

Federacja Związków i Stowarzyszeń
Gmin i Powiatów RP
Centrum Prawa Miejsowego

REFORMA SŁUŻBY
ZDROWIA 1999
Zadania i kompetencje
samorządu terytorialnego

PODRĘCZNIKI DLA SAMORZĄDU
TERYTORIALNEGO

Fundacja Rozwoju Samorządności
i Prasy Lokalnej
Kraków 1998

Centrum Prawa Miejscowego
Federacja Związków i Stowarzyszeń
Gmin i Powiatów RP

Seria wydawnicza:
Podręczniki dla samorządu terytorialnego

Przewodniczący Rady Programowej
Kazimierz Barczyk

Kolegium redakcyjne:
Paweł Stańczyk (przewodniczący), Grzegorz
Kuźma, Jarosław Litwin, Piotr Łanoszka,
Tomasz Pęcherz, Michał Świtalski, Maciej Korkuć

Adres Redakcji:
ul. Grodzka 28, 31-004 Kraków
Tel. (012) 616 14 82, 421 53 89, tel./fax (012) 421 93 12
Nr konta: Fundacja Rozwoju Samorządności
i Prasy Lokalnej
BPH VI o/Kraków 10601406-19552-27000-500101

Druk:
KHK s.c., ul. Dunajewskiego 6/406, Kraków

Publikacja została finansowo wsparta przez
Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej

Redakcja tomu „Reforma służby zdrowia 1999”:
Tomasz Pęcherz, Paweł Stańczyk

ISBN 83-87853-09-7

Spis treści

Część I

Organizacja i finansowanie ochrony zdrowia od 1999 r.

1. Zapis II Konferencji Szkoleniowej na temat reformy służby zdrowia - Kraków, 16 listopada 1998 r.
2. Odpowiedzi na najczęściej stawiane pytania dotyczące reformy służby zdrowia
3. Samorząd terytorialny a reforma ochrony zdrowia - Bogumiła Kempieńska-Mirosławska, Elżbieta Goździkowska, Jacek Wutzow
4. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych - Paweł Stańczyk
5. Organizacja systemu ubezpieczeń zdrowotnych - Tomasz Pęcherz

Część II

Wzorcowa uchwała o przekształceniu publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz inne akty prawne podmiotów odpowiedzialnych za organizację ochrony zdrowia

Słowo wstępne

Z satysfakcją przedkładam Państwu publikację zatytułowaną „Reforma służby zdrowia 1999”. Jest to jednocześnie pierwsze wydawnictwo w ramach nowej serii „Podręczniki dla samorządu terytorialnego”.

Podręcznik dla samorządów terytorialnych na temat reformy służby zdrowia przygotowany został przez specjalistów z Centrum Prawa Miejscowego, które działa przy Federacji Związków i Stowarzyszeń Gmin i Powiatów RP we współpracy z ekspertami Kas Chorych i Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej.

Publikacja niniejsza adresowana jest do radnych gmin, powiatów i województw, a także pracowników samorządowych w gminach, powiatach i województwach. Przyda się ona także wszystkim, którzy zajmują się organizacją służby zdrowia.

Federacja Związków i Stowarzyszeń Gmin i Powiatów RP realizuje w ten sposób jedno ze swoich głównych zadań - wspomaganie samorządu terytorialnego w jego bieżących pracach.

Zapowiadam jednocześnie, iż w najbliższym czasie ukaże się także podręcznik na temat reformy edukacji.

Kazimierz Barczyk
Przewodniczący Federacji
Związków i Stowarzyszeń Gmin i Powiatów RP
Sekretarz Komitetu Społecznego Rady Ministrów

CZEŚĆ I
ORGANIZACJA
I FINANSOWANIE
OCHRONY ZDROWIA
OD 1999 R.

1. Zapis z II Konferencji Szkoleniowej na temat reformy służby zdrowia*

Poniżej prezentujemy zapis dyskusji jaka miała miejsce podczas II Konferencji Szkoleniowej na temat reformy służby zdrowia zorganizowanej przez Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Małopolski w Krakowie w dniu 16 listopada 1998 r.

Gośćmi zaproszonymi do dyskusji byli:

Anna Knysok - Pełnomocnik Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego,

Kazimierz Barczyk - Sekretarz Stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów i Przewodniczący Stowarzyszenia Gmin i Powiatów Małopolski,

oraz

Jacek Kukurba - Pełnomocnik Regionalny Kasy Chorych w Krakowie,

Tomasz Tomasik - Dyrektor Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie.

*Prezentowany poniżej zapis konferencji nie jest autoryzowany.

Redakcja: Władysław Tyrański

REFORMA SŁUŻBY ZDROWIA Kraków, 16 listopada 1998

Wiesław Misztal
Wiceprzewodniczący Rady Miasta Krakowa

Witam Państwa na konferencji zorganizowanej przez Stowarzyszenie Gmin Małopolski, której tematem jest reforma służby zdrowia. Chciałbym bardzo serdecznie powitać gospodarza dzisiejszego spotkania ministra Kazimierza Barczyka, reprezentującego także Kancelarię Prezesa Rady Ministrów. Witam także wszystkich przewodniczących rad gmin, przewodniczących rad powiatów i przewodniczących sejmików samorządowych, prezydentów, burmistrzów i wójtów. Witam radnych wszystkich trzech szczebli samorządu terytorialnego.

Reforma administracji publicznej doszła do skutku. Teraz czeka nas praca nad przejęciem nowych zadań od rządu. Oddaję głos ministrowi K. Barczykowi z Kancelarii Premiera a zarazem Przewodniczącego Stowarzyszenia Gmin Małopolski.

Kazimierz Barczyk
Przewodniczący Stowarzyszenia Gmin i Powiatów Małopolski

Dziękuję bardzo za miłe powitanie i goszczenie nas w tej pięknej sali obrad Rady Stołecznego Królewskiego Miasta Krakowa. Władze Krakowa już od lat używają nam tej sali na ważniejsze konferencje, na seminaria, dla omówienia ważnych spraw dla Małopolski, tj. województwa małopolskiego i województwa podkarpackiego w nowym podziale administracyjnym kraju. Ale wśród nas są również koledzy z części województwa śląskiego i kieleckiego, a nawet zamojskiego, którzy przyjeżdżają na nasze spotkania, ponieważ Stowarzyszenie Gmin Małopolski obejmuje swoim działaniem taki właśnie obszar dotychczasowych ok. 15 województw.

Szanowne Panie! Szanowni Panowie!

Dzisiejsza konferencja jest już drugą organizowaną przez nas w sprawie wdrażania reformy służby zdrowia, tej fundamentalnej dla Rzeczypospolitej reformy systemowej, a szczególnie dla Państwa, którzy będziecie ją realizować, podchodząc do tego ważnego zadania w związku z pełnionymi przez was funkcjami w samorządzie. Jesteście prezydentami, burmistrzami, wójtami albo szefami wydziałów zdrowia lub przedstawicielami struktur związkowych. Jest to jedna z czterech wielkich reform rządu premiera Jerzego Buzka. Za chwilę przybędzie do nas minister Anna Knysok,

która jest teraz na spotkaniu z pielęgniarkami z obszaru Polski Południowej i omawia kwestie związane z wdrażaniem reformy. Wcześniej dyrektor Tomasz Tomasik oraz Jacek Kukurba - Pełnomocnik Regionalny Kasy Chorych w Krakowie będą do Państwa dyspozycji.

Ta reforma jest wpleciona w reformę administracji, w reformę samorządową. Od 1 stycznia rusza powiat funkcjonujący na terenach I Rzeczypospolitej od ok. XV wieku oraz nowe województwa w liczbie takiej jak w I i II Rzeczypospolitej, a nawet jeszcze tuż po wojnie. Jednakże jeśli dotychczas 3/4 wydatków w Urzędzie Wojewody przeznaczone było na służbę zdrowia, to widzimy jaka to skala środków, jaka skala zadań pojawi się przy tym ważnym przedsięwzięciu zmierzającym do usamodzielnienia zakładów służby zdrowia.

