycznych. Na początku zróżnicowanie cen miało swoją zasadność np. w kosztach produkcji, wynajem pomieszczeń<sup>577</sup>. Jednak w późniejszym okresie funkcjonowania Kas Chorych zaszła potrzeba harmonizacji wszystkich ich cenników na terenie kraju. Ten brak rozbieżności miał na celu poprawę działań rozliczeniowych między Kasami.

Pozycja monopolisty dawała Kasom Chorych szereg innych przywilejów. Płatnik-monopolista nie musiał kłaść nacisku na efektywne działania mające na celu dobro pacjenta i podwyższanie jakości usług medycznych. Ponadto nie było w jego interesie stosowanie reguł racjonalnego gospodarowania oraz efektywnego i proporcjonalnego wykorzystania środków publicznych na ochronę zdrowia. Bierna postawa płatnika w tym zakresie potwierdziła, że produkuje on nieefektywnie po zawyżonych cenach, co w konsekwencji skutkuje słabą jakością świadczonych usług medycznych<sup>578</sup>.

Dokonując analizy działalności Kas Chorych należy podkreślić, iż instytucje te nie działały w sposób sprawny i przejrzysty. Nie zostały ustalone standardy organizacji Kas głównie administracyjne. Kasy tworzyły sobie same podstawy działania, każda Kasa prowadziła własną partykularną politykę. Stały się one regionalnymi ministerstwami zdrowia. Przejawem takiej autonomii było zróżnicowanie warunków kontraktowanych świadczeń medycznych, nazewnictwa tych świadczeń oraz brak spójnych reguł finansowych przyjętych przez Kasy. Warto podkreślić, że rozbieżność była podyktowana czynnikami wewnętrznymi, jak i zewnętrznymi<sup>579</sup>.

Elementarnym problemem Kas Chorych były ograniczenia budżetowe. Każda z Kas bowiem była zmuszona do zastosowania określonego rodzaju racjonowania świadczeń. Prowadząc konkretną politykę kontraktowania świadczeń, tworzyła koszyk

---

<sup>576</sup> S. Golinowska, *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Warszawa 2002, s. 50

<sup>577</sup> J. Hrynkiewicz, *Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2001 ss. 55-87

<sup>578</sup> K. Krajewski, *Dlaczego możliwe było wprowadzenie NFZ?*, „Zdrowie i Zarządzanie”, tom VI, Nr 1/2004 s. 4

<sup>579</sup> M. Bojarska, *Ogólne warunki udzielania świadczeń zdrowotnych*, „Praktyka Prywatna” Vol. 13/ Nr 4/kwiecień 2004 s. 10

świadczeń gwarantowanych pozostawiając poza nim świadczenia niezakontraktowane lub zakontraktowane w niewystarczającej ilości. Dlatego też w związku z ograniczeniami budżetowymi Kasy nie mogły zagwarantować równego dostępu do odpowiedniej ilości i jakości świadczeń<sup>580</sup>.

#### **4. Wnioski**

Koncepcja systemu ochrony zdrowia na przestrzeni lat 90-tych ubiegłego wieku w Polsce podlegała nieustającym zmianom. Była odzwierciedleniem wizji poszczególnych partii politycznych sprawujących władzę. Do najbardziej kluczowych reform w sferze ochrony zdrowia należało wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego funkcjonującego od 1999 roku, a zapoczątkowanego przez koalicję SLD-UP w *ustawie z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* oraz decentralizacja systemu ochrony zdrowia zainicjowana przez AWS z Jerzym Buzkiem na czele. Skutkiem przeprowadzonych zmian i największym sukcesem rządu prawicowego AWS było zastąpienie budżetowego systemu ochrony zdrowia ubezpieczeniowym modelem systemu ochrony zdrowia, w którym oprócz takich podmiotów jak świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy występował płatnik w postaci Kas Chorych finansujących wiele świadczeń zdrowotnych dotychczas finansowanych z budżetu państwa. *Ustawa z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw* tworząca Kasy Chorych regulowała koncepcję powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Opierało się na następujących zasadach: na solidarności społecznej, samorządności, samofinansowaniu, na wolnym wyborze lekarza i Kasy Chorych, zapewnieniu równego dostępu do świadczeń, gospodarności i celowości działania.

U źródeł reform systemowych pod koniec lat 90-tych leżała potrzeba poprawy funkcjonowania i organizacji ochrony zdrowia w Polsce. Przeprowadzona reforma zdrowotna opierająca instytucjach ubezpieczeniowych Kasach Chorych nie przyczyniła się do lepszego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. System Kas Chorych był skazany na porażkę. Instytucje te posiadały charakter monopolistyczny w relacji do innych uczestników systemu zdrowotnego przede wszystkim w stosunku do wykonawców

---

<sup>580</sup> J. Grabowski, Koszyk świadczeń zdrowotnych gwarantowanych a standardy produktów kupowanych przez Kasy, Wytyczne i standardy w optymalizacji jakości i kosztów opieki zdrowotnej- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, s. 47

świadczeń medycznych. Kasy Chorych nie stosowały żadnych standardów organizacyjnych i administracyjnych. Oznaczało to, iż tworzyły sobie same podstawy działania, każda Kasa prowadziła własną partykularną politykę. Kasy ponadto stosowały odmienne cenniki usług co powodowało spore rozbieżności na tle rozliczeniowym pomiędzy nimi. Głównym celem AWS była również przebudowa całego systemu ochrony zdrowia w oparciu o decentralizację i tworzenie ZOZ-ów przez różne podmioty. Powyższa reforma służby zdrowia była ściśle powiązana z reformą administracyjną, która przypadła również na rok 1998 i miała kluczowe znaczenie dla dalszej wizji systemu ochrony zdrowia i ubezpieczeń zdrowotnych. Wydarzeniem o dużym znaczeniu dla dalszych reform w sferze ochrony zdrowia było uchwalenie dnia *24 lipca 1998 roku ustawy o wprowadzeniu zasadniczego trójstopniowego podziału terytorialnego państwa*. powołano do życia do istniejących już gmin dwa rodzaje jednostek samorządu terytorialnego powiaty i województwa. Decentralizację systemu ochrony zdrowia zainicjonowaną przez AWS należy ocenić pozytywnie. Decentralizacja sprzyjała niewątpliwie wzmocnieniu pozycji samorządów, przejęły one odpowiedzialność za finansowanie i organizację ochrony zdrowia na szczeblu regionalnym. Rola samorządów uległa znacznemu rozszerzeniu, wykonywały one zadania mające na celu rozwój i ujednoczenie polityki zdrowotnej państwa na poziomie lokalnym. Samorzady organizowały i zarządzały lokalną opieką zdrowotną a przede wszystkim ją finansowały.

## Rozdział VI

### Ustrój ochrony zdrowia w świetle postanowień ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

#### 1. Narodowy Fundusz Zdrowia jako instytucja ubezpieczenia zdrowotnego

W 2001 roku wraz ze zmianą ekipy rządzącej (ustąpienie rządu Jerzego Buzka a powołanie rządu opartego na koalicji SLD-UP z premierem Leszkiem Millerem na czele) doszło również do przewartościowań w wizji organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Polsce<sup>581</sup>. Wybory parlamentarne w 2001 roku zapoczątkowały nową erę w historii III Rzeczypospolitej. Egzekutywa (prezydent i rząd) oraz legislatura (Sejm i Senat) skupione zostały w rękach postkomunistów czyli koalicji SLD-UP. Przedstawiciele rządu lewicowego postulowali m.in. gwarancję bezpłatnej opieki zdrowotnej i socjalnej, a także interwencjonizm państwowy oraz zwiększoną ochronę praw pracowników. Ministrem zdrowia w rządzie L. Millera został M. Łapiński, który w 2002 roku wydał dokument „*Narodowa Ochrona Zdrowia, Strategiczne kierunki działań Ministerstwa Zdrowia*” określający planowane zmiany<sup>582</sup>. Obejmowały one: reaktywowanie konstytucyjnej zasady odpowiedzialności rządu za prowadzenie polityki zdrowotnej państwa, likwidację Kas Chorych i finansowanie systemu opieki zdrowotnej przez jedną scentralizowaną instytucję- Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia, wprowadzenie RUM (rejestr usług medycznych), kontraktowanie świadczeń przez fundusz po przedstawieniu powiatowych i wojewódzkich planów zdrowotnych, ułatwienie dostępu do lekarzy rodzinnych i specjalistów, racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi przeznaczonymi na ochronę zdrowia<sup>583</sup>. Główną ideą rządu odnośnie ochrony zdrowia SLD-UP była centralizacja systemu ochrony zdrowia, która oznaczała przejęcie zadań w zakresie polityki zdrowotnej przez Ministerstwo Zdrowia. Ten centralny organ stał się głównym ośrodkiem decyzyjnym, kontrolującym i zatwierdzającym. Ministerstwo Zdrowia tworzyło podstawy prawne dla systemu ochrony zdrowia, posiadało nadzór nad instytucją

---

<sup>581</sup> K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po drugiej wojnie światowej*, Poznań 2007, s. 192-220

<sup>582</sup> Ministerstwo Zdrowia, *Narodowa Ochrona Zdrowia, Strategiczne kierunki działań MZ w latach 2002-2003*, Dokument na posiedzenie Rady Ministrów, Warszawa 28 marca 2002 r. <http://www2.mz.gov.pl/wwwmzold/index?mr=&ms=&ml=en&mi=&mx=7&mt=0&my=se&ma>, dostęp 3.04.2014 r.

<sup>583</sup> Ibidem



ubezpieczeniową NFZ i zatwierdzało plan zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych i plan finansowy dla całego państwa.

Zwieńczeniem podejmowanych działań było uchwalenie *ustawy 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia*. Według tego aktu prawnego system Kas Chorych został zlikwidowany, a na jego miejsce powstał NFZ<sup>584</sup>. Kompetencje NFZ są bardzo szerokie i obejmują między innymi: przeprowadzenie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom, przygotowanie, finansowanie oraz realizowanie programów zdrowotnych, prowadzenie centralnego Wykazu Ubezpieczonych, organizacja zwrotu kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym w granicach Unii Europejskiej<sup>585</sup>. Natomiast na strukturę wewnętrzną NFZ składały się następujące organy Rada Funduszu oraz Zarząd Funduszu oraz rady oddziałów wojewódzkich i ich dyrektorzy<sup>586</sup>. Zgodnie z *ustawą z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym funduszu Zdrowia* Radę Funduszu, której kadencja trwa 5 lat powołuje premier, który powołuje także Prezesa NFZ. Zarząd NFZ tworzy Prezes oraz jego trzech zastępców. Natomiast Prezes NFZ odpowiada za kierowanie pracami zarządu, koordynuje współpracę z instytucjami organizacji rządowej, samorządowej na rzecz ochrony zdrowia powołuje i odwołuje dyrektorów oddziałów wojewódzkich funduszu oraz powołuje i odwołuje rady społeczne przy oddziałach wojewódzkich funduszu. Natomiast do zadań Zarządu funduszu należy przede wszystkim kierowanie działalnością Funduszu w zakresie niezastrzeżonym dla Prezesa Funduszu.

*Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia* została w całości zaskarżona do Trybunału Konstytucyjnego na wniosek grupy posłów na Sejm. Trybunał Konstytucyjny w dniu 7 stycznia 2004 roku wydał wyrok w którym zakwestionował znaczącą ilość przepisów ustawy jako niezgodnych z konstytucją. Zwrócił uwagę, że art. 36 ust 1 *ustawy z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia* (odnośnie do przepisów dotyczących zasad organizacji i funkcjonowania NFZ-rozdziały 1 i 4, zasad zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych i organizacji udzielania świadczeń

---

<sup>584</sup> Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz. U. 2003, nr 45, poz. 391 ze zm.

<sup>585</sup> Ibidem

<sup>586</sup> Szerzej nt. struktury NFZ M. Urbaniak, Status prawny NFZ [w:] Prawo i administracja pod red. K. Wojtczak, t. 8. Piła 2009, s. 121-134

zdrowotnych - rozdziały 5,6,7,8, gospodarki finansowej- rozdział 9, zasad nadzoru wykonywania NFZ-rozdział 13) jest niezgodny z art. 68 w związku z art. 2 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*. Niezgodność ta dotyczyła faktu, że ustawa tworzyła instytucję publiczną w kształcie uniemożliwiającym jej rzetelne i sprawne działanie<sup>587</sup>. Ponadto przepisy ustawy naruszały zasady państwa prawnego w odniesieniu do konstytucyjnego prawa obywateli do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Kolejnym mankamentem analizowanego aktu prawnego było brak precyzyjnych przepisów dotyczących zakresu świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonym oraz brak przepisów stanowiących o kontroli finansów NFZ przez parlament<sup>588</sup>. Według M. Safjana nieokreślenie przez ustawodawcę standardów jakości usług czy świadczeń gwarantowanych narusza konstytucyjną zasadę równości<sup>589</sup>.

W związku z wydanym wyrokiem przez Trybunał Konstytucyjny te przepisy ustawy, które zostały zakwestionowane traciły ważność z dniem 31 grudnia 2004 roku. Zaznaczyć należy, że wyrokiem tym Trybunał Konstytucyjny przyczynił się do poszukiwań rozwiązań systemowych w sferze ochrony zdrowia<sup>590</sup>. Zaistniała sytuacja wymuszała konieczność stworzenia nowej ustawy określającej konstrukcję powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Nad tą kwestią pracował między innymi (od 15 stycznia do 15 marca 2004 roku) Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia powołany przez Ministra Zdrowia. Do uchwalenia nowej *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* doszło w dniu 27 sierpnia 2004 roku. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego dnia 7 stycznia 2004 spowodował uchylenie *ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia z 2003 roku*<sup>591</sup>. Ustawa ta potwierdzała *status quo* w zakresie modelu ubezpieczeniowego funkcjonującego w Polsce, z tą różnicą, iż zamiast Kas Chorych utworzono NFZ z szesnastoma oddziałami<sup>592</sup>.

Pod wpływem zachodzących zmian w systemie ochrony zdrowia, czyli poprzez wprowadzenie nowej instytucji finansującej świadczenia zdrowotne ubezpieczonym (NFZ) w literaturze przedmiotu dotyczącej prawa ubezpieczeniowego poddano analizie treść

---

<sup>587</sup> Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 roku, sygn. akt K14/03 Dz. U. 2004, nr 5. Poz. 37

<sup>588</sup> A. Chycak-Kryczka, I. Wrzeńska-Wal, Świadczenia gwarantowane, „Medycyna Rodzinna“ 2/2001, s. 54

<sup>589</sup> M. Safjan, System ochrony zdrowia po orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego-uwarunkowania kolejnej reformy „służby zdrowia”, „Prawo i Medycyna“ 2004, nr 2, s. 12

<sup>590</sup> J. Masiakowski, Samoleczenie służby zdrowia, „Aptekarz“ Vol. 12, nr 7/8, (2004), s. 144

<sup>591</sup> K. Prętki, Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po drugiej wojnie światowej, op. cit., s. 218

<sup>592</sup> A.Zemke-Górecka, Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja, Warszawa 2011, s. 59

ubezpieczenia zdrowotnego, status prawny oraz charakter jego stron. Ubezpieczenie zdrowotne jest rodzajem korelacji stosunków prawnych pomiędzy trzema podmiotami a mianowicie świadczeniobiorcą czyli ubezpieczonym, świadczeniodawcą i Narodowym Funduszem Zdrowia. Należy przytoczyć definicję J. Jończyka według, którego ubezpieczony to osoba fizyczna, która podlega ubezpieczeniu i przysługują jej świadczenia opieki zdrowotnej z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Ubezpieczony w chwili realizacji tego uprawnienia staje się świadczeniobiorcą<sup>593</sup>. Natomiast świadczeniodawcą jest najczęściej podmiot leczniczy publiczny lub niepubliczny, indywidualna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska czy również grupowa praktyka lekarska czy pielęgniarska<sup>594</sup>. Trzecią stroną w stosunku ubezpieczeniowym jest Narodowy Fundusz Zdrowia, który pełni funkcję płatnika w obecnym systemie ochrony zdrowia. Oznacza to, że podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Fundusz jest umowa o udzielenie świadczeń zdrowotnych pomiędzy Funduszem i świadczeniodawcą. Status prawny Narodowego Funduszu Zdrowia w porównaniu ze statusem wcześniejszych Kas Chorych jest o wiele bardziej przejrzysty. Ustawodawca, zmuszony wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 roku był zobligowany do ponownej analizy charakteru prawnego NFZ i określił go jako państwową jednostkę organizacyjną mającą osobowość prawną. Oznacza to, iż status państwowej osoby prawnej nabywa dana państwowa jednostka organizacyjna w drodze wyraźnego przepisu prawa. Powoływana jest tylko w drodze ustawy. Ponadto posiada własne niezależne organy zarządzające (w tym przypadku Rada i Prezes Funduszu), które są wybierane przez ministra właściwego do spraw zdrowia. *W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2004 roku* nastąpiło przesunięcie NFZ w kierunku organów władzy państwowej. Oznacza to, iż NFZ działa w imieniu państwa natomiast państwo wyznacza politykę i narzuca kierunki działań NFZ<sup>595</sup>.

W literaturze przedmiotu prowadzona była polemika w kwestii charakteru prawnego ubezpieczenia zdrowotnego. Stosunek ubezpieczenia pomiędzy ubezpieczonym a Narodowym Funduszem Zdrowia nawiązuje się *ex lege*. Określenie bowiem statusu powyższej instytucji ma fundamentalne znaczenie dla zastosowania właściwej jurysdykcji

---

<sup>593</sup> J. Jończyk, Strony i stosunki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, „Prawo i Medycyna” 1/2005 (18, vol. 7), s. 26

<sup>594</sup> Ibidem, s. 28

<sup>595</sup> J. Jończyk, Strony i stosunki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, op. cit., s. 27

i odpowiednich procedur<sup>596</sup>. Polega on na wzajemnych zobowiązaniach stron czyli ubezpieczonego i NFZ, pierwszy podmiot zobligowany jest uiszczać w konkretnym terminie składkę natomiast drugi podmiot ma obowiązek finansować świadczenia zdrowotne. Podstawą stosunku ubezpieczeniowego jest obopólna gwarancja. Kluczowe znaczenia ma tutaj dwustronność praw i obowiązków oraz roszczeniowy charakter uprawnień ubezpieczonego względem ubezpieczyciela<sup>597</sup>.

Poddając analizie charakter stosunku ubezpieczeniowego należy skonstatować, iż ma on charakter zobowiązaniowy. Spory jednak dotyczą tego czy ten stosunek ubezpieczenia mający charakter zobowiązaniowy należy do zakresu zabezpieczenia społecznego, czy też do postępowania administracyjnego. Za jurysdykcją administracyjną przemawia art. 110 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, który stanowi iż od decyzji Prezesa w sprawach z zakresu ubezpieczeń zdrowotnych przysługuje skarga do sądu administracyjnego<sup>598</sup>. Funkcjonalna relacja między NFZ a świadczeniodawcą zawiązuje się w momencie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy powyższymi stronami. Ten stosunek prawny łączący Fundusz z określonymi świadczeniodawcami stosunkiem o charakterze cywilnym, gdyż jego podstawą jest umowa<sup>599</sup>. Warto przytoczyć w tej kwestii wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 sierpnia 2003 roku, w którym jednoznacznie skonstatowano, że relacja prawna między NFZ a świadczeniodawcami, którymi z reguły są zakłady opieki zdrowotnej jest niczym innym jak umownym zobowiązaniem, którego powstanie i wykonanie podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego<sup>600</sup>. Jednakże jest to specyficzny stosunek cywilny ponieważ zasada swobody umów została tutaj ograniczona. Elementarnym trybem zawarcia kontraktu o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej jest konkurs ofert, a nie negocjowanie warunków umowy. Stanowi to dowód uprzywilejowania jednej ze stron cywilnego stosunku ubezpieczeniowego a mianowicie Narodowego Funduszu Zdrowia. Pomiędzy świadczeniodawcami a instytucją ubezpieczenia jaką jest NFZ zachodzi również relacja o charakterze administracyjnym. Można mówić o niej wtedy, gdy mamy do czynienia z nierównorzędnością jej podmiotów i zjawiskiem podporządkowania się jednostki (świadczeniodawcy) decyzjom organu administracji

---

<sup>596</sup> Ibidem

<sup>597</sup> J. Jończyk, Wybrane problemy ochrony zdrowia, „Prawo i Medycyna” 1/2004 (14, Vol.6), s. 28

<sup>598</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. 2004, Nr 210, poz. 2135 ze zm., dalej u.ś.o.z.

<sup>599</sup> J. Jończyk, Wybrane problemy ochrony zdrowia, op. cit., s.28

<sup>600</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 sierpnia 2003 roku, sygn. Akt (IV CKN 393/01)

publicznej (w tym przypadku jest to organ NFZ)<sup>601</sup>. NFZ posiada bowiem funkcje kontrolne w stosunku do świadczeniodawców. Zakres nadzoru przez NFZ obejmuje wykonanie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przede wszystkim sposób i dostępność udzielania tych świadczeń oraz dokumentację medyczną. Należy zwrócić uwagę również na fakt, iż administracyjny charakter kontroli sposobu zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych świadczy o wzajemnym współistnieniu norm o charakterze publicznoprawnym i prywatnoprawnym<sup>602</sup>.

Kontrola NFZ dotyczy również sprawdzania czy wystawione recepty spełniają kryteria formalne stanowiąca bazę wydania refundowanych leków, ponadto weryfikacja prawidłowości wypisanych recept oraz poprawności dokonanych poprawek recept<sup>603</sup>. Warto wspomnieć, iż działania kontrolne NFZ w latach 2009-2011 były bardzo krytycznie oceniane przez Najwyższą Izbę Kontroli<sup>604</sup>. Raport NIK z 2013 roku dostarczył opinii publicznej informacji na temat przeprowadzanych przez NFZ kontroli świadczeniodawców. Izba oceniła, iż nadzór sprawowany przez NFZ nad tymi podmiotami jest nieefektywny i nieskuteczny. Warunki organizacyjne działalności kontrolnej oddziałów wojewódzkich NFZ nie zagwarantowały bowiem odpowiedniej do potrzeb liczby kontroli, a ich ograniczony zakres nie dotyczył sprawdzenia kluczowych aspektów dostępności i jakości świadczeń. Żadna z pokontrolnych procedur nie obejmowała podwykonawców świadczeń. Do faktu tego przyczyniła się przede wszystkim niewielka ilość funduszy przeznaczonych na kontrolę oraz brak wyspecjalizowanej kadry z wykształceniem medycznym<sup>605</sup>.

Ostatnią relacją składającą się na stosunek ubezpieczeniowy jest stosunek opieki zdrowotnej, który funkcjonuje pomiędzy świadczeniodawcą a świadczeniobiorcą. Struktura tego funkcjonalnego związku jest uregulowana w następujących aktach

---

<sup>601</sup> Z. Leoński, *Zarys prawa administracyjnego*, Warszawa 2004, s. 32

<sup>602</sup> T. Mróz, U. Drozdowska, *Kilka uwag o statusie prawnym podmiotów ubezpieczenia zdrowotnego w świetle konstrukcji umowy na rzecz osoby trzeciej*, [w:] *Z aktualnych zagadnień prawa pracy i zabezpieczenia społecznego* pod red. B. Cudowski, J. Iwulski Warszawa 2013, s. 534

<sup>603</sup> Regulacje prawne określające procedurę nadzoru NFZ to: Rozporządzenie Ministra z dnia 15 grudnia 2004 roku w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, Dz. U. 2004, nr 274, poz. 2723, Zarządzenie nr 23/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 maja 2009 roku w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli z późn. zm. oraz Zarządzenie nr 50/2012/DGL Prezesa NFZ z dnia 8 sierpnia 2012 roku w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia kontroli wystawiania i realizacji recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne.

