

Grzegorz Chałupczak
Lublin
chalupczak@wp.pl

Kasy chorych w systemie ochrony zdrowia w Polsce

National Health Societies in the System of Health Insurance in Poland

Streszczenie:

Artykuł, oparty na analizie aktów prawnych, dokumentów oraz literatury przedmiotu, traktuje o istocie i ewolucji kas chorych w systemie ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce. Poddane analizie rozwiązania instytucjonalne wprowadzone zostały do polskiego porządku prawnego ustawami z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby oraz z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. W artykule scharakteryzowano organizację oraz zasady działania kas chorych na gruncie stanu prawnego ukształtowanego przez wskazane akty prawne. Punkt wyjścia przeprowadzonej analizy stanowi status prawny kas chorych, jako osób prawnych prawa publicznego. W ramach struktury organizacyjnej omówione zostały rozwiązania normatywne odnoszące się do samorządnych organów kas chorych, wyposażonych w kompetencje uchwałodawcze, zarządzające lub nadzorcze. W dalszej części przedstawiony został kierunek rozwoju struktury organizacyjnej ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce zakładający odejście od instytucji samorządnych kas chorych na rzecz scentralizowanych jednostek organizacyjnych.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, ubezpieczenie zdrowotne, kasy chorych.

Summary:

In the present study the practical application of the institution of national health societies to the public system of health protection is presented, which is illustrated by the organisational structure of Polish national health societies, especially according to acts from 1920 and 1997. The research yields the analysis of law regulations which govern the nature of the national health societies. It is emphasised that the self-government, which functioned in the Polish health insurance, has not successfully adapted to the changes taking place in the Polish society. The author also underlines the influence of the centralization on the foundation of Polish's social and economic policy. Furthermore, he comes to a conclusion that radically changes of the rules, the forms and the range of social policy have negative influence on health insurance system, which should works effectively and which is aimed at the protection of the insured from the disease risk. The author also presents his views on the development of the system of national health societies in Poland.

Keywords: health protection, health insurance, health societies.

1. Uwagi wstępne.

Historia Kas Chorych swoimi korzeniami sięga II połowy XVIII wieku, kiedy to zaczęło kształtować się w Niemczech ubezpieczenie chorobowe opierające się na zasadach solidarności, subsydiarności i samorządności¹. Od strony organizacyjnej bazowało ono na instytucjach, których celem działania było zapewnienie swoim członkom bezpieczeństwa socjalnego oraz opieki medycznej.

W rozwoju polskiego systemu ubezpieczenia chorobowego, szczególnie na gruncie jego struktury organizacyjnej, uwidoczniły się dwie tendencje: z jednej strony recepcja rozwiązań przyjętych w innych państwach, szczególnie w Niemczech, z drugiej poszukiwanie nowych, własnych rozwiązań². Pierwszą część powyższej konstatacji potwierdza analiza ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby³, jak również ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym⁴. W obu przypadkach odwołanie się do rozwiązań prawnych z zakresu niemieckich kas chorych było rezultatem świadomej decyzji ustawodawcy a polegało w znacznym stopniu na kopiowaniu rozwiązań prawnych i adoptowaniu ich do polskiego systemu prawnego. Za tym nie szły konsekwentne poczynania mające na celu usprawnienie wprowadzonego systemu i jego dostosowanie do warunków miejscowych. Niedomagania z tego powodu uwidoczniły się zarówno w okresie kryzysu gospodarczego z lat 1929-1933, jak i trudności finansów publicznych w latach 2000-2003, które stanowiły impuls dla prac legislacyjnych zmierzających do odejścia od instytucji samorządnych kas chorych na rzecz organizacyjnej centralizacji ubezpieczenia chorobowego w II RP, a ubezpieczenia zdrowotnego w III RP.

Wspomniany drugi kierunek działania widoczny jest w rozwiązaniach, których wyrazem były ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym⁵ oraz ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia⁶, zmierzające w kierunku organizacyjnego scentralizowania systemu ochrony zdrowia, obie zresztą realizowane z olbrzymimi trudnościami. W Polsce dokonano wte-

¹ H. Peters, G. Mengert, *Geschichtliche Entwicklung der Krankenversicherung*, w: *Handbuch der Krankenversicherung*, Teil II, Band 1, 18. Auflage 1985, s. 32.

² J. Sadowska, *Europejskie koncepcje ubezpieczenia na wypadek choroby w XIX i na początku XX wieku*, „Zdrowie Publiczne” 1989, nr 7, s. 322-326.

³ Dz. U. RP z 1920 r., Nr 44, poz. 272.

⁴ Dz. U. z 1997 r., nr 28, poz. 153. Ustawa weszła w życie z dniem 1 stycznia 1999 r.

⁵ (Dz. U. RP z 1933 r., nr 51, poz. 936). Ze względu na potrzebę wydania szeregu przepisów wykonawczych ustawa weszła w życie z dniem 1 stycznia 1934.

⁶ Dz. U. z 2003 r., nr 45, poz. 391. Ustawa weszła w życie z dniem 1 kwietnia 2003 r.

dy istotnych zmian systemowych, podjęto próbę konstruowania systemu ubezpieczenia zdrowotnego niemal od podstaw, przy zarzuceniu większości dotychczasowych rozwiązań, w tym przede wszystkim odnoszących się do instytucji kas chorych.

W niniejszym artykule autor poddaje analizie zasygnalizowane powyżej polskie doświadczenia w funkcjonowaniu Kas Chorych, które stanowiły podstawę struktury organizacyjnej obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby w świetle przepisów ustawy z 19 maja 1920 r., jak również powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 lutego 1997 r.

2. Kasy chorych w świetle ustawy z 1920 r.

Polskie ustawodawstwo w dziedzinie ubezpieczenia chorobowego, zapoczątkowane wydaniem dekretu z 11 stycznia 1919 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, zastąpionego następnie przepisami ustawy z 19 maja 1920 r. o tej samej nazwie, wykonywanie ubezpieczenia powierzyło Kasom Chorych wyposażonym w osobowość prawną. Mogły one nabywać prawa i zaciągać zobowiązania, pozywać i być pozywane, a za zobowiązania odpowiadały całym swoim majątkiem. Podstawę działania Kasy Chorych, poza ustawą z 1920 r., stanowiły statuty zatwierdzane przez Główny Urząd Ubezpieczeń. Organy jednostek ubezpieczenia chorobowego oparte zostały na szerokim samorządzie ubezpieczonych, a same jednostki zorganizowane terytorialnie⁷.

Ustawa z 1920 r. określała w art. 1 zasady tworzenia miejskich i powiatowych Kas Chorych, opierając ich organizację, jak wspomniano, na kryterium terytorialności. Miejskie Kasy Chorych miały być tworzone za zezwoleniem Głównego Urzędu Ubezpieczeń w miastach, których liczba mieszkańców przekraczała 50 tys. osób. Powiatowe Kasy Chorych, jak sama nazwa wskazuje, swoim zakresem terytorialnym obejmować miały powierzchnię jednego powiatu. Wraz z procesem rozbudowy systemu Kas Chorych likwidacji ulegały kasy brackie, jako instytucje górniczego ubezpieczenia społecznego, a ich kompetencje przejmowały kasy terytorialne⁸. W ramach wewnętrznej struktury organizacyjnej Kas Chorych ustawa z 1920 r. zawierała uregulowania poświęcone pochodzącym z wyboru, a więc samorządowym władzom. Zasada samorządności przejawiała się przede wszystkim w tym, iż rada Kasy Chorych wyłaniana była na trzyletnią kadencję w drodze wyborów bezpośrednich, tajnych i proporcjonalnych, odbywających się oddzielnie w grupach pracowni-

⁷ Chodzi tu o kasy fabryczne, cechowe i zawodowe, działające na podstawie przepisów państw zaborczych. M. Świącicki, *Instytucje polskiego prawa pracy w latach 1918-1939*, Warszawa 1960, s. 57.