Jako przedstawiciel rządu i przewodniczący Stowarzyszenia Gmin Małopolski apeluję o pilne przyjmowanie przez rady gmin uchwał o przekształceniu jednostek służby zdrowia w samodzielne zakłady. Wzorcowe uchwały dostarczymy Państwu wraz z zaproszeniami na Ogólnopolską Konferencję przewodniczących rad gmin, powiatów i województw, którą organizuje 7 grudnia 1998 roku Federacja Związków i Stowarzyszeń Gmin Polskich z siedzibą w Krakowie, z udziałem premiera Buzka, marszałka Macieja Płażyńskiego, ministra zdrowia, ministra edukacji i ministra finansów. Będziemy mówili o wszystkich 4 wielkich reformach społecznych. Wcześniej odbędzie się w Łodzi z udziałem ministra zdrowia Konferencja Ogólnopolska dla tych, którzy nie inicjują spotkań regionalnych jak nasze dla południowej Polski. Bo w wielu miejscach odczuwa się poważne niedoinformowanie o tych ważnych pracach. Dzisiaj jest na sali 300 osób, przed miesiącem też było prawie 300 osób, co świadczy o tym, że Państwo uznajecie tę sprawę na niezwykle ważną, za fundamentalną. Podjęliśmy również starania, żeby we Wspólnocie Samorządowej, kwartalniku SGM, ukazywały się dokumenty niezbędne i pomocne we wdrażaniu reformy. Zachęcam więc Państwa do czytania Wspólnoty Samorządowej, gdzie te informacje się powinny pojawiać.

Proszę zwracać się do pełnomocników regionalnych, do dyrektorów wydziałów zdrowia w urzędach wojewódzkich o informacje. Również proszę korespondować z minister Anną Knysok, Pełnomocnikiem Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, gdyby były jakieś szczegółowe kwestie, które wymagają wyjaśnienia. W ciągu najbliższych dwóch tygodni powinny być wydane przez rząd wszystkie akty wykonawcze dla tej reformy. Rząd i Sejm pracują już jak fabryka ustaw, na 3 zmiany, a prawników wystarcza, niestety, do obsadzenia zaledwie połowy jednej zmiany. W tej sytuacji zdarzają się czasami prototypowe rozwiązania

prawne zamiast doskonałych.

Reasumując, otrzymacie Państwo w najbliższych dniach zaproszenie dla przewodniczących rad gminnych na konferencję w Sejmie szefów lokalnych i regionalnych parlamentów, gdzie będzie broszura o wprowadzaniu reformy służby zdrowia wraz z podstawowymi pytaniami i odpowiedziami, gdzie będzie pismo - Przewodnik Ministerstwa Zdrowia - z zachętą do współpracy oraz projekt uchwały wzorcowej dla rad gmin o przekształceniu gminnej jednostki służby zdrowia w samodzielny zakład opieki zdrowotnej. Proszę o poradzenie kolegom z gmin, które nie są tutaj reprezentowane, żeby tak podstawowa czynność jak uchwała rady gminy o przekształceniu była podjęta jak najszybciej, ponieważ trzeba ją jeszcze zarejestrować w sądzie. Samorząd, który tego nie dopełni będzie pod ostrzałem opozycji i wszystkich mieszkańców, ponieważ nie będzie możliwe zawarcie umów między kasą chorych i poszczególnymi jednostkami służby zdrowia.

Prezydentów miast, burmistrzów, starostów i marszałków sejmików chcę uspokoić, że również z nimi będą spotkania dla wyjaśniania wielu spraw związanych z reformami, np. w Kancelarii Premiera na początku grudnia będzie spotkanie ze starostami oraz w drugim rzucie z marszałkami sejmików, ponieważ oni działają w zupełnie nowej sytuacji ustrojowej. Pierwszy budżet dla przyszłego województwa i powiatu skonstruowało ostatecznie Ministerstwo Finansów, ale wszyscy będziemy uważnymi i życzliwymi obserwatorami po to, żeby ewentualnie dokonać jakiejś modyfikacji czy nowelizacji. Pojawiła się sugestia, żeby ustanowić rezerwę w gestii wojewodów, przynajmniej 1 proc. dla modyfikowania tych zadań, tych kwestii które mogą być zjawiskiem nieprzewidywanym.

Bardzo proszę o bombardowanie nas pytaniami i korespondencją. Jako Stowarzyszenie Gmin Małopolski jesteśmy do dyspozycji. Porcję 60 pytań, które zostały do nas skierowane opracowaliśmy i przesłaliśmy do Ministerstwa Zdrowia. Przygotujemy na tej podstawie wydawnictwa, które powinny być Państwu pomocne. Stefan Niedzwieński jest Sekretarzem Zespołu Ekspertów i Doradców w Stowarzyszeniu Gmin Małopolski i w związku z tym proszę pisać na adres Stowarzyszenia Gmin Małopolski przy ulicy Grodzkiej.28 w Krakowie. Prosimy również o zaglądnienie tam, żeby podyskutować o sprawach, w których moglibyśmy Państwu pomóc. To jest organizacja dobrowolna, samorządowa, żyjąca z niewielkich składek samorządów, życzliwa i pomagająca. Zajmuje się już 180 gminami z terenu Małopolski, Podkarpacia, Podbeskidzia itd. Jesteśmy największą regionalną organizacją w Polsce. Próbuje wypełniać swoje zadania statutowe, a zarazem włączać się we wszystkie ważne kwestie pojawiające się

w związku z reformami. Za tydzień jest spotkanie z ministrem Mirosławem Handke na temat wdrażania reformy edukacji. W związku z tym, że na przyszły rok przewidziane są bardzo poważne prace wdrażające reformę wymiaru sprawiedliwości pojawia się kwestia sądów grodzkich. Gdyby była potrzeba wymiany uwag w tej sprawie czy zasięgnięcia informacji, bardzo chętnie ministra, czy wiceministra sprawiedliwości na spotkanie tutaj zaprosimy po to, żeby odbyła się dyskusja, żeby zebrać informacje o tym, jakie są zamierzenia i jakie są Państwa oczekiwania oraz gotowość do organizowania w swoich miejscowościach sądów grodzkich.

Również w najbliższych miesiącach będziemy bombardowani ofertą funduszy emerytalnych, bo przez 10 lat będą one zbierać pieniądze, a dopiero po 10 latach wydawać. Przez pierwsze pół roku wydadzą bardzo dużo, żeby przyciągnąć do swoich kas każdego z nas i zapewne z tego wyłoni się pięć, sześć funduszy, które będą miały większe pakiety i rozpoczną bój z konkurencją.

Powstawać będą także branżowe kasy chorych dla służb mundurowych. Przyjęliśmy, że przez rok kasy będą miały charakter otwarty, z tym, że kasy branżowe (mundurowe) ograniczą się do tego środowiska, a kasy "cywilne" - regionalne - do obszaru danego województwa. Żeby nie było zarzutów, że któraś z tych kas jest ekskluzywna, bo w służbach mundurowych są wyższe płace. Po rocznym okresie przejściowym, od 1 stycznia 2000 roku będzie swoboda przepływu pacjentów, aby umożliwić konkurencję między kasami. Czasem są osoby, które - jak posłowie - przemieszczają się z miejsca na miejsce. Powstaje kwestia obsługi takich grup. Dałem to jako przykład. W związku z tym kasa branżowa w przyszłości, jakkolwiek normalna, standardowa, ale obejmująca cały obszar kraju dla tych, którzy są przeganiani w związku ze swoją pracą może być dla nich dobrym rozwiązaniem.

Bardzo proszę o zabranie głosu Dyrektora Tomasza Tomasika, który był lekarzem rodzinnym. Przed dwoma laty - kto z Państwa pamięta - organizowaliśmy konferencję dla Gmin Małopolski na temat wprowadzania instytucji lekarza rodzinnego. Gdyby później, w kuluarach, ktoś chciał w tej sprawie zasięgnąć informacji, to zapewne można u wybitnego specjalisty dowiedzieć się coś ważnego na ten temat. Natomiast teraz jako Dyrektor Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie, jako lekarz wojewódzki, doktor Tomasik będzie Państwu służył swoją wiedzą, a potem oddamy głos Minister Annie Knysok.

Tomasz Tomasiak

Dyrektor Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego
w Krakowie

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Podzielę się z Państwem uwagami o roli samorządu w promocji ochrony zdrowia. Reforma służby zdrowia to nie tylko wprowadzanie powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego. To jest również reforma administracji i usamodzielnianie publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Najwięcej czasu poświęcę reformie administracji publicznej. Odniosę się do zadań samorządu w zakresie ochrony zdrowia i omówię zadania samorządu na trzech szczeblach: województwa, powiatu i gminy. Następnie kilka słów o funkcji organu założycielskiego, gdyż w momencie kiedy gminy przejmą ośrodki zdrowia, powiaty przejmą szpitale rejonowe, a województwa szpitale specjalistyczne, to samorządy staną się organami założycielskimi dla przejętych podmiotów.