<sup>604</sup> Szerzej Raport Najwyższej Izby Kontroli, Delegatura w Krakowie, Kraków 2013, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,4755,vp,6155.pdf>, dostęp dnia 12.12.2015 r.

<sup>605</sup> Ibidem

prawnych: w przypadku gdy świadczeniodawcą jest zakład - w *ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku, o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 roku*<sup>606</sup>. W przypadku, gdy świadczeniodawcą jest lekarz prowadzący indywidualną lub specjalistyczną praktykę to ustawa z dnia , 28 kwietnia 2011 roku o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry będzie aktem uzupełniającym istotę stosunku opieki zdrowotnej. Jest on rodzajem stosunku obligacyjnego polegającego na udzieleniu ubezpieczonemu odpowiednich świadczeń medycznych przez np. zakład opieki zdrowotnej<sup>607</sup>. Treść tego zobowiązania jest podyktowana między innymi przepisami o prawach pacjenta. J. Jończyk skonstatował, że status ubezpieczonego, który korzysta ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez świadczeniodawcę przypomina pozycję wierzyciela wobec dłużnika a długiem w tym przypadku jest udzielenie opieki medycznej w związku z umową z NFZ<sup>608</sup>.

Zgodnie z art. 96 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o u.ś.o.z. Fundusz posiada centralę w Warszawie i oddziały wojewódzkie, które są tworzone zgodnie z podziałem terytorialnym państwa. Jest ich szesnaście: Dolnośląski, Kujawsko-Pomorski, Lubelski, Lubuski, Łódzki, Małopolski, Mazowiecki, Opolski, Podkarpacki, Podlaski, Pomorski, Śląski, Świętokrzyski, Warmińsko-Mazurski, Wielkopolski, Zachodniopomorski. W oddziałach wojewódzkich mogą być tworzone placówki terenowe na zasadach określonych w statucie Funduszu<sup>609</sup>. Do głównych zadań NFZ należy przede wszystkim finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorców, zarządzanie publicznymi środkami finansowymi, które pochodzą ze składek na ubezpieczenie zdrowotne uiszczanych przez każdego ubezpieczonego, przeprowadzanie konkursów ofert i zawieranie kontraktów o udzielania powyższych świadczeń, wdrażanie i konkretyzacja programów zdrowotnych, promocja zdrowia oraz prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych<sup>610</sup>.

---

<sup>606</sup> Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej Dz. U. 1991, Nr 91, poz. 408 ze zm.

<sup>607</sup> Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz. U. 2011, nr 113, poz. 658 ze zm.

<sup>608</sup> J. Jończyk, Strony i stosunki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, „Prawo i Medycyna” 1/2005 (18, vol. 7), s. 36

<sup>609</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. 2004, Nr 210, poz. 2135 ze zm.

<sup>610</sup> Ibidem

## **1.1 Podmiotowy zakres świadczeń w świetle postanowień ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

*Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* rozróżniała, podobnie jak *ustawa z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw* osoby obligatoryjnie, jak i fakultatywnie ubezpieczone. Na mocy ustawy z 2004 roku katalog osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia uległ rozszerzeniu. Oprócz tych samych grup społecznych ubezpieczonych<sup>611</sup> na podstawie *ustawy z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw* akt prawny o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzał ubezpieczenie dla żołnierzy odbywających zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenia, ćwiczenia wojskowe, pełniących służbę wojskową w okresie mobilizacji i wojny a także kandydatów na żołnierzy zawodowych i poborowych odbywających służbę zastępczą. Jest to dobre rozwiązanie dla służb wojskowych ponieważ gwarantuje im pomoc medyczną w nagłych przypadkach w cywilnych instytucjach służby zdrowia. Dodatkowo grupa ta otrzymała prawo do bezpłatnego zaopatrywania się w leki, które są wpisane do Rejestru Produktów Dopuszczonych do obrotu na terenie RP. Obowiązkiem ubezpieczenia objęto również poborowych pełniących służbę w Policji, Straży Granicznej i Biurze Ochrony Rządu.

Kolejną zmianą w porównaniu z rozwiązaniami przyjętymi w *ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* było wprowadzenie opieki medycznej dla dzieci poniżej osiemnastego roku życia i dla kobiet w okresie ciąży, porożu niezależnie od tego

---

<sup>611</sup> Pracownicy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, rolnicy lub ich domownicy o systemie ubezpieczeń społecznych rolników, Osoby prowadzące działalność pozarolniczą i osoby z nimi współpracujące, Osoby wykonujące pracę nakładczą, Osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, Osoby duchowne, Członkowie rolniczych spółdzielni produkcyjnych, Osoby pobierające świadczenia socjalne wypłacane w okresie urlopu oraz osoby pobierające zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego, Osoby pobierający świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia, Żołnierze zawodowi oraz żołnierze odbywający nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową, Policjanci, Funkcjonariusze Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Funkcjonariusze Agencji Wywiadu, Funkcjonariusze Biura Ochrony Państwa, Funkcjonariusze Straży Granicznej, Funkcjonariusze Straży Celnej, Funkcjonariusze Służby Więziennej, Funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej, Posłowie i senatorowie, Sędziowie i prokuratorzy, Osoby pobierające rentę lub emeryturę, osoby w stanie spoczynku pobierające uposażenie lub uposażenie rodzinne, Uczniowie oraz słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli, Dzieci, Studenci i uczestnicy studiów doktoranckich, Bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu, Osoby pobierające zasiłek przedemerytalny, Osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społecznej, Uchodźcy, Osoby bezdomne, Kombatanci, Osoby korzystające z urlopu wychowawczego, Osoby uprawnione do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

czy są objęci ubezpieczeniem czy też nie. *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* wprowadzała przepis wydłużający prawo absolwentów szkół średnich i wyższych do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego do czterech miesięcy. Powyższa ustawa utrzymywała przepis pozwalający na zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny, który nie jest objęty ubezpieczeniem. Zgodnie z art. 67 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu oraz po opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie<sup>612</sup>. W zamian za opłacanie składki na ubezpieczenie zdrowotne ubezpieczeni mają prawo do korzystania bezpłatnie lub za częściową odpłatnością z określonych ustawowo świadczeń zdrowotnych. Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi obecnie 9% podstawy wymiaru składki. Za osobę pozostającą w stosunku pracy, służbowym lub odbywającą służbę zastępczą składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza pracodawca.

Ustawodawca tworząc *ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 roku o u.ś.o.z.* dotyczące katalogu osób ubezpieczonych odwołał się do analogicznych wartości aksjologicznych jak prawodawca *aktu normatywnego z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw*. Postulaty sprawiedliwości społecznej, solidaryzmu, powszechności, obowiązkowości i bezpieczeństwa socjalnego zostały wpisane w koncepcje zakresu podmiotowego ustawy. Rozszerzenie wachlarza osób obligatoryjnie uprawnionych do świadczeń zdrowotnych świadczy mocniejszym zaakcentowaniu zasady powszechności ubezpieczenia zdrowotnego w systemie ochrony zdrowia. W przypadku *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* można powiedzieć, iż wszystkie grupy społeczne były objęte ubezpieczeniem zdrowotnym. Analizowana ustawa jest aktem prawnym, w którym zasada powszechności ubezpieczenia jest odzwierciedleniem silnie zakorzenionej w *Konstytucji RP* zasady sprawiedliwości społecznej. Solidaryzm społeczny to wartość aksjologiczna, która została wpisana przez ustawodawcę w założenia powyższej ustawy. Przejawiał się on we współubezpieczaniu członków rodziny ubezpieczonego. W koncepcję systemu ubezpieczeniowego została wpisana również zasada bezpieczeństwa

---

<sup>612</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. 2004, Nr 210, poz. 2135



socjalnego. Polegała ona na gwarancji zapewnienia społeczeństwu przez państwo rozmaitych zabezpieczeń socjalnych w postaci prawa do ubezpieczeń zdrowotnych.

### **1.2 Przedmiotowy zakres świadczeń zdrowotnych w świetle postanowień ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

*Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, analogicznie jak *ustawa z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw* wymienia zapewnia ubezpieczonym świadczenie zdrowotne gwarantowane czyli takie, które mają na celu zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Powyższa ustawa przedstawia ich katalog: badania diagnostyczne, świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobieganie chorobom, podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, rehabilitacja lecznicza, świadczenia stomatologiczne, leczenie szpitalne, świadczenia wysokospecjalistyczne, leczenie w domu chorego, badania i terapię psychologiczną, badania i terapię logopedyczną, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w tym opiekę paliatywno-hospicyjną, pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi, opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu, opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem, opiekę nad zdrowym dzieckiem w tym ocenę stanu zdrowia i rozwoju do lat 18 lat, leczenie uzdrowiskowe. *U.ś.o.z* wprowadziła przepis dotyczący profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania. Nadrzędnym jej celem było zapewnienie tym grupom społecznym prewencyjnej opieki lekarskiej i pielęgniarzkiej w gabinecie lekarskim w szkołach<sup>613</sup>.

Analizowana ustawa regulowała zakres świadczeń zdrowotnych rzeczowych. Są one związane z procesem leczenia, lekami, wyrobami medycznymi, w tym wyrobami medycznymi będącymi przedmiotami ortopedycznymi, i środkami pomocniczymi. Ubezpieczonemu przyjętemu do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej oraz w przypadku wykonywania zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń z tytułu

---

<sup>613</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. 2004, Nr 210, poz. 2135 ze zm.; szerzej nt. J. Kalecińska, I. Herbst, PPP w systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata, Centrum Partnerstwa Publiczno-Prywatnego Warszawa 2011, s. 69-80

ubezpieczenia zdrowotnego, a także w przypadku udzielania przez te podmioty pomocy doraźnej zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia<sup>614</sup>. Świadczenia towarzyszące natomiast obejmują zakwaterowanie i wyżywienie w podmiotach leczniczych całodobowej lub całodziennej oraz usługi transportu sanitarnego.

Nowością w analizowanym akcie prawnym w stosunku do *ustawy z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw* było wprowadzenie „listy oczekujących” na świadczenia wysokospecjalistyczne. Jest to instrument racjonalizujący dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych. Za Elżbietą Prussak należy stwierdzić, że ogromne zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, wprowadzenie coraz to nowszych i kosztowniejszych procedur medycznych doprowadziło do wdrożenia w życie różnych rozwiązań systemowych umożliwiających świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń zdrowotnych. „Listy oczekujących” stanowią stały element współczesnego systemu ochrony zdrowia i wpisały się w rzeczywistość pacjentów<sup>615</sup>. Utworzenie „list oczekujących” jest motywowane stałym zapotrzebowaniem na świadczenia wysokospecjalistyczne, czyli na takie kosztowne świadczenia zdrowotne lub procedury medyczne wymagające wysokiego stopnia zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanej wiedzy medycznej osób udzielających świadczenia<sup>616</sup>. Zasadniczym ich celem jest zagwarantowanie pacjentom równego korzystania ze świadczeń zdrowotnych oraz zrealizowanie zasady sprawiedliwości społecznej w aspekcie niedyskryminującego dostępu przez świadczeniobiorców do procedur medycznych. Inną kluczową rolę „list oczekujących” jest zapewnienie kontroli i nadzoru nad okresem oczekiwania na udzielenie danego świadczenia zdrowotnego oraz polepszenie dostępności do różnych procedur i postępowań medycznych<sup>617</sup>. Ustawodawca w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 o *ś.o.z.* nie podał definicji terminu „listy oczekujących”, pojęcie to zostało natomiast zdefiniowane w zarządzeniu

---

<sup>614</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. 2004, Nr 210, poz. 2135 ze zm.

<sup>615</sup> E. Prussak, Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego - zakres działalności podmiotu leczniczego w świetle wymagań płatnika publicznego [w:] *Prawo i psychologia w ochronie zdrowia* pod red. M. D. Głowackiej, E. Mojs, Warszawa 2012, s. 42

<sup>616</sup> [http://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/medycyna/hasla/339550,swiadczenie\\_wysokospecjalistyczne.ht ml#](http://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/medycyna/hasla/339550,swiadczenie_wysokospecjalistyczne.ht ml#), dostęp dnia 8.12. 2015 r.

<sup>617</sup> Załącznik nr 18 do materiałów informacyjnych stanowiący załącznik do Zarządzenia Nr 19/2008/DSS Prezesa NFZ, [http://www.nfz-krakow.pl/UserFiles/File/Zalacznik%20nr\\_%2018.pdf](http://www.nfz-krakow.pl/UserFiles/File/Zalacznik%20nr_%2018.pdf), dostęp dnia 8.12.2015 r.

Prezesa NFZ z dnia 17 marca 2008 nr 19/2008/DSS<sup>618</sup>. Oznacza ono listę nieobjętych planem leczenia zgłaszających się do świadczeniodawcy z danym problemem zdrowotnym, którym nie udzielono świadczenia opieki zdrowotnej w dniu zgłoszenia. Regulacje zawarte w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o u.ś.o.z. odnoszą się do warunków udzielania świadczeń zdrowotnych. Mianowicie, art. 20 *u.ś.o.z.* stanowi, iż świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach są udzielane według kolejności zgłoszeń w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł kontrakt z NFZ w zakresie udzielania tych świadczeń. Ustawodawca określa obowiązki świadczeniodawcy związane z prowadzeniem „listy oczekujących”. W przypadku, gdy dana procedura medyczna nie może być zrealizowana w dniu zgłoszenia świadczeniodawca jest zobowiązany do wpisania pacjenta na listę oczekujących. Umieszczenie pacjenta na tej liście powinno nastąpić w dniu zgłoszenia się pacjenta do świadczeniodawcy. Następnie świadczeniodawca proponuje termin udzielenia świadczenia zdrowotnego i uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu. Świadczeniodawcy tworząc „listy oczekujących” powinni stosować tylko i wyłącznie kryteria medyczne<sup>619</sup>. Zostali zobowiązani oni do tego na podstawie *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 roku w sprawie kryteriów medycznych jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej*. Tymi kryteriami są: stan zdrowia pacjenta, schorzenia i dolegliwości współistniejące mające wpływ na tę chorobę, z powodu której ma być zrealizowana dana procedura medyczna czy rokowaniami co do przebiegu i rozwoju choroby<sup>620</sup>. Wsparciem świadczeniodawców przy kwalifikacji świadczeniobiorców do kategorii medycznych są również wytyczne konsultantów krajowych zawartych na stronach Ministerstwa Zdrowia<sup>621</sup>. Na „listach oczekujących” umieszczani są pacjenci przyporządkowani do kategorii „pilny” lub „stabilny”. Od kategorii medycznej uzależniony jest termin realizacji świadczenia zdrowotnego lub procedury medycznej.

Artykuł 16 *u.ś.o.z.* regulował kwestię negatywnego koszyka świadczeń, który zawierał świadczenia wykluczone z publicznego finansowania służby zdrowia. Jego nadrzędnym założeniem było, iż ubezpieczonemu należą się wszystkie świadczenia

---

<sup>618</sup> Zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 17 marca 2008 nr 19/2008/DSS

<sup>619</sup> Ibidem

<sup>620</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 roku w sprawie kryteriów medycznych jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej Dz. U. Nr 200, poz. 1661 ze zm.

<sup>621</sup> [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl), dostęp 15.06.2015 r.

zdrowotne nieujęte w tym koszyku. W rzeczywistości pacjent miał problemy z wyegzekwowaniem tych świadczeń. Negatywny koszyk świadczeń przysparzał wielu problemów w odniesieniu do pojawiających się nowych procedur leczniczych i technologii medycznych o niepotwierdzonej efektywności i skuteczności dla pacjenta, np. będących w trakcie badań, analiz czy eksperymentów przeprowadzanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych<sup>622</sup>. W tak stworzonym przez ustawodawcę systemie procedury niewłączone do negatywnego automatycznie znalazły się w zbiorze świadczeń finansowanych przez NFZ. Cechą koszyka negatywnego był brak precyzyjnego określenia zakresu opieki zdrowotnej dla ubezpieczonego<sup>623</sup>. Natomiast celem koszyka powinno być zapewnienie powszechnego dostępu do usług zdrowotnych poprzez określenie najlepszych procedur przy ograniczonych zasobach. Koszyk powinien dawać poczucie bezpieczeństwa ubezpieczonemu a płatnikowi czyli NFZ bezpieczeństwo finansowe<sup>624</sup>. Koncepcja koszyka negatywnego wzbudzała wiele kontrowersji, dlatego też najlepszym rozwiązaniem byłoby stworzenie w formie odrębnego rozporządzenia koszyka pozytywnego czyli takiego, który zawierałby dokładny wykaz świadczeń refundowanych ze środków publicznych. Zakres tego wykazu nie powinien pozostawiać żadnych wątpliwości co do przysługującej pacjentowi opieki medycznej finansowanej przez państwo<sup>625</sup>. Pojęcie świadczeń gwarantowanych określiła *ustawa z dnia 25 czerwca 2009 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach* tzw. *ustawa koszykowa*<sup>626</sup>. Świadczenia gwarantowane to świadczenie zdrowotne, które jest finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach określonych w analizowanej ustawie.

Koncepcja stworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych sięga lat dziewięćdziesiątych. Przy okazji prac legislacyjnych nad ustawą o zakładach opieki zdrowotnej w 1991 roku miały zostać określone grupy świadczeń zdrowotnych, które przysługiwały ubezpieczonym jako finansowane przez państwo<sup>627</sup>. Tak się jednak nie stało. Wizja wprowadzenia do systemu ochrony zdrowia koszyka świadczeń

---

<sup>622</sup> A. Chycak-Kryczka, I. Wrześniewska-Wal, Świadczenia gwarantowane, „Medycyna Rodzinna“ nr 2, 2012, s. 55

<sup>623</sup> Ibidem

<sup>624</sup> Ibidem

<sup>625</sup> Ibidem

<sup>626</sup> Ustawa z dnia 25 czerwca 2009 o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2009, nr 118, poz. 989 ze zm.

<sup>627</sup> P. Ruciński, Koszyk świadczeń gwarantowanych A.D 2009, „Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska“ 2009, 6 (4), s. 414

gwarantowanych została reaktywowana w 2005 roku za rządów Prawa i Sprawiedliwości. Profesor Zbigniew Religa podjął wysiłki jego utworzenia przy pomocy Agencji Oceny Technologii Medycznych. Projekt koszyka świadczeń gwarantowanych został przedstawiony opinii publicznej na konferencji prasowej zwołanej przez Ministra Zdrowia Zbigniewa Religę dnia 29 czerwca 2007 roku. Jednakże wczesne wybory parlamentarne jesienią tego samego roku udaremniły kolejne prace nad nim<sup>628</sup>. Konieczność wykreowania koszyka świadczeń gwarantowanych była hasłem wyborczym różnych ugrupowań politycznych. Według Krzysztofa Łandy „stworzenie koszyka *de novo*” miało być najlepszym rozwiązaniem dla polepszenia efektywności i jakości systemu ochrony zdrowia. Ustawa koszykowa miała przyczynić się do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania ubezpieczeń zdrowotnych i zarządzania procedurami medycznymi<sup>629</sup>.

Koszyk świadczeń gwarantowanych należy rozpatrywać w kategorii wewnętrznej związanej z konstrukcją i cechami koszyka i zewnętrznej, dotyczącej jego funkcji w systemie ochrony zdrowia<sup>630</sup>. Zakres wewnętrzny i zewnętrzny koszyka wzajemnie się uzupełniają i współzależą od siebie. Struktura koszyka przyczynia się do kształtowania systemu i umożliwia wprowadzenie różnych modyfikacji odnośnie świadczeń przysługujących ubezpieczonemu. Natomiast funkcja koszyka w ochronie zdrowia implikuje jego strukturę i cechy. Koszyk świadczeń gwarantowanych stanowi kluczowy element całego systemu ochrony zdrowia, nie może być nigdy oceniany w oderwaniu od całości. Jego zawartość jest zróżnicowana w różnych państwach, jest to uwarunkowane tradycją danego państwa, jego podłożem historycznym i kulturowym, stopniem rozwoju społeczno-gospodarczego. Generalnie koszyk możemy podzielić ze względu na jego rodzaj na: pozytywny, negatywny, zdefiniowany, niezdefiniowany. Biorąc pod uwagę wielkość koszyka wyróżniamy mały, średni, duży, natomiast odnośnie charakteru świadczeń, w koszyku mogą być ujęte drogie, tanie świadczenia. Zawartość koszyka pełni rolę informacyjną<sup>631</sup> dla świadczeniodawcy, świadczeniobiorcy płatnika. Dla świadczeniodawcy struktura koszyka określa jakie procedury medyczne mogą być wykonywane w stosunku do ubezpieczonego w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Świadczeniobiorca z kolei na podstawie zawartości koszyka posiada wiedzę dotyczącą

---

<sup>628</sup> Ibidem

<sup>629</sup> K. Łanda, Koszyk świadczeń gwarantowanych a ubezpieczenia zdrowotne [w:], Ubezpieczenia zdrowotne a koszyki świadczeń pod red. W.P. Kalbarczyka, K. Łandy, M. Władysiuka Kraków/Warszawa 2011, s. 7

<sup>630</sup> Ibidem. s. 11

<sup>631</sup> W.Wierzba, K.Radecka, Koszyk gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej-konstrukcja i implementacja, „Polityka zdrowotna“ VI, 10, 2006, s.17

jakie konkretnie świadczenie mu przysługują i jakich ma prawo domagać się w swoim procesie leczenia. Płatnik dzięki koszykowi natomiast dokładnie wie za jakie świadczenia zdrowotne jest zobowiązany zapłacić świadczeniodawcy<sup>632</sup>.

Nadrzędną funkcją koszyka jest precyzyjne określenie przez Ministra Zdrowia jakie świadczenia należą się bezpłatnie z mocy prawa ubezpieczonemu. Oznacza to jakie konkretnie procedury są finansowane przez NFZ i na jakich zasadach. Pomimo, iż Ministerstwo Zdrowia ustala kształt koszyka, to w praktyce płatnik, którym jest NFZ ma realny wpływ i decyduje o ostatecznej zawartości koszyka i jest gwarantem dostępu do niego. Podstawą zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego jest jego ocena uwzględniająca następujące kryteria: stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego, skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, znaczenie dla zdrowia i życia ubezpieczonych<sup>633</sup>.