⁸ Proces ten nie obejmował kas brackich na Górnym Śląsku i w Zagłębiu Dąbrowskim. M. Wanatowicz, *Ubezpieczenie brackie na Górnym Śląsku w latach 1922-1939*, Warszawa 1973, s. 43-44.

ków i pracodawców. Rada powoływała pozostałe organy kasy, do których należały: zarząd - sprawujący bieżące kierownictwo nad kasą, komisja rewizyjna i komisja rozjemcza. Samorządowe organy Kas Chorych sprawowały nadzór nad działalnością aparatu administracyjnego kasy, budżetem i procedurami udzielania świadczeń ubezpieczeniowych oraz wykonywały zadania administracji państwowej z zakresu polityki socjalnej⁹.

Naczelnym organem każdej kasy chorych była rada, w skład której wchodziła delegacja wybierana na trzyletnią kadencję z grona ubezpieczonych i pracodawców. Ci pierwsi obsadzali 2/3 spośród składu osobowego rady, natomiast przedstawiciele pracodawców 1/3. Podobnie przedstawiał się skład pozostałych kolegialnych organów kasy chorych, za wyjątkiem składu komisji rozjemczej. W jej pięciosobowym składzie po 2 członków wybierały obie grupy członków rady, jednego zaś rada *in corpore*. Liczba delegatów rady nie mogła przekraczać 90 osób. Do kompetencji rady należało w szczególności dokonanie wyboru składu pozostałych organów kasy chorych oraz rozpatrywanie i zatwierdzanie sprawozdania z rocznej działalności zarządu kasy. W gestii rady leżało także zawieranie umów z innymi kasami, podejmowanie uchwał o zmianie statutu oraz decydowanie o całokształcie spraw o zasadniczym znaczeniu dla działalności kasy, jak na przykładowo: zakładanie szpitali, nabywanie lub rozporządzanie nieruchomościami.

Rada powoływała organ wykonawczy kasy jakim był zarząd, składający się co najmniej z 9, a maksymalnie z 18 członków pochodzących w 1/3 części z grupy pracodawców, a w 2/3 spośród ubezpieczonych. Skład zarządu wybierany na trzyletnią kadencję, podlegał corocznej rotacji w 1/3 członków. Członkowie zarządu wybierali ze swojego grona przewodniczącego i jego zastępcę. Do kompetencji zarządu należało kierowanie działalnością kasy, administrowanie oraz zarządzanie jej majątkiem. Zarząd uprawniony był do nakładania na ubezpieczonych kar za przekroczenie regulaminu dla chorych. Zarząd dokonywał również wyboru dyrektora kasy, reprezentującego kasę w stosunkach z osobami trzecimi i wydającego, jako organ I instancji, orzeczenia w sprawach ubezpieczenia chorobowego. Dyrektor, poza funkcją zwierzchnika pracowników kasy, wykonywał zadania administracyjne powierzone mu przez radę i zarząd, które nie mieściły się w zakresie kompetencji innych organów.

Z kolei komisja rewizyjna wybierana była przez radę na roczną kadencję spośród przedstawicieli pracowników (2/3 składu) i pracodawców (1/3) w liczbie 6 członków

⁹ L. Frankowska, Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby z dnia 19 maja 1920 r. z obowiązującymi wyjaśnieniami Ministra Pracy i Opieki Społecznej, Kraków 1930, s. 177-209; St. Sasorski, Współczesne problemy ubezpieczeń społecznych w Polsce, Warszawa 1936, s. 17-18; J. Panjko, Samorząd instytucji ubezpieczeń społecznych w świetle teorii i prawa pozytywnego, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1931, nr 11, s. 321-323; J. Łazowski, Wstęp do nauki o ubezpieczeniach, Warszawa 1934, s. 57.

i 3 zastępców. Komisja powołana była do dokonywania wszechstronnej kontroli działalności organów kasy, jak również rewizji gotówki, ksiąg i dokumentów. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości komisja zobowiązana była wystąpić do Urzędu Ubezpieczeń z zażaleniem. Kolejny organ Kasy Chorych, jakim była komisja rozjemcza, składał się z 5 członków wybieranych przez radę na roczną kadencję. Jak już wspomniano, po dwóch członków komisji wybieranych było odpowiednio przez ubezpieczonych i pracodawców, natomiast wyboru ostatniego członka dokonywała rada *in corpore*. Przed komisją rozjemczą dochodziło do rozstrzygania sporów zaistniałych pomiędzy ubezpieczonymi a zarządem, dotyczących przyznawania prawa do świadczeń czy nakładania kar pieniężnych¹⁰.

Z mocy prawa kasy zrzeszały się w związki okręgowe, mające realizować zadania z zakresu opieki zdrowotnej. Związki okręgowe tworzyły z kolei ogólnopństwowy Związek Kas Chorych z siedzibą w Warszawie¹¹. Podstawowym zadaniem związków okręgowych było organizowanie lecznictwa Kas Chorych, co przejawiało się w zawieraniu umów z usługodawcami oraz tworzeniu i utrzymywaniu szpitali, aptek i zakładów diagnostyczno-leczniczych. W tym zakresie związki dokonywały kontroli działalności kas chorych, prowadziły sprawozdawczość, a także udzielały pomocy finansowej kasom zrzeszonym w związku, popierając w tej formie wszelkie inicjatywy zmierzające do poprawy zdrowia społeczeństwa. Nadmienić należy, iż korzystały one z dotacji państwowych, funduszy samorządowych i środków pochodzących ze źródeł prywatnych. Do zadań ogólnopństwowego Związku Kas Chorych w Warszawie należało organizowanie zakładów leczniczych i profilaktycznych oraz zaopatrywanie ich w środki farmaceutyczne, udzielanie kredytów oraz dokonywanie kontroli ich działalności. Związek dokonywał tych działań bezpośrednio, bądź za pośrednictwem odpowiednich okręgowych związków kas chorych. W zakresie kompetencji Związku leżało także ustalanie jednolitych zasad polityki leczniczej, administracyjnej i budżetowej oraz ustanawianie wspólnych kryteriów stanowiących podstawę zawierania umów z usługodawcami, jak również przyznawania świadczeń¹².

3. Centralizacja organizacyjna kas chorych w okresie II RP.

Wewnętrzna organizacja i funkcjonowanie instytucji ubezpieczeniowych była jedną z dziedzin, w ramach których podejmowano wysiłki zmierzające do zmiany

¹⁰ L. Frankowska, Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu ..., s. 198.

¹¹ W latach 1922-1926 utworzonych zostało 6 Okręgowych Związków Kas Chorych: w Krakowie, Lwowie, Poznaniu, Warszawie, Łodzi oraz Wilnie. Szerzej zob.: L. Frankowska, Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu ..., s. 222; Zmiany terytorialne okręgowych związków kas chorych i składki na rzecz związków, „Wiadomości Kas Chorych” 1931, nr 2, s. 134-135; Zmiany terytorialne okręgowych związków kas chorych na podstawie rozporządzenia Prezydenta RP z dnia 19 listopada 1930 r., „Wiadomości Lekarskie” 1931, nr 4, s. 174-175.

¹² K. Dagan, Przyczyny, zadania i stan obecnej reorganizacji kas chorych w Polsce, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1932, z. 1-2, s. 44.

uregulowań przyjętych w ustawie z 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. Praktyka władz nadzorczych polegająca na zawieszaniu samorządowych władz kas chorych i zastępowaniu ich komisarzami, zmierzała w kierunku osłabienia, a w dalszej perspektywie zawieszenia zasady samorządności organów ubezpieczeniowych¹³. Uzasadnieniem tych działań był brak należytych kwalifikacji osób zasiadających we władzach instytucji ubezpieczeniowych. Większy wpływ czynnika fachowego na proces zarządzania miał usprawnić działalność administracji i ograniczyć przeznaczane na ten cel wydatki¹⁴. Istotny krok w tym kierunku dokonany został z chwilą wejścia w życie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 29 listopada 1930 r., nowelizującego ustawę z 1920 r. w zakresie organizacji i funkcjonowania instytucji ubezpieczeń społecznych¹⁵.