Następnie krótka prezentacja stanu usamodzielnienia zakładów opieki zdrowotnej w województwie krakowskim. Powiem o 12 gminach, które realizują podstawową opiekę zdrowotną jako zadania powierzone i zlecone. Potem bardzo krótko o wprowadzaniu systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Reforma służby zdrowia, którą realizujemy dokonuje się w 3 płaszczyznach. Najistotniejsza zmiana dotyczy zmiany sposobu finansowania. Od 1 stycznia zostanie wprowadzony system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, czyli kasa chorych. Regionalna kasa, może przez swoje oddziały, wykupi świadczenia zdrowotne dla tych, którzy są objęci obowiązkiem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, i którzy są objęci świadczeniami realizowanymi przez kasę. Kasa to tylko jeden z elementów, jedno ze źródeł finansowania zakładów opieki zdrowotnej i świadczeń zdrowotnych. Są również inne źródła: budżet centralny, budżet Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, które będą finansowały pewne zabiegi, tzw. wysoko specjalistyczne i narodowe programy, jak program ochrony serca czy program przeszczepów serca. Będzie też trzecie źródło: indywidualni nabywcy świadczeń, czyli te wszystkie zabiegi diagnostyczne i terapeutyczne, które nie są objęte ubezpieczeniem zdrowotnym, np. operacje plastyczne.

Druga płaszczyzna reformy, której - moim zdaniem - poświęcamy za mało czasu, to jest reforma administracyjna. Pojawiają się bowiem dwa dodatkowe szczeble samorządu: powiat i województwo. Od 1 stycznia 1999

roku będzie istniała również w nowych województwach administracja rządowa.

Dochodzi w związku z tym do bardzo istotnego przekształcenia. Służba zdrowia, opieka społeczna, szkolnictwo, problemy pracy, turystyki, sportu itd. przechodzą w gestię samorządu. To samorząd będzie decydował o tych sprawach w terenie, a nie administracja rządowa. Wydaje mi się, że za mało o tym mówimy, ale dzięki reformie administracyjnej następuje zbliżenie służby zdrowia do obywateli, którzy 5 tygodni temu w wyborach powszechnych wybrali swoich przedstawicieli do gmin, do powiatów i do sejmiku samorządowego.

Wydaje mi się, że dzięki tej reformie służba zdrowia powinna być bardziej wrażliwa na potrzeby obywatela, powinna bardziej zaspakajać te wszystkie żądania, które zgłosi społeczeństwo poprzez osoby, które wybrano do samorządów, co zmniejszy wpływ personelu zatrudnionego w zakładach opieki zdrowotnej.

W końcu trzecia płaszczyzna reformy: usamodzielnienie zakładów opieki zdrowotnej. Zarówno gminy jak i wiejskie ośrodki zdrowia zostaną usamodzielnione praktycznie od 1 stycznia przyszłego roku lub już zostały usamodzielnione. Specjalistyczne przychodnie lecznictwa otwartego, szpitale rejonowe, miejskie czy powiatowe, szpitale wojewódzkie i inne jednostki służby zdrowia, np. państwowe szpitale kliniczne - wszystkie te zakłady opieki zdrowotnej zyskają osobowość prawną, będą dysponować swymi finansami trochę inaczej niż to było do tej pory, bo nie będą ograniczane przepisami prawa budżetowego.

Tak więc reforma służby zdrowia, obojętnie czy widziana ze szczebla małego gminnego ośrodka zdrowia czy ze szczebla bardzo dużego państwowego szpitala klinicznego dokona się w tych wszystkich trzech płaszczyznach: usamodzielniania ośrodków zdrowia, reformy administracyjnej i zmiany sposobu finansowania.

Co się stanie od 1 stycznia przyszłego roku? Nie będzie już województwa krakowskiego. Przypomnę, że województwo krakowskie w tej chwili liczy 39 gmin i niewiele ponad milion ludności. Po 1 stycznia znajdziemy się w województwie małopolskim liczącym 22 powiaty, 182 gminy i blisko 3,6 mln ludności. Zmieniają się kompetencje organów administracji publicznej, zostanie wprowadzony trójstopniowy podział terytorialny państwa. Najwięcej ze swoich kompetencji w zakresie ochrony zdrowia straci administracja rządowa, czyli wojewoda, który przestaje być organem założycielskim dla zdecydowanej większości zakładów opieki zdrowotnej. Wojewoda Małopolski przejmie natomiast Wojewódzkie Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne oraz Wojewódzki Inspektorat Nadzoru Farmaceutycz-

nego, czyli te kompetencje, które należały do władz centralnych - Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. W gestii Wojewody pozostaną również pewne zakłady i jednostki budżetowe, które działały dla potrzeb służby zdrowia, ale nie wykonywały świadczeń zdrowotnych, np. zakłady sanitarne i Wojewódzki Ośrodek Organizacji Ekonomiki i Informatyki, a w zasadzie część tego ośrodka, ponieważ część zostanie przejęta przez kasę chorych, tj. część dotycząca Wojewódzkiego Biura RUMU. Administracja rządowa, czyli Wojewoda Małopolski będzie prowadzić rejestr zakładów opieki zdrowotnej, czyli publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Administracja rządowa będzie opiniowała projekty uchwał o likwidacji lub przekształcaniu ZOZ-ów przez samorządy. Będzie też opiniowała projekty inwestycji służby zdrowia.

I kolejna funkcja administracji rządowej: kontrolowane będą organy gmin, powiatów i samorządu województwa w zakresie ochrony zdrowia, ale kontrola ta będzie dotyczyła tylko i wyłącznie aspektów prawnych ich działalności. Wojewoda nie będzie miał w zasadzie żadnego wpływu na stronę merytoryczną podejmowanych decyzji jak i na finanse. To wszystko pozostanie w gestii samorządu.

Wojewoda będzie kontrolował również zakłady opieki zdrowotnej oraz osoby wykonujące zawody medyczne, będzie sprawdzał przestrzeganie praw pacjenta, zabezpieczenie potrzeb medycznych oraz wykonywał te zadania, które nakłada na niego ustawa o przeszczepie tkanek i narządów. Ważna funkcja to powoływanie specjalistów wojewódzkich oraz powoływanie Okręgowej Komisji Kontroli Zawodowej kontrolującej zawody nie mające swoich samorządów zawodowych (nie dotyczy to lekarzy, pielęgniarek, położnych i aptekarzy). Kolejne zadanie administracji rządowej w przyszłym województwie to współdziałanie w kształceniu i doskonaleniu zawodowym, w programach promocji zdrowia, współdziałanie z samorządami zawodowymi, lekarskimi i pielęgniarskimi oraz z jednostkami organizacyjnymi administracji samorządowej.

Reasumując, wojewoda w przyszłym województwie spełnia funkcje kontrolno-rejestracyjno-opiniujące. Nie jest natomiast organem założycielskim dla zakładów opieki zdrowotnej. Z kolei województwo samorządowe przejmuje publiczne zakłady opieki zdrowotnej, przede wszystkim szpitale wysoko specjalistyczne, szpitale wojewódzkie oraz wojewódzkie ośrodki medycyny pracy. Oczywiście w Krakowie wszystkie szpitale są wojewódzkie i specjalistyczne, stąd trudność w przyporządkowaniu tych szpitali do województwa samorządowego lub do powiatu.

Poza tym województwo samorządowe przejmuje jednostki i zakłady budżetowe wykonujące zadania z zakresu ochrony zdrowia, a nie udziela-

jące świadczeń zdrowotnych, jak Wojewódzką Kolumnę Transportu Sanitarnego, regionalne szkoły medyczne i realizuje zadania wynikające z ustaw, które odnoszą się do konkretnych chorób, do konkretnych problemów zdrowotnych. Są to np. ustawa o przeciwdziałaniu alkoholizmowi, narkomanii i innym uzależnieniom, ustawa o zwalczaniu gruźlicy, ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych i zapobieganiu epidemii, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Województwo samorządowe prowadzić będzie kształcenie lekarzy i pielęgniarek, kształcenie podyplomowe. Będzie finansować lekarzy w Komisjach Poborowych i współdziałać z samorządami zawodowymi, Izbami Lekarskimi i Izbami Pielęgniarskimi.

Kolejny poziom samorządu to powiat, który przejmie publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, to znaczy specjalistyczne zespoły opieki zdrowotnej, w skład których wchodzi przychodnie oraz tzw. szpitale rejonowe miejskie i ogólne. Przejmie również Terenową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną, szkoły medyczne, które nie są szkołami regionalnymi oraz wykonywać będzie zadania w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii, zwalczania gruźlicy, chorób zakaźnych, zdrowia psychicznego i oczywiście współpracować z samorządami zawodowymi lekarskimi oraz pielęgniarskimi.

Jeśli chodzi o walkę z gruźlicą, chorobami zakaźnymi, uzależnieniami to oczywiście będą znacznie szersze funkcje niż w gminie, wynikające bezpośrednio z ustaw dotyczących tych problemów zdrowotnych.