Konsekwencją dokładnego oznaczenia świadczeń gwarantowanych w koszyku jest zagwarantowanie obywatelom poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego, równego dostępu do świadczeń, zrealizowanie zasady sprawiedliwości społecznej w dostępie do nich oraz zapewnienie bezpieczeństwa budżetu państwa oraz konkretyzację zasady gospodarności i racjonalności wydatków publicznych na ochron zdrowia<sup>634</sup>. Ministerstwo Zdrowia jest zobowiązane do określenia zawartości koszyka w taki sposób, aby płatnik NFZ był w stanie sfinansować świadczenia zdrowotne ujęte w nim w ramach posiadanych funduszy. W przeciwnym razie dochodzi do sytuacji zadłużenia płatnika lub braku dostępu do świadczeń teoretycznie gwarantowanych. Według K. Łandy, aby do takich sytuacji nie dopuszczać należy popracować nad poprawą funkcjonalności koszyka świadczeń gwarantowanych biorąc pod uwagę zasady oceny technologii medycznych HTA (*health technology assessment*) i EBHC (*evidence based health care*)<sup>635</sup>. Do najważniejszych punktów służących realizacji powyższego założenia należą: opracowanie zaleceń oceny technologii medycznych przez AOTM w 2007 roku, zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 10 kwietnia 2007 roku nr 17/2007 w sprawie zasad wdrażania terapeutycznych programów zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, konstruujące ramy i

---

<sup>632</sup> Ibidem

<sup>633</sup> Ustawa z dnia 25 czerwca 2009 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach Dz. U. 2009, nr 118, poz. 989

<sup>634</sup> K. Łanda, Koszyk świadczeń gwarantowanych a ubezpieczenia zdrowotne, op. cit., s. 6

<sup>635</sup> Ibidem, s. 8

zakres tworzenia programów terapeutycznych, wprowadzenie w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zobowiązania przedkładania podstawowych analiz farmakoekonomicznych przez instytucje odpowiedzialne wnioskujące o refundację swoich produktów leczniczych i wreszcie powołanie do życia Agencji Oceny Technologii Medycznych w 2005 roku<sup>636</sup>. Jest to podmiot odpowiedzialny za kwalifikację świadczeń zdrowotnych jako świadczeń gwarantowanych. Prezes tej instytucji wydaje zalecenia w oparciu o opinię Prezesa NFZ, konsultantów krajowych i Rady Konsultacyjnej. Następnie Minister Zdrowia zatwierdza ostatecznie dane świadczenie jako świadczenie refundowane z budżetu państwa. AOTM posiada status państwowej jednostki organizacyjnej, która posiada osobowość prawną<sup>637</sup>.

Dość duże kontrowersje w opinii publicznej wzbudzała forma wykazu świadczeń gwarantowanych. W *ustawie z dnia 25 czerwca 2009 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawy o cenach* Minister Zdrowia ustalał rodzaj świadczeń gwarantowanych w drodze rozporządzenia. Dlatego też analizowana ustawa wzbudzała liczne wątpliwości w aspekcie jej zgodności z *Konstytucją*. Tworzenie koszyka w rozporządzeniu stało w sprzeczności z art. 68 ust. 2 *Konstytucji*, który stanowi, iż tylko i wyłącznie ustawa określa warunki i zakres udzielania świadczeń gwarantowanych, refundowanych przez państwo. Według A. Chycak-Kryczki to ustawa powinna określać w sposób precyzyjny kryteria formalne na mocy, których wiadomo będzie jaki zakres świadczeń przysługuje świadczeniobiorcy w ramach danej i ustalonej w ustawie procedury<sup>638</sup>. Powyższy zakres powinien być konkretny i przejrzysty, nie pozostawiający żadnych wątpliwości dla świadczeniobiorcy w odniesieniu do świadczeń mu należnych *ex lege*. Rzeczywistość pokazała jednak, iż tworzenie i zarządzanie koszykiem świadczeń gwarantowanych przez Ministerstwo Zdrowia jest obarczone dużym ryzykiem w aspekcie pojawienia się deficytu. Dysproporcja pomiędzy wielkością funduszy jakimi dysponuje NFZ a zawartością koszyka świadczeń negatywnie wpływa na cały system ochrony zdrowia w Polsce. Powyższa sytuacja przyczynia się do ograniczonego dostępu do świadczeń, do przerzucania odpowiedzialności i kosztów z płatnika na państwo i na publicznych świadczeniodawców. W konsekwencji wspomnianej dysproporcji między ilością środków finansowych NFZ a strukturą koszyka może dojść do

---

<sup>636</sup> Ibidem

<sup>637</sup> A. Chycak-Kryczka, I. Wrześniewska-Wal, Świadczenia gwarantowane, op. cit., s. 57 i 58; szerzej: A. Pachciarz, Wycena świadczeń zdrowotnych według nowych zasad [w:] Praktyczne aspekty prawa medycznego pod red. M. Urbaniak, Poznań 2015, s. 195-210

<sup>638</sup> Ibidem s. 55

wzrostu długu publicznego i do patologicznych sytuacji w relacji lekarz-pacjent, między innymi uruchamiane zostaje zjawisko korupcji, Wówczas system ochrony zdrowia staje się mniej sprawiedliwy i efektywny. Panaceum na powyższe mankamenty dysproporcji między zawartością koszyka a wielkością środków publicznych na ochronę zdrowia może być: wprowadzenie współpłacenia za niektóre świadczenia zdrowotne, podwyższenie składki ubezpieczeniowej, wyjęcie z koszyka świadczeń gwarantowanych procedur medycznych i niskiej opłacalności lub powołanie do życia podążając za Holandią komplementarnych ubezpieczeń społecznych<sup>639</sup>. Koncepcja ta miałaby doprowadzić do możliwości wyboru nadprogramowych czy uzupełniających ubezpieczeń dla społeczeństwa, do zwiększenia efektywności i jakości systemu ochrony zdrowia bez podwyższania składki, zlikwidowania szarej strefy w służbie zdrowia, jak również do uzyskania na rynku zdrowia obecności konkurencyjnych ubezpieczycieli.

### **1.3 Struktura wewnętrzna Narodowego Funduszu Zdrowia**

Zgodnie z art. 98 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* na strukturę wewnętrzną Narodowego Funduszu Zdrowia składają się: Rada Funduszu, Prezes Funduszu, rady oddziałów wojewódzkich Funduszu, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu. Struktura organów NFZ świadczy o daleko posuniętej centralizacji w sferze zarządzania w publicznej ochronie zdrowia i odejściu od zasady samorządności i decentralizacji. Z chwilą zlikwidowania Kas Chorych i powołania NFZ skończył się okres zarządzania systemem opieki zdrowotnej przez niezależne samorządne instytucje ubezpieczeniowe na rzecz organizacyjnego scentralizowania i przekazania głównych kompetencji zarządzających państwowej jednostce organizacyjnej<sup>640</sup>. W składzie Rady dominują bowiem osoby powołane przez centralne organy administracji publicznej. Rada składa się z dziewięciu osób powoływanych przez Prezesa Rady Ministrów w tym jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich, dwóch członków powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Trójstronną Komisję do Spraw Społeczno-Gospodarczych, jednego członka powołuje się kandydatów wskazanych przez samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez ministra właściwego do spraw

<sup>639</sup> szerzej: R. Holly, Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne we współczesnej polskiej polityce zdrowotnej i reformowanym systemie ochrony zdrowia, „Polityka zdrowotna“ VI, 10, 2006, s. 23-34

<sup>640</sup> G. Chałupczak, Dylematy Zarządzania w publicznej ochronie zdrowia we współczesnej Polsce (między samorządnością a centralnym zarządzaniem) <http://janek.uek.krakow.pl/~kzzo/5.9.pdf>, dostęp 2.12. 2015 r.



zdrowia, jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Radę Działalności Pożytku Publicznego oraz jednego członka spośród kandydatów wskazanych przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Członkowie Rady nie mogą być równocześnie pracownikami Funduszu, świadczeniodawcami, właścicielami zakładów opieki zdrowotnej będących świadczeniodawcami i ich pracownikami, członkami organów lub pracownikami podmiotów, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej, członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie *ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej*<sup>641</sup>, właścicielami apteki, hurtowni farmaceutyczne. Członkami Rady mogą być osoby, które spełniają jednocześnie następujące warunki: posiadają wyższe wykształcenie, wiedzę i doświadczenie, nie zostały skazane prawomocnym wyrokiem za przestępstwo oraz posiadają kompetencje konieczne do zasiadania w radach nadzorczych jednoosobowych spółek Skarbu Państwa<sup>642</sup>. Kadencja członków trwa pięć lat. Zgodnie z art. 100 powyższej ustawy Rada posiada funkcje kontrolującą ponieważ kontroluje bieżącą działalność Funduszu i prawidłową realizację planu finansowego, uchwałodawczą ponieważ uchwała plany pracy Funduszu na cały rok i rzeczowy plan wydatków inwestycyjnych. Opiniuje również projekt planu finansowego na dany rok oraz system wynagradzania pracowników Funduszu. Ponadto podejmuje uchwały w kwestiach dotyczących majątku Funduszu i inwestycji przekraczających zakres upoważnienia statutowego dla Prezesa Funduszu oraz nabywania, zbywania i obciążenia nieruchomości będących własnością Funduszu. Rada powołuje i odwołuje Prezesa oraz jego zastępców. Rada podejmuje uchwały zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy ustawowej liczby członków Rady natomiast w sprawach wyższej rangi większością 2/3 w obecności co najmniej połowy ustawowej liczby jej członków<sup>643</sup>.

Prezes NFZ jest powoływany przez Prezesa Rady Ministrów spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. Zgodnie z art. 103 *u.ś.o.z.* Prezesem Funduszu może zostać osoba, która spełnia następujące kryteria: posiada wykształcenie wyższe, wiedzę i doświadczenie oraz nie była prawomocnie skazana za

---

<sup>641</sup> Ustawa z dnia 22 maja 2003 o działalności ubezpieczeniowej, Dz. U. 2003, Nr 124, poz. 1151 ze zm.

<sup>642</sup> Ibidem

<sup>643</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2004, Nr 210, poz. 2135 ze zm.

przestępstwo. Ponadto nie może być członkiem Rady Funduszu i rady oddziału wojewódzkiego Funduszu, pracownikiem oddziałów wojewódzkich Funduszu, świadczeniodawcą, właścicielem zakładów opieki zdrowotnej będącym świadczeniodawcą, właścicielem i pracownikiem apteki i hurtowni farmaceutycznej, członkiem organów i pracownikiem jednostek samorządu terytorialnego, członkiem organów zakładu ubezpieczeń społecznych, właścicielem w spółkach handlowych więcej niż 10% akcji lub udziałów przedstawiających więcej niż 10% kapitału zakładowego w każdej z tych spółek. Prezes Narodowego Funduszu nie może wykonywać działalności gospodarczej, kieruje całą działalnością Funduszu i reprezentuje go na zewnątrz. Do jego najważniejszych zadań należy: prowadzenie gospodarki finansowej Funduszu, przedstawianie Radzie corocznych prognoz wpływów i wydatków, opracowywanie projektu planu finansowego Funduszu, zarządzanie funduszami i mieniem Narodowego Funduszu, sporządzanie rocznego planu finansowego Funduszu po otrzymaniu opinii Rady Funduszu i komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz sporządzanie projektu rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych na następny rok i okresowych raportów z działalności Funduszu, nadzorowanie rozliczeń dokonywanych w ramach wykonywania przepisów o koordynacji. Ponadto Prezes pełni funkcję pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu Pracy, powołuje i odwołuje dyrektora oddziału wojewódzkiego, wykonuje uchwały Rady Funduszu. Koordynuje współpracę Funduszu z organami administracji rządowej. W przypadku nieobecności Prezesa dłuższej niż sześć miesięcy jego zastępca może na podstawie pisemnego upoważnienia go zastępować. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia może udzielić swoim zastępcom pełnomocnictwa do dokonywania określonych czynności prawnych.

Prezes NFZ posiada monopsoniczną pozycję, oznacza to, iż ma nieograniczone możliwości dysponowania funduszami NFZ<sup>644</sup>. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* wprowadziła zasadę domniemania kompetencji Prezesa Funduszu we wszelkich sprawach niezastrzeżonych do zakresu zadań Rady Funduszu, Rady oddziałów wojewódzkich lub dyrektora oddziału wojewódzkiego. Prezes jest niezależny w swoich działaniach od Rady Funduszu czego wyrazem jest brak jakiegokolwiek możliwości wydawania Prezesowi wiążących czy wytycznych związanych z bieżącą działalnością Funduszu. Jako Prezes centrali może narzucać warunki, treść i długość kontraktów z poszczególnymi

---

<sup>644</sup> [https://uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news\\_id=3262](https://uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=3262), dostęp 12.12.2015 r

świadczeniodawcami. Ponadto jest podatny na wpływy polityczne ze względu na bliską współpracę z organami administracji publicznej przede wszystkim z Ministrem Zdrowia. W konsekwencji co może doprowadzić do konfrontacji Prezesa i Ministra Zdrowia. Może przybierać ona różne formy łagodniejszą, w przypadku gdy oba stanowiska zajmowane są przez ludzi z tej samej partii politycznej albo silniejszą, gdy Prezes reprezentuje stary układ polityczny a rząd nowy<sup>645</sup>.

Kolejnym organem NFZ jest rada oddziału wojewódzkiego Funduszu. Składa się ona z dziewięciu członków, którzy zamieszkują terytorium działania danego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Powoływani są oni przez sejmik województwa. Zgodnie z art. 106 *u.ś.o.z* Rada oddziału wojewódzkiego składa się z dwóch członków powoływanych z własnej inicjatywy sejmiku, dwóch członków spośród kandydatów wskazanych przez wojewodę, jednego członka spośród kandydatów wskazanych przez konwent powiatów z danego województwa, dwóch członków spośród kandydatów wskazanych przez właściwą miejscowo wojewódzką komisję dialogu społecznego, jednego członka spośród kandydatów wskazanych przez Radę Działalności Pożytku Publicznego oraz jednego członka spośród kandydatów wskazanych wspólnie przez właściwego szefa wojewódzkiego sztabu wojskowego, właściwego komendanta wojewódzkiego Policji i właściwego komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej. Kadencja rady oddziału wojewódzkiego Funduszu trwa cztery lata licząc od pierwszego posiedzenia rady wydziału. Do nadrzędnych zadań rad oddziału wojewódzkiego należy: opiniowanie projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu, uchwalanie planu pracy oddziału wojewódzkiego, opiniowanie sprawozdania z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu za dany rok, kontrolowanie bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności. Ponadto rada dokonuje okresowych analiz skarg wnoszonych przez ubezpieczonych oraz występuje do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Ostatnim wymienionym w ustawie organem NFZ jest dyrektor oddziału wojewódzkiego. Dyrektora powołuje i odwołuje Prezes Funduszu po zasięgnięciu opinii rady oddziału wojewódzkiego Funduszu. Zgodnie z postanowieniami art. 107 ust. 3 *u.ś.o.z* musi on posiadać wyższe wykształcenie oraz wykazać się odpowiednią wiedzą i doświadczeniem.

---

<sup>645</sup> [http://biznes.gazetaprawna.pl/artykuly/317215,prezes\\_nfz\\_jak\\_zawsze\\_jest\\_nieomylny.html](http://biznes.gazetaprawna.pl/artykuly/317215,prezes_nfz_jak_zawsze_jest_nieomylny.html), dostęp 12.12.2015r.; szerzej: <http://wgospodarce.pl/informacje/9143-nfz-jest-monopolista-i-naduzywa-swojej-pozycji>, dostęp 12.12.2015 r.

Analizowana ustawa realizuje postulaty zasady incompatibilitas czyli zasady zakazu łączenia stanowisk. Zasada incompatibilitas stanowi jedną z elementarnych zasad demokratycznego państwa prawa. Obecność tej zasady w przepisach prawa uzasadniona jest rozbieżnością interesów wpływających z zadań nałożonych na osoby pełniące funkcje publiczne z interesami zadań związanych z innym stanowiskiem<sup>646</sup>. Artykuł 107 ust. 6 *u.ś.o.z* stanowi, iż dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu nie może być Prezesem Funduszu, głównym księgowym Funduszu, członkiem Rady Funduszu, członkiem rady oddziału wojewódzkiego, pracownikiem centrali Funduszu, świadczeniodawcą, właścicielem zakładów opieki zdrowotnej będącym świadczeniodawcą, właścicielem i pracownikiem apteki i hurtowni farmaceutycznej, członkiem organów i pracownikiem jednostek samorządu terytorialnego, członkiem organów zakładu ubezpieczeń społecznych, właścicielem w spółkach handlowych więcej niż 10 % akcji lub udziałów przedstawiających więcej niż 10 % kapitału zakładowego w każdej z tych spółek. Dyrektor oddziału nie może wykonywać działalności gospodarczej. Zgodnie z art. 107 *u.ś.o.z.* do jego najważniejszych zadań należy: efektywne gospodarowanie środkami finansowymi oddziału Funduszu, przygotowywanie projektu planu finansowego oddziału, sporządzanie projektu planu pracy oddziału, konkretyzacja i realizacja planu finansowego oddziału, sporządzanie rocznych raportów z działalności oddziału wojewódzkiego. Dyrektor przeprowadzał kontrolę świadczeniodawców i aptek, monitorował celowość udzielanych w ramach umów świadczeń opieki zdrowotnej. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich w ważnych decyzjach mogli tylko działać na podstawie upoważnienia Prezesa NFZ. Jednakże były to tylko sprawy z dziedziny prawa pracy w stosunku do kadry oddziałów i rozstrzygania indywidualnych skarg. Posiadali oni funkcję reprezentacyjną i administracyjną a nie decyzyjną. Pozbawieni byli realnego wpływu na proces tworzenia standardów w zakresie administracyjno-prawnym czy organizacyjnym w Narodowym Funduszu Zdrowia czy kształtowania polityki zdrowotnej na danym obszarze wojewódzkim<sup>647</sup>.

Wszystkie organy NFZ analogicznie jak Kasy Chorych były instytucjami zbiurokratyzowanymi, nastawionymi na własne, partykularne interesy. Jednakże

---

<sup>646</sup> Druk sejmowy nr 3251, Warszawa 2015, <http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/druk.xsp?documentId=7062AD825840F6B6C1257E9300480429>, dostęp dnia 10.11.2015

<sup>647</sup> I. Kowalska- Koprowska, Reformowanie opieki zdrowotnej w świetle programów, ustaw i opinii decydentów, Zeszyty naukowe ochrony zdrowia, „Zdrowie Publiczne i Zarządzenie” tom 1, 2003, nr 1, s. 72-74

centralistyczna pozycja NFZ spowodowała jeszcze większe niż w przypadku Kas Chorych podporządkowanie wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia wytycznym centrali w Warszawie<sup>648</sup>.

#### **1.4 Źródła finansowania systemu ochrony zdrowia w świetle postanowień ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

Zasadnicze znaczenie dla jakiegokolwiek reformy służby zdrowia ma podłoże strukturalne i funkcjonalne organizacji ochrony zdrowia. Jednak pomimo określenia tych zasad to zabezpieczenie finansowe w bezpośredni sposób warunkuje wprowadzenie reform w życie. W przypadku organizacji ochrony zdrowia, która jest dziedziną życia społecznego wymagającą dużych nakładów finansowych nie jest łatwe określenie minimalnych środków pozwalających na realizację przemian zdrowotnych. Wynika to z wielu czynników takich jak: wzrastające wymagania społeczne, zmiany demograficzne (starzejące się społeczeństwo), wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne, pojawienie się coraz bardziej kosztownych procedur medycznych, trudności w oszacowaniu zapadalności na poszczególne choroby w danej populacji. Wielkość funduszy przeznaczanych na ochronę zdrowia stanowi kluczowy składnik funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i wpływa na jego prawidłową organizację oraz perspektywy rozwoju<sup>649</sup>.

W Polsce efektem wprowadzonej reformy dotyczącej ochrony zdrowia w 2004 roku było uchwalenie *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Od 2004 roku ubezpieczenie zdrowotne jest rodzajem korelacji stosunków prawnych pomiędzy trzema podmiotami a mianowicie świadczeniobiorcą czyli pacjentem, świadczeniodawcą i Narodowym Funduszem Zdrowia. Instytucja ta pełni funkcję płatnika w obecnym systemie ochrony zdrowia. Oznacza to, że podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Fundusz jest umowa o udzielenie świadczeń zdrowotnych pomiędzy Funduszem i świadczeniodawcą.

Kontraktowanie usług na świadczenia zdrowotne między świadczeniodawcami a NFZ stało się nowym elementem w systemie ochrony zdrowia. Wszystkie umowy pomiędzy powyższymi podmiotami określały przede wszystkim rodzaj przysługujących

---

<sup>648</sup> M. Kolwitz, Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw europejskich, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej” 2010 nr 56, 3, s. 131 -143

<sup>649</sup> K. Miszczyńska, Przychody i koszty funkcjonowania NFZ w Polsce w latach 2008-2011 ze szczególnym uwzględnieniem oddziałów wojewódzkich, [www.jmfwzr.pl/pim/2013\\_2\\_5\\_13pdf](http://www.jmfwzr.pl/pim/2013_2_5_13pdf), dostęp 6.12.2015

świadczeń, warunki ich udzielania, procedury rozliczeń między świadczeniodawcami a NFZ. Zawieranie umów następowało w drodze konkursu ofert lub rokowań<sup>650</sup>. Głównym źródłem finansowania systemu ochrony zdrowia są składki ubezpieczeniowe. Narodowy Fundusz Zdrowia jest funduszem parabudżetowym<sup>651</sup>, który gromadzi środki na utrzymanie systemu opieki zdrowotnej. Zgodnie z przyjętą w polskim systemie zasadą solidaryzmu i współodpowiedzialności każdy obywatel proporcjonalnie do swojej zdolności podatkowej przyczynia się do kumulacji środków publicznych<sup>652</sup>. Widoczny jest tutaj prymat zasady zdolności podatkowej nad zasadą ekwiwalentu<sup>653</sup>. Państwo jest reprezentantem wszystkich obywateli, dlatego też każda jednostka zobowiązana jest do ponoszenia określonych wydatków z tytułu korzystania z bezpłatnej opieki zdrowotnej. Następuje to poprzez uiszczanie składek na przymusowe i powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Składka ubezpieczeniowa pełni rolę redystrybucyjną, fiskalną, alokacyjną i informacyjną. Po pierwsze, przyczynia się do podziału dochodu narodowego, po drugie zapewnia budżetowi fundusze na utrzymanie państwa i realizację zadań, po trzecie kształtuje wielkość dochodu i majątku będących w dyspozycji ubezpieczonych, jest wynikiem przebiegu procesów gospodarczych, podziału. Wysokość przychodu państwowego zależna jest od podstawy wymiaru naliczania składki, liczby ubezpieczonych i ich dochodów brutto<sup>654</sup>. Przepisy *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* są podstawą funkcjonowania gospodarki finansowej NFZ. Podstawą działania Narodowego Funduszu Zdrowia jest fundusz podstawowy zwiększany o zatwierdzony zysk netto za dany rok obrotowy i fundusz zapasowy zmniejszany o zatwierdzoną stratę netto za rok obrotowy<sup>655</sup>. Funkcjonowanie gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia można określić przez kształtowanie się zrównoważonego w odniesieniu do przychodów i kosztów planu finansowego przygotowanego przez Zarząd, a zatwierdzonego przez Radę Funduszu<sup>656</sup>. Plan finansowy w dalszej kolejności jest akceptowany przez ministra właściwego do

---

<sup>650</sup> M. Balicki, A. Koronkiewicz, System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej [w:] Prawo medyczne pod red. L. Kubickiego, Wrocław 2003, s. 154

<sup>651</sup> B. Wrona, Działalność regulacyjna państwa w sferze finansowania ochrony zdrowia, „Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego” nr 11, 2011, s. 382

<sup>652</sup> Ibidem

<sup>653</sup> Ibidem

<sup>654</sup> P. Łuniewska, Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce, „Współczesna Gospodarka”, Vol. 5 Issue 1 (2014) s. 70

<sup>655</sup> K. Miszczyńska, Przychody i koszty funkcjonowania NFZ w Polsce w latach 2008-2011 ze szczególnym uwzględnieniem oddziałów wojewódzkich, [www.jmfwzr.pl/pim/2013\\_2\\_5\\_13pdf](http://www.jmfwzr.pl/pim/2013_2_5_13pdf), dostęp 6.12.2015

<sup>656</sup> Ibidem

sprawa zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych. Po jego zaaprobowaniu przez organy NFZ (Zarząd i Radę) i państwowe (Ministra Zdrowia) jest przekazywany do wszystkich oddziałów NFZ w celu realizacji<sup>657</sup>. Zgodnie z art. 116 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych głównym źródłem przychodów działalności instytucji Narodowego Funduszu Zdrowia są składki ubezpieczeniowe, które są obliczane i opłacane przez pracodawcę<sup>658</sup>. Obecnie składka wynosi 9% podstawy wymiaru składki. Warto dodać, iż na przestrzeni lat obserwujemy stopniowy wzrost składki o 0,25% rocznie do wartości 9%. Od dnia wejścia w życie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych czyli od dnia 1 października 2004 roku do 31 grudnia 2004 roku wysokość składki wynosiła 8,25% podstawy wymiaru składki. Następnie do 31 grudnia 2006 roku wysokość składki została podwyższona do wartości 8,75% podstawy wymiaru od podatku dochodowego od osób fizycznych oraz od zryczałtowanego podatku dochodowego z tytułu dochodów osiągniętych przez osoby fizyczne prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą. Natomiast od 1 stycznia 2007 roku składka wynosi 9%. Oprócz składek dochodami Narodowego Funduszu Zdrowia są: darowizny i zapisy, środki finansowe z lokat, procenty od kapitału, środki na zadania zlecone, środki uzyskane z tytułu roszczeń regresowych subsydia, dotacje ze strony skarbu Państwa. Zgodnie z art. 114 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o u.ś.o.z. wszystkie środki finansowe Funduszu są środkami publicznymi i podlegają rozdysponowaniu przez Prezesa Funduszu. Przeznaczone są m. in. na:

- finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych,-Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji,
- finansowanie wydatków na refundację leków, wyrobów leczniczych, przedmiotów ortopedycznych,
- finansowanie działalności Funduszu, wydatków inwestycyjnych,
- spłatę kredytów i pożyczek,
- wypłatę odszkodowań.