Rozporządzenie, składające się z 82 artykułów ujętych w ramach 6 rozdziałów, realizowało widoczną we wcześniejszych projektach tendencję do centralizacji Kas Chorych i stanowiło krok wstępny na drodze do prawno-organizacyjnego scalenia ubezpieczeń społecznych w Polsce. Przepisy rozdziału pierwszego poświęcone kasom chorych stanowiły, iż terytorialny zakres działania kasy mógł obejmować jeden lub więcej powiatów, w których zamieszkiwać miało nie mniej niż 10 tys. osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia. Wyjątek stanowiło kilka województw wschodnich, gdzie liczba ubezpieczonych mogła wynosić 5 tys. Kasy Chorych zrzeszające mniejszą liczbę ubezpieczonych miały ulec likwidacji, a ich majątek i zadania miały zostać przejęte przez kasy wskazane przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej. Wiązało się to z koniecznością dokonania przeobrażeń zarówno w zakresie liczby kas chorych, o czym będzie mowa w dalszej części artykułu, jak również ich struktury organizacyjnej. Realizacja tych zadań powierzona została komisarzom organizacyjnym, którzy mieli działać w porozumieniu z Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej. Zgodnie z założeniami rozporządzenia, podjęte działania miały na celu rozszerzenie kompetencji wykonawczych władz Kas Chorych, głównie naczelnego lekarza, którego zakres działalności, przypomnijmy, nie był w ogóle uregulowany przepisami ustawy z 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby.

¹³ Zob.: M. Świąciecki, *Instytucje polskiego prawa ...*, s. 132, 284-286, 307; J. Fijałek, *Kasa Chorych – pierwowzór społecznego, samorządowego lecznictwa pracowniczego w Polsce*, „*Archiwum Historii Medycyny*” 1984, 47/1, s. 105-196. Z. Landau, *Podstawowe kierunki rozwoju bezp. społecznych*, w: *Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce*, red. Cz. Jackowiak, Wrocław 19991, s. 35, 40; A. Próchnik, *Pierwsze piętnastolecie Polski niepodległej*, Warszawa 1957, s. 321.

¹⁴ Ustawa z 1920 r. nie określała bliżej kompetencji naczelnego lekarza, co świadczyło o znikomym udziale czynnika fachowego w zarządzaniu opieką zdrowotną. Zob.: J. Sadowska, *Lecznictwo ubezpieczeniowe w II Rzeczypospolitej*, Łódź 1990, s. 44, 53, 192; *Polityka społeczna państwa polskiego 1918-1935*, Warszawa 1935, s. 257-258; J. Panejko, *Samorząd instytucji ubezpieczeń ...*, z. 11, s. 323.

¹⁵ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 29 listopada 1930 r. o organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych, (Dz. U. RP z 1930 r., nr 81, poz. 635).

Na mocy rozporządzenia z 1930 r. rozwiązaniu uległy takie samorządowe organy kas jak rada i zarząd, a w ich miejsce powołano jeden organ – radę zarządzającą. W skład rady zarządzającej wchodził przedstawiciel ubezpieczonych, stanowiący 2/3 składu rady oraz przedstawiciele pracodawców, którzy obsadzali 1/3 składu. Rozporządzenie ograniczało jednak samorządowy charakter rady zarządzającej w tych kasach chorych, w których ubezpieczonych było ponad 100 tys. osób. W 22-osobowym składzie rady, będącej organem takiej kasy chorych, jedynie 16 osób pochodziło z wyboru, a pozostałych 6 członków mianował Minister Pracy i Opieki Społecznej. Połączenie w ramach składu rady zarządzającej przedstawicieli administracji rządowej i samorządu ubezpieczeniowego miało usprawnić działalność administracyjną Kas Chorych i zobowiązać je do planowej gospodarki finansowej. Rada zarządzająca otrzymała kompetencje uchwałodawcze w zakresie stanowienia regulaminów udzielania świadczeń, przepisów służbowych i porządkowych, zatwierdzania projektów budżetowych oraz rocznych sprawozdań z działalności kasy. Miała ona także sprawować kierownictwo i nadzór nad działalnością dyrekcji i komisji świadczeniowej.

Zgodnie z przepisami rozporządzenia organem wykonawczym kasy była dyrekcja, w skład której wchodził: dyrektor, lekarz naczelny oraz ich zastępcy. Dyrektor był zwierzchnikiem wszystkich pracowników zatrudnionych w kasie, do niego należało też wykonywanie uchwał podjętych przez radę zarządzającą oraz ogólne administrowanie działalnością kasy. W zakresie jego kompetencji znajdowało się decydowanie we wszystkich sprawach wynikających ze stosunku ubezpieczeniowego. W szczególności dyrektor wydawał decyzje w sprawach obowiązku ubezpieczenia, obowiązku wnoszenia składek i ich wysokości, czy uprawnień wynikających z ubezpieczenia dobrowolnego.

Rozporządzenie wyraźnie określało kompetencje naczelnego lekarza oraz ciała doradczego, jakim była rada lekarska. Z zastrzeżeniem zakresu obowiązków dyrektora, naczelny lekarz odpowiedzialny był za sprawy związane z leczeniem i profilaktyką. Podlegały mu zakłady lecznicze, którymi administrowała dana Kasa Chorych oraz zatrudnieni tam pracownicy. Do pozostałych kompetencji naczelnego lekarza należało przedstawianie dyrektorowi wniosków dotyczących organizacji lecznictwa i profilaktyki. W zakresie tym mieściło się przykładowo przedkładanie miesięcznych projektów planów finansowych zakładów leczniczych, warunków umów zawieranych z lekarzami, aptekarzami i innymi usługodawcami oraz przedstawianie planów inwestycyjnych w zakresie lecznictwa i profilaktyki. Naczelny lekarz zobowiązany był opracowywać perspektywiczne plany z dziedziny lecznictwa oraz składać sprawozdania z ich realizacji. Przedstawiał on radzie zarządzającej program współpracy z innymi instytucjami zarówno publicznymi, jak i prywatnymi, w zakresie profilaktyki oraz walki z chorobami

społecznymi i zawodowymi. Ewolucja instytucji naczelnego lekarza zmierzała w kierunku stopniowego poszerzania jego kompetencji, szczególnie w zakresie lecznictwa.

Przy lekarzu naczelnym działała rada lekarska, sprawująca funkcję organu doradczego i opiniodawczego. W jej skład wchodziło 15 członków - 7 lekarzy pracujących w Kasie Chorych i 8 lekarzy spoza kasy, powoływanych na dwuletnią kadencję. Do zadań rady lekarskiej należało opiniowanie preliminarza budżetowego, planów organizacji lecznictwa, akcji profilaktycznych oraz projektów stosowania środków leczniczych i profilaktycznych w ramach danej Kasy Chorych.

4. Rozwój instytucji Kas Chorych w okresie II RP.

Analizując rozwój struktury organizacyjnej ubezpieczenia chorobowego na ziemiach polskich w okresie obowiązywania ustawy z 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby podkreślić należy, iż determinowany był on procesem ustalania granic państwa polskiego i scalenia ziem polskich. Podstawowymi jednostkami ubezpieczenia chorobowego były Kasy Chorych – zarówno te, które uzyskały taki status na mocy ustawy z 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, jak również działające w oparciu o przepisy Ordynacji Ubezpieczeniowej Rzeszy z 1911 r., stanowiącej podstawę prawną ubezpieczenia chorobowego na Górnym Śląsku. Dychoomiczność ustawodawstwa powodowała, iż w zależności od obowiązujących na danym terenie przepisów prawnych, działały tam różnego rodzaju Kasy Chorych. Miejskie i powiatowe Kasy Chorych, oparte na zasadzie terytorialności, występowały na terenie następujących województw: łódzkiego, kieleckiego, warszawskiego, lubelskiego, białostockiego, wileńskiego, nowogródzkiego, wołyńskiego, poleskiego, poznańskiego, pomorskiego, krakowskiego, stanisławowskiego, lwowskiego, tarnopolskiego i w cieszyńskiej części województwa śląskiego¹⁶. Natomiast na obszarze Górnego Śląska działały zarówno kasy terytorialne (kasy miejscowe i kasy wiejskie), jak i kasy typu zawodowego, do których należały kasy przemysłowe (zakładowe) oraz górnicze. Jak więc widać podział terytorialny Kas Chorych przed reorganizacją z 1931 r. oparty był na podziale terytorialnym kraju, gdzie Powiatowe Kasy Chorych odpowiadały powiatowej jednostce terytorialnej danego województwa.¹⁷

Proces tworzenia Kas Chorych na ziemiach polskich postępował bardzo powoli, co było szczególnie widoczne na przykładzie dzielnicy rosyjskiej, gdzie nie było dotychczas tradycji ubezpieczenia chorobowego. Rozwojowi temu nie sprzyjała po-

¹⁶ Ubezpieczenia społeczne w Polsce w 1925 r., Warszawa 1927, s. 13.