I w końcu jesteśmy przy gminie. Przejmie ona publiczne zakłady opieki zdrowotnej, wiejskie i gminne ośrodki zdrowia, które w tej chwili prowadziła jako zadania powierzone i zlecone, ponieważ inne wiejskie i gminne ośrodki zdrowia wchodzi w skład zespołów opieki zdrowotnej i może się tak zdarzyć, że cały zespół opieki zdrowotnej, w skład którego wchodzi również szpital zostanie przekazywany do powiatu. Gminy mogą przejmować również przychodnie rejonowe, świadczące podstawową opiekę zdrowotną i realizować zadania w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi, narkomanii, zwalczania gruźlicy, zwalczania chorób zakaźnych i współpracy z samorządami zawodowymi.

Mówiłem o przejmowaniu zakładów opieki zdrowotnej. To się tak łatwo mówi przejąć zakład opieki zdrowotnej. Ale to znaczy, że samorząd będzie odpowiedzialny za tworzenie, przekształcanie i likwidację tych zakładów opieki zdrowotnej, które przejmie. Oczywiście tworzenie zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze uchwały organu jednostki samorządu terytorialnego. Uchwała taka powinna zawierać nazwę i określenie siedziby, formę gospodarki finansowej, podstawowe kierunki i obszary działania oraz organy sprawujące nadzór. Podmiot, który utworzy zakład opie-

ki zdrowotnej może pozbawić ten zakład składników mienia w przypadku łączenia, podziału lub przekształcania. Mimo że będą to zakłady samodzielne, to funkcja organu właścicielskiego jest tutaj bardzo duża.

W przypadku likwidacji zakładu opieki zdrowotnej jej majątek staje się własnością jednostki samorządu terytorialnego. Zbycie lub wydzierżawienie majątku trwałego zakładu opieki zdrowotnej lub wniesienie tego majątku do spółek jest nieważne bez zgody jednostki samorządu terytorialnego. Oczywiście tworzenie nowych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, mimo że pozostaje w gestii samorządu, powinno być zgodne z planem ich rozmieszczenia w województwie pod warunkiem, że taki plan istnieje. Taki plan będzie musiał być opracowany dla województwa małopolskiego. Jeżeli chodzi o szpitale publiczne Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powinien ustalić plan rozmieszczenia tych szpitali i powinien to opublikować w formie rozporządzenia. Tych aktów prawnych jeszcze nie ma.

Kolejna funkcja samorządu terytorialnego w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej to sprawowanie nadzoru nad tymi zakładami, czyli obowiązek dokonywania kontroli i oceny działalności zakładu, obowiązek dokonywania oceny pracy kierownika, tj. de facto dyrektora przychodni czy szpitala. Kontrola powinna obejmować w szczególności realizację zadań statutowych, dostępności, poziomu świadczeń, prawidłowości gospodarowania mieniem i środkami finansowymi, które są w dyspozycji danego zakładu opieki zdrowotnej.

Inna funkcja samorządu terytorialnego w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej to przyznawanie dotacji samodzielnemu zakładowi opieki zdrowotnej. Samorząd może uznać, że taka dotacja powinna być przydzielona na zapobieganie chorobom i realizację innych programów zdrowotnych. Dotacja może być przydzielona również na pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji przez personel zatrudniony w zakładzie opieki zdrowotnej podlegającym samorządowi. Może być również przeznaczona na inwestycje, w tym zakup aparatury. Oczywiście samorząd może uznać, że zakład opieki zdrowotnej jest zakładem samodzielnym i z wygospodarowanych przez siebie środków musi znaleźć pieniądze na inwestycje i zakup aparatury. Obawiam się, że w pierwszym okresie funkcjonowania kas chorych te środki mogą nie być na tyle duże. Co się dzieje jeżeli w zakładzie powstaje ujemny wynik finansowy? Samodzielny zakład opieki zdrowotnej powinien pokryć ten ujemny wynik we własnym zakresie. Jeżeli strata nie może być tak pokryta, samorząd podejmuje uchwałę o likwidacji nieprawidłowo funkcjonującego zakładu opieki zdrowotnej lub uchwałę o zmianie formy gospodarki finansowej, czyli dokonuje się w zasadzie

przekształcenie zakładu samodzielnego w zakład budżetowy, ale wtedy ten zakład nie podpisze kontraktu z kasą chorych i de facto problem pozostaje nierozwiązany. Długi takiego zakładu spoczywają niestety na samorządzie terytorialnym i ujemny wynik finansowy będzie musiał być w efekcie pokryty przez samorząd.

Dalsze funkcje samorządu w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej, to nadawanie statutu zakładom opieki zdrowotnej. Statut publicznego ZOZ-u uchwała Rada Społeczna i przedkłada go do zaakceptowania organowi jednostki samorządu terytorialnego. Analogiczna sytuacja istnieje przy zmianie statutu. Najpierw Rada Społeczna statut zmienia i przedkłada go samorządowi do zatwierdzenia.

Istotna funkcja samorządu w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej to nawiązywanie stosunku pracy z kierownikiem ZOZ-u. Stosunek pracy może być nawiązany na podstawie powołania, umowy o pracę albo umowy cywilno-prawnej, czyli tzw. kontraktu menedżerskiego. W samodzielnych zakładach opieki zdrowotnej nie ma obowiązku przeprowadzania konkursu na stanowiska dyrektorów czy kierowników. Kolejna, ostatnia już funkcja, która wynika z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej to powoływanie, odwoływanie i zwoływanie posiedzeń Rady Społecznej. Trzeba sobie zdawać sprawę, że Rada Społeczna Zakładu Opieki Zdrowotnej jest organem inicjującym i opiniodawczym w stosunku do samorządu oraz organem doradczym w stosunku do kierownika szpitala czy przychodni. W skład Rady Społecznej wchodzi jako przewodniczący osoba wyznaczona przez przewodniczącego zarządu jednostki samorządu, czyli przez starostę, prezydenta, wójta lub marszałka, a jako członkowie wchodzi inni przedstawiciele wyłonieni przez sejmik wojewódzki, radę gminy lub powiatu. To zależy na jakim szczeblu ten zakład opieki zdrowotnej funkcjonuje.

Przejdę w tej chwili do usamodzielniania publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Tak więc wszystkie zakłady opieki zdrowotnej w województwie małopolskim powinny być przekształcone z jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Co się przez to zmieni? Zakład opieki zdrowotnej zyskuje osobowość prawną, będzie prowadził samodzielną gospodarkę finansową. Tak jak już powiedziałem wcześniej nie będzie ograniczony sztywnymi przepisami prawa budżetowego. Oczywiście musi zawrzeć umowę o przekazanie środków. W tym roku umowę taką zawiera z dysponentem publicznym, jakim jest wojewoda albo gmina prowadząca zadanie w formie zadania powierzonego lub zleconego albo zadanie własne, tak jak w przypadku Krakowa. Od nowego roku umowa musi być zawarta z Regionalną Kasą Chorych. W województwie

krakowskim w 1997 roku usamodzielniono pięć zakładów opieki zdrowotnej, 2 stycznia 1998 usamodzielniono jeden zakład opieki zdrowotnej. W tym roku mieliśmy do przekształcenia 16 zakładów opieki zdrowotnej. Od 1 października jako zakłady samodzielne działają: Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej, Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna, Akademickie Centrum Rehabilitacji w Zakopanem, Zespół Opieki Zdrowotnej dla Szkół Wyższych i Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Nowa Huta. Pozostałe 11 zakładów opieki zdrowotnej, w tym największe krakowskie szpitale, Szpital Rydygiera, Szpital Jana Pawła II, Narutowicza, ZOZ Proszowice i Myślenice złożyły wnioski w sądzie i czekają na rejestrację. Nastąpi ona na początku grudnia. Zakłady te będą miały możliwość podpisywania umów z kasami chorych jako samodzielne zakłady opieki zdrowotnej. Jedyny problem jaki w zasadzie istnieje w tej chwili to jest usamodzielnianie zakładów opieki zdrowotnej, które zostały przejęte przez gminy jako zadania zlecone, wojewódzkich ośrodków zdrowia, ewentualnie ZOZ-ów, które znajdują się w niektórych gminach.

Korzystając z okazji chcę Państwu powiedzieć, że proces usamodzielniania gminnych i wiejskich ośrodków zdrowia jest niezmiernie istotny i bez tego nie uda się podpisać kontraktów z kasami chorych. Dlatego proszę wszystkich przedstawicieli gmin, w których kompetencji leży usamodzielnianie zakładów o podjęcie wysiłków, aby do tego doprowadzić. Wiem, że niektóre z gmin już złożyły odpowiednie dokumenty w sądach rejestrowych, inne są po podjęciu uchwał. Problem istnieje tylko w 3 gminach województwa krakowskiego.