Drugim źródłem finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce są fundusze z budżetu państwa. Programy profilaktyczne (w tym szczepienia ochronne),

---

<sup>657</sup> M.Balicki, A. Koronkiewicz, System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej, op. cit., s. 158

<sup>658</sup> I. Magda, K. Szczygielski, Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia. Współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne, Warszawa 2011, s. 12-13

wysokospecjalistyczne procedury medyczne (np. przeszczepy), programy polityki zdrowotnej, kształcenie personelu medycznego, badania naukowe i inwestycje centralne, stacje krwiodawstwa oraz stacje sanitarno-epidemiologiczne podlegają finansowaniu właśnie z budżetu państwa<sup>659</sup>.

Elementarnym wyznacznikiem dochodu państwowego w dziedzinie ochrony zdrowia jest analiza całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w PKB. Na ich sumę całkowitych składają się środki publiczne i prywatne określone na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia. Do prywatnych środków należą fundusze prywatnych ubezpieczeń społecznych, zakładów pracy, instytucji czy fundacji<sup>660</sup>.

Należy zauważyć, że w krajach OECD wydatki na zdrowie stanowią 7-14 % PKB. Z tej sumy środki publiczne wynoszą aż 70-80 % tej sumy. Te wydatki procentowo są 2-4 razy wyższe niż wydatki na zdrowie w Polsce (4% PKB)<sup>661</sup>. Jednak jeżeli weźmie się pod uwagę, że w krajach OECD wartość PKB jest 4-6 razy wyższa niż w Polsce, to w liczbach bezwzględnych wydatki za ochronę zdrowia w Polsce są od 8 do 20 razy niższe niż w wymienionej grupie krajów<sup>662</sup>. Znaczące różnice występują nawet w odniesieniu do krajów sąsiadujących z Polską. W 2002 roku wydatki na zdrowie na głowę mieszkańca w Polsce wyniosły tylko 474 USD a w Czechach 1022 USD. Porównując z innymi krajami różnice są jeszcze większe. We Francji w 2002 roku wynoszą 2080 USD na głowę mieszkańca, a w Niemczech 2212 USD. W klasyfikacji krajów Unii Europejskiej Polska pod tym względem znajduje się na 23 miejscu wśród 26 krajów<sup>663</sup>. Jeżeli prześledzimy wydatki za ochronę zdrowia w Polsce w latach 1999-2004 to zauważymy, że mimo iż kwotowo wydatki za zdrowie wznoszą to jednak w zakresie procentowym Udziału PKB spadają. W roku 1999 wydano na zdrowie 26 195,7 mld złotych co stanowiło 4,09 wydatków na zdrowie PKB. Natomiast w roku 2004 wydano na zdrowie 35 157, 2 mld złotych co stanowiło 3,98 wydatków na zdrowie PKB<sup>664</sup>.

Jeden z głównych aspektów naprawy systemu ochrony zdrowia odnosi się do zwiększenia nakładów publicznych na sektor zdrowia z aktualnego 3,87% PKB do minimum 6% PKB. Pomnożenie nakładów publicznych na ten sektor do poziomu 6% PKB

---

<sup>659</sup> [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl), dostęp dnia 2.12. 2015 r.

<sup>660</sup> P. Łuniewska, Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce, „Współczesna Gospodarka“, op. cit., s.71

<sup>661</sup> J. Leowski, Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne, Warszawa 2009, s. 175

<sup>662</sup> Ibidem

<sup>663</sup> [www.oecd.org](http://www.oecd.org), dostęp dnia 7. 05. 2014 r.

<sup>664</sup> G. Krzyżanowski, Finansowanie systemu ochrony zdrowia- realia i potrzeby, „Polityka zdrowotna“ VI, 10, 2006, s. 63 i 64



oznacza dodatkowe 20,3 mld złotych w systemie ochrony zdrowia<sup>665</sup>. Według G. Krzyżanowskiego reforma systemu ochrony zdrowia podążająca w powyższym kierunku będzie wymagała rozdziału ogromnych środków pieniężnych porównywalnych do zrealizowanych do tej pory procesów reformatorskich i restrukturyzacyjnych w Polsce<sup>666</sup>.

## 2. Wnioski

Na genezę powołania Narodowego Funduszu Zdrowia w systemie ochrony zdrowia składało się kilka czynników. Było to podyktowane koniecznością wprowadzenia zmian w polskim systemie ochrony zdrowia po likwidacji Kas Chorych. Instytucja NFZ miała stanowić panaceum na wszelkie nieprawidłowości i błędy popełnione w poprzednim systemie opierającym się na Kasach Chorych. Hasło przeprowadzenia reformy zdrowotnej i utworzenia jednej centralnej instytucji organizującej i finansującej świadczenia zdrowotne dla ubezpieczonych z oddziałami odpowiadającymi podziałowi terytorialnemu państwa trafiło na podatny grunt, zarówno polityczny, jak i społeczny. Stworzenie Narodowego Funduszu Zdrowia było wreszcie, a może przede wszystkim krokiem umotywowanym interesami politycznymi zwyciężskich partii w wyborach parlamentarnych w 2001 roku. W instytucji NFZ upatrywano sposobu uzdrowienia polskiej służby zdrowia. Jednakże rzeczywistość i praktyka pokazały, że powyższe postulaty nie zostały zrealizowane w stopniu zadawalającym.

Poddając analizie system ochrony zdrowia bazujący na NFZ należy stwierdzić, iż ustawodawca wpisał w jego koncepcję (podobnie jak w przypadku systemu opieki zdrowotnej opartego na Kasach Chorych) uniwersalne wartości aksjologiczne. System ten opierał się m. in. na zasadach: równego dostępu do świadczeń, upodmiotowienia społeczeństwa, samorządności, współodpowiedzialności wszystkich uczestników systemu za finansowanie wydatków na zdrowie, solidaryzmu społecznego i sprawiedliwości społecznej, które wynikają z powszechnie przyjętych wartości w danym kręgu kulturowym. Powyższe idee zostały uregulowane przez ustawodawcę w *ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* na mocy, której powołana została instytucja ubezpieczeniowa w postaci NFZ. Katalog wartości aksjologicznych wspomnianych powyżej, które mają postać zasad moralnych stanowił *ratio legis* dla ustawodawcy tworzącego regulacje prawne dotyczące systemu opieki zdrowotnej. Prawodawca miał na względzie rację ochrony określonego

---

<sup>665</sup> Ibidem, s. 67

<sup>666</sup> Ibidem; szerzej: J. Hryniewicz, Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia, Warszawa 2001, s. 45-65

interesu społecznego w postaci zapewnienia i uregulowania przepisów prawnych dotyczących opieki medycznej. W *u.ś.o.z.* ustawodawca kierując się powyższymi wartościami aksjologicznymi poszerzył krąg osób ubezpieczonych do: (żołnierzy odbywających zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenia, ćwiczenia wojskowe dzieci poniżej osiemnastego roku życia i kobiet w okresie ciąży, porodu niezależnie od tego czy są objęci ubezpieczeniem czy też nie, absolwentów szkół średnich i wyższych, którzy mieli prawo do wydłużenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego do czterech miesięcy).

Analizowana *u.ś.o.z.* przejawiała również liczne mankamenty, najpoważniejszym z nich było nieprecyzyjne określenie katalogu świadczeń gwarantowanych. Akt normatywny *u.ś.o.z.* nie zawierał tzw. pozytywnego koszyka świadczeń zdrowotnych tylko negatywny koszyk, który określał te świadczenia, które nie były refundowane z budżetu państwa. Sytuacja ta powodowała brak poczucia stabilności i bezpieczeństwa zdrowotnego wśród pacjentów natomiast dla świadczeniodawców wiązało się to brakiem dokładnej informacji jakie świadczenia i na jakich zasadach mogą być udzielane ubezpieczonym. Stworzenie pozytywnego koszyka świadczeń zdrowotnych stało się priorytetem w sferze ochrony zdrowia dla następnej ekipy rządzącej w 2005 roku.

Podjmując próbę oceny systemu ochrony zdrowia należy skonstatować, iż powielał on w znacznym stopniu rozwiązania zaczerpnięte z poprzedniego systemu. Podobnie jak w przypadku Kas Chorych Narodowy Fundusz Zdrowia posiada monopsoniczną pozycję co oznacza, że w stosunku do innych uczestników systemu ochrony zdrowia przede wszystkim do wykonawców usług medycznych ma rolę dominującą. Monopsoniczny charakter NFZ przejawia się również w narzucaniu i dyktowaniu warunków kontraktu (jego długości, możliwości przedłużania, negocjacji czy też metod opłacania świadczeniodawców). Monopolistyczna pozycja NFZ jest również zauważalna w relacjach z ubezpieczonym. Obywatele nie mają możliwości wyboru innego ubezpieczyciela a jakość usług medycznych zagwarantowana przez NFZ budzi czasem wątpliwości. Naturalną konsekwencją takiej postawy jest zaniechanie przez NFZ zastosowania efektywności gospodarowania i racjonalnego wykorzystania środków publicznych na ochronę zdrowia. Podobnie jak w przypadku Kas Chorych Narodowy Fundusz Zdrowia jako monopolista na rynku nie musi podejmować skutecznych działań mających na celu podwyższanie jakości usług medycznych. Wyeliminowana została konkurencja po stronie innych ubezpieczycieli, co również jest zjawiskiem pejoratywnym

na rynku usług medycznych. Pogłębiający się status NFZ jako monopsona na rynku zdrowia przyczynił się do zagubienia elementarnych idei reformy w sferze ochrony zdrowia w 2004 roku, mianowicie poprawienia efektywności i jakości systemu ochrony zdrowia oraz zlikwidowania różnic regionalnych w dostępie obywateli do świadczeń zdrowotnych.

Niemniej problematyczny jest centralizm i zbyt duża biurokracja panująca w NFZ. Nie chodzi tutaj o NFZ jako jednej centralnej instytucji, która finansuje świadczenia zdrowotne ubezpieczonym ale o podstawy jego funkcjonowania. Należy skonstatować, skoro ustawodawca stworzył trójszczeblowy układ to można zaryzykować stwierdzenie, że w placówkach NFZ można by załatwić wszystkie sprawy związane z potrzebami zdrowotnymi lub leczeniem. Niestety przepisy ustawy na takie postępowanie nie pozwalają.

Koncepcja centralistycznego zarządzania służbą zdrowia wprowadzona na mocy *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* opiera się na modelu hierarchiczno-biurokratycznym. Prowadzi on do zbyt niskiej efektywności a także do gospodarki niedoboru. Cechą charakterystyczną niniejszego modelu jest podporządkowanie wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia (świadczeniodawców i świadczeniobiorców) zaleceniom centrali. Na dalszy plan schodzą partykularne potrzeby zdrowotne lokalnej ludności. W *ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o u.ś.o.z.* jest kładziony nacisk na centralizację uprawnień, nie ma natomiast jasno sprecyzowanych kryteriów udzielania świadczeń. System centralistyczny zawsze jest podatny na wpływy polityczne danej ekipy rządzącej. Odzwierciedleniem tej sytuacji jest uprzywilejowana a nawet samowładna pozycja Ministra Zdrowia. Dobitnym potwierdzeniem tego może być ograniczenie kompetencji radom społecznym wojewódzkim oddziałom Funduszu będących „echem po planowanej dawniej samorządności Kas Chorych”<sup>667</sup>. Rady społeczne były powoływane przez Ministra Zdrowia.

Najważniejszym organem opiniodawczym jest Rada NFZ powoływana przez Prezesa Rady Ministrów na wniosek Ministra Zdrowia.

Ideę opieki zdrowotnej bazującej na modelu hierarchiczno-biurokratycznym już przerabialiśmy w PRL pod nazwą systemu Siemaszki, która generalnie nie sprawdziła się. *Akt normatywny z dnia 27 sierpnia 2004 roku u.ś.o.z.*, której przepisy powołały do życia

---

<sup>667</sup> K. Bukiel, *Dryfowanie? „Ogólnopolski Przegląd Medyczny“* 2014 nr 7-8, s. 72

Narodowy Fundusz Zdrowia z 2004 roku powinna opierać się na innowacyjnych rozwiązaniach oraz uporządkować system ochrony zdrowia. Sięganie do koncepcji nakazowo-rozdzielczych i centralistycznych w świetle ukształtowanego już demokratycznego i nowoczesnego państwa wydaje się być anachronizmem.

Celowe jest przywołanie słów Andrzeja Włodarczyka, przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, który podsumował, iż założenia ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczące kształtu systemu ochrony zdrowia opartego na NFZ nie zapewniają należytego i właściwego rozwiązania głównych mankamentów obecnego systemu ochrony zdrowia. W dalszym ciągu stosowane są m.in. subiektywne zasady wyboru świadczeniodawców w drodze konkursu ofert-przy dowolności kryteriów ich ocen np. najniższa cena lub najkorzystniejszy bilans ceny i innych kryteriów. W konsekwencji powstaje zjawisko limitowania środków finansowych dla świadczeniodawców z tytułu kontraktu z NFZ, co jest równoznaczne z ograniczeniem możliwości przyjęcia pacjentów, gdy wyczerpie się limit finansowy. Rozwiązania zaproponowane w analizowanym akcie normatywnym wymagały dodatkowych nakładów pieniężnych, w odniesieniu do konieczności tworzenia ogromnej liczby planów ochrony zdrowia<sup>668</sup>.

Reasumując, *ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* nie wprowadziła żadnego *novum* w zakresie organizacji i lepszego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. *De facto* po likwidacji Kas Chorych nie wprowadzono żadnego innego „mechanizmu, który by uzdrowił służbę zdrowia”.

---

<sup>668</sup> A. Włodarczyk, Ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym, „Służba Zdrowia” nr 79-82 (3176-3179), 2002, s.10-21.10.

## Zakończenie

System ochrony zdrowia podlegał ewolucji na przestrzeni analizowanych osiemdziesięciu sześciu lat (od okresu II Rzeczypospolitej od 1918 roku do III Rzeczypospolitej do 2004 roku) i podlega jej nadal. Zależy on od uwarunkowań polityczno-społeczno-gospodarczych. W każdej z analizowanych epok system ten przedstawiał się w odmienny sposób i wykazywał różne założenia ideologiczne.

W II Rzeczypospolitej ochrona zdrowia bazowała na wzorcach zachodnich, głównie na niemieckim ustawodawstwie socjalnym, którego twórcą był Otton von Bismarck. Funkcjonował wówczas ubezpieczeniowy model systemu opieki zdrowotnej, w który ustawodawca wpisał wartości aksjologiczne, takie jak: godność, sprawiedliwość, solidaryzm czy bezpieczeństwo socjalne itp. Powyższy system ochrony zdrowia ukształtował się w postaci instytucji ubezpieczeniowych Kas Chorych. Były one instytucjami samorządowymi, czyli całkowicie niezależnymi od państwa oraz publicznymi. Oznaczało to, iż wykonywały zadania administracji państwowej z dziedziny opieki zdrowotnej i socjalnej, lecz nie były organami administracji publicznej.

W PRL – państwie realnego socjalizmu ukształtowała się socjalistyczna opieka zdrowotna oparta na ideologii marksizmu-leninizmu. Nie było w niej miejsca na instytucje ubezpieczeniowe (Kasy Chorych), czyli nie występował tzw. trzeci podmiot –płatnik. Służba zdrowia miała być państwowa, oznaczało to, że była całkowicie finansowana z budżetu państwa i stanowiła nieodzowny składnik aparatu administracyjnego. Niezależnie od okresu historycznego katalog wartości aksjologicznych, o których wspomniałam powyżej jest zakorzeniony w systemie ochrony zdrowia. W okresie PRL rozumiany był jednak w odmienny sposób niż w II Rzeczypospolitej, posiadał inny wymiar - przeszedł istotną ewolucję. Wartości aksjologiczne, na których bazuje system ochrony zdrowia są uzależnione od uwarunkowań polityczno-gospodarczo-społecznych i od tradycji narodowych. W państwie demokratycznym jakim była II Rzeczypospolita ustawodawca odwołuje się do wartości liberalno-demokratycznych a nie do ideologicznych, które były silnie zakorzenione w okresie PRL.

W III Rzeczypospolitej nastąpiło nawiązanie do okresu międzywojennego w dwóch aspektach. W pierwszym: do nazwy instytucji Kas Chorych, a w drugim do założeń ubezpieczeniowego systemu ochrony zdrowia. Można powiedzieć, że nastąpiła modyfikacja ubezpieczeniowego modelu ochrony zdrowia Bismarcka w obecnych czasach.

W II Rzeczypospolitej do 1931 roku funkcjonowało 243 Kas Chorych, wśród których wyróżniano Kasy gminne, powszechnie, cechowe. Ta różnorodność Kas powodowała, że niektóre z nich były niewielkie. Mniejsze Kasy nie były w stanie zaspokoić potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych.

W III Rzeczypospolitej dokonano większej centralizacji - występowało 16 Kas Regionalnych i 1 Branżowa. W przeciwieństwie do Kas Chorych z roku 1920, utworzone Kasy w 1997 roku nie mogły działać dla zysku, a więc nie mogły świadczyć usług zdrowotnych ani być właścicielami zakładów opieki zdrowotnej. W III Rzeczypospolitej zaczął obowiązywać ubezpieczeniowy model systemu ochrony zdrowia w postaci instytucji ubezpieczeniowych Kas Chorych i Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), oparty na uniwersalnych wartościach aksjologicznych (godność, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, upodmiotowienie pacjentów, sprawiedliwość, solidaryzm, bezpieczeństwo socjalne itp.). Model ten oparty jest na wzajemnych relacjach pomiędzy trzema podmiotami: świadczeniodawcami (np. szpitalami), świadczeniobiorcami (pacjentami) i płatnikiem (NFZ). Rozdzielono więc funkcje płatnika i świadczeniodawcy. Głównym źródłem finansowania ubezpieczeniowego modelu opieki zdrowotnej jest ubezpieczenie zdrowotne w NFZ.

Dokonując analizy powyższych okresów historycznych należy skonstatować, iż system ochrony zdrowia był i jest zorganizowanym i skoordynowanym zespołem działań, który podlega ciągłym zmianom. Składał się on z wielu etapów, które stanowiły odbicie poglądów polityczno-społecznych twórców przemian systemu opieki zdrowotnej. Ilość pomysłów i wizji dotyczących koncepcji systemu ochrony zdrowia świadczy o tym jak niezbędny jest dialog społeczny i jak ważne jest uwzględnienie różnych stanowisk na temat przeobrażeń czy reform powyższego systemu. Niezależnie od epoki historycznej czy modelu systemu ochrony zdrowia jego fundamentalnym celem jest zapewnienie indywidualnych potrzeb zdrowotnych jednostek związanych z chorobą czy wypadkiem, a także zaspokajanie zbiorowych potrzeb zdrowotnych dotyczących warunków życia. System opieki zdrowotnej musi mieć na celu realizację uzasadnionych oczekiwań społeczeństwa w aspekcie elementarnych warunków w jakich są udzielane świadczenia medyczne. Na te oczekiwania składają się: zapewnienie optymalnych warunków przy korzystaniu przez pacjenta z danej usługi zdrowotnej, poszanowanie godności osobistej pacjenta i sprawiedliwe rozłożenie kosztów leczenia w systemie ochrony zdrowia. Pierwsza zasada jest tożsama z prawem pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z

należyta starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny powinny kierować się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych. Druga zasada rozumiana jest jako prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Sprawiedliwe w odbiorze społecznym rozłożenie kosztów polega na powzięciu właściwej decyzji przez władze państwa w zakresie zasad finansowania systemu ochrony zdrowia. Chodzi o sposób wygenerowania niezbędnych środków, sposobu ich zbierania oraz zapewnienia akceptowalnych dla społeczeństwa mechanizmów ich wykorzystania.