¹⁷ Szerzej na temat podziału administracyjnego państwa polskiego w tym okresie zob.: B. Wasiutyński, Ustrój władz administracyjnych, rządowych i samorządowych, Poznań 1933, s. 40-42.

stawa klas posiadających, które kwestionowały fundamentalne zasady, na których oparte zostało ubezpieczenie na wypadek choroby: powszechność, obowiązek ubezpieczenia, terytorialność i samorządność¹⁸. W okresie lat 1921-1928 najwięcej Kas Chorych utworzonych zostało w województwach centralnych, gdzie ich struktura budowana była niemal od podstaw. Powstały tam wtedy aż 83 nowe kasy chorych¹⁹. Podobna sytuacja miała miejsce w województwach wschodnich, gdzie do roku 1928 założonych zostało 32 kasy. W województwach zachodnich i południowych następował w większym zakresie proces dostosowania istniejących Kas Chorych do warunków przewidzianych ustawą z 1920 r., przy niewielkich zmianach ilościowych. Organizowanie Kas Chorych zakończyło się w roku 1928, kiedy na terenie państwa polskiego działało 287 kas chorych²⁰.

Stan taki utrzymał się do roku 1931, pomijając likwidację 4 kas na obszarze Górnego Śląska²¹. Zapowiedziana w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z 29 listopada 1930 r. reorganizacja struktury organizacyjnej kas chorych na ziemiach Polskich rozpoczęła się z chwilą wydania w dniu 28 września 1931 r. rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej²². Zadanie to powierzone zostało komisarzom organizacyjnym, którzy w wielu przypadkach pełnili jednocześnie funkcje komisarza zarządzającego w kasach podlegających reorganizacji. Realizując założenia rozporządzenia z 29 listopada 1930 r., rozporządzenie z 28 września 1931 r. określało zakres terytorialny Kasy Chorych obejmujący obszar przynajmniej jednego powiatu. Dodatkowe kryterium podmiotowe stanowiło, iż liczba ubezpieczonych w danej kasie nie mogła być mniejsza niż 10 tys. Wyjątek uczyniono w przypadku Kas Chorych działających w słabo zaludnionych i uprzemysłowionych województwach wschodnich, gdzie minimalna liczba ubezpieczonych obniżona została do 5 tys. osób²³.

Na podstawie rozporządzenia w miejsce małych kas powiatowych utworzono kasy o większym zasięgu terytorialnym. Ogólna liczba kas uległa zmniejszeniu

¹⁸ Wysuwane były różne projekty nowelizacji ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, jak na przykład projekt zgłoszony w 1925 r. przez Związek Ludowo-Narodowy i Chrześcijańska Demokracja, zakładający wprowadzenie zastępczych kas chorych, organizowanych przy większych zakładach pracy. Szerzej zob.: M, Świącicki, *Instytucje polskiego prawa ...*, s. 108.

¹⁹ J. Sadowska, *Lecznictwo ubezpieczeniowe ...*, s. 41.

²⁰ Tamże.

²¹ *Ubezpieczenia społeczne w Polsce w latach 1925-1934.*, Warszawa 1935, s. 40.

²² Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 28 września 1931 r. w sprawie reorganizacji kas chorych, (Dz. U. RP z 1931 r., nr 94, poz. 724). Proces reorganizacji nie odnosił się do instytucji ubezpieczeniowych działających na terenie Górnego Śląska.

²³ W. Tarski, *Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej w sprawie reorganizacji Kas Chorych*, „Wiadomości Kas Chorych” 1931, nr 21/39, s. 2423.

z 283 do 100²⁴. W województwach centralnych z 85 istniejących kas utworzono 19, w województwach wschodnich z 32 jedynie 8. Po wejściu w życie rozporządzenia z 55 kas działających w województwach zachodnich likwidacji uległo 40. Liczba ta była jeszcze większa w przypadku kas działających w województwach południowych, gdzie z 69 kas pozostało jedynie 18. W województwach śląskich proces reorganizacji systemu Kas Chorych właściwie nie miał miejsca. Wraz z wprowadzeniem nowego, pod względem terytorialnym, podziału Kas Chorych zaprzestano rozróżniania kas powiatowych i miejskich, określając je wspólnym mianem kas terytorialnych.

Tendencje do scalania administracji ubezpieczeniowej, jakie miały miejsce w Polsce na początku lat trzydziestych XX wieku, odcisnęły swoje piętno również na organizacji Związków Kas Chorych. Na mocy rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 27 października 1932 r.²⁵ w miejsce ogólnopolskiego Związku Kas Chorych, Okręgowych Związków Kas Chorych oraz Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych utworzono jeden Związek Kas Chorych w Warszawie. Przejmując kompetencje zlikwidowanych instytucji Związek zobowiązany został do ścisłej współpracy z lekarzami naczelnymi Kas Chorych, która dotyczyć miała zagadnień leczenia i profilaktyki, w tym rozwoju świadczeń specjalistycznych. Tendencje centralizacyjne miały przynieść oszczędności w aparacie administracyjnym oraz zmniejszenie różnic w organizacji i dostępności świadczeń z ubezpieczenia na wypadek choroby.

Jak widać z powyższej analizy nowelizacje ustawy z 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby z lat 1930-1931 uprościły i usprawniły działalność administracyjną Kas Chorych przy nieznacznym ograniczeniu zasady samorządności i zwiększeniu nadzoru państwowego nad leczeniem. Podstawowym założeniem tych działań było jednak stworzenie warunków do przeprowadzenia właściwego scalenia ubezpieczeń społecznych, które nastąpić miało już w 1934 r., z chwilą wejścia w życie ustawy z 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym. Wśród prawnego, rzeczowego i finansowego aspektu scalenia ubezpieczeń podstawową rolę zajmował postulat scalenia organizacyjnego, zakładający stworzenie dla całego kraju jednolitej struktury instytucji ubezpieczeniowych, przy jednoczesnym odejściu od instytucji Kas Chorych. W pierwotnym brzmieniu przepisy ustawy o ubezpieczeniu społecznym zakładały wprowadzenie trójpoziomowej struktury organizacyjnej, na którą składały się, poczynając od najniższego szczebla, ubezpieczalnie społeczne, a następnie cztery zakłady właściwe dla poszczególnych rodzajów ubezpieczenia: Zakład Ubezpieczeń na Wypadek Choroby, Zakład

²⁴ J. Sadowska, *Lecznictwo ubezpieczeniowe ...*, s. 41.

²⁵ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 27 października 1932 r. w sprawie zmiany rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 29 listopada 1930 r. o organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych, (Dz. U. RP z 1932 r., nr 94, poz. 814); *Polityka społeczna państwa polskiego ...*, s. 2457.

Ubezpieczenia od Wypadków, Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników oraz Zakład Ubezpieczenia Pracowników Umysłowych²⁶. Ubezpieczalnie społeczne i Zakłady były członkami Izby Ubezpieczeń Społecznych, która pełniła funkcje koordynujące i wytyczała kierunki polityki dotyczącej świadczeń ubezpieczeniowych.