I proszę Państwa dochodzimy w końcu do trzeciej płaszczyzny reformy służby zdrowia jaką jest wprowadzanie systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Chciałbym tylko zasygnalizować istotną różnicę, która nastąpi od 1 stycznia. Zmieni się mianowicie sposób finansowania, a więc nie będzie już nim budżet wojewody czy budżet gminy. Podstawowym źródłem finansowania, choć nie jedynym będzie regionalna ewentualnie branżowa kasa chorych, która przeprowadzi konkurs ofert i podpisze umowę o udzielenie świadczeń zdrowotnych. Zmiana będzie dotyczyła sposobu finansowania, czyli oddzielenia nabywcy od dostawcy świadczeń. Powstanie wewnętrzny regulowany rynek usług i zostanie zagwarantowana autonomia organizacyjna i majątkowo-finansowa kas.

Przejdę już do ostatniej części mojego wystąpienia, to znaczy do omówienia jak będzie wyglądała opieka zdrowotna w przyszłym województwie małopolskim. W jego skład wejdzie województwo krakowskie i nowosądeckie, znaczna część województwa tarnowskiego, praktycznie również całe, dwie gminy z województwa krośnieńskiego, niektóre powiaty z

obecnego województwa bielskiego, z województwa katowickiego i powiat miechowski w obecnym województwie kieleckim. Razem z tymi powiatami i gminami przechodzi rzecz jasna opieka zdrowotna i tak np. szpitale w Wadowicach, Suchej Beskidzkiej, Makowie Podhalańskim, Oświęcimiu, które przejdą do powiatu otrzymujemy z województwa bielskiego, szpital w Olkuszu, Chrzanowie i o ile się nie mylę w Jarosławcu otrzymujemy z obecnego województwa katowickiego. Olkusz i Chrzanów przechodzą do powiatu, natomiast szpital pulmonologiczny w Jarosławcu przechodzi do województwa samorządowego. Dość sławny w ostatnich czasach szpital miechowski i ZOZ miechowski przechodzi do powiatu. Podobnie niektóre szpitale tarnowskie przejdą do powiatu lub województwa. Dotyczy to dwóch szpitali: Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego Specjalistycznego w Tarnowie i Szpitala św. Łukasza. W dwóch gminach obecnego województwa krakowskiego, które będą przyłączone do województwa małopolskiego. Są tam tylko ośrodki zdrowia. Szpital wojewódzki w Nowym Sączu będzie w dalszym ciągu szpitalem wojewódzkim. W Gorlicach najprawdopodobniej również będzie szpital wojewódzki. Jeżeli powstanie szpital w Nowym Targu do czego są obecnie przymiarki, to również będzie szpitalem wojewódzkim.

Jak będzie wyglądała opieka zdrowotnej w przyszłym województwie małopolskim. Posłużę się danymi odnoszącymi się do szpitali ogólnych. Będziemy mieli w województwie małopolskim 45 zakładów opieki zdrowotnej prowadzących działalność stacjonarną, w tej chwili jest jeszcze 46 niepubliczny szpital zakonu bonifratrów. Można powiedzieć, że de facto będzie 46 szpitali, a w nich 359 oddziałów. Większość pochodzi z obecnego województwa krakowskiego, tj. 19 szpitali i 163 oddziały. Będziemy mieli ponad 16 tys. łóżek w przyszłym województwie małopolskim. Średnie wykorzystanie łóżka w ciągu roku wyniesie 261 dni, a procentowy wskaźnik wykorzystania łóżek w przyszłym województwie małopolskim, jeżeli sytuacja byłaby taka jak w roku 1997, wynosiłby 71,6%. Średni okres pobytu pacjenta w szpitalu 11,5 dnia. Stosunkowo długi okres pobytu odnotowujemy w tej chwili w województwie krakowskim, bo 12,3 dnia, a np. w województwie tarnowskim zaledwie 10,5 dnia, a w szpitalach, które przejmujemy od województwa kieleckiego - 9,5 dnia.

Tyle na temat podstawowych wskaźników opieki szpitalnej. Proszę pamiętać również, że Krakowskie Pogotowie Ratunkowe ma jeden oddział stacjonarny urazowo-ortopedyczny, a Zakład Opiekuńczo-Lecznicy również ma oddział szpitalny. Dlatego na początku mówiłem o 45 zakładach opieki zdrowotnej, które prowadzić będą opiekę stacjonarną w przyszłym województwie małopolskim.

Zainteresują Państwa zapewne podstawowe dane dotyczące fachowego personelu medycznego. Lekarzy w przeliczeniu na 10 tys. będzie w województwie małopolskim 22,9. W obecnym województwie krakowskim był to jeden z najwyższych wskaźników w Polsce, a więc mieliśmy bardzo dużo kadry lekarskiej, bo aż 31,9 lekarzy na 10 tys. mieszkańców. W województwie nowosądeckim było zaledwie 14,8 lekarza na 10 tys. mieszkańców. Stosunkowo dużo lekarzy było też w województwie katowickim 24,2. Okazuje się, że Małopolska jako województwo nie będzie odbiegała pod tym względem od średnich krajowych w przeciwieństwie do obecnego województwa krakowskiego o bardzo dużym wskaźniku nasycenia kadrami medycznymi. Pielęgniarek będziemy mieli w województwie małopolskim 50,1 w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców.

A teraz powiem czego będzie za dużo w przyszłym województwie małopolskim? Stosunkowo największe przerosty w liczbie łóżek dotyczą gruźlicy i chorób płuc: wskaźnik kierunkowy Ministra Zdrowia mówi, że powinny być 2,8 łóżka na 10 tys. ludności. W przyszłym województwie małopolskim będziemy mieli natomiast 4,5 łóżka. Podobnie jest z oddziałami obserwacyjno-zakaźnymi: wskaźnik kierunkowy wynosi 1,5, a w województwie małopolskim będzie tych łóżek aż 3,1. Oddziałów neurologicznych też mamy trochę za dużo: przy wskaźniku kierunkowym 1,4 będziemy mieli 1,9. Są duże przekroczenia w okulistyce: powinno być 0,8 łóżka, a będzie 2-krotnie więcej.

A czego będzie za mało? Na końcu są tzw. inne łóżka długoterminowe. Powinniśmy mieć ich w województwie małopolskim 21,9 w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców, a mamy ich tylko 3,4 łóżka.

Liczba przychodni i ośrodków zdrowia w województwie małopolskim: będziemy mieli 264 przychodnie, a gminnych i wiejskich ośrodków zdrowia 335. Jak będzie wyglądała struktura przyjęć w zakresie lecznictwa otwartego na poziomie województwa? Gdyby to funkcjonowało tak jak do tej pory, to w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej udzielono by w województwie 13 mln 217 porad w ciągu przyszłego roku, natomiast w otwartym lecznictwie specjalistycznym ponad 6 mln porad, czyli 50 proc. porad odbywałoby się w gabinetach lekarzy specjalistów. To jest tendencja dostrzegalna w całej Polsce i nieznaną w Europie, gdzie w niektórych krajach zaledwie 6 proc. konsultacji w lecznictwie otwartym odbywa się w gabinetach lekarzy specjalistów. Kasy chorych wpłyną zapewne na te wskaźniki i nastąpi zwiększenie liczby przyjęć w podstawowej opiece zdrowotnej oraz zmniejszenie w lecznictwie specjalistycznym. A jak wygląda liczba porad w ciągu jednej godziny? Na tzw. jedną godzinę opłaconą przypadnie w województwie małopolskim zaledwie 2,5 porady, czyli średnio 20

minut na jedną poradę w gabinecie lekarza rodzinnego, internisty, w poradni ogólnej czy u pediatry, w poradni dziecka zdrowego lub chorego. Specjaliści jeszcze mniej przyjmą w ciągu "godziny opłaconej", bo 2,3 pacjenta.

Proszę Państwa, oto zadania z zakresu ochrony zdrowia, jakie przejmują na siebie samorząd gminny, powiatowy i wojewódzki.

Kazimierz Barczyk

Przewodniczący Stowarzyszenia Gmin i Powiatów Małopolski

Dziękuję panu dyrektorowi Tomaszowi Tomasiakowi za przedstawienie wszystkich kwestii związanych z wdrażaniem reformy. Teraz przechodzimy do rzeczy niezwykle dla nas ważnej. Przybyła do nas Pani minister Anna Knysok - Pełnomocnik Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego. Proponuję, aby krótką wypowiedzią wprowadziła nas w tematykę reformy, a następnie przejdziemy do pytań.