Analizując przekrojowo systemy ochrony zdrowia okresów historycznych takich jak II Rzeczypospolita, PRL i III Rzeczypospolita i nawiązując do funkcji politycznej systemu opieki zdrowotnej należy stwierdzić, iż jedną z głównych przyczyn słabości tego systemu ze strony ekip rządzących jest zaniechanie wprowadzenia jakościowych zmian i działań naprawczych w organizacji ochrony zdrowia. Ich celem jest zapewnienie społeczeństwu bezpieczeństwa zdrowotnego w szczególności powszechnego dostępu do bezpłatnych świadczeń medycznych oraz optymalnych warunków zdrowotnych co wyrażone jest *expressis verbis* w art. 68 Konstytucji z 1997 roku, który stanowi, iż każda jednostka niezależnie od statusu majątkowego, światopoglądu czy wykonywanego zawodu ma prawo do ochrony zdrowia. Władze publiczne natomiast są zobowiązane do zagwarantowania szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Na władzach administracji państwowej niezależnie od opcji politycznej spoczywa odpowiedzialność za stworzenie podstaw prawnych systemu opieki zdrowotnej opartego na przejrzystości sposobu finansowania, organizacji i zarządzania. Jednak nie we wszystkich przypadkach państwo gwarantuje bezpieczeństwo zdrowotne swoim obywatelom. Najlepszym przykładem jest coraz częściej spotykana tendencja do prywatyzacji placówek służby zdrowia. W tej sytuacji odpowiedzialność państwa przeniesiona jest na podmioty prywatne. Dotychczasowy system ochrony zdrowia nie zaspokaja potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i nie gwarantuje dobrej jakości usług i procedur medycznych. Państwo dążąc do usprawnienia i polepszenia sytuacji zdrowotnej swoich obywateli w mojej ocenie może zrealizować jeden z czterech możliwych scenariusz. Pierwszy z nich dotyczący naprawy służby zdrowia przewiduje traktowanie zdrowia jako dobra publicznego oraz finansowania potrzeb

zdrowotnych w oparciu o zasadę solidaryzmu i współodpowiedzialności wszystkich interesariuszy systemu ochrony zdrowia przy zwiększeniu wysokości składki ubezpieczeniowej. Drugi scenariusz dotyczy przejścia na wolnorynkowy model systemu ochrony zdrowia, w którym zdrowie jest traktowane jako towar a świadczenia zdrowotne są przedmiotem transakcji handlowych. W tym modelu pojawiają się na dużą skalę ubezpieczenia prywatne oferowane przez towarzystwa ubezpieczeniowe oraz następuje odejście od zasad solidarności i współodpowiedzialności w finansowaniu świadczeń medycznych. Z kolei trzeci scenariusz dotyczy kontynuowania ubezpieczeniowego modelu systemu ochrony zdrowia z zastrzeżeniem braku wzrostu nakładów finansowych na poprawienie jakości świadczeń medycznych. Ta wizja w moim przekonaniu będzie skutkowałą obniżaniem jakości świadczeń zdrowotnych, a w praktyce oznacza odłożenie na przyszłość całej koncepcji naprawy systemu ochrony zdrowia. Czwarty scenariusz związany jest z mechanizmem współpłacenia pacjentów za usługi medyczne, podobnie jak w Czechach czy we Włoszech. Główną ideą systemu ochrony zdrowia bazującego na współpłaceniu jest zagwarantowanie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej całemu społeczeństwu przy minimalnym dodatkowym wkładzie finansowym, oprócz uiszczania składki ubezpieczeniowej. U podstaw instytucji współpłacenia leży wprowadzenie opłat za udzielane świadczenia, które nie mają stanowić żadnej granicy w dostępie do świadczeń i jednocześnie ograniczyłyby nadkonsumpcję usług zdrowotnych. Mechanizm współpłacenia jest kluczowym elementem mającym wpływ na wyrównanie zakresu świadczeń ze środków publicznych z ilością tych środków.

Koncepcja współfinansowania opieki zdrowotnej przez pacjenta związana jest z przekonaniem o tym, iż społeczeństwo musi w pewnym stopniu ponosić odpowiedzialność za korzystanie ze świadczeń zdrowotnych. Przy każdorazowej wizycie u lekarza niezależnie od specjalizacji lub podczas pobytu w szpitalu pacjent zobowiązany byłby wpłacać pewną kwotę za daną usługę medyczną. Współpłacenie pełni funkcje regulatora systemu ochrony zdrowia, pacjenci płacąc bowiem dodatkowe opłaty za świadczenia zdrowotne nie nadużywają opieki zdrowotnej w przypadku, gdy nie jest ona konieczna.

Wprowadzenie zasady współpłacenia jest rozwiązaniem optymalnym i przyczyniłoby się niewątpliwie do polepszenia jakości systemu ochrony zdrowia w Polsce, a także skrócenia kolejek do specjalistów. Celem dodatkowych opłat uiszczanych przez pacjentów jest również wspomaganie systemu ochrony zdrowia i zredukowanie w jak największym stopniu zachwiań stabilizacji finansowej w sferze ochrony zdrowia. Na



marginesie niniejszych rozważań warto zauważyć, że zjawisko współpłacenia już istnieje w naszym państwie. Ubezpieczeni dopłacają bowiem do leków, pobytów sanatoryjnych również do sprzętu rehabilitacyjnego.

Kolejną istotną konkluzją wynikającą z pracy jest konieczność istnienia instytucji kontroli społecznej warunkującej poprawę jakości systemu ochrony zdrowia. Po przestudiowaniu założeń systemu opieki zdrowotnej okresu międzywojennego, PRL i III Rzeczypospolitej można zauważyć, iż aspiracje i oczekiwania społeczne mijają się z tendencjami i kierunkami działań władz państwowych. Partie rządzące nie w pełni realizują w sposób jakościowy i ilościowy celów reform w sferze ochrony zdrowia. Władze państwowe niezależnie od okresu historycznego nie posiadają spójnej wizji systemu ochrony zdrowia, wszystkie dokonywane przez tą władzę zmiany systemowe miały charakter fragmentaryczny. Władze publiczne nie wypracowały kompleksowego i docelowego modelu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ponadto liczne zmiany ustawodawcze doprowadziły do niestabilności systemu ochrony zdrowia i obrotu prawnego w tym sektorze. Tym bardziej potrzebna jest instytucja nadzoru społecznego, aby oczekiwania społeczeństwa pokrywały się z aktualnymi założeniami polityki zdrowotnej realizowanej przez państwo. W tym celu niezbędne okazuje się powołanie organów nadzoru społecznego niezależnych od Ministerstwa Zdrowia, wzorowanych na np. na instytucji Rzecznika Praw Obywatelskich oraz kontrolowanych przez parlament. Należałoby również rozszerzyć na wzór innych państw Unii Europejskiej prawo partycypacji pacjentów w podejmowaniu decyzji w zakresie ochrony zdrowia, które gwarantuje Europejska Karta Praw Pacjenta (EKPP). Jest to pozarządowy dokument sporządzony w 2002 roku przez europejską organizację *Active Citizenship Network* (Sieć Aktywnego Obywatelstwa), która skupia sto obywatelskich organizacji z trzydziestu krajów, jest propagowana i upowszechniana przez włoską organizację *Cittadinanzattiva*. Organizacja *Active Citizenship Network* stworzyła EKPP z dwunastoma innymi organizacjami z innych państw europejskich takich jak: (Portugalia, Włochy, Hiszpania, Dania, Niemcy, Belgia, Holandia, Austria, Irlandia, Grecja, Wielka Brytania). Europejska Karta Praw Pacjenta zawiera czternaście praw pacjentów, które przyczyniają się do lepszego poziomu opieki zdrowotnej oraz do polepszania jakości świadczeń zdrowotnych w krajach członkowskich. Ponadto prawa pacjenta wymienione w analizowanym dokumencie są skorelowane z powinnościami jakie leżą w gestii obywateli jak i

wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia<sup>669</sup>. Zasadniczym obowiązkiem obywateli wynikającym z Europejskiej Karty Praw Pacjenta jest prawo do podejmowania działań leżących w interesie ogółu, prawo do działalności na rzecz przysługującym pacjentom praw, prawo do uczestnictwa w kształtowaniu polityki zdrowotnej.

W Polsce prawa związane z ochroną interesów pacjentów powinny zostać pogłębione i silnie akcentowane przez organizacje pacjenckie. Warto nadmienić, iż organizacje pacjenckie mogą brać udział w konsultacjach społecznych propozycji aktów prawnych regulujących ochronę zdrowia i zasady dostępu do leczenia. Stanowisko strony społecznej jednak nie ma praktycznego przełożenia na proces decyzyjny. Dla zapewnienia efektywniejszej kontroli organizacji i jakości opieki zdrowotnej konieczne byłoby, aby środowiska pacjenckie utworzyły więcej organizacji, które miałyby na celu reprezentowanie ich interesów wobec organów administracji publicznej i samorządu terytorialnego. Kolejnym zadaniem tych organizacji byłoby również dostarczanie środowiskom pacjenckim informacji skierowanej do Parlamentu na temat różnych problemów pacjentów oraz przedkładanie opinii dotyczących przepisów prawa, ich nowelizacji, kierunków polityki państwa dotyczącej miejsca pacjenta w systemie ochrony zdrowia oraz współpraca z innymi organizacjami pacjentów na poziomie państwowym i zagranicznym.

Kolejnym wnioskiem badawczym wynikającym z niniejszej rozprawy jest konieczność poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia w Polsce. W większości krajów europejskich, w tym również w Polsce za jedną z najważniejszych przyczyn uzasadniających potrzebę udoskonalenia systemu opieki zdrowotnej uznaje się zbyt małą efektywność systemu ochrony zdrowia. Transformacja ustrojowa po 1989 roku i przeprowadzone w ciągu ostatnich 26 lat reformy systemu finansowania ochrony zdrowia nie przyczyniły się do poprawy jego efektywności. Progres efektywności opieki zdrowotnej traktowany jest przez wszystkie rządy państw jako priorytet. Na postęp owej wydajności czy też sprawności systemu ochrony zdrowia wpływ ma: poprawa zarządzania tym systemem, wprowadzenie nowych lub rewizja dotychczasowych regulacji prawnych związanych z funkcjonowaniem systemu, wprowadzenie nowych standardów usług i procedur medycznych. Warto przytoczyć w tym miejscu słowa prof. Jerzego Leowskiego, iż podstawowym problemem jest znalezienie takiego panaceum, które pozwoliłoby na połączenie równego dla wszystkich dostępu do świadczeń zdrowotnych z doskonałą

---

<sup>669</sup> <http://www.nfz-krakow.pl/UserFiles/Europejska%20Karta%20Praw%20Pacjenta.pdf>, dostęp 11.12.2015 r.

jakością tych świadczeń zgodną z oczekiwaniami społeczeństwa. Rozwiązanie tkwi w umiejętności łączenia zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z jakością świadczeń. Jeśli pod pojęciem jakości świadczeń odnajdziemy ich zgodność z postulatami obywateli to głównym rozwiązaniem będzie wprowadzenie znacznego stopnia zróżnicowania skali i zakresu świadczeń oferowanych przez poszczególne sektory publiczne<sup>670</sup>. Należy zgodzić się z przytoczoną powyżej opinią prof. J. Leowskiego, iż poszczególne sektory publiczne muszą we własnym zakresie zmniejszać lub zwiększać swój stan posiadania do takiego poziomu, w którym mogłyby racjonalnie zarządzać. Jednocześnie konieczne byłoby nałożenie na beneficjentów systemu opieki zdrowotnej opłat w zamian za otrzymane świadczenia medyczne. System ochrony zdrowia będzie efektywny jeżeli nastąpi optymalizacja alokacji zasobów osobowych, finansowych i rzeczowych. Warunkiem efektywnego i prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest również wprowadzenie zmian nie tylko w sferze prawno-organizacyjnej, ale również w sferze mentalności polityków i społeczeństwa. Przeświadczenie to jest odzwierciedleniem dokonanej w dysertacji analizy historycznego rozwoju systemu ochrony zdrowia na przestrzeni opisywanych przeze mnie osiemdziesięciu sześciu lat.

---

<sup>670</sup> J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie*, Warszawa 2009, s. 121

## Streszczenie

W pierwszym rozdziale dysertacji zaprezentowano definicję zdrowia i zdrowia publicznego. Zdrowie jest jedną z najważniejszych wartości w życiu człowieka. Jest pojęciem wieloznacznym nieobjętym przez jedną definicję. Istnieją 2 modele definicji zdrowia: biomedyczny i holistyczny. Holistyczną definicją jest definicja WHO według której zdrowie jest stanem pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu. Biomedyczna definicja zdrowia sprowadza się do określenia zdrowia jako braku choroby.

W zdrowiu publicznym punktem wyjścia jest analiza stanu zdrowia społeczeństwa. Zasadniczy cel osiągnięcia zdrowia publicznego odnosi się do obniżenia poziomu umieralności i chorobowości. Fundamentalne zadania zdrowia publicznego możemy podzielić na 2 grupy: działania na rzecz ochrony zdrowia całego społeczeństwa i działania na rzecz ochrony zdrowia jednostki.

W pierwszym rozdziale rozprawy zwrócono uwagę również na wyjaśnienie pojęcia systemu ochrony zdrowia. Jest nim zespół osób, instytucji i czynności powołanych do zaspokajania potrzeb zdrowotno-socjalnych ludności i jest kluczowym elementem polityki państwa, które finansuje opiekę zdrowotną. System ochrony zdrowia w Polsce przeszedł gruntowne zmiany i ma podłoże historyczne. W rozdziale tym zostały przedstawione założenia poszczególnych modeli systemów ochrony zdrowia: Bismarcka, Beveridge'a i Siemaszki. System ochrony zdrowia opierający się na modelu Bismarcka pochodził od nazwiska pruskiego kanclerza Ottona Bismarcka i charakteryzował się wzajemną relacją pomiędzy trzema podmiotami: płatnikiem czyli Kasą Chorych, świadczeniodawcą czyli szpitalem i świadczeniobiorcą czyli pacjentem. Instytucje ubezpieczeniowe w postaci Kas Chorych gwarantowały i finansowały swoim ubezpieczonym opiekę zdrowotną. Wiliam Beveridge angielski ekonomista i społeczny reformator stworzył system narodowej służby zdrowia. System ochrony zdrowia oparty na modelu Beveridge'a finansowany był z budżetu państwa a głównym źródłem finansowania tego systemu ochrony zdrowia były podatki ogólne. Cechą charakterystyczną modelu opierającego się na narodowej służbie zdrowia jest istnienie sektora prywatnego. System ochrony zdrowia oparty na modelu Siemaszki charakteryzował się całkowitym monopolem własnościowym państwowych instytucji leczniczych. Powyższy model państwowej służby zdrowia gwarantował powszechny dostęp do bezpłatnej opieki medycznej a uprawnionymi do świadczeń zdrowotnych byli wszyscy obywatele.

Rozdział drugi poświęcony był dyskusji na temat organizacji systemu ochrony zdrowia w II (1918-1939). Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości w 1918 roku sytuacja ekonomiczna państwa i zdrowotna ludności przedstawiała się bardzo niekorzystnie. Złe warunki materialne i niskie standardy w zakresie ochrony zdrowia negatywnie wpływały na stan zdrowia społeczeństwa w okresie międzywojennym. Tworzące się państwo polskie stanęło przed wyzwaniem tworzenia podstawowych struktur organizacyjnych. Jedną z najważniejszych reform dotyczyła organizacji opieki zdrowotnej a w szczególności utworzenia Ministerstwa Zdrowia w 1918 roku. Pierwszym Ministrem został Witold Chodźko profesor higieny, lekarz, członek Polskiego Towarzystwa Higienicznego.

W rozdziale drugim poddano analizie założenia dekretu z dnia 11 stycznia 1919 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, który był podpisany przez Naczelnika państwa Józefa Piłsudskiego i Prezesa Rady Ministrów Jędrzeja Moraczewskiego. Ten akt prawny wprowadził po raz pierwszy Kas Chorych. Były one instytucjami samorządowymi, czyli całkowicie niezależnymi od państwa oraz publicznymi. Oznaczało to, iż wykonywały zadania administracji państwowej z dziedziny opieki zdrowotnej i socjalnej, lecz nie były organami administracji publicznej. Swoje decyzje podejmowały we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność. Posiadały własny budżet, nie będący częścią budżetu państwa, majątek oraz statut. Dekret o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby gwarantował świadczenia zdrowotne wszystkim osobom utrzymującym się z pracy najemnej.

W rozdziale drugim przedstawiono również strukturę wewnętrzną, funkcje i organizację instytucji ubezpieczeniowych (Kas Chorych i Ubezpieczalni Społecznych), ponadto badano podmiotowy i przedmiotowy zakres świadczeń ustawy z 19 maja 1920 o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby i ustawy z 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym. Przedstawiony został również sposób finansowania systemu ochrony zdrowia w II Rzeczypospolitej oraz rodzaje i formy opieki medycznej

Trzeci rozdział doktoratu dotyczy koncepcji i organizacji systemu ochrony zdrowia w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej (PRL). Zostały nakreślone w pierwszej kolejności założenia ideologiczne i podstawy konstytucyjne tego okresu historycznego. Zaprezentowano również genezę społecznego systemu ochrony zdrowia w PRL. Odzwierciedleniem socjalistycznego charakteru państwa były cechy polskiej służby zdrowia. Głównym jej założeniem była państwowość i planowość typowa dla modelu

Siemaszki. Zakładał on finansowanie opieki zdrowotnej z budżetu państwa. Ponadto system ochrony zdrowia w Polsce Ludowej w swoich założeniach miał być powszechnie dostępny czyli zapewniający bezpłatną opiekę medyczną wszystkim obywatelom oraz kompleksowy czyli miał gwarantować szeroki zakres usług medycznych. Poddany został analizie również ustrój systemu ochrony zdrowia Polski Ludowej. Został zaprezentowany przedmiotowy i podmiotowy zakres świadczeń na mocy rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1946 roku o wprowadzeniu ubezpieczeń dla robotników rolnych, dekretu z dnia 28 października 1947 roku o wprowadzeniu zasiłków dla żon i dzieci pracowników. Uwzględniono również ustawę z dnia 29 marca 1965 roku, która objęła ubezpieczeniem społecznym rzemieślników, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 grudnia 1971 roku o wprowadzeniu ubezpieczenia dla osób prowadzących indywidualne gospodarstwa rolne. W rozdziale trzecim dysertacji poddano analizie otwartą i zamkniętą służbę zdrowia. Przedstawiono trzy poziomy otwartego systemu ochrony zdrowia dolny, środkowy i górny. Poziom dolny to podstawowa opieka zdrowotna, środkowy poziom to pomoc specjalistyczna zapewniająca dużą ilość świadczeń konsultacyjnych, górny to uzupełniająca pomoc specjalistyczna stworzona przez przychodnie wojewódzkie przyszpitalne i przyklinikalne. Na zamkniętą służbę zdrowia składały zakłady opieki zdrowotnej (ZOZY). Zaprezentowano etapy ich tworzenia, funkcjonowania oraz ich strukturę wewnętrzną.

W rozdziale czwartym opisano założenia transformacji ustroju politycznego, obrady Okrągłego Stołu w aspekcie reformy dotychczasowego systemu ochrony zdrowia. Następnie przedstawiono konstytucyjne podstawy i genezę ochrony zdrowia w okresie transformacji ustrojowej w III Rzeczypospolitej. Zaprezentowano również etapy kształtowania się i główne założenia Konstytucji z 1992 roku dotyczące ustroju politycznego, organów państwa, praw i wolności obywateli. Na genezę systemu ochrony zdrowia składały się projekty aktów prawnych różnych ugrupowań politycznych funkcjonujących wówczas na arenie politycznej od czasów rządu T. Mazowieckiego do okresu gabinetu rządowego J. Oleksego. Projekty te zawierały propozycje zmian dotychczasowego systemu ochrony zdrowia, między innymi wprowadzenia ubezpieczeniowego modelu systemu ochrony zdrowia (składka ubezpieczeniowa miał być głównym źródłem finansowania systemu ochrony zdrowia). Dotyczyły również powszechnych i obowiązkowych ubezpieczeń społecznych opartych na wartościach aksjologicznych takich jak solidaryzm społeczny, sprawiedliwość społeczna,

bezpieczeństwo socjalne, upodmiotowienie pacjenta, wolny wybór lekarza. Rozdział czwarty ponadto zawiera założenia ustroju ochrony zdrowia w świetle ustawy z 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Na ustrój ten składają się: podmioty opieki zdrowotnej, świadczenia opieki zdrowotnej, finansowanie. Przedstawiona została również istota instytucji ubezpieczeniowych Kas Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, ich funkcjonowanie, status prawny, organizacja i struktura wewnętrzna.

W piątym rozdziale wskazane zostały konstytucyjne podstawy ochrony zdrowia w świetle postanowień Konstytucji z 1997 roku i założenia reformy systemu ochrony zdrowia z 1998 roku. Ta reforma służby zdrowia była ściśle powiązana z reformą administracyjną, która przypadła również na rok 1998 i miała kluczowe znaczenie dla dalszej wizji systemu ochrony zdrowia i ubezpieczeń zdrowotnych. Dnia 24 lipca 1998 roku na mocy ustawy o wprowadzeniu zasadniczego trójstopniowego podziału terytorialnego państwa powołano do życia do istniejących już gmin dwa rodzaje jednostek samorządu terytorialnego powiaty i województwa. Inspiracją i podstawą źródłową dla uchwalenia ustaw o samorządzie powiatowym i wojewódzkim były regulacje Konstytucji z dnia 2 kwietnia 1997 roku. W dalszej części rozprawy zaprezentowano istotę, różne definicje i rodzaje decentralizacji i zadań jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia (gmin, powiatów i województw). Rozdział ten ponadto wzbogacono o charakterystykę instytucji ubezpieczeniowych (Kas Chorych), ich statusu prawnego, struktury wewnętrznej, podmiotowego i przedmiotowego zakresu świadczeń zdrowotnych i ich sposobu finansowania w świetle ustawy z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie innych ustaw.

W rozdziale szóstym uwzględniona została charakterystyka ustroju systemu ochrony zdrowia w świetle postanowień ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zaprezentowano status prawny, istotę i funkcje nowej instytucji ubezpieczeniowej Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) powołanej w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 u.ś.o.z. W rozdziale tym opisany został podmiotowy i przedmiotowy zakres świadczeń ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w kontekście komparatystycznym w stosunku do poprzedniej ustawy z 1998 roku. Przedstawiono problemy dotyczące koszyka świadczeń gwarantowanych i negatywnego koszyka świadczeń a także mechanizmu tzw. list oczekujących. W rozdziale tym również poddano analizie strukturę wewnętrzną NFZ. Kolejnym problemem poruszonym była

kwestia źródeł finansowania systemu ochrony zdrowia w świetle postanowień ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych tzn. przychodów i kosztów NFZ. Wspomniano ponadto o elementarnym wyznaczniku dochodu państwowego w dziedzinie ochrony zdrowia jakim jest PKB.

Wszystkie rozdziały rozprawy zakończone zostały wnioskami a cała dysertacja zawiera następujące konkluzje:

- system ochrony zdrowia wymaga udoskonalenia, możliwe byłoby to w wyniku realizacji jednego z następujących scenariuszy
- zwiększenie składki ubezpieczeniowej przy pozostaniu przy ubezpieczeniowym modelu systemu ochrony zdrowia,
- przejścia na wolnorynkowy model ochrony zdrowia,
- stworzenie instytucji kontroli społecznej,
- wprowadzenie instytucji współpłacenia świadczeń zdrowotnych przez pacjenta,
- udoskonalenie efektywności systemu ochrony zdrowia.



## SUMMARY

### **Legal aspects of health care system transformation in Poland after year 1989.**

#### **Interdisciplinary study based on health and law sciences in Poland.**

Whole dissertation is preceded by introduction, which includes subject of study, goal of study, methods, questions, thesis of study and conclusions. The subject of study is referred to the organization of health care system and functioning of health insurances in Poland after 1989 year. These problems will be presented in the historical context with consideration of health systems in the Second Republic of Poland and Polish People's Republic. The aim of the study is to analyze achievements of transformation in the sense of organization and legal rules of health care system after 1989.

The question was how the legislation in Second Republic of Poland helped to form concept of health care organization in the Polish People's Republic and the Third Republic of Poland.

- 1) Was the system transformation helpful in the more effective organization of health care system?
- 2) Was the system transformation helpful in the more economical financing the organization of health care system?
- 3) The question is whether current health care system can satisfy the requirements of people and realize the quality standards?

Study methods used in this dissertation include historical-legal method, dogmatic method and comparative method. Historical-legal method is related to analysis of sources, references and judicature given literature of subject. Dogmatic method is referred to analysis and interpretation of judgment in given legal system. Comparative method is based on comparison of current judgments in different countries or on comparison different legal systems in different historical periods in given country.