Przedstawiona struktura zmieniona została już w roku 1934. W miejsce zlikwidowanych czterech zakładów oraz Izby Ubezpieczeń Społecznych rozporządzenie z 24 października 1934 r.²⁷ powołało jedną instytucję centralną - Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), wyposażony w osobowość prawną na gruncie prawa publicznego²⁸. Stanowiło to odejście od instytucji samorządowych kas chorych jako podstawowych jednostek organizacyjnych ubezpieczenia chorobowego. Organizacja ubezpieczeń społecznych poddana została procesowi centralizacji, w wyniku którego system oparto na instytucjach zlokalizowanych na dwóch poziomach. Nadrzędną instytucją był Zakład Ubezpieczeń Społecznych posiadający status organu centralnego. Organami niższego szczebla były ubezpieczalnie, które przejęły obok nowych zadań obowiązki dawnych Kas Chorych. Kolejnym przejawem tendencji centralizacyjnych było rozszerzenie kompetencji nadzorczych przysługujących Ministrowi Opieki Społecznej.

Na podobnych zasadach oparty został system ubezpieczenia chorobowego w okresie Polski Ludowej, w którym wykonywanie ubezpieczeń społecznych przekazane zostało do kompetencji władzy państwowej przy jednoczesnym zmarginalizowaniu klasycznych instrumentów ubezpieczeniowych przyjętych w okresie dwudziestolecia. Likwidacji uległy samorządowe instytucje ubezpieczeniowe, jakimi były ubezpieczalnie społeczne, a ich kompetencje przekazane zostały do zakresu działania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, posiadającego status centralnego organu administracji państwowej podlegającego bezpośrednio Prezesowi Rady Ministrów, a następnie Ministrowi Pracy i Polityki Społecznej. Na rozwój organizacji ubezpieczeń społecznych w Polsce po drugiej wojnie światowej decydujący wpływ miały w zasadzie dwa czynniki. Po pierwsze, Polska odbudowując rodzimy system ubezpieczeniowy oparła go na dorobku i tradycjach ubezpieczeniowych okresu międzywojennego. Z kolei dalszy rozwój determinowany był już w decydującej mierze przemianami polityczno-ustrojowymi. W zakresie organizacji i nadzoru ubezpieczenia chorobowego dają się więc wyszczególnić dwa odrębne okresy: odbudowy systemu ubezpieczeniowego w duchu ustawodawstwa międzywojennego oraz okres organizowania

²⁶ M. E. Przestalski, E. Lis, *Ubezpieczenia chorobowe i macierzyńskie w: Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce*, red. Cz. Jackowiak, Wrocław 1991, s. 92; K. Duch, *Ubezpieczenia społeczne*, Warszawa 1934, s. 66-67, 68-69.

²⁷ Rozporządzenie Prezydenta RP z dnia 24 października 1934 r. o zmianie ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym, (Dz. U. RP z 1934 r., nr 95, poz. 855).

²⁸ M. Świącicki, *Instytucje polskiego prawa...*, s. 306.

jednolitej państwowej służby zdrowia²⁹, jako przejaw wdrażania w życie koncepcji gwarantowanego przez państwo zabezpieczenia społecznego.

5. Kasy Chorych w świetle ustawy z 1997 r.

Na początku lat 90-tych XX wieku w ramach ubezpieczeń społecznych wystąpiły poważne trudności natury finansowej, które wywołane były niekorzystnymi zmianami demograficznymi powodującymi wzrost liczby osób korzystających w szerokim zakresie ze świadczeń opieki medycznej oraz wzrostem wydatków na świadczenia rentowe, które stały się instrumentem służącym przeciwdziałaniu bezrobociu. Równocześnie postępujący rozwój technologiczny gwarantował powszechność coraz to bardziej nowoczesnych procedur diagnostycznych i leczniczych niosąc ze sobą wzrost obciążeń przy ograniczonych możliwościach zwiększania nakładów. Stan taki wywoływał niekontrolowane zadłużenie publicznej opieki zdrowotnej finansowanej ze środków budżetu państwa, do czego przyczyniała się również niegospodarność administracyjnie zarządzanych placówek państwowej służby zdrowia.

Z uwagi na to, iż doraźne zmiany dokonywane w systemie ubezpieczeń społecznych nie przynosiły zamierzonych rezultatów, podjęto prace nad przeprowadzeniem kompleksowej reformy strukturalnej całego systemu zabezpieczenia społecznego, nieprzystającego nie tylko do nowej rzeczywistości polityczno-gospodarczej, ale także i społecznej. Prywatyzacja aptek oraz rozwój indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich w ramach niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej doprowadziły do sytuacji, w której państwo traciło kontrolę nad systemem opieki zdrowotnej nie tylko w zakresie finansowania, ale także w sferze organizacyjnej i personalnej. W takiej sytuacji reforma nie tylko opieki zdrowotnej, ale całego systemu ubezpieczeń społecznych stawała się koniecznością, którą dostrzegały wszystkie siły polityczne. W zakresie organizacji służby zdrowia równolegle rozwijane były dwie koncepcje. Pierwsza z nich zakładała rozwój istniejących rozwiązań w postaci samorządowej opieki zdrowotnej zarządzanej i finansowanej przez samorządy, druga przewidywała wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Znalazło to swoje odzwierciedlenie w dwóch odrębnych projektach legislacyjnych: rządowym oraz prezydenckim, które wpłynęły do Sejmy w 1995 r. Prace zakończone zostały uchwaleniem w dniu 6 lutego 1997 r. ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym³⁰.

W wyniku reformy systemu ubezpieczeń społecznych, która weszła w życie

²⁹ Pojęciem tym określano państwowy i samorządowy model organizacyjny ochrony zdrowia, podporządkowany centralnemu kierownictwu państwa i stanowiący funkcjonalną całość opartą na podstawach społeczno-ekonomicznych. Z. Jastrzębowski, Model opieki zdrowotnej w programach partii robotniczych w pierwszych latach Polski Ludowej, „Polityka Społeczna” 1983, nr 3/111, s. 33; tenże, Kształtowanie się koncepcji społecznej służby zdrowia do 1953 r., Łódź 1986, s. 27.

³⁰ Dz. U. z 1997 r., nr 28, poz. 153. Ustawa weszła w życie z dniem 1 stycznia 1999 r.

z dniem 1 stycznia 1999 r., nastąpiło odejście od formy państwowej służby zdrowia, która zastąpiona została przez powszechne ubezpieczenie zdrowotne³¹. Ubezpieczenie chorobowe w zakresie świadczeń, którego przed reformą znajdowały się zarówno świadczenia pieniężne w postaci zasiłków, jak i rzeczowe służące ochronie zdrowia, po reformie ograniczone zostało jedynie do świadczeń pieniężnych. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym regulowała jedynie zagadnienia związane z funkcjonowaniem lecznictwa ubezpieczeniowego. Najistotniejsze zmiany dotyczyły jednak organizacji ubezpieczeń, a w szczególności statusu Kas Chorych, które jako instytucje prawa publicznego kontrolowane przez samorząd wojewódzki dokonywały alokacji środków na opiekę zdrowotną w drodze zawierania umów ze świadczeniodawcami. Ustawa wprowadzała obowiązek ubezpieczenia w jednej z 16 regionalnych lub branżowej kasie chorych³². Oznaczało to odejście od państwowej służby zdrowia w drodze przejmowania własności zakładów opieki zdrowotnej przez władze samorządowe. Miejsce budżetowego finansowania zajęło kontraktowanie świadczeń zdrowotnych przez Kasy Chorych u świadczeniodawców, których koszty pokrywane były ze środków uzyskanych ze składki ubezpieczeniowej.