Anna Knysok

Pełnomocnik Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego

W nowym systemie ochrony zdrowia, który będzie w Polsce obowiązywał od 1 stycznia w sposób odmienny niż dotychczas tworzone będą nakłady na ochronę zdrowia. Przystają być one częścią budżetu, a ich wysokość zależy od indywidualnych dochodów każdego z nas, bowiem od 1 stycznia płacimy składki na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości 7,5% naszych przychodów i ta składka w całości odliczana będzie od płaconej przez nas co miesiąc zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych. Składka będzie poprzez Zakład Ubezpieczeń Społecznych kierowana do jednej z 16 regionalnych kas chorych. Jesteśmy w Małopolsce, więc Państwa składka będzie kierowana do Małopolskiej Kasy Chorych chyba, że część z obecnych posiada uprawnienia i spełnia kryteria przynależności do Branżowej Kasy Chorych. Zgodnie bowiem z decyzją Rady Ministrów i wolą Sejmu powstanie 16 regionalnych kas i jedna branżowa kasa chorych, obejmująca osoby korzystające do tej pory z placówek resortowych MON, MSW i PKP.

Wprowadzamy system, w którym następuje wyraźne oddzielenie nakładów na służbę zdrowia od budżetu państwa, oddzielenie nabywców świadczeń od świadczeniodawców, będzie też wielość równouprawnio-

nych podmiotów konkurujących o środki znajdujące się w dyspozycji kasy chorych, a także wielość źródeł finansowania ochrony zdrowia. Podstawowe zasady jakie wprowadzamy to samorządność, samofinansowanie i solidaryzm społeczny, gdyż wszyscy płacimy składkę, stały procent od swoich dochodów, a korzystają z tego osoby chore. Bowiem udzielana pomoc medyczna nie jest uzależniona od wysokości zgromadzonych środków. Czynniki ryzyka są rozłożone na wszystkich ubezpieczonych w kasie, a różnice w zamożności poszczególnych regionów są wyrównywane między kasami chorych.

Obowiązuje zasada celowości wydatków, gospodarności, działalności nie dla zysku i dążenie do zapewnienia równego dostępu do świadczeń. Kasy chorych będą finansowały większość zadań, które do tej pory wykonują placówki ochrony zdrowia, a przede wszystkim leczenie ambulatoryjne, podstawowe i specjalistyczne, opiekę środowiskową w domu pacjenta, leczenie w zakładach stacjonarnych, szpitalach, szpitalach klinicznych i klinikach instytutów naukowo-badawczych, świadczenia pielęgniarskie, rehabilitację leczniczą, zaopatrzenie w leki i materiały medyczne, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, leczenie sanatoryjne, opiekę paliatywno-hospicyjną i orzekanie o stanie zdrowia.

Te świadczenia będą finansowane z funduszu ubezpieczeniowego zgromadzonego w kasie chorych. To są środki kierowane do placówek służby zdrowia. Jednak mówiłam o wielości źródeł finansowania. Oznacza to, że część zadań nadal będzie finansowana z budżetu państwa albo poprzez budżety wojewodów albo budżety samorządowego województwa, np. inwestycje, które do tej pory były pokrywane przez budżety wojewodów, inwestycje centralne ochrony zdrowia lub bezpośrednio przez ministra i wojewodę. Jakie to zadania? Wszystkie stacje Sanepidu nadal będą finansowane z budżetu, publiczna służba krwi, czyli Wojewódzkie Stacje Krwiodawstwa i ich oddziały, nadzór farmakologiczny, procedury wysoko specjalistyczne, szkolnictwo medyczne, inwestycje finansowane przez ministra czy przez samorząd, a także tzw. programy polityki zdrowotnej, w tym Główny Narodowy Program Ochrony Zdrowia, który będzie kontynuowany, Program Ochrony Serca, Program Rozwoju Dializoterapii, Program Zapobiegania Rozwojowi Chorób Nowotworowych, Program Zapobiegania Urazom Wielonarządowym, Opieki nad Matką i Dzieckiem. Wiele z tych programów od lat funkcjonujących, nadal będziemy finansować z budżetu Ministra Zdrowia. To drugie źródło finansowania będzie wcale nie takie małe, bo zaplanowano na te zadania kwotę ponad 3,6 mld zł na 1999 rok.

W związku z wejściem w życie nowego sposobu finansowania usług

medycznych całkowicie zmieniają się relacje między płatnikiem, czyli zamawiającym świadczenia zdrowotne a świadczeniodawcą. Przeszaną obowiązują tzw. dotacje, w przypadku których obowiązywał dosyć sztywny podział na rozdziały i paragrafy budżetowe. Finansowanie będzie się odbywać na podstawie umowy zawartej między samodzielnym zakładem opieki zdrowotnej, między lekarzem lub pielęgniarką, którzy działają na podstawie ustawy o swoich zawodach i mają zarejestrowaną prywatną praktykę lub na podstawie umowy z osobami, które wykonują zawód medyczny i mają zarejestrowaną działalność gospodarczą.

System umów oznacza, że obowiązuje nas przy ich zawieraniu rozporządzenie Rady Ministrów o zasadach zawierania umów na pierwszy rok. To rozporządzenie wyraźnie mówi, że jeżeli jakaś placówka będzie po 1 stycznia jednostką budżetową, to kasy chorych nie podpiszą z nią umowy i nie będzie miała ona źródła finansowania. Oznacza to, że może zostać zaburzona ciągłość opieki medycznej sprawowanej przez tę placówkę. Pojawia się więc pewne niebezpieczeństwo. W związku z czym ponawiam gorący apel do nowo wybranych rad gmin, by uchwaliły o usamodzielnieniu placówek służby zdrowia, które są w ich gestii były priorytetem działań w tej nowej kadencji.

Umowa z kasą podpisywana będzie po rokowaniach. W umowie, w części prawnej, będzie określona liczba zakontraktowanych świadczeń, ich podmiotowy zakres, czyli albo liczba osób, które się zapiszą albo przypuszczalny rejon, choć, jak mówię, rejonizacja już nie obowiązuje i jest wolny wybór placówki, czas trwania umowy, termin składania oświadczeń, sprawozdań, sposoby finansowania, system zaliczek i rozliczeń kwartalnych wykonania umowy, elementy kontroli. To jest typowa umowa. Nie powinno być z jej zawarciem żadnych kłopotów.

Kasy chorych przyjęły na pierwszy rok finansowania dosyć prosty sposób rozliczeń, bowiem stan informacji o tym, co się dzieje w placówkach ochrony zdrowia jest bardzo różny w różnych częściach kraju. Są województwa, gdzie posiadamy dosyć dokładną wiedzę o każdym świadczeniu udzielonym w danym szpitalu, ale są też województwa, gdzie po prostu pieniądze szły na leczenie i nikt nie pytał na jakie świadczenia i jaka jest ich jakość. Są niestety takie województwa. W związku z czym na pierwszy rok przyjęliśmy dosyć prosty przelicznik - koszty jednego hospitalizowanego pacjenta na oddziale danej specjalności. Stopniowo w ciągu lat będziemy dochodzić do standardów i do cząstkowego rozbicia tej usługi na poszczególne elementy. Równocześnie kasy chorych dokonały analizy zapotrzebowania na usługi zdrowotne na obszarze nowego województwa i mniej więcej wiedzą ile świadczeń w ciągu ostatnich trzech lat było udzie-

lonych, określiły limity świadczeń, które chcą zakupić i pod tym kątem będą negocjować, bowiem nie mogą wydawać więcej pieniędzy niż mają. To jest zasada samofinansowania się.

Pan dyrektor Tomasik mówił już jakich świadczeń będzie w województwie małopolskim za dużo. Szkoda, że to jest wiedza tylko na papierze, że w ostatnich miesiącach nie podjęto działań, które by przemodelowały strukturę udzielanych świadczeń, bo teraz jest za późno i po prostu kasa chorych nie zakupi pewnej liczby oferowanych świadczeń. A kto będzie winny, że nie kupiono wszystkiego? Kasa Chorych? O tym, że mamy zapotrzebowanie na usługi, których nie ma, albo że pewnych rodzajów świadczeń jest za dużo, wiemy od dłuższego czasu. Niestety w placówkach ochrony zdrowia i wśród kadry organizacyjnej panował marazm, wszyscy czekali, brali na przeczekanie i myśleli, że to jest kolejna reforma, którą trzeba jakoś przetrwać. Spotkałam się z taką wypowiedzią jednego z dyrektorów wydziałów zdrowia: przeżyłem już pięć reform, przeżyję i tę, skończy się na gadaniu i nic się nie zmieni.