Theses of dissertation were formed as follows:

- 1) system transformation after 1989 year did not affect the improvement of efficiency of health care system and its quality and organizational functionality
- 2) health care system requires improvement; following scenarios can help in this field: increase of insurance contribution, change into free market health care system and formation of institutional social control

In the first chapter of this dissertation we can find information about public health and health care system organization based on different models. Health is one of the most important values in the human life. It has polysemic significance and is not defined by one term. There are 2 models of health definition: biomedical and holistic. According to World Health Organization (WHO) health is referred to whole physical, psychical and social well-being. Biomedical definition includes the health as a lack of illness.

The main goal for public health is analysis of the population health status. This is referred to such achievements as decrease of mortality and morbidity. Fundamental aims for public health are: action of the health care on whole population and action of the health care on one person. Realization of health care system can be based on different models: Bismarck's model, Beveridge's model and Siemaszko's model.

Bismarck system was introduced by Prussian Chancellor Otto Von Bismarck. This model is referred to the insurance use. The insurers are named: „sick funds“.

William Beveridge was a social reformer, who designed Britain's National Health Service. According to Beveridge's model health care is provided and financed by the government through tax payment. This system functions in such countries as for instance Great Britain, Sweden, and New Zealand. Siemaszko's model is based on financing of benefits by the state budget, provides permanent control of the health care system in the country and equal access to all the benefits for citizens.

The second chapter is devoted to discuss the organization of the health care system in the Second Republic of Poland (1918-1939). Poland got independence in 1918, because Poland earlier was under annexation three countries: Russia, Prussia and Austro-Hungary. Then economic and social situation of Poland was very bad. The health status after First World War was terrible too. The bad materials conditions, low standards in health care system, a lot of illnesses affected the health of population. After many years of slavery the authorities had to provide health service for all people. It was very long process. Health care system was priority for Poland. The most important event for health system was creation of Ministry of Public Health in 1918. The General Directorate for Health Service in Ministry of Home Affairs was transformed into the Department of Health the Ministry of Social Welfare. This Department had statute, which was given by Polish government. The First Minister was Witold Chodźko. He was a doctor and also member of Hygienic Society in Warsaw.

The health care system in the Second Republic of Poland was based on Bismarck's model which created three forms of social insurances: in case of sickness, in case of accident insurances and in case of oldness and death insurances. The first fundamental act which introduced institution "Sick Funds" was edict from 1919 about compulsory insurance in case of illness established by Prime Minister Moraczewski and the Head of country Pilsudski. This act introduced compulsory insurance for employees. It means that insurances were universal for all people who worked. Sick Funds were independent from state and public institutions. They were not organs of public administrations but they made tasks of public administration. They had own budget, property and statute. They made decision by themselves and according to their responsibility. The most important and spectacular law was act from 1920 concerning Mandatory Insurance in case of illness. It was a base of Polish social legislation. It was beginning of real mission of medical services in the Second Republic of Poland. This act predicted compulsory and voluntary insurances. The first were for people who had employment relationship for instance farmers, teachers, craftsman, trade workers and bank workers. Voluntary were for people under age 45, for the people lived all time in district of given Sick Fund.

Third chapter concerns concept and organization of health care system in the Polish People's Republic. At the beginning of chapter ideological and constitutional background is described. The genesis of social health care system is presented. The features of this health care system are related to socialistic character of the Polish country at this time. The main premise was statehood and plan system. Financing of health care system was based on the budget of country. Additionally health care system should be accessible and complex.

I analyzed the system of Health Care in the Polish People's Republic. I presented following legal acts: ordinance of Minister of Labor and Social Care about insurance introduction for agral workers from November 27, 1946, decree about income support for wives and children of workers from October 28, 1947. Additionally bylaw about insurance for craftsman from March 29, 1965 and ordinance of Minister of Health for people who run individual agral business from December 14, 1971.

I presented also genesis of social health care system in the Polish People's Republic. This health care system was based on the current political background. The main elements were referred to schedule and statehood typical for Siemaszko's model. This system was based on the financing health care from the budget of country. Additionally

this system should be commonly accessible, free and complex it means that based on the access to broad health care service. I presented 3 levels of open health care system: inferior, middle, superior. Inferior level is related to basic health care system. Middle level is referred to specialist health care based on consultations. Superior level is referred to specialist health care based on the function of voivodship outpatient clinic. Closed health care system was based on ZOZ (from Polish language Zespół Opieki Zdrowotnej which means Health Care Team). I described their forming, function and internal structure. I inserted conclusions at the end of this chapter. In the history of People's Poland there was lots of kinds insurance. For instance: in 1946 act of Ministry Labour and Social Care concerning insurance in case of illness and motherhood for farmer workers ( agricultural workers). The above mentioned act in 1946 concerning enlargement financial allowance for inability for work and for people who cared sick child or another member of family. In 1947 act for child and wives of workers, which is called family insurance. In 1965 insurance for craftsman- medical benefits for example sickness allowance and funeral allowance. In 1971 – insurance for persons with individual farm (free medical care for them and their family).

Fourth chapter describes background of political system transformation, “Round Table” proceeding in the aspect of health care system organization in relation to constitution and transformation. I presented the main points of Constitution from 1992, which concerned political system, country authorities, laws and freedom of people. Genesis of health care system was based on projects of legal acts of different political formations that functioned on the political stage starting from Mazowiecki's Government up to Oleksy's Government. These projects contained proposals of changes in health care system for instance introduction of insurance health care system (insurance contribution should be the main source of health care system financing). These obligatory and common insurances should be based on axiological values such as social solidarity, social equity, social safety, main position of patient, free choice of physician.

Above more fourth chapter of dissertation contains fundamentals of health care system in the light of bylaw related to „Common Health Insurance“ from February 6, 1997. This system includes subjects of health care, benefits of health care and financing. The essence of insurance institution role also was presented: Common Sick Funds Health Insurance, its functioning, legal status, organization and internal structure. The end of this chapter presents the conclusions.

The fifth chapter describes constitutional bases of health care system in the light of Constitution from 1997 and principles of health care system from 1998. This health care reform was related to administration reform from 1998 and has key role for further perspective of health care insurance system. Using the bylaw (from July 24, 1998) trisep Territorial Division of country was made in the following way: voivodship, county (powiat) and commune. Regulations from Constitution (April 2, 1997) were inspiration for introduction this bylaw. Next part of this chapter of dissertation includes different definitions and forms of decentralization and aims for territorial self-government (Voivodship, county (powiat) and commune in the aspects of health care system. Additionally this chapter contains characteristics of insurance institutions (Sick Funds), their legal status, structure and financing in the light of bylaw from July 18, 1998.

Last chapter presents the characteristics of health care system through the bylaw (from August 27, 2004) about services of health care financed from public funds. I described essence and legal status of new institution National Health Fund which was formed in 2004.

In this chapter I compared this bylaw to the bylaw from 1998 in the aspect of health care services financed from public funds. Presented problems concerned guaranteed health care benefits, negative elements of health care benefits and mechanisms of patients' waiting list. I analyzed internal structure of National Health Fund. Next problem concerned the source of financing health care system in the light of bylaw related to health care benefits financed from public funds (from August 27, 2004). I described also the role of gross domestic product (GDP) in the relation to its role in the health care system functioning.

In the summary of my dissertation I would like to present following conclusions:

1. the health care system in the Third Republic of Poland requires some improvements
2. these improvements are referred to :
  - realization of insurance health care system model modified by the increase of premium
  - passing into free market health care model
  - formation of institution of social control of health care system
  - introduction of institution based on co-payment health service by the patient ( as for instance in Italy and Czech Republic)

- improvement of effectiveness of health care system

## Spis tabel

Tabela nr 1 Zadania zdrowia publicznego .....	27
Tabela nr 2 Rodzaje świadczeń w świetle ustawy z dnia 19 maja 1920 o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby .....	57
Tabela nr 3 Rodzaje świadczeń w świetle ustawy z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby i ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym .....	78

## Spis wykresów

Wykres nr 1 Poziomy opieki zdrowotnej .....	118
Wykres nr 2 Poziom dolny systemu opieki zdrowotnej w PRL .....	118
Wykres nr 3 Poziom środkowy systemu opieki zdrowotnej w PRL .....	119
Wykres nr 4 Poziom górny systemu opieki zdrowotnej w PRL .....	120
Wykres nr 5 Część profilaktyczno-lecznicza przychodni obwodowej w PRL .....	121

## Piśmiennictwo

### Akty prawne

1. Konstytucja z dnia 17 marca 1921 r. Dz. U. 1921, Nr 44, poz. 267 ze zm.
2. Ustawa Konstytucyjna z dnia 23 kwietnia 1935 r. Dz. U. 1935, Nr 30, poz. 227 ze zm.
3. Ustawa Konstytucyjna z dnia 19 lutego 1947 r. o ustroju i zakresie działania najwyższych organów Rzeczypospolitej Polskiej z 1947 r. Dz. U. 1947, Nr 18, poz. 71 ze zm.
4. Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z dnia 22 lipca 1952 r. Dz. U. 1952, Nr 33, poz. 232 ze zm.
5. Ustawa Konstytucyjna z dnia 17 października 1992 r. o wzajemnych stosunkach między władzą ustawodawczą i wykonawczą Rzeczypospolitej Polskiej oraz o samorządzie terytorialnym Dz. U. 1992, Nr 84, poz. 426 ze zm.
6. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997 Nr 78, poz. 4 ze zm.
7. Ustawa sanitarna z dnia 19 lipca 1919 r. Dz. U. 1919 r., nr 63, poz. 372 ze zm.
8. Ustawa z dnia 1 sierpnia 1919 r. o utworzeniu województwa poznańskiego i pomorskiego Dz. U. 1919 r. Nr 64, poz. 385
9. Ustawa z dnia 2 sierpnia 1919 r. o utworzeniu województw centralnych Dz. U. 1919, Nr 65, poz. 395.
10. Ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, Dz. 1920, Nr 44, poz. 272 ze zm.
11. Ustawa z 3 grudnia 1920 r. o utworzeniu województw południowych Dz. U. 1920 Nr 117 poz. 768.
12. Ustawa z 4 lutego 1921 r. o utworzeniu województw wschodnich Dz. U. 1921, Nr 16, poz. 93.
13. Ustawa w przedmiocie zniesienia Ministerstwa Zdrowia Publicznego z dnia 28 listopada 1923 r., Dz. U. 1923, Nr 131, poz. 1061 ze zm.
14. Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym, Dz. U. 1933, Nr 51, poz. 396 ze zm.
15. Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 roku o publicznej służbie zdrowia, Dz. U. 1939, Nr 54, poz. 342 ze zm.
16. Ustawa z dnia 31 grudnia 1944 roku w sprawie utworzenia Ministerstwa Pracy, Opieki społecznej i Zdrowia, Dz. U. 1944, nr 19, poz. 99 ze zm.
17. Ustawa z dnia 3 stycznia 1946 roku o nadzorze nad lecznictwem, Dz. U. 1946, Nr 2, poz. 7 ze zm.
18. Ustawa z dnia 28 października 1948 roku o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, Dz. U. 1948, Nr 55, poz. 434 ze zm.
19. Ustawa z dnia 20 marca 1950 roku o terenowych organach jednolitej władzy państwowej, Dziennik Ustaw 1950, Nr 14, poz. 130 ze zm.
20. Ustawa z dnia 18 lipca 1950 roku o zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych, Dziennik Ustaw 1950, Nr 036, poz. 327 ze zm.
21. Ustawa o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych z dnia 20 lipca 1950 roku, Dz. U. 1950 Nr 36, poz. 333 ze zm.
22. Ustawa o Funduszu Lecznictwa Pracowniczego z dnia 20 lipca 1950 r. Dz. U. 1950, Nr 36, poz. 334 ze zm.
23. Ustawa z dnia 28 października 1950 roku o zawodzie lekarza, Dz. U. 1950 Nr 50, poz. 458 ze zm.



24. Ustawa z dnia 8 stycznia 1951 roku o zniesieniu izb aptekarskich, Dziennik Ustaw 1951, Nr 001, poz. ze zm.
25. Ustawa Ustawa o ustanowieniu państwowej służby zdrowia z dnia 15 grudnia 1951 roku, Nr 67, poz. 466 ze zm.
26. Ustawa z dnia 29 marca 1965 roku o ubezpieczeniu społecznym rzemieślników, Dz. U. 1965, Nr 013, poz. 90 ze zm.
27. Ustawa z dnia 29 czerwca 1969 r. o pracowniczych urloпах wypoczynkowych, Dz. U. 1969, Nr 12, poz. 85 ze zm.
28. Ustawa o przedłużeniu urlopu macierzyńskiego z dnia 6 lipca 1972 r. Dz. U. 1972, Nr 27, poz. 190
29. Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz. U. 1982, nr 35, poz. 230 ze zm.
30. Ustawa o samorządzie terytorialnym z dnia 8 marca 1990 r. Dz. U. 1990, Nr 16, Poz. 95 ze zm.
31. Ustawa o pomocy społecznej z dnia 29 listopada 1990 r., Tekst jedn. Dz. U. z 1998 r., nr 64, poz. 414 ze zm.
32. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej Dz. U. 1991, Nr 91, poz. 408 ze zm.
33. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 Dz. U. 2007r. Nr 14, poz. 89 ze zm.
34. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r., Dz. U. 1994 r. nr 111, poz. 535 ze zm.
35. Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. Dz. 2008r. Nr 136, poz. 857 ze zm.
36. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 153 ze zm.
37. Ustawa o rehabilitacji i zatrudnieniu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r., Dz. U. 1997, nr 123, poz. 776 ze zm.
38. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym, Dz. U. 1998, nr 91, poz. 578 ze zm.
39. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie wojewódzkim, Dz. U. 1998, nr 91, poz. 576 ze zm.
40. Ustawa z dnia 13 października 1998 roku o przepisach wprowadzających ustawy reformujące administrację publiczną, Dz. U. 1998, nr 133, poz. 872 ze zm.
41. Ustawa z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i zmianie niektórych ustaw, Dz. U. 1998, nr 117 poz. 756 ze zm.
42. Ustawa z dnia 9 kwietnia 1999 roku o zmianie ustawy o zamówieniach publicznych, Dz. U. 1999, nr 45, poz. 437 ze zm.
43. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz. U. 2003, nr 45, poz. 391
44. Ustawa z dnia 22 maja 2003 o działalności ubezpieczeniowej, Dz. U. 2003, nr 124, poz. 1151 ze zm.
45. Ustawa z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej, Dz. U. 2004, nr 64, poz. 593 ze zm.
46. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. 2004, Nr 210, poz. 2135 ze zm.
47. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485 ze zm.

48. Ustawa z dnia 25 czerwca 2009 o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2009, nr 118, poz. 989 ze zm.
49. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. 2011, nr 113, poz. 658 ze zm.
50. Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 9 lipca 1924 r. w sprawie ustanowienia i kompetencji Głównego Urzędu Ubezpieczeń DZURP, Nr 63, poz. 619,
51. Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 6 grudnia 1922 r. w przedmiocie utworzenia i organizacji Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń DZURP, Nr 116, poz. 1059,
52. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 22 marca 1928 roku o zakładach leczniczych, Dz. U. 1928, Nr 38, poz. 382
53. Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1946 r. o warunkach i terminach zastosowania do pracowników rolnych ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa oraz o zasadach współpracy samorządu terytorialnego przy wykonywaniu tego ubezpieczenia, Dz. U 1946, Nr 2, poz. 8
54. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 31 lipca 1967 roku w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej, Dziennik Ustaw Nr 36, poz. 183
55. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 14 grudnia 1971 roku w sprawie udzielenia świadczeń leczniczych przez społeczne służby zdrowia osobom prowadzącym gospodarstwa rolne, Dz. U. 1971, Nr 37, poz.345
56. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie organizacji zespołów opieki zdrowotnej z dnia 20 lutego 1973 r. Dz. U., Nr 7, poz. 52
57. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie organizacji i zadań zespołów opieki zdrowotnej z dnia 30 czerwca 1975 roku, Dz. U 1975, Nr 25, poz. 134
58. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 maja 1989 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej, Dz. U. 1989, Nr 28, poz. 152
59. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 grudnia 1998 r. w sprawie utworzenia Mundurowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych Dz. U. 1998 Nr 148, poz. 969
60. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 listopada 1998 roku w sprawie wykazu wysokospecjalistycznych procedur medycznych z budżetu państwa oraz zasad i trybu udzielania tych świadczeń, Dz. U. 1998, Nr 140, poz. 910
61. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 października 1999 roku w sprawie utworzenia Ministerstwa Zdrowia Dz. U. 1999, nr 91, poz. 1018
62. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2000 roku w sprawie wykazu podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych, Dz. U 2000, nr 72, poz. 851
63. Rozporządzenie Ministra z dnia 15 grudnia 2004 roku w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, Dz. U. 2004, nr 274, poz. 2723,
64. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 maja 2015 r zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji Dz. U. 2015, poz. 707
65. Dekret z dnia 11 stycznia 1919 r., Dziennik Praw Państwa Polskiego 1919 r., nr 9, poz. 122
66. Dekret z dnia 11 kwietnia 1945 roku o podziale Ministerstwa Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia, Dz. U. 1945, Nr 19, poz. 99
67. Dekret z dnia 8 stycznia 1946 roku o zmianie i uzupełnieniu ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym Dz. U. 1946, Nr 4, poz. 28

68. Dekret z dnia 13 grudnia 1946 roku o zmianie ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym. Dz. U. nr 2, poz. 3 i 4
69. Dekret z dnia 28 października w 1947 roku o ubezpieczeniu rodzinnym, Dz. U. 1947, Nr 66, poz. 414
70. Biuletyn Ministerstwa Zdrowia, 1919 r., nr 9
71. Dziennik Prawa Państwa Polskiego 1919 r. nr 9, poz. 122,
72. Rocznik Statystyki Rzeczypospolitej Polskiej 1924 r., Warszawa 1925 r.,
73. AAN, Prezydium Rady Ministrów, Statut Kas Chorych, sygn. 73-12,
74. APP OUU- sygn. 99, Zestawienie stanu ubezpieczonych i zaległości pracodawców w kasach chorych w woj. Poznańskim.
75. APP OUU- sygn. 88. Okręgowy Związek Kas Chorych z dnia 10.05.1927 r.
76. Mały Rocznik Statystyczny na rok 1928 r.
77. Uchwała Okręgowego Związku Kas Chorych i Związku Lekarzy Państwa Polskiego z dnia 12 marca 1929 r.
78. Sprawozdanie z Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu za rok 1937
79. Manifest PKWN z dnia 22 lipca 1944 r. Dz. U. 1944, Nr 1, poz. 1
80. Uchwała SN III CZP 12/01 z dnia 27 kwietnia 2001
81. Wyrok SN z dnia 7 sierpnia 2003 r. , sygn. Akt IV CKN 393/01
82. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 roku, sygn. Akt K. 14/03
83. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego z dnia 26 lipca 2006 roku VII SA/WA 595/06
84. Zarządzenie Nr 33/2007 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2007 r.
85. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia
86. Zarządzenie nr 23/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 maja 2009 roku w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli z późn. zm.
87. Zarządzenie nr 50/2012/DGL Prezesa NFZ z dnia 8 sierpnia 2012 roku w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia kontroli wystawiania i realizacji recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne.

### **Źródła książkowe**

1. Aduszkiewicz A. Słownik filozofii, Warszawa 2009.
2. Ajnekel A. Polskie konstytucje, Warszawa 1991.
3. Auleytner J. Polityka społeczna pomiędzy ideą a działaniem, Warszawa 1994.
4. Balicki M., Koronkiewicz A. System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej, Prawo medyczne pod red. L. Kubickiego, Wrocław 2003.
5. Bankowicz M., Słownik polityki, Warszawa 1999.
6. Bardach J., Leśnodorski B. Historia ustroju i prawa polskiego, Warszawa 1997.
7. Beauchamp T., Childress J., Zasady etyki medycznej, Warszawa 1996
8. Boczkowski E. Analiza i ocena działalności ubezpieczenia chorobowego w latach 1933-1938 pod względem administracyjno-lekarskim i organizacyjnym, Warszawa 1938.
9. Borkowski T., Bukowski A., Komitety Obywatelskie. Powstanie-rozwoj-upadek?, Kraków 1993,
10. Borodziej W., Garlicki A., Okrągły stół. Dokumenty i materiały. Tom I, B. Brzostek, G. Sołtysiak (wybór i opracowanie), Kancelaria Prezydenta RP, Warszawa 2004.

11. Bujalski J., Rzut oka na działalność zakładów leczniczych państwowych, społecznych i prywatnych na podstawie sprawozdań za rok 1934-1935, Warszawa 1933.
12. Bujny J., Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem, Warszawa 2007.
13. Bukowska-Piestrzyńska, A., Jednostka samorządu terytorialnego jako organ założycielski szpitala-analiza wybranych zmian [w:] System ochrony zdrowia, Problemy i możliwości ich rozwiązań pod red. E. Nojszewska, Warszawa 2011.
14. Bruner W., Kopankiewicz W. Nowe ubezpieczenie społeczne, Warszawa 1934.
15. Bylok F. Sikora J., Sztumska B., Wybrane aspekty socjologiczne rynku, Częstochowa 2001.
16. Capra F., Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura, Warszawa 1987.
17. Cieślak S., Gospodarka planowa, Warszawa 1950.
18. Childress J. F., Zasady etyki medycznej, Przekład W. Jacórzyński, Warszawa 1996.
19. Complik K., Normy pierwszego rozdziału Konstytucji RP, Wrocław 2007.
20. Chmaj M., Od stanu wojennego do okrągłego stołu. Geneza transformacji polityczno-ustrojowej w Polsce. Polska w procesie przeobrażeń ustrojowych pod redakcją S. Wróbla, Katowice 1998.
21. Chmaj M., Sejm kontraktowy w transformacji systemu politycznego Rzeczypospolitej Polskiej, Lublin 1996. Cudowski B., Iwulski J., Z aktualnych zagadnień prawa pracy i zabezpieczenia społecznego, Warszawa 2013.
22. Czubiński A., Spory o Polskę Ludową 1944 – 1989, Poznań 1989.
23. Czubiński A., Topolski J., Historia Polski, Wrocław- Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź 1988.
24. Danecki J., Wybrane kwestie społeczne. Polityka społeczna, stan i perspektywy, praca zbiorowa pod red. J. Auleytnera, Warszawa 1995.
25. Daszyńska-Golińska Z., Polityka Społeczna, Warszawa 1933.
26. De Ruggiero G., Laissez-Faire and General-Welfare State, New York 1956.
27. Dercz M., Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia, Warszawa 2005.
28. Dercz M., Izdebski H., Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa, Warszawa-Poznań 2001.
29. Dercz M., Rek T., Komentarz do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, Warszawa 2007
30. Dobek-Ostrowska B., Polska i hiszpańska elita polityczna w okresie tranzykcji do demokracji – analiza porównawcza, Warszawa 1992.
31. Dolnicki B., Samorząd terytorialny, Zagadnienia ustrojowe, 1999.
32. Donabedian A., An Introduction Quality to Assurance in Health Care, The American University of Armenia Corporation 2003.
33. Drozdowski M., Społeczeństwo, państwo, politycy II Rzeczypospolitej, Kraków 1972.
34. Dudek A., Pierwsze lata III Rzeczypospolitej 1989-2001, Kraków 2002.
35. Działocha K., Garlicki L., Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Warszawa 1995.
36. Dziewięcka-Bokun L., Mielecki J., Wybrane problemy polityki społecznej, Wrocław 1997.
37. Fijałek, Indulski J., Opieka zdrowotna w Łodzi od roku 1945, Studium organizacyjno-historyczne, Łódź 1996.
38. Frankowska L., Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby z dnia 19.05.1920 r. z obowiązkowymi wyjaśnieniami Ministra Pracy i Opieki Społecznej, Kraków 1930.
39. Frankowska L., Modliński E., Ustawa o ubezpieczeniu społecznym, Warszawa 1934.