Ustawa nadawała Kasom Chorych charakter instytucji samorządnych, reprezentujących ubezpieczonych, wyposażonych w osobowość prawną prawa publicznego, którą uzyskiwały z chwilą wpisu do rejestru prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Miasta Stołecznego Warszawy³³. Zasada samorządności przejawiała się w niezależności kas przy wykonywaniu zadań, szczególnie wobec organów administracji państwowej i samorządowej, a także samodzielności na polu tworzenia swoich struktur organizacyjnych³⁴. Podstawową jednostką organizacyjną ubezpieczenia zdrowotnego była Regionalna Kasa Chorych o zasięgu terytorialnym obejmującym obszar zamieszkały przez co najmniej 1 mln osób, pokrywający się z granicami admini-

³¹ W konstrukcji prawnej tego ubezpieczenia dostrzec można teoretyczne założenia modelu Bismarcka, rozwiązania charakterystyczne dla modelu Beveridge'a, a także elementy interpretacyjne podnoszone w teoretycznym modelu Siemaszki. Zob.: M. Bryła, W. Stelmach, I. Maniecka-Bryła, Ubezpieczenia zdrowotne w Polsce, w: Ubezpieczenia społeczne i na życie. Stan i perspektywy, red. H. Worach-Kardas, Łódź 2004, s. 52

³² Zob.: Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 7 grudnia 1998 r. w sprawie utworzenia regionalnych Kas Chorych i ich oddziałów, określenia ich siedzib i obszaru działania oraz nadania im statutów, (Dz. U. z 1998 r., nr 152, poz. 989). M. Czechowska, B. Zabieglńska, Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne. Komentarz do zmian, Warszawa 2003, s. 31. Rada Ministrów, na wniosek poparty pisemnymi deklaracjami co najmniej 500 tys. pełnoletnich osób, w drodze rozporządzenia mogła tworzyć i znosić branżowe kasy chorych. Zob.: Rozporządzenie Rady Ministrów z 8 grudnia 1998 r., w sprawie utworzenia Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych, (Dz. U. z 1998 r., nr 148, poz. 969).

³³ Za zaliczeniem Kas Chorych do publicznych osób prawnych przemawiały następujące argumenty: powołanie z mocy prawa, charakter instytucji non profit, nadzór ze strony centralnego organu administracji państwowej, jakim był Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

³⁴ Komentarz do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz przepisy wykonawcze, red. T. Pęcherz, Warszawa 2000, s. 256-258.

stracyjnymi jednego lub kilku województw. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym powróciła więc do zasady terytorialnego podziału kas przewidzianej przepisami ustawy z 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego zamieszkująca na obszarze działania Regionalnej Kasy Chorych stawała się z mocy prawa jej członkiem. Na swój wniosek mogła ona wstąpić w poczet członków innej Kasy Chorych z zastrzeżeniem, iż stosunek członkostwa mógł ją łączyć tylko z jedną Kasą Chorych. W takim przypadku kasa nie mogła odrzucić wniosku ubezpieczonego, co stanowiło przejaw zasady solidarności społecznej określonej w przepisie art. 1a pkt 1 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Oznaczało to w praktyce zakaz różnicowania członków kas chorych ze względu na ich status finansowy i stan zdrowia potencjalnego ubezpieczonego. Obowiązek przyjęcia w poczet członków każdej osoby podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia stanowił realizację innej zasady określonej jako prawo wolnego wyboru regionalnej kasy chorych³⁵.

Jak już wspomniano, Kasy Chorych powołane zostały do wykonywania wszelkich czynności z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, a w szczególności do prowadzenia ewidencji osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym, stwierdzania prawa do świadczeń oraz analizowania wykonania obowiązku powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Kasy zarządzały zgromadzonymi funduszami, ustalały plany finansowe, zawierały a następnie finansowały umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz kontrowały ich realizację³⁶.

Do wykonywania zadań leżących w gestii Kas Chorych powołane zostały jej organy - rada i zarząd Kasy Chorych. Rada kasy składająca się z 7 członków, powoływana była spośród osób ubezpieczonych w danej kasie chorych i zamieszkałych na terenie działania Regionalnej Kasy Chorych. Członków rady powoływał i odwoływał początkowo sejmik województwa, jednak od 9 lipca 2002 r. kompetencja ta należała do ministra właściwego do spraw zdrowia, z tym zastrzeżeniem, iż trzech spośród członków powoływanych było na wniosek sejmiku województwa właściwego ze względu na obszar działania Kasy Chorych³⁷. Rada była organem kadencyjnym wybieranym na 4 lata. Rada Kasy Chorych podejmowała strategiczne decyzje w zakresie działalności kasy, których wykonywaniem zajmował się zarząd. Zgodnie z zasadą sa-

³⁵ Prawo to ograniczone zostało przez okres roku od wejścia w życie przepisów ustawy. Z tą chwilą osoby objęte obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego stały się członkami Regionalnych Kas Chorych właściwych dla miejsca ich zamieszkania. Wniosek o zmianę członkostwa w kasie regionalnej złożony przed 1 stycznia 2000 r. mógł być uwzględniony jedynie w przypadku zmiany miejsca zamieszkania poza obszar działania kasy chorych, której ubezpieczony był członkiem.

³⁶ M. Rutkowska, *Ekonomiczne aspekty funkcjonowania Kas Chorych w Polsce*, Wrocław 2000, s. 44.

³⁷ Ustawa z 7 czerwca 2002 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, (Dz. U. z 2002 r., nr 83, poz. 749).

morządności Kas Chorych zadania rady określone zostały w ustawie tylko w sposób ramowy. Nadmienić należy, iż w ustawie przyjęta została zasada domniemania kompetencji zarządu, co powodowało, iż rada mogła wykonywać tylko zadania przewidziane dla niej w ustawie oraz statucie kasy. Do zakresu działania rady Kasy Chorych ustawa przekazała w szczególności uchwalanie statutu kasy³⁸, podejmowanie decyzji o utworzeniu oddziałów i ustalanie obszaru ich działania czy powoływanie i odwoływanie dyrektora Kasy Chorych oraz na jego wniosek dwóch jego zastępców i pozostałych członków zarządu. W zakresie kompetencji rady znajdowało się również rozpatrywanie skarg i wniosków ubezpieczonych, uchwalanie planu finansowego i planu pracy oraz przyjmowanie i zatwierdzanie sprawozdań finansowych i rozpatrywanie okresowych sprawozdań z działalności zarządu Kasy Chorych. Zakres ten uzupełniały uprawnienia do uchwalenia regulaminu rady i zarządu kasy, a także podejmowania uchwał dotyczących majątku kasy, inwestycji przekraczających upoważnienia statutowe dla zarządu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości.

Drugim ustawowym organem Kasy Chorych był zarząd, w którego skład wchodził dyrektor oraz 2-5 członków wybierani przez radę kasy. Zarząd był organem powołanym do reprezentowania kasy w stosunkach na zewnątrz, kierowania jej działalnością i podejmowania decyzji we wszystkich sprawach niezastrzeżonych do kompetencji rady kasy³⁹. W ramach kompetencji zarządu ustawa przewidywała wykonywanie uchwał rady kasy chorych, opracowywanie projektu planu pracy i planu finansowego kasy, a następnie ich wykonywanie, zarządzanie funduszami i mieniem kasy oraz lokowanie funduszu rezerwowego. Zarząd opracowywał sprawozdania z działalności Kasy Chorych oraz sprawozdania finansowe, negocjował i zawierał umowy ze świadczeniodawcami, a następnie dokonywał kontroli oraz rozliczania ich wykonywania. W jego ustawowym zakresie działania znajdowało się również kierowanie działalnością oddziałów Kasy Chorych, przygotowanie i przedstawianie radzie kasy corocznych prognoz przychodów i kosztów, a także projektu planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Szczegółowy zakres kompetencji dyrektora i jego zastępców określały przepisy statutowe. W szczególności do zakresu działania zastępcy dyrektora kasy do spraw medycznych należało dokonywanie ocen zachorowalności wśród ubezpieczonych w kasie

³⁸ Statut kasy chorych określał w szczególności: nazwę i siedzibę kasy, obszar jej działania, zasady tworzenia i funkcjonowania oddziałów, liczbę członków organów kasy i zakres ich czynności, zasady funkcjonowania biura kasy chorych czy zasady sporządzania i zatwierdzania planu finansowego i rocznego sprawozdania finansowego. W drodze przepisów statutowych regulowano także zasady kontroli wewnętrznej Kasy Chorych, warunki członkostwa osób ubezpieczających się dobrowolnie, a także zasady ustalania wynagrodzeń oraz diet. Statuty nadane zostały kasom chorych w drodze rozp. Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 7 grudnia 1998 r., (Dz. U. z 1998 r., nr 152, poz. 989).