Proszę Państwa, zmieni się dużo. Przede wszystkim będziemy kontraktować to, co jest pacjentom potrzebne. Nie będziemy finansować placówek służby zdrowia tylko dlatego, że są, że kiedyś je zbudowano. Jeżeli będzie zapotrzebowanie na opiekę medyczną na danym terenie, to nie ważne czy ona jest udzielana w prywatnym gabinecie, w zakładzie opieki zdrowotnej czy w przychodni - i tę opiekę opłacimy. Natomiast kończymy z finansowaniem bazy i kadry. Bardzo bym chciała, żebyśmy spróbowali myśleć po nowemu. Tworzy się wolny rynek świadczeń zdrowotnych, na którym decydują popyt i podaż. Będzie to sprzyjać konkurencji i mamy nadzieję, że to stopniowo doprowadzi do poprawy jakości opieki zdrowotnej. Pojawi się konkurencyjna walka o pacjenta. Uzasadnieniem istnienia placówki nie będzie tylko to, że jest, ale rzeczywiste zapotrzebowanie na świadczenia tam udzielane. Amortyzacja sprzętu medycznego, którą będziemy wliczać w cenę usługi pozwoli na stopniowe odtworzenie sprzętu medycznego w zakładzie. Wielką będzie swoboda dyrektorów samodzielnych placówek w dysponowaniu funduszem w ramach umowy. Przystają bowiem obowiązywać taryfikatory i widełki. Każdy dyrektor ma swobodę wynegocjowania ze związkami zawodowymi zakładowego systemu wynagrodzeń. Musi tak wynegocjować, żeby mieć wysoko kwalifikowaną kadrę, żeby ludzie chcieli tam pracować, a równocześnie żeby się bilansował, żeby zakład mógł utrzymać się z zawartego kontraktu. Myślę, że stopniowo wzrośnie rola pracowników medycznych, bo to oni będą tworzyć przychody, bogactwo danego zakładu, że system wynagrodzeń premiować będzie liczba wykonywanych świadczeń. Myślę, że dyrektorzy wyka-

zą się odwagą i mimo że ktoś pracuje przy jednym biurku, jednemu pracownikowi zapłacą dwa razy więcej, bo rzeczywiście pracuje lepiej. Duże wymagania postawi reforma przed kadrą zarządzającą. Kiedy obserwowaliśmy dyrektorów samodzielnych zakładów, to okazało się, że wszędzie stosowane są tak krytykowane przez nich taryfikatory i widełki. Wszyscy narzekają, ale nikt nie zastosował własnego zakładowego systemu wynagrodzeń. Wszyscy dalej płacą czy się stoi czy się leży, bo jest etat i jest ktoś zatrudniony. Myślę, że to stopniowo się zmieni i ci pracownicy, którzy rzeczywiście pracują, którzy tworzą bogactwo zakładu opieki zdrowotnej, nareszcie będą docenieni, gdyż system wynagrodzeń będzie nieco inny.

O barierach Państwo doskonale wiecie. Jest to nasze przyzwyczajenie do niewydolnego, marnie opłacanego, ale jakoś tam bezpiecznego systemu. Bo jakieś te wynagrodzenia zawsze były, pracowników służby zdrowia wielkie reformy gospodarcze nie dotknęły i zagrożenie utratą pracy nigdy nie wystąpiło. Dyrektorzy byli zupełnie bezkarni w zaciąganiu zobowiązań, a za długi jeszcze nikt dotkliwej kary nie poniósł. Nie mówię o pewnych niedoszacowaniach, które były, ale to co się stało z zadłużeniem placówek w 1998 roku świadczy o totalnym lekceważeniu własnego państwa i narażaniu nas wszystkich. Twierdzę to z pełną odpowiedzialnością. Jeżeli zobowiązania w ciągu 3 miesięcy rosły o 300 proc., to nie jest to wynikiem słabego finansowania tylko nie liczenia się z dyscypliną budżetową. Są pewne bariery. Nie ma jeszcze wszystkich procedur medycznych. Brakuje jednolitych narzędzi do oceny efektywności ekonomicznej zakładów, ale stworzymy je i ten proces naprawczy musi się rozpocząć.

Wiemy, że od 1 stycznia nagle się nam nie poprawi, że to nie będzie akt jednorazowy, że my dopiero tę naprawę rozpoczynamy i że od nas wszystkich, od kadry zarządzającej, od organizatorów na szczeblu województwa czy gminy zależy czy ta reforma się powiedzie. Nawet najlepsze rozwiązania jakie zaplanujemy, jeżeli się okaże, że one nie są wcielane w życie, że nie ma współdziałania, pozostaną tylko na papierze. I ja liczę, że my jesteśmy w stanie ten proces naprawy wspólnie z samorządami i z kadrą zarządzającą placówkami rozpocząć. Jestem do dyspozycji. Dziękuję bardzo.

Kazimierz Barczyk
Przewodniczący SGiPM

Bardzo dziękujemy Pani minister za systemowe, pełne przedstawienie założeń reformy. Prosimy teraz o zadawanie pytań.

Prezydent Miasta Krosna

Pani Minister!

Jako przedstawiciel samorządów również jestem zatroskany stanem służby zdrowia. My naprawdę chcemy się włączyć w tę reformę. Ale mam prośbę. Jest półtora miesiąca przed godziną zero, a my mamy bardzo mało informacji na temat funkcjonowania służby zdrowia po 1 stycznia przyszłego roku. Pierwsza sprawa dotyczy funkcjonowania ZOZ-ów i pewnej samodzielności tych zakładów. Bo z jednej strony zakłada się, że te zakłady mają być publiczne i samodzielne, a z drugiej strony odpowiedzialność finansowa spada na gminy. Odpowiedzialność ta jest dwojaka. Wiąże się ona z tym, że jeśli zakłady te będą miały deficyt, to ten deficyt będzie musiał być finansowany przez samorząd. Ale ten deficyt nie został w jakiś sposób zaprogramowany w budżetach zarówno powiatów jak i gmin. Czyli skądś te pieniądze należy wziąć. Z drugiej strony, decyzja o podjęciu likwidacji, bądź nie podjęciu jej wiąże się z tym, że należy dać odprawy pracownikom. Znowu wracamy więc do spraw finansowych: skąd gminy czy powiaty mają brać pieniądze na te wydatki? To nie jest przytyk do Pani minister, ale mamy 16 listopada, a do gmin i powiatów nie przyszła żadna informacja odnośnie finansowania zadań służby zdrowia od 1 stycznia. Za kilka tygodni mam przedłożyć budżet swojej radzie gminy i jeszcze nie wiem, jak ten budżet będzie wyglądał. To jest dość istotne, bo potem się okazuje, że budżet trzeba robić na kolanie.

Następna sprawa. Otóż do dzisiaj nie wiadomo, jaka będzie kwota, za którą przychodnie zakupią usługi i jak będzie liczona, czy od osoby, która się zgłosiła czy od wszystkich mieszkańców gminy. Dla przykładu podam, że w Krośnie ok. 30% mieszkańców zarejestrowało się w jednej przychodni, a 70% w ogóle się nie zarejestrowało. Czy jeżeli ci mieszkańcy będą chcieli się leczyć, to czy mogą potem wybrać przychodnię i kto będzie brał pieniądze za tych, którzy się nigdzie nie zarejestrowali.

Sprawa kolejna dotyczy rozliczenia pomiędzy ZOZ-em i szkołami czy szpitalami za badania okresowe. Kto ma finansować te badania? Jeżeli pracodawca, to znaczy, że gmina. Gmina powinna więc dostać w subwen-

cji np. oświatowej dodatkowe środki na badania okresowe nauczycieli. Kto to przewidział i jak zostało to zaprogramowane? Z takich drobiazgów składa się budżet, który ja muszę przedłożyć radzie miasta za trzy tygodnie. Muszę w budżecie szkół przewidzieć środki na badania okresowe nauczycieli. Takiej informacji nie ma. Dotyczy to również badania służb czy profilaktyki antyalkoholowej.

Następna sprawa dotyczy funkcjonowania szpitali. W środowisku lekarskim, które bardzo chciałoby samodzielności dla placówek służby zdrowia, w dalszym ciągu jest rozbieżność. Pani minister mówiła o zasadach finansowania inwestycji. Ja myślę, że to jest bardzo ważna sprawa, bo finansowanie inwestycji, które do tej pory były w gestii budżetu państwa, de facto powinno przejść również w gestię powiatów, a zostaje to w województwie. I tutaj powstaje spór między powiatami, dla kogo mają być przeznaczone środki na zakup konkretnego urządzenia wspomagającego leczenie. Wiadomo, że tworzą się różne lobbings i to urządzenie może być zakupione wyłączenie przez centralę. Istnieje obawa mniejszych miast, że w ten sposób będą finansowane tylko szpitale wojewódzkie, natomiast szpitale powiatowe nie będą miały środków na inwestycje i w perspektywie 20 lat zostaną zdegradowane.