40. Frąckiewicz L., Ochrona zdrowia, polityka społeczna, Praca zbiorowa pod redakcją A. Rajkiewicza, Warszawa 1979.
41. Frąckiewicz- Wronka A., Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z Unią Europejską, Katowice 2001.
42. Garlicki A., Rzecz o okrągłym stole, Warszawa 2003.
43. Garlicki L., Polskie prawo konstytucyjne, Warszawa 1996.
44. Garlicki L., Polskie prawo konstytucyjne, Warszawa 2007
45. Głowacka M.D., Mojs E., Prawo i psychologia w ochronie zdrowia, Warszawa 2012.
46. Golinowska S., Opieka zdrowotna w Polsce po reformie, Warszawa 2002.
47. Gołębiowski B. , Wesołowski W., Klasy, walka klas, przeobrażenie struktury społecznej w PRL, Warszawa 1970.
48. Gortat T., Ubezpieczenia Społeczne, Polityka społeczna i służby społeczne w PRL, Warszawa 1972.
49. Górny J., Ochrona zdrowia ludności w Polsce w latach 1919- 1939, [w:] Kasy Chorych w Wielkopolsce. Przeszłość i teraźniejszość, pod red. M. Musielak, Poznań 2003.
50. Górski G., Historia administracji, Warszawa 2002.
51. Grabowska G., Dzieje polskiego konstytucjonalizmu, [w:] Idee humanistyczne Renesansu w integracji europejskiej pod red. J. Pulnar Radom 2002
52. Grabowski R., Prawo do ochrony życia w polskim prawie konstytucyjnym, Rzeszów 2006.
53. Greenshields G., Cele i strategie prywatyzacji opieki szpitalnej w Polsce, Warszawa 2000.
54. Grodziski S., Porównawcza historia ustrojów państwowych, Warszawa 1973
55. Grzybowski K., Ojczyzna- naród- państwo, Warszawa 1970.
56. Gwiżdż A. , Jarosz Z., Ustrój Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, Warszawa 1967.
57. Hall M.P., The Social Services of Modern England, London 1957.
58. Hibner, E. Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 2003.
59. Hitti Ph. K, Dzieje Arabów, Warszawa 1969.
60. Hryniewicz J., Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia, Warszawa 2001.
61. Indulski J., Opieka zdrowotna w Łodzi od roku 1945, studium organizacyjno-historyczne, Łódź 1996.
62. Indulski J., Kleczkowski B., Leowski J., Organizacja ochrony zdrowia, Warszawa 1978.
63. Indulski J., Leowski J., Podstawy medycyny społecznej, Warszawa 1971.
64. Jastrzębowski Z., Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku do roku 1948, Łódź 1994.
65. Jastrzębowski Z., System opieki zdrowotnej w PRL. Polityka Społeczna, 1993.
66. Jarosz M., Psychologia lekarska, PZWL, Warszawa 1983.
67. Jazownik L., Społeczny sens oraz społeczne funkcjonowanie wartości aksjologii i edukacji aksjologicznej. Analiza meto dyskursywna i jej edukacyjne implikacje [w] Czytanie tekstów kultury. Metodologia- badania-metodyka, red. B. Myrdzik, I. Morawska, Lublin 2007.
68. Jończyk J., Prawo zabezpieczenia społecznego, Kraków 2001.
69. Jurand H., Aforyzmy, sentencje i przysłowia, Warszawa 1982.
70. Kacprzak M., Praktyka i teoria zdrowia – wybrane zagadnienia , Warszawa 2003
71. Kaja J., Polityka zdrowotna PRL. Założenia i ich realizacja, Białystok 1980.
72. Kalecińska J., Herbst I., PPP w systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata, Centrum Partnerstwa Publiczno-Prywatnego Warszawa 2011.
73. Kallas M., Historia ustroju Polski, Warszawa 2005.

74. Kallas M., Lityński A., Historia ustroju i prawa Polski Ludowej, Warszawa 2003
- Kamiński S., Jak uporządkować rozmaite koncepcje wartości, o wartościowaniu w badaniach literackich, Lublin 1986.
75. Karp J., Prawa socjalne we współczesnym konstytucjonalizmie. Prolegomena, [w:] Ustroje, doktryny, instytucje polityczne. Księga jubileuszowa Profesora zw. dr hab. Mariana Grzybowskiego, pod red. J. Czajowski, J. Karp, G. Kuca, A. Kulig, P. Mikuli, A. Opalek, Kraków 2007.
76. Kersten K., Narodziny systemu władzy Polska 1943-1948, Poznań 1990.
77. Keynes J. M., Ogólna teoria zatrudnienie, procentu i pieniądza, Warszawa 1956.
78. Kołakowski L., Główne nurty marksizmu, Warszawa 1989.
79. Koniew W., Recentywizm czyli czas i byt.. Wieczne teraz, Katowice 2002.
80. Kornaś J., Administracja publiczna w Polsce, Administracja publiczna pod red. nauk. J. Hausner, Warszawa 2003.
81. Kornhauser-Sokołowska E., Decentralizacja finansów a samodzielność finansowa jednostek samorządu terytorialnego, Warszawa 2001.
82. Koronkiewicz A., Zadania i struktura organizacyjna Kasy Chorych, Warszawa 2002.
83. Koronkiewicz A., Masłowski W., System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, Warszawa 2002.
84. Koronkiewicz A., Analiza zmian w systemach zabezpieczenia społecznego i finansowaniu świadczeń zdrowotnych, Warszawa 2002 .
85. Kosiński S., Tokarski S., Ochrona zdrowia ludności wiejskiej, Warszawa- Łódź 1987.
86. Kowalski I., Działalność Kas Chorych w Poznańskim w latach 1920-1933, Poznań 2003.
87. Kowalski M., Gawel A., Zdrowie-wartość-edukacja, Kraków 2006
88. Krotkiewska Ł., Rozwój administracji służby zdrowia w PRL, Warszawa 1968.
89. Kromolowski H., Społeczno-polityczne uwarunkowania reformy służby zdrowia w aspekcie przeprowadzanej restrukturyzacji lecznictwa stacjonarnego, Katowice 2008.
90. Kruk M., Mała Konstytucja w procesie przemian ustrojowych w Polsce, Warszawa 1993.
91. Kryszewski W., Polska, Informator Encyklopedyczny , Warszawa 1986.
92. Krzeczowski K., Idee przewodnie ubezpieczeń społecznych, Warszawa 1936.
93. Kubiak R., Prawo medyczne, Warszawa 2010.
94. Kulesza W. T., Koncepcje ideowo-polityczne obozu rządzącego w Polsce w latach 1926-1935, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk, 1985.
95. Kurkiewicz W., 25 lat PRL, Chronologiczny przegląd ważniejszych wydarzeń, Warszawa 1971.
96. Kuszewski K., Majewska W., Opolski J., Wnuk-Lipiński E., Projekt reformy systemu ochrony zdrowotnej, Warszawa 1989.
97. Lach D., Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, Warszawa 2011.
98. Landau Z., Podstawowe kierunki rozwoju ubezpieczeń społecznych, Rozwój ubezpieczeń Leoński Z., Nauka administracji , Warszawa 1977.
99. Leoński Z., Ustrój i zadania samorządu terytorialnego , Poznań 1998.
100. Leoński Z., Zarys prawa administracji, Warszawa 2004.
101. społecznych w Polsce, Warszawa 1991.
102. Landau Z., Podstawowe kierunki rozwoju ubezpieczeń społecznych, Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce pod red. Cz. Jackowiak, Ossolineum, Wrocław 1991.
103. Leowski J., Polityka zdrowotna a zdrowie, Warszawa 2009.

104. Leśniak-Moczuk K. Równość i sprawiedliwość w rynkowej gospodarce społecznej, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2003.
105. Łaszewski R., Salmonowicz S., Historia ustroju Polski, Toruń 1995
106. Magda I., Szczygielski K., Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia. Współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne, Warszawa 2011.
107. Makiła D., Historia prawa w Polsce, Warszawa 2008.
108. Makowski W., Społeczeństwo i państwo, Droga 1936.
109. Mariański J., Kondycja moralna społeczeństwa polskiego, Kraków 2002.
110. Marshall M., Social Policy, London 1965
111. Mądrała A., System ochrony zdrowia w Polsce. Diagnoza i kierunki reformy, Warszawa 2013.
112. Micewski A., Z geografii politycznej Drugiej Rzeczypospolitej, Warszawa 1964.
113. Michalak W., Czem są i co dają Powiatowe Kasy Chorych?, wyciąg z ustawy z dnia 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, Siedlce 1926.
114. Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej-Departament Ubezpieczeń Społecznych, Obciążenie produkcji na rzecz ubezpieczeń społecznych w Polsce i zagranicą, Warszawa 1926.
115. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, „Kierunki zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej. Proces reformowania opieki zdrowotnej, Warszawa 1990.
116. Miruć A., O istocie pomocy społecznej, Administracja. Teoria-dydaktyka-praktyka, 2006.
117. Misiński M., Lokalne prawo komercjalizacji i prywatyzacji SP ZOZ- szanse i zagrożenia, Materiały szkoleniowe – Zarządzanie opieką zdrowotną, Białystok 2001.
118. Modliński E., Podstawowe zagadnienia prawne ubezpieczeń społecznych, Warszawa 1968.
119. Modzelewski W., Problematyka narodowa w ideologii i myśli społecznej pozytywistów warszawskich, Warszawa 1977.
120. Mohyluk M., Model opieki społecznej w II Rzeczypospolitej, pod red. M. Szyszkowskiej, Białystok 1996.
121. Mukherjee S., Cesarz wszech chorob, Wołowiec 2013
122. Mund V. A., Government and Business, New York 1955.
123. Muszalski W., Prawo socjalne, Warszawa 1999.
124. Myrdal G., Beyond the Welfare State, London 1960.
125. Nojszewska E., System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań, Warszawa 2011.
126. Nosko J., Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne. Aspekty historyczno-kulturalne, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. Nofera, Łódź 2005.
127. Nosko J., O potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym, Zdrowie Publiczne, 2001.
128. Ofiarski Z., Mokrzycki M., Rutkowski B., Reforma samorządu terytorialnego, t. I Zagadnienia administracyjno-prawne, Zielona Góra 1998.
129. Okrasa W. Teoretyczne i empiryczne aspekty sprawiedliwości społecznej. Funkcje opiekuńcze państwa socjalistycznego, praca zbiorowa pod redakcją B. Prandekiej, Wrocław 1986.
130. Opolski J., Sanecki M., Podstawy teorii zdrowia publicznego, Warszawa 2008.
131. Ossowski S., Dzieła, tom III, Z zagadnień psychologii społecznej, Warszawa 1967.
132. Pachciarz A., Wycena świadczeń zdrowotnych według nowych zasad [w:] Praktyczne aspekty prawa medycznego pod red. M. Urbaniak, Poznań 2015.
133. Paczkowski A., Pół wieku dziejów Polski, Warszawa 1995.

134. Paczkowski A., Od sfalszowanego zwycięstwa do prawdziwej klęski. Szkice do portretu PRL, Kraków 1999.
135. Pacho J., Organizacja służby zdrowia w PRL, Warszawa 1972.
136. Pajewski J., Odbudowa Państwa Polskiego, Warszawa 1985.
137. Partycki S., Elementy społeczne w społecznej gospodarce rynkowej, Lublin 1996.
138. Podoski K., Tarnowiecki W., Polityka społeczna, Gdańsk 2003.
139. Poździoch S., System opieki zdrowotnej w strukturze społecznej, praca zbiorowa pod redakcją, S. Poździocha, A. Rysia, Zdrowie Publiczne, wybrane zagadnienia, Kraków 1996.
140. Prętki K., Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej, Poznań 2007.
141. Prokop K., Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP, [w:] Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów zdrowia, pod red. T. Mróz, Białystok 2011
142. Próchnik A., Ku Polsce socjalistycznej. Dzieje polskiej myśli socjalistycznej, Warszawa 1936.
143. Prussak E., Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego-zakres działalności podmiotu leczniczego w świetle wymagań płatnika publicznego [w:] M. D. Głowacka, E. Mojs, Prawo i psychologia w ochronie zdrowia, Warszawa 2012
144. Radajewski M., Opieka nad zdrowiem robotników rolnych i ich rodzin. W walce o zdrowie wsi polskiej, pod redakcją M. Kacprzaka, Warszawa 1937.
145. Radziwiłł A., Roszkowski W., Historia 1871-1939, Warszawa 2001.
146. Rajcher W., Społeczno-historyczne typy ubezpieczeń, Warszawa 1951.
147. Rajkiewicz A., Polityka społeczna, praca zbiorowa, Warszawa 1976.
148. Rajkiewicz A., Założenia polityki społecznej w Polsce i ich realizacja, Warszawa 1967.
149. Rajkiewicz A., Ochrona zdrowia i polityka społeczna, Warszawa 1976.
150. Redelbach A., Prawo naturalne-prawa człowieka – wymiar sprawiedliwości. Polacy wobec europejskiej konwencji Praw Człowieka, Toruń 2000.
151. Reykowski J., Okrągły Stół. Droga do demokratycznej Polski, Warszawa 2010.
152. Robson W.A., The Welfare State, London 1957.
153. Rodziński A., Osoba, moralność, kultura. Lublin 1989.
154. Rogowski R., Aksjologiczne podstawy ubezpieczeń społecznych, Annales. Etyka w życiu gospodarczym, 2009.
155. Rogowski S., Historia ustroju i prawa w Polsce 1918 -1989, Warszawa 2006.
156. Porozumienia Okrągłego Stołu, Warszawa 6 luty- 5 kwietnia 1989 r. Olsztyn 1989.
157. Rosner J., Rozwój polityki społecznej w Polsce Ludowej, Polityka społeczna i służby społeczne w PRL, Warszawa 1972.
158. Rosner J., Rozwój polityki społecznej w Polsce Ludowej, Warszawa 1972.
159. Rosner J., Podmioty polityki społecznej. Polityka społeczna, praca zbiorowa pod red. A. Rajkiewicza, Warszawa 1976
160. Roszkowski W., Historia 1939-1956, Warszawa 2000.
161. Roszkowski W., Historia Polski 1914-2005, Warszawa 2006.
162. Roszkowski W., Historia Polski, Warszawa 2009.
163. Rudnicki S., Narodowa Demokracja w latach 1893-1939, Z dziejów Drugiej Rzeczypospolitej, pod red. L. Chmiela, Warszawa 1986.
164. Sadowska J., Kasy Chorych w Polsce w latach 1920 -1933, Łódź 2002.
165. Sadowska J., Lecznictwo ubezpieczeniowe II Rzeczypospolitej, Łódź 1990.



166. Sadowska J., Świadczenia lecznicze w Ubezpieczalniach Społecznych 1933-1951. Łódź 2006.
167. Sadowska J., Polski system ubezpieczenia na wypadek choroby w latach 1920-1939, Warszawa 1993.
168. Sanecki M., Systemy zdrowotne i ubezpieczenia zdrowotne. Przegląd międzynarodowy istniejących modeli., praca zbiorowa, J. Opolski, Sanecki M. – Podstawy teorii zdrowia publicznego, Warszawa 2008.
169. Sarnecki P., Prawo konstytucyjne, Warszawa 2005.
170. Sasorski S., Popularyzacja ubezpieczeń społecznych, Warszawa 1938.
171. Skrzydło W., Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Komentarz. Warszawa 1998
172. Stahl M., Prawo administracyjne, pojęcia instytucje, zasady w teorii i orzecznictwie, Warszawa 2002.
173. Stański M., Społeczna opieka lekarska na wsi Wielkopolski latach 1920-33, Poznań 1968.
174. Supady J., Opieka zdrowotna w Łodzi od roku 1945. Studium organizacyjno-historyczne. Łódź 1996.
175. Supińska J., Dylematy polityki społecznej, Warszawa 1991
176. Szatur-Jaworska B., Firlit-Fesnak G., Diagnozowanie w polityce społecznej, Warszawa 2005
177. Szczepański W., Organizacja Kas Chorych w świetle ustawy z dnia 19 maja 1920 r., Warszawa 1926.
178. Szczepański J., Elementarne pojęcia socjologii , Warszawa 1963.
179. Szczepański J., społeczne warunki i społeczne skutki postępu technicznego, Warszawa 1961.
180. Szubert W., Problem zatrudnienia w ekonomii klasycznej i u Marksa, Warszawa 1960.
181. Szumlicz T., Modele polityki społecznej , Warszawa 1994.
182. Szumski J., Problemy lecznictwa kasowego , Cieszyn 1947.
183. Topolski J., Miśkiewicz B., Trzeciakowski L., Dzieje Polski”, Warszawa 1978.
184. Topolski J., Dzieje Polski, Warszawa 1978.
185. Trzcіński J., Komentarz do art. 68 Konstytucji, Warszawa 2003.
186. Turowski J., Socjologia. Wielkie struktury społeczne , Lublin, 2000
187. Tymowska K., Sektor prywatny w systemie opieki zdrowotnej, Warszawa 1999.
188. Uplekar M. W., Private health care, Social Science Medicine 2000.
189. Urbaniak M., Aspekty publicznoprawne organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Republice Włoskiej, Toruń 2014.
190. Urbaniak M., Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce w okresie transformacji [w:] Przemiany demokratyczne w Polsce, pod red. A. Stelmacha, Poznań 2013.
191. Urbaniak M., Praktyczne aspekty prawa medycznego, Poznań 2015.
192. Urbaniak M., Status prawny NFZ [w:] Prawo i administracja pod red. K. Wojtczak, t. 8. Piła 2009.
193. Walicki A., Polska, Rosja, marksizm, T. 4, Warszawa 1973.
194. Warszawski M., Działalność leczniczo-profilaktyczna Kas Chorych w Wielkopolsce, Poznań 2003.
195. Wasiutyński B., Ustrój władz administracyjnych, rządowych i samorządowych, Poznań 1933.
196. Waśkowski E., Teoria wykładni prawa cywilnego, Warszawa 1936.

197. Wąsiewicz E., Obraz polskiej reformy zdrowia, Ekonomiczno-organizacyjne problemy restrukturyzacji służby zdrowia, Materiały z konferencji naukowej zorganizowanej 23.11.1999 r. Leszno 1999.
198. Wdowiak L., Zarys organizacji służby zdrowia w Polsce, Lublin 1981.
199. Widak A., Podstawowa opieka zdrowotna, stan obecny i perspektywy reform w Polsce pod red. S. Poździocha Zdrowie Publiczne, Kraków 1996.
200. Wilczyński H., Ideologia Ubezpieczeń Społecznych a trudności i wady wykonawcze, Warszawa 1935.
201. Włodarczyk C., Reforma opieki zdrowotnej w Polsce, Studium polityki zdrowotnej, Warszawa 1990.
202. Włodarczyk C., Polityka Zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym, Łódź-Kraków-Warszawa 1996 .
203. Włodarczyk C, Poździoch S., Systemy zdrowotne, Zarys problematyki, Kraków 2001.
204. Wnuk- Lipiński E., Budżet – struktura społeczna – polityka społeczna, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1981.
205. Woynarowska B. Zdrowie i szkoła, Warszawa, 2000.
206. Wojtczak A. Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku, Warszawa 2009.
207. Wyżnikiewicz Z., Ustawodawstwo Śląskie o ubezpieczeniu społecznym, Katowice 1938.
208. Zawadzka B., Prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne, Warszawa 1996.
209. Zawadzki S., Państwo dobrobytu, Warszawa 1964.
210. Zemke-Górecka A., Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja, Warszawa 2011.
211. Zieleniewski J., O reorganizację ubezpieczeń społecznych, Kraków 1929.
212. Zieliński T., Ubezpieczenia społeczne pracowników, Warszawa 1994.
213. Zieliński E. , Przeobrażenia ustrojowe w Polsce, Warszawa 1993.
214. Ziemiński Z., Metodologiczne zagadnienia prawoznawstwa, Warszawa 1974.
215. Żmigrodzki M., Encyklopedia politologii, tom 2, Ustroje państwowe, Warszawa 2000.

### **Artykuły**

1. Abel-Smith B., "The Beveridge Report: Its Origins and Outcomes, International Social Security Review" 1992, no 1-2.
2. Adamski J. Stan sanitarno-leczniczy Kasy Chorych m. Warszawy, Zdrowie Publiczne, 1922 r., XXXVII, nr 5.
3. Aleksandrowicz J. W poszukiwaniu definicji zdrowia, Studia Filozoficzne 1972, nr 9.
4. Auleytner J. Wprowadzenie do doktryn polityki społecznej, Studia i Materiały Instytutu Pracy i Praw Socjalnych nr 7 (264), Warszawa 1986.
5. Barański K. Organizacja i rozwój Kas Chorych w województwie poznańskim i pomorskim , Przegląd Ubezpieczeń Społecznych, 1930 r., V, z. 5.
6. Bacik F. Organizacja pomocy lekarskiej w Kasach Chorych na Górnym Śląsku, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych 1935 r., X, z. 9.
7. Balicki M. Koszyk świadczeń gwarantowanych-nowe regulacje, Prawo i Medycyna 3/2009 (36, vol. 11).
8. Bojarska M. Ogólne warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, Praktyka Prywatna Vol. 13/ Nr 4/kwiecień 2004.