³⁹ Komentarz do ustawy..., s. 278.

chorych oraz opracowywanie wniosków dotyczących działania kasy w tym zakresie. Monitorował on dostępność i jakość świadczeń zdrowotnych zapewnianych przez kasę oraz przeprowadzał kontrole w tym zakresie, a następnie przedstawiał zarządowi kasy wnioski pokontrolne⁴⁰.

6. Odejście od instytucji Kas Chorych w okresie III RP.

W atmosferze krytyki skierowanej w stosunku do funkcjonowania powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego opartego na instytucji samorządnych kas chorych podjęte zostały prace nad przeprowadzeniem kolejnych przekształceń systemowych w zakresie ochrony zdrowia, które miały na celu wyrównanie pozostałych jeszcze różnic w dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz podniesienie ich jakości. Poszukiwano takich sposobów finansowania opieki zdrowotnej, które pozwoliłyby na zwiększenie nakładów i wpłynęły na zachowania świadczeniodawców i pacjentów, pozwalając na ograniczenie szarej strefy⁴¹. Podnoszono potrzebę opracowania prawnych i organizacyjnych podstaw gromadzenia, przetwarzania i wymiany informacji służących właściwemu zarządzaniu systemem ochrony zdrowia, głównie w zakresie organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych i finansowania powstałych z tego tytułu kosztów. Wśród wielu propozycji przekształceń systemowych największe poparcie uzyskał projekt zakładający oparcie ochrony zdrowia na powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Jego podstawą prawną stała się ustawa uchwalona przez Sejm w dniu 23 stycznia 2003 r.⁴², czerpiąca w szerokim zakresie z doświadczeń swojej poprzedniczki – ustawy z 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Do najważniejszych zmian, jakie z dniem 1 kwietnia 2003 r. dokonane zostały w organizacji systemu ochrony zdrowia zaliczyć należy zlikwidowanie Kas Chorych i powołanie w ich miejsce Narodowego Funduszu Zdrowia posiadającego status państwowej jednostki organizacyjnej wyposażonej w przymiot podmiotowości prawnej. Niedociągnięcia legislacyjne ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia stały się podstawą wystąpienia przez grupę posłów w kwietniu 2003 r. z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego o stwierdzenie jej niezgodności z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej. W wyroku wydanym

⁴⁰ W pierwotnej wersji ustawy zadania te miał wykonywać naczelny lekarz o statusie zbliżonym do instytucji lekarza naczelnego działającego w okresie obowiązywania ustawy z 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. Inne podobieństwa dotyczyły rady medycznej jako organu doradczego naczelnego lekarza, statusu prawnego komisji rewizyjnej oraz Związku Kas Chorych.

⁴¹ M. Bryła, W. Stelmach, I. Maniecka-Bryła, Ubezpieczenia zdrowotne w Polsce, w: Ubezpieczenia społeczne i na życie. Stan i perspektywy, red. H. Worach-Kardas, Łódź 2004, s. 67.

⁴² Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2003 r., nr 45, poz. 391). Ustawa weszła w życie z dniem 1 kwietnia 2003 r.

w dniu 7 stycznia 2004 r.⁴³ Trybunał Konstytucyjny uznał, iż zespół norm zawartych w ustawie kształtujących kompetencje, prawne instrumenty działania oraz status prawny Narodowego Funduszu Zdrowia tworzy system dysfunkcyjny i to w stopniu uniemożliwiającym realizowanie konstytucyjnie określonych zadań państwa w sferze ochrony zdrowia. Trybunał stwierdził ponadto, że nie istnieje w związku z tym możliwość, przy wyeliminowaniu pojedynczych przepisów, przywrócenia stanu zgodnego z Konstytucją, a co za tym idzie, osiągnięcia ładu normatywnego w zakresie świadczenia usług zdrowotnych. Dysfunkcyjność systemu osiągnęła w opinii Trybunału taki poziom, że przywrócenie ładu prawnego poprzez częściową nowelizację ustawy stało się niemożliwe. Orzekając o niezgodności przepisów ustawy z art. 68 w związku z art. 2 Konstytucji Trybunał ustalił datę utraty jej mocy prawnej na dzień 31 grudnia 2004 r.

Wytyczne zawarte w wyroku Trybunału Konstytucyjnego znalazły swoje odzwierciedlenie w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴⁴. W jej ramach znalazło się wiele rozwiązań legislacyjnych wprowadzonych do polskiego porządku prawnego na mocy przepisów ustawy z 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, przejętych następnie przez ustawę z 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Aktualnie obowiązująca ustawa określa w szczególności warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasady i tryb finansowania oraz zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Przepisy ustawy z 2004 r. regulują ponadto zasady funkcjonowania, organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia, zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń opieki zdrowotnej, jak również zasady powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

7. Uwagi końcowe.

W okresie II RP organizacja ubezpieczenia chorobowego, którego podstawę prawną działania stanowiła między innymi ustawa z 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, oparta została na instytucji kas chorych, charakterystycznej dla niemieckiego ubezpieczenia chorobowego. Jednak nawet pobieżna analiza obu systemów ubezpieczenia chorobowego uzasadnia twierdzenie, iż polskie ustawodawstwo w tej dziedzinie prawa socjalnego wyprzedzało rozwiązania niemieckie, przewidując bardziej przejrzystą strukturę organizacyjną ubezpieczenia cho-

⁴³ Sygn.: K 14/03, „Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego” 2004/1/1; „Praca i Zabezpieczenia Społeczne” 2004, nr 4, s. 2.

⁴⁴ Dz. U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135.

rowego. Podstawowymi jednostkami ubezpieczenia chorobowego były miejskie i powiatowe Kasy Chorych wyposażone w osobowość prawną, których organy oparte zostały na szerokim samorządzie ubezpieczonych, a same jednostki zorganizowane terytorialnie. W ramach wewnętrznej struktury organizacyjnej kas chorych ustawa z 1920 r. zawierała uregulowania poświęcone samorządowym władzom, do których należała rada kasy chorych powołująca pozostałe organy kasy w postaci zarządu, komisji rewizyjnej i komisji rozjemczej. Samorząd w polskich kasach chorych posiadał więc szerszy zakres niż przyjęty w Niemczech.

W czasie, kiedy zasady niemieckiego systemu opieki zdrowotnej podlegały doskonaleniu w ramach kolejnych nowelizacji przepisów Ordynacji Ubezpieczeniowej, które nie odchodziły od podstawowych zasad organizacyjnych przyjętego systemu, polska praktyka przedstawiała się zgoła odmienne. W kolejnych latach pojawiła się tendencja do osłabiania zasady samorządności organów ubezpieczeniowych i wdrażania posunięć centralizacyjnych. Przejawiało się to w postaci rozszerzenia kompetencji wykonawczych władz Kas Chorych, głównie naczelnego lekarza, rozwiązania samorządowych organów kas chorych i powołania w ich miejsce jednego organu – rady zarządzającej, w której składzie obok przedstawicieli ubezpieczonych i pracodawców zasiadali mianowani przedstawiciele administracji państwowej. W celu usprawnienia działalności administracyjnej Kas Chorych i zobowiązania ich do planowej gospodarki finansowej w roku 1931, przeprowadzony został nowy terytorialny podział Kas Chorych, w wyniku którego, poza zmniejszeniem ich liczby, zaprzestano rozróżniania kas powiatowych i miejskich, określając je wspólnym mianem kas terytorialnych. Podstawowym założeniem tych działań było jednak stworzenie możliwości do przeprowadzenia właściwego scalenia ubezpieczeń społecznych przy jednoczesnym zwiększeniu wpływu państwa na działalności ubezpieczeniową, co nastąpić miało już w 1934 r., z chwilą wejścia w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym.