Następna sprawa dotyczy obrony cywilnej: kto finansuje rezerwowe łóżka na wypadek wojny? Czy w ogóle się przewiduje coś takiego? Rozumiem, że Ministerstwo Zdrowia nie przewiduje, że będziemy w stanie wojny, ale jest taka zasada, że gminy i powiaty muszą jednak przygotować plany obrony i jakąś tam liczbę łóżek. Nie dotyczy to Krakowa, bo Kraków będzie rozśrodkowany. Dotyczy to jednak mniejszych ośrodków.

Anna Knysok

Pełnomocnik Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego

Oczywiście zdaje sobie sprawę, że jest bardzo mało informacji. Zmieniają się ciągle przepisy ustawy, my też jesteśmy cały czas pod presją zmian, które się dokonują czy w wyniku nowych rozporządzeń czy ustaw. Jesteśmy zaskakiwani rozwiązaniami tam przyjętymi, jak np. z sanatoriami.

Niemniej gmina nie otrzyma środków finansowych na ochronę zdrowia. Środki na opłacenie bieżących zadań są w kasach chorych. Kasa chorych w drodze umowy zakupi usługi świadczone przez placówki, które znajdują się na terenie gminy i będzie bezpośrednio finansować te zakłady. Gmina pełni w tym przypadku tylko funkcje właścicielskie. W cenie usługi, jak powiedziałam, będzie koszt amortyzacji, która powinna być nalicza-

na od posiadanego sprzętu i majątku i to powinno pozwolić na zakupy inwestycyjne.

Czy w budżetach wojewodów, o których pan mówił, będą środki inwestycyjne kierowane po znajomości do szpitali wojewódzkich? To są środki finansowe na budowę nowych szpitali, a nie na zakupy sprzętu. To powinno być załatwione w samodzielnym zakładzie, który utrzymuje się z umowy z kasą chorych i z tych środków odtwarza swój majątek.

Jeżeli pacjent nie wybierze świadczeniodawcy, to teraz czy w pierwszym miesiącu funkcjonowania nowego systemu ubezpieczeń może to zrobić, kiedy zachoruje. Wtedy przez domniemanie należy do dotychczasowej przychodni rejonowej, ale, jak mówię, do końca pierwszego kwartału pacjenci się zdeklarują i wybiorą lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, u którego będą chcieli być leczeni. Jest jeszcze sporo czasu na to i myślę, że to się dokona. Oczywiście będzie zawsze jakaś grupa osób, która nigdy nie wybierze lekarza, bo już po prostu tacy są. Wtedy oni przez domniemanie będą na razie należeć do tych przychodni, które istnieją. Oczywiście ustawa u ubezpieczeniu nie niweluje innych ustaw. W związku z tym inne zadania, które wynikają z ustawy o służbie medycyny pracy nadal obowiązują. Część z nich musi finansować zakład pracy, a na poziomie województwa będzie je finansował budżet państwa poprzez utrzymywanie wojewódzkich ośrodków medycyny pracy.

Co do deficytu samodzielnego zakładu. Jak Państwo wiecie ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym została uchwalona w lutym 1997 roku. Już wtedy wszyscy wiedzieli, że aby zawrzeć umowę z kasą chorych trzeba się usamodzielnic. Powszechna była jednak bierność i wyczekiwanie, że może nie trzeba nic robić. W tej chwili jesteśmy pod nieprawdopodobną presją czasu. Programy naprawcze są tworzone bardzo pośpiesznie. Już nie ma czasu na ich wdrożenie, w związku z czym nowy sposób finansowania będzie się nakładał na procesy restrukturyzacyjne wewnątrz zakładu. To wszystko miało się zakończyć w grudniu 1998 roku: ocena potrzeb zdrowotnych na danym terenie, zaproponowanie nowego rodzaju świadczeń, likwidacja łóżek niewykorzystywanych.

Byłam w Częstochowie, gdzie jest szpital o zaledwie 30% wskaźniku wykorzystania łóżek na oddziale ginekologii i 40% na pediatrii. Zapytałam ich: jak wy z tych świadczeń się utrzymujecie, jeśli macie tak dużo personelu? Jakoś to będzie odpowiedział na to dyrektor. A ja na to: jakoś to nie będzie, a pan jest odpowiedzialny za tę załogę, gdy w połowie roku się okaże, że finansowanie szpitala nie wystarcza na rzeczywistą liczbę przyjętych pacjentów i na opłacenie pensji. I co Pan wtedy powie, też, że jakoś to będzie?

Naprawdę beztroska ludzi czasem jest nieprawdopodobna. W związku z czym myślę, że przez ten rok będziemy na pewno gasić pożary póki się nie obudzi w kadrze zarządzającej poczucie odpowiedzialności za to, że są dyrektorami szpitali czy przychodni. Będą winić kasy chorych na zasadzie, że oni są tacy dobrzy, ale nie dostają od kas pieniędzy.

To myślenie powinno się zmienić, proszę Państwa. Ale i tak pomimo dobrego zarządzania, pomimo dobrej kadry, może się pojawić pewien deficyt, kłopoty z zachowaniem płynności finansowej zakładu opieki zdrowotnej. Może taka sytuacja wystąpić, ale trzeba pamiętać, że to jest zakład samodzielny, który może zaciągać kredyty i inne zobowiązania. Od warunków wynegocjowanego z bankiem kredytu i od efektywności wykorzystania go zależy przyszłość takiego zakładu. Ale jeśli już nawet to nie pomoże i okaże się, że trzeba zamknąć jakiś oddział szpitalny, to oczywiście będzie to musiał pokryć ze środków własnych sam zakład.

Przygotowaliśmy we współpracy z Krajowym Urzędem Pracy program przeszkolenia i przekwalifikowania pracowników służby zdrowia, aby ich nauczyć działania na własny rachunek, jak się zawiera umowy, jak się tworzy plan finansowy, jak przygotować ofertę itd. Myślę, że sfinansujemy to ze środków z funduszu pracy i taki program we współpracy z panią minister Zielińską przygotowujemy.

Beata Szygul

Burmistrz Gminy Brzeszcze

Pani Minister! Szanowni Państwo!

Jesteśmy gminą z pogranicza Śląska i Małopolski. Mamy jedno, ale zasadnicze pytanie. Do zeszłego tygodnia praktycznie byliśmy spokojni o nasz los, natomiast przyjęta przez Sejm propozycja nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia, która nie daje możliwości wyboru kas chorych spowodowała, że mieszkańcy naszej gminy są bardzo rozczarowani, nawet wystraszeni, ponieważ dosyć silnie byli związani przez ostatnie lata ze specjalistycznym leczeniem na Śląsku, głównie ze śląskimi klinikami. O ile nie istnieje obawa co do przynależności do szpitala rejonowego, bo będziemy mieli powiat w Oświęcimiu, to pojawiają się pytania, co mają zrobić ludzie, którzy w tej chwili leczą się w klinikach na Śląsku. Wiadomo, że ich leczenie musi być kontynuowane po nowym roku i oni po prostu się boją o los tego leczenia. Stąd pytanie czy jednak nie dać gminom pogranicza możliwości wyboru kas chorych? Poza tym pojawia się również i taki argument, że przecież ci ludzie partycypowali w finansowaniu klinik śląskich, chociażby z tego powodu, że zatrudnieni byli w kopalniach węgla kamiennego.

Anna Knysok

Pełnomocnik Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego

Przynależność do kasy chorych nie ogranicza możliwości leczenia się w klinice innej niż ta, która ma umowę z daną kasą. Rozmawiałam w tej chwili z dyrektorem Tomasikiem, który planuje zawrzeć umowę z niektórymi placówkami spoza Małopolski. Chodzi o usługi, których tu nie ma, a w grę wchodzi Śląskie Centrum Kardiologii, niektóre kliniki Akademii Medycznej. Takie cząstkowe umowy na wykonanie usług medycznych poza obszarem działania danej kasy będą zawierane. Nie ograniczy to więc dostępu pacjentów do tych szpitali, do których są przyzwyczajeni.

Ale nawet jeśli nie będzie zawarta umowa, to dana klinika prześle rachunek zamiast na przykład do Śląskiej to do Małopolskiej Kasy Chorych i zostanie on zapłacony. Pan dyrektor rozważa też możliwość zawarcia umowy ze szpitalem, który leży za miedzą województwa, a przez lata pacjenci tam się leczyli. Także w tym przypadku przynależność do kasy nie ogranicza dostępu do leczenia. W przyszłym roku można będzie złożyć wniosek o zmianę kasy chorych. Będzie on zrealizowany od 1 stycznia 2000 roku.

Jacek