9. Borówka A. Po raz o systemie ochrony zdrowia, *Medycyna, nauka i praktyka* 2007/3/4 (44)
10. Bosek L., Opinia prawna na temat zgodności z Konstytucją RP art. 19 projektu ustawy o podstawowych prawach i wolnościach człowieka w dziedzinie zastosowań biologii i medycyny oraz o utworzeniu Polskiej Rady Bioetycznej, *Zeszyty Prawnicze*, 2011, nr 4.
11. Buber R., Zakres osobowy w projekcie ustawy o ubezpieczeniu społecznym, *Przegląd Ubezpieczeń Społecznych* 1927 r. z. 5.
12. Bujalski J., Z dziejów organizacji lecznictwa w Kasach Chorych, *Praca i Opieka Społeczna*, 1932 rok, XII, z. 2.
13. Bukiel K., *Dryfowanie? Ogólnopolski Przegląd Medyczny* 7-8 /2014.
14. Callahan D., *The WHO Definition of Health*, *Hastings Center Studies*, 1973, nr 1(3).
15. Capikowie M. M., *Status Kasy Chorych*, *Medycyna po Dyplomie*, Vol. 10/nr 7/Lipiec-Sierpień 2001.
16. Capikowie M. M., *Centralizacja i biurokracyzm Narodowego Funduszu Zdrowia*, *Praktyka Prywatna* Vol. 12/NR 4/kwiecień 2003.
17. Ciećkiewicz M., Plan Beveridge'a a ubezpieczenia społeczne w Polsce, *Przegląd Lekarski* 1945 r., nr 5.
18. Chmielewski J., *Kasy Chorych a szpitalnictwo*, *Lekarz Polski*, 1930 rok, VI, nr 1.
19. Chycak-Kryczka A., Wrześniewska-Wal I. Świadczenia gwarantowane, *Medycyna Rodzinna* nr 2, 2012.
20. Czarnecka M., Cierpiałkowska L. Naukowe a subiektywne koncepcje zdrowia i choroby wśród studentów i ich determinanty, *Nowiny Lekarskie* 2007, 76, 2.
21. Dehnel M., O wadach i popularności ubezpieczenia na wypadek choroby, *Przegląd Ubezpieczeń Społecznych* 1936, XI, nr 7
22. Dercz M., Rek T., *Podstawy prawne finansowania świadczeń zdrowotnych przez podmioty publiczne*, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2005 nr 6.
23. Dietrich A. R., Osak M., *Reforma reform zdrowotnej w Polsce. Diagnoza wstępna*, *Polityka Społeczna* 2002 r. 10(343).
24. Flejterski S., Zioło M., *Centralizacja i decentralizacja zadań publicznych w świetle wybranych rozwiązań europejskich. Próba oceny*, *Studia Regionalne i Lokalne* Nr 3(33)/2008.
25. Frąckowiak J., *Łączenie lub podział samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, *Rejent* 2005 r. nr 9.
26. Frączkiewicz-Wronka A., Liszkowska-Rydlowska I., *Jednostka samorządowa jako podmiot zarządzający zakładami opieki zdrowotnej*, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2(20), 354-362, 2005.
27. Frenk J., *A conceptual model for public health*, *American Health Organization Bulletin* 1988, Vol. 22, nr 1.
28. Giebocki S., *Lekarz domowy w perspektywie*, *Przegląd Ubezpieczeń Społecznych*, 1935, X, nr 5.
29. Golinowska S., Tymowska K., Włodarczyk C., *Projekt opieki zdrowotnej w Polsce*, *Gospodarka Narodowa* 1991.
30. Golinowska S., *Problemy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia po wprowadzeniu reformy. Poprawić, ale gdzie i jak?*, *Zdrowie i Zarządzanie* 4(5) 2001.
31. Górny J., *Stan zdrowia ludności u progu II Rzeczypospolitej*, *Poznańskie Roczniki Medyczne*, t. IV-V, 1980-1981.
32. Grabowska S., Urbaniak M., *Prawne podstawy realizacji prawa do ochrony zdrowia w Polsce*, *Przegląd Prawa Konstytucyjnego* 2014 nr 5.

33. Grabowski J., Koszyk świadczeń zdrowotnych gwarantowanych a standardy produktów kupowanych przez Kasy, Wytyczne i standardy w optymalizacji jakości i kosztów opieki zdrowotnej- Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia.
34. Grabowski J., Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, Wytyczne i standardy w optymalizacji jakości i kosztów opieki zdrowotnej, Sesja V
35. Hall A., Organizacja kasowych ośrodków leczniczych a lekarz domowy, Wiadomości Kas Chorych, 1931 r., II, nr 21.
36. Holly R., Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne we współczesnej polskiej polityce zdrowotnej i reformowanym systemie ochrony zdrowia, Polityka zdrowotna VI, 10, 2006.
37. Hozer J., Uwagi w sprawie lekarzy domowych i reorganizacji lecznictwa w Ubezpieczalniach Społecznych, Nowiny Społeczno- Lekarskie, 1954 r., VIII, nr 19.
38. Indulski J., Podstawy prawne ustroju zdrowia publicznego w Polsce, Zdrowie Publiczne 2001.
39. Indulski J., Rola i znaczenie zdrowia publicznego dla polityki zdrowotnej, Zdrowie Publiczne 1999 r. CIX, Supl. 3.
40. Indulski J., Matulewicz M., Funkcjonowanie ochrony zdrowia w nowej strukturze administracyjnej kraju, Nowe Organizacyjne warunki sprawności funkcjonowania ZOZ-ów. Zdrowie Publiczne 1975 r. nr 11.
41. Indulski J., Opieka zdrowotna w Polsce. Próba oceny i kierunki usprawnień, Zdrowie Publiczne 1981 r. nr 11.
42. Indulski J., Rzepecka- Koniarek G., Korzystanie z porad lekarzy prywatnie praktykujących, Zdrowie Publiczne 1985 rok. T. 96 nr 4.
43. Izdebski H., Podstawy prawne ustroju zdrowia publicznego w Polsce, Zdrowie Publiczne 2001, III (5-6).
44. Iżycka- Rączka M., Indywidualna praktyka lekarska a działalność gospodarcza, Praktyka prywatna, Medycyna po Dyplomie Vol. 11/ NR 4/ Kwiecień 2002.
45. Jabłeczka A., Korzeniowska K., Skołuda A., Cieśliewicz A., Agencja Oceny Technologii Medycznych, Farmacja Współczesna 2011; 4.
46. Jakubowski M., Działalność profilaktyczna Ubezpieczalni Społecznych, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych 1939 r., XIV, nr 6.
47. Jastrzębowski Z., Polityka zdrowotna Polski Ludowej, Zdrowie Publiczne 1985 r. nr 5-6.
48. Jończyk J., Wybrane problemy ochrony zdrowia, Prawo i Medycyna 1/2004 (14, Vol.6).
49. Jończyk J., Strony i stosunki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, Prawo i Medycyna 1/2005 (18, vol. 7).
50. Jończyk J., Podmioty ubezpieczenia zdrowotnego, Praca i zabezpieczenie społeczne 2004, nr 1.
51. Journal International, Jakości w Ochronie Zdrowia, 2000 Care, tom 12, nr 6.
52. Kacprzak M., Lekarze w Polsce, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych, 1929 r., IV, z. 10
53. Kamiński M., Szpak A., Kontraktowanie i finansowanie świadczeń w aspekcie przewidywanych potrzeb zdrowotnych, Zdrowie Publiczne 114 (1).
54. Klaczko S., Ubezpieczenia chorobowe w latach 1924-1925 u nas i za granicą, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych 1928 r., z. 1.
55. Kleczkowski B., Herman Z., Saldak B., Rola współczesnego szpitala w ochronie zdrowia ludności, Zdrowie Publiczne 1969 r. nr 6.
56. Kłuszyński H., Ustawa o zakładach leczniczych, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych 1928 r., III, z. 7.

57. Kłuszyński H., O reformie reorganizacji lecznictwa w Kasach Chorych, *Przegląd Ubezpieczeń Społecznych*, 1933 r., VIII, z. 10.
58. Kłuszyński H., Zagadnienia ekonomiczne lecznictwa w Kasach Chorych, *Wiadomości Kas Chorych*, 1932 r., III, nr 23-24.
59. Kolwicz M., Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw europejskich, *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej* 2010 r. nr 56, 3.
60. Kowalska-Koprowska I., Reformowanie opieki zdrowotnej w świetle programów ustaw i opinii decydentów, *Polityka Zdrowotna* tom 1, nr 1/2003.
61. Kowalska- Koprowska I., Reformowanie opieki zdrowotnej w świetle programów, ustaw i opinii decydentów, *Zeszyty Naukowe ochrony zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzenie* tom 1, nr 1/2003.
62. Kowalska I., Decentralizacja zarządzania funkcjami zdrowotnymi państwa, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, t. IV, nr 1/2006.
63. Knysok A., Proces finansowania i kontraktowania poszczególnych rodzajów świadczeń zdrowotnych, *Biuletyn Kas Chorych* nr 11(28), Warszawa 2001.
64. Krajewski K., Dlaczego możliwe było wprowadzenie NFZ, *Zdrowie i Zarządzanie*, tom VI, nr 1/2004.
65. Krajewski Siuda K., Romaniuk P., Analiza polskich reform zdrowotnych (decentralizacja i centralizacja) w oparciu o model przestrzeni decyzyjnej, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, t. III, nr 1/2005.
66. Krzyżanowski G., Finansowanie systemu ochrony zdrowia- realia i potrzeby, *Polityka zdrowotna* VI, 10, 2006.
67. Kubot Z., Pozakontraktowe świadczenia opieki zdrowotnej, *Prawo i Medycyna* 1/2010 (38, vol. 12).
68. Kurczab H., Z problemów wartości wartościowania, (wybrane zagadnienia). *Zeszyty naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego*, zeszyt 72/2012 *Dydaktyka* 7.
69. Lenga W., Zaległości pracodawców, *Przegląd Ubezpieczeń Społecznych* 1934, z. 2.
70. Lenga W., Gospodarka i sytuacja finansowa ubezpieczenia chorobowego w latach 1926-1938 , *Przegląd Ubezpieczeń Społecznych* 1939r. XIV, nr 3.
71. Leowski J., Rola i miejsce zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia, *Prawo i Medycyna* 2000 r., 2(6-7).
72. Leowski J., Rola i miejsce zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia – o potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym, *Zdrowie Publiczne* 2001 r., 111 (4).
73. Leowski J., *Polityka zdrowotna – dylematy i wyzwania reformy ochrony zdrowia w Polsce i na świecie*, *Prawo i Medycyna*, 1999 r. , Vol. I (2).
74. Leowski J., *Polityka zdrowotna-finansowanie opieki zdrowotnej w świecie, jego źródła, efekty i zagrożenia*, *Zdrowie Publiczne* 2000 r., CX (4).
75. Leowski, J. *Przekształcenia w służbie zdrowia – perspektywy na najbliższe lata*. *Biuletyn Informacyjny* 2003, nr 4.
76. Łanda K., *Standaryzacja a finansowanie świadczeń*, *Służba Zdrowia* 40-41, 18-22 maja 2000.
77. Łazarewicz S., *Pogląd ogólny na ujemne skutki ustawy dotychczasowej i noweli zapowiadanej dla stanu lekarskiego*, *Nowiny Lekarskie*, 1910 r. z. 11.
78. Łuczak W., *Kształtowanie się zasad prawnych socjalistycznego systemu opieki zdrowotnej w PRL*, *Archiwum Historii Medycyny* 1974 r. nr 3.
79. Łuniewska P., *Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce*, *Współczesna Gospodarka*, Vol. 5 Issue 1 2014.

80. Madziółko P., Sposób rozliczania świadczeń przez NFZ, *Ogólnopolski Przegląd Medyczny* nr 5/2013.
81. Markowska-Kabała I., Uwarunkowania polityczne zmian zachodzących w systemie ochrony zdrowia w Polsce, *Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management* N 5, 2011.
82. Masiakowski J., Samoleczenie służby zdrowia, *Aptekarz* Vol. 12 nr 7/8 144-149 (2004).
83. Międzyresortowy Zespół powołany przez Prezesa Rady Ministrów, w jego skład wchodził: M. Balicki, H. Górski, I. Woycicka a także A. Wiktorow, K. Wiśniewska, A. Koronkiewicz, *Założenia Ubezpieczeń Zdrowotnych Opieka Zdrowotna dla Wszystkich „Antidotum”*, Zarządzanie w opiece zdrowotnej 1993.
84. Okusko K., *Lecznictwo a Kasa Chorych*, *Przegląd Ubezpieczeń Społecznych*, 1928 r., z. 5.
85. Osowski K., Świadczenia na wypadek choroby i macierzyństwa, *Przegląd Ubezpieczeń Społecznych*, 1927 r., II z. 5.
86. Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T., Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i klinika praktyczna, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012: 93(4).
87. Paszkowska M., *Ochrona zdrowia w UE*, *Prawo i Medycyna* 2004 r. nr 3.
88. Pelka M., Podstawy prawne i zakres odpowiedzialności cywilnej Kas Chorych, *Prawo i Medycyna* 6-7 vol. 2 2000.
89. Piekarski Cz., Akcja zapobiegawcza w pracy lekarza domowego, *Przegląd Ubezpieczeń Społecznych* 1938, XIII, z. 4.
90. Rosner J., W sprawie lecznictwa w Kasach Chorych, *Nowiny Społeczno- Lekarskie*, 1929, nr 23.
91. Ruciński P., Koszyk świadczeń gwarantowanych A.D 2009, *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska* 2009, 6 (4).
92. Rudnicka L., Durlik M., Założenia do efektywnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce, *System Zdrowie* 2002, *Antidotum – Zarządzanie w opiece zdrowotnej* 2001.
93. Sadowska J., Europejskie koncepcje ubezpieczenia na wypadek choroby w XIX i na początku XX w, *Zdrowie Publiczne* 1989r. T. 100.
94. Safjan M., System ochrony zdrowia po orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego-uwarunkowania kolejnej reformy „służby zdrowia”, *Prawo i Medycyna* 2004, nr 2.
95. Saltman R.B., Melting public-private boundaries in European health systems, *European Journal of Public Health* 2003, nr 13.
96. Sasorski S., Problemy lekarskie w Ubezpieczalniach Społecznych, *Przegląd Ubezpieczeń Społecznych*, 1938, XIII, z. 10.
97. Sidorowicz W., Ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym, *Służba Zdrowia* nr 79-82, 10-21.10. 2002.
98. Siwińska V., Modele systemów opieki zdrowotnej w Polsce i wybranych państwach europejskich, *Zdrowie Publiczne* 2008 r.; 118(3).
99. Skawińska M., Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej (na przykładzie Szwecji, Wielkiej Brytanii, Polski, Niemiec), *Studia Medyczne* 2009: 13.
100. Sługocki J., Zasada subsydiarności poziomej w teorii i praktyce [w:] B. Filipiak, A. Szewczuk, *Samorząd terytorialny w zintegrowanej Europie*, *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego* 2006, nr 426, *Ekonomiczne Problemy Usług* 1, t. II.
101. Stawecki T., Uzasadnienie praw podmiotowych, *Studia Iuridica XLV/2006*.
102. Stawiński M., Uwagi o lecznictwie domowym w Ubezpieczalniach Społecznych, *Przegląd Ubezpieczeń Społecznych* 1936, XI, nr 6.

103. Stawiński M., Organizacja lecznictwa w Kasach Chorych, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych, 1931, VIII, nr 6.
104. Surówka A., Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela, Przegląd Prawa Konstytucyjnego, 2012, nr 3.
105. Świadczenia chorobowe w latach 1935-1937, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych 1952 r. nr 5.
106. Sztachelski J., Zagadnienia podstaw ustrojowych służby zdrowia, Zdrowie Publiczne 1948 r. , nr 3-4.
107. Szumski J., W sprawie ubezpieczeń społecznych, Polska Gazeta Lekarska 1935 r., XIV, Nr 3.
108. Szumski J., Kierunki rozwojowe lecznictwa w polskim ubezpieczeniu chorobowym, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych 1938 r., XIII, z. 7.
109. Turowicz F., Geneza i podstawy zasadniczego dekretu z dnia 11 stycznia 1919 rok. Przegląd Ubezpieczeń Społecznych 1929 r. XV, z.1.
110. Tymowska K., O tak zwanym koszyku świadczeń- spojrzenie ekonomisty, Zdrowie i Zarządzanie 2001 r., nr 3-4.
111. Tymowska K., System opieki zdrowotnej tworzony regulacjami ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Gabinet Prywatny 2000 nr 3.
112. Ubezpieczenia chorobowe w ramach ustawy scaleniowej. Przegląd Ubezpieczeń Społecznych 1934 r. IX.
113. Urbaniak, M. Konstytucyjna zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej a jej ustawowa realizacja w prawie polskim. Wybrane problemy, Przegląd Prawa Konstytucyjnego 2013/3.
114. Wielicka K. , Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej 2014, Seria: Organizacja i Zarządzanie z. 70.
115. Wierzba W., Radecka K., Koszyk gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej- konstrukcja i implementacja, Polityka zdrowotna VI, 10, 2006.
116. Więckowska B., Partnerstwo publiczno-prawne w zastosowaniu ubezpieczeń w systemie zabezpieczenia zdrowotnego-przykład Holandii, Wiadomości Ubezpieczeniowe 1/2009.
117. Winczorek P., Wartości naczelné małej konstytucji z 1992 r. Państwo i Prawo 1:1993.
118. Winczorek P., Nowa Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Problem aksjologii, PS 1996, Nr 4.
119. Wiśniewski Z., Strach przed Krankenkasami, Gazeta Lekarska, 2005 r., nr 12.
120. Wiśniewski Z., Lekarze i izby lekarskie w Drugiej Rzeczypospolitej, Naczelna Izba Lekarska, Warszawa, 2007 r. nr 13.
121. Włodarczyk C., Wartości a nowa polityka zdrowotna państwa, Przyczynek do dyskusji, Polityka Społeczna 1992.
122. Włodarczyk C., Dekada reform, Służba Zdrowia 1998 r. nr 60-62.
123. Włodarczyk C., Droga do ubezpieczeń społecznych. Wędrowka koncepcji reformatorskich w procesie polityki zdrowotnej, Zdrowie i Zarządzanie 1999.
124. Wojtczak A., Kierunki reformy opieki zdrowotnej w świetle uzgodnień Podstolika Zdrowie obrad Okrągłego Stołu w XX rocznicę obrad Okrągłego Stołu, Prawo i Medycyna 1/2009 (34, vol.11).
125. Wójtowicz M., Co to jest prywatyzacja, Służba Zdrowia 8-9, 2000.
126. World Health Organization: Global Strategy for Health for All by the Year 2000, Geneva WHO 1981.

127. Wrona B., Działalność regulacyjna państwa w sferze finansowania ochrony zdrowia, Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego nr 11, 2011.
128. Wysocki M., Miller M., Nowe zdrowie publiczne w perspektywie ostatnich 30 lat, Zdrowie Publiczne 2003; 113(1/2).
129. Wysocki M., Miller M. Paradygmat Lalonde'a. Światowa Organizacja Zdrowia. Przegląd Epidemiologiczny, 2003.
130. Zoll A., Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO, Prawo i Medycyna 2000.
131. Żelichowski M., Grupowa praktyka lekarska a spółka partnerska, Medycyna Praktyczna nr 12/2008.

### **Inne źródła**

1. Expose Prezesa Rady Ministrów J. Oleksego z 3 marca 1995 roku, Przegląd Rządowy, 1995.
2. Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej-Departament Ubezpieczeń Społecznych, Obciążenie produkcji na rzecz ubezpieczeń społecznych w Polsce i zagranicą, Warszawa 1926.
3. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, „Kierunki zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej. Proces reformowania opieki zdrowotnej, Warszawa 1990.
4. Młynarska-Wichłowska A., Sytuacja finansowa Kas Chorych w latach 1999-2000, Kancelaria Sejmu, Biuro Studiów i Ekspertyz, Nr 748, Listopad 2000.
5. MZiOS, Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej” opracował zespół pod kierunkiem M. Balickiego
6. MZiOS, Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o instytucje lekarza rodzinnego, przygotowali: J. Luczak, A. Roślewski, T. Tomasiuk, A. Windak, Antidotum 7/98.
7. Parlamentarno-Związkowy Zespół Ubezpieczeń Zdrowotnych NSZZ „Solidarność, w jego skład wchodził: S. Grzonkowski, T. Kamińska, E. Seferowicz, A. Koronkiewicz „Powszechne ubezpieczenia zdrowotne, Antidotum, Zarządzanie w opiece zdrowotnej 1995.
8. Raport Konwersatorium Doświadczenie i Przyszłość. Stan zdrowia i ochrony zdrowia ludności Polski, Życie i Nowoczesność z dnia 2 kwietnia 1981, t. I-IV.
9. Stanowisko w sprawie reform politycznych, Okrągły Stół, oprac. K. Dubiński, Warszawa 1999.
10. Założenia do projektu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Antidotum 03/ 2004.
11. Żukowski M., Dlaczego ubezpieczenia społeczne są obowiązkowe, Materiały z konferencji naukowej Systemy ubezpieczeń społecznych– między solidaryzmem a indywidualizmem, (Lublin, 3–4 kwietnia 2014 r.) zorganizowanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Warszawa-Lublin 2014.

### **Strony internetowe**

1. [www.biurose.sejm.gov.pl/uzup/mid-286.pdf](http://www.biurose.sejm.gov.pl/uzup/mid-286.pdf)
2. [http://biznes.gazetaprawna.pl/artykuly/317215,prezes\\_nfz\\_jak\\_zawsze\\_jest\\_nieomylny.html](http://biznes.gazetaprawna.pl/artykuly/317215,prezes_nfz_jak_zawsze_jest_nieomylny.html),



3. <http://wgospodarce.pl/informacje/9143-nfz-jest-monopolista-i-naduzywa-swojej-pozycji>,
4. <http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/druk.xsp?documentId=7062AD825840F6B6C1257E9300480429>
5. Bukiel K., I już po Kasach- i co dalej?, Uwagi do propozycji Centrum im. A. Smitha, [www.ozzl.org.pl/publicystyka/08042003](http://www.ozzl.org.pl/publicystyka/08042003)
6. Chałupczak G., Dylematy Zarządzania w publicznej ochronie zdrowia we współczesnej Polsce (między samorządnością a centralnym zarządzaniem) <http://janek.uek.krakow.pl/~kzzo/5.9.pdf>
7. Dziubińska-Michalewicz M., Organizacja ochrony zdrowia w Hiszpanii i Portugalii, Kancelaria Sejmu, Biuro studiów i ekspertyz, grudzień 2003, [biurose.sejm.gov.pl/uzup/mid-286.pdf](http://biurose.sejm.gov.pl/uzup/mid-286.pdf)
8. [http://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/medycyna/hasla/339550,swiadczenie\\_w\\_ysokospecjalistyczne.html#](http://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/medycyna/hasla/339550,swiadczenie_w_ysokospecjalistyczne.html#),
9. Miszczyńska K., Przychody i koszty funkcjonowania NFZ w Polsce w latach 2008-2011 ze szczególnym uwzględnieniem oddziałów wojewódzkich, [www.jmfwzr.pl/pim/2013\\_2\\_5\\_13pdf](http://www.jmfwzr.pl/pim/2013_2_5_13pdf)
10. [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)
11. <http://www2.mz.gov.pl/wwwmzold/index?mr=&ms=&ml=en&mi=&mx=7&mt=0&my=se&ma>
12. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/kryteria-kontroli-nik.html>,
13. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,4755,vp,6155.pdf>,
14. [www.oecd.org](http://www.oecd.org)
15. Projekt ustawy o świadczeniach zdrowotnych gwarantowanych przez państwo ze środków publicznych, druk sejmowy nr 1168, [www.ks.sejm.gov.pl/proc2/projekty/1168\\_p.htm](http://www.ks.sejm.gov.pl/proc2/projekty/1168_p.htm)
16. Rządowy projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, druk sejmowy nr 1167, [http://www.ks.sejm.gov.pl/proc2/1167\\_p.htm](http://www.ks.sejm.gov.pl/proc2/1167_p.htm)
17. Szewczyk K., Filozofia medycyny-wykłady Zakład Bioetyki, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, <http://www.bioetyka.edu.pl/wp-content/uploads/2013/05>
18. Światowa Organizacja Zdrowia, [http://www.who.int/topics/health\\_systems/en/](http://www.who.int/topics/health_systems/en/)
19. Talarczyk M., Wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, [http://www.zsz.lubliniec.pl/akt\\_info/prawa\\_ucznia/konstytucja.doc](http://www.zsz.lubliniec.pl/akt_info/prawa_ucznia/konstytucja.doc)
20. The World Health Raport 2000, [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_ch3\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ch3_en.pdf),
21. [www.https://uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news\\_id=3262](http://www.uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=3262)
22. Załącznik nr 18 do materiałów informacyjnych stanowiący załącznik do Zarządzenia Nr 19/2008/DSS Prezesa NFZ, [http://www.nfz-krakow.pl/UserFiles/File/Zalacznik%20nr\\_%2018.pdf](http://www.nfz-krakow.pl/UserFiles/File/Zalacznik%20nr_%2018.pdf),
23. [www.https://uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news\\_id=3262](http://www.uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=3262)