Ustawa scaleniowa z 1933 r. wprowadziła istotne zmiany w zakresie organizacji ubezpieczeń społecznych, w tym także ubezpieczenia chorobowego, odchodząc od instytucji kas chorych na rzecz scentralizowanych jednostek zlokalizowanych na dwóch poziomach. Nadrzędną rolę sprawował Zakład Ubezpieczeń Społecznych, a organami niższego szczebla były ubezpieczalnie społeczne, które przejęły, obok nowych zadań, obowiązki dawnych kas chorych. Wprowadzenie przejrzystego schematu organizacyjnego instytucji ubezpieczeniowych miało na celu poprawę ich działalności administracyjnej przy jednoczesnej redukcji kosztów obsługi. Instytucje te posiadały status osób prawnych prawa publicznego, a ich samorządowy charakter odpowiadał niemieckim rozwiązaniom w tej dziedzinie, z tą jednak różnicą, iż w ich składzie zasiadali przedstawiciele mianowani przez Ministra Opieki Społecznej, do

którego należało sprawowanie nadzoru nad działalnością instytucji ubezpieczeń społecznych. Nie oznaczało to jednak zamachu na samorządność ubezpieczalni społecznych i dążenia do umocnienia politycznego sanacji, co podnoszone było w niektórych publikacjach dotyczących tamtego okresu⁴⁵. Wprowadzenie do składu rady przedstawicielei rządu miało na celu usprawnienie przemian organizacyjnych i zwiększenie wpływu czynnika fachowego na działalność ubezpieczalni. Brak elementarnego doświadczenia w sprawowaniu samorządności prowadzący do powstania licznych problemów natury zarówno organizacyjnej, jak i finansowej wytworzyło praktykę zastępowania niewydolnych, samorządowych organów kas przez rządowych komisarzy. Ustawa scaleniowa stworzyła legitymację prawną dla wsparcia działalności samorządowych organów ubezpieczeniowych ze strony wykwalifikowanej kadry urzędniczej, co nie przekreślało w żaden sposób uchwałodawczych i wykonawczych kompetencji samorządu ubezpieczeniowego. Z drugiej strony wydaje się być oczywiste, iż samorządowe ubezpieczalnie społeczne, będące wyrazicielami polityki społecznej państwa i realizujące nakreślone przez państwo zadania, nie mogły pozostawać poza jego kontrolą. W tym zakresie słusznie uznano za szkodliwy dla samorządu ubezpieczeniowego zbyt szczegółowy zakres kompetencji nadzorczych okręgowych urzędów ubezpieczeń społecznych. W 1935 r., mając na celu ograniczenie państwowego nadzoru nad działalnością instytucji ubezpieczeń społecznych, dokonano likwidacji okręgowych urzędów ubezpieczeń, a ich funkcje nadzorcze przekazano Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych.

Po zakończeniu drugiej wojny światowej proces odbudowy organizacyjnej polskiego systemu ubezpieczeniowego oparty został na dorobku i tradycjach ubezpieczeniowych okresu międzywojennego. Jednak dalsza ewolucja rozwiązań przyjętych w Polsce zmierzała w kierunku realizacji koncepcji zabezpieczenia społecznego przekazującej wykonywanie ubezpieczeń społecznych do kompetencji władzy państwowej przy jednoczesnym zmarginalizowaniu klasycznych instrumentów ubezpieczeniowych przyjętych w okresie dwudziestolecia. Likwidacji uległy samorządowe instytucje ubezpieczeniowe, jakimi były ubezpieczalnie społeczne, a ich kompetencje przekazane zostały ostatecznie do zakresu działania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych posiadającego status centralnego organu administracji państwowej podlegającego bezpośrednio Prezesowi Rady Ministrów, a następnie Ministrowi Pracy i Polityki Społecznej.

Na odmiennych założeniach budowane były wytyczne wprowadzonej w życie w roku 1999 reformy polskiego systemu ubezpieczeń społecznych, której integralną

⁴⁵ M. Świąćicki, *Instytucje polskiego prawa pracy w latach 1918-1939*, Warszawa 1960, s. 307; J. Fijałek, *Kasa Chorych – pierwowzór społecznego, samorządowego lecznictwa pracowniczego w Polsce*, „Archiwum Historii Medycyny” 1984, 47/1, s. 105-196.

część stanowiły przepisy ustawy z 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Powierzyły one realizację ubezpieczenia zdrowotnego Regionalnym Kasom Chorych, które zobowiązane zostały do współdziałania z innymi instytucjami działającymi na rzecz ochrony zdrowia, w szczególności organami jednostek samorządu terytorialnego, administracji rządowej, samorządami zawodów medycznych oraz organizacjami specjalności medycznych i stowarzyszeniami świadczeniodawców. Rozwiązania przyjęte w ramach ustawy z 1997 r. nadawały Kasom Chorych charakter instytucji samorządnych, reprezentujących ubezpieczonych, wyposażonych w osobowość prawną. Zasada samorządności przejawiała się w niezależności kas przy wykonywaniu zadań, szczególnie wobec organów administracji państwowej i samorządowej, a także samodzielności na polu tworzenia swoich struktur organizacyjnych. Do wykonywania zadań leżących w gestii Kas Chorych powołane zostały poszczególne jej organy, do których zaliczały się rada i zarząd kasy chorych. Przyjmując za podstawową jednostkę organizacyjną ubezpieczenia zdrowotnego regionalną kasę chorych o zasięgu terytorialnym nastąpiło nawiązanie nie tylko do zasad wypracowanych przez niemieckie ustawodawstwo socjalne, ale również powrót do zasady terytorialnego podziału kas przewidzianej przepisami ustawy z 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. Podobieństwo do niemieckich kas chorych uzasadnia twierdzenie, iż po raz drugi w ramach polskiej ewolucji systemu ochrony zdrowia niemieckie rozwiązania stały się podstawą opracowania polskich regulacji z zakresu prawa socjalnego.

Odwrót od koncepcji decentralizacji organizacyjnej, jaka dokonała się w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego z chwilą wejścia w życie przepisów ustawy z 1997 r., nastąpił wraz z wprowadzeniem do polskiego porządku prawnego przepisów ustawy z 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, przejętych następnie do ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Do najważniejszych zmian zaliczyć należy zlikwidowanie Kas Chorych i powołanie w ich miejsce Narodowego Funduszu Zdrowia, jako osoby prawnej posiadającej status państwowej jednostki organizacyjnej. Funduszowi powierzona została realizacja obowiązków z zakresu ochrony zdrowia, które ma wykonywać przy współpracy z organami administracji rządowej oraz jednostkami samorządu terytorialnego. W celu zapewnienia ubezpieczonym świadczeń określonych ustawą Fundusz zobowiązany został gromadzić środki finansowe, zarządzać nimi oraz zawierać umowy ze świadczeniodawcami.

Jak wynika z dokonanej analizy, reorganizacja przeprowadzona ustawą z 2003 r. przejawiała wiele cech charakterystycznych dla reform wcielonych w życie przez ustawę scaleniową z 1933 r. Oba akty prawne zakładały zwiększenie wpływu państwa w za-

kresie organizowania ochrony zdrowia, co było wynikiem niesprawdzenia się w polskich realiach rozwiązań organizacyjnych opartych na instytucjach ubezpieczeniowych kierowanych przez organy samorządu ubezpieczonych. Trudności organizacyjne, które wystąpiły w początkowym okresie realizacji założeń zarówno ustawy z 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, jak również ustawy z 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, zamiast implikować próby modernizacji wprowadzonego modelu organizacyjnego spowodowały niemal całkowite odejście od przyjętej pierwotnie koncepcji. Tak diametralne zmiany organizacyjne należy ocenić krytycznie głównie z uwagi na fakt przygotowywania nowych rozwiązań normatywnych w oderwaniu od całościowej koncepcji organizacyjno-finansowej ochrony zdrowia oraz naruszenia zaufania społecznego do instytucji ubezpieczeniowych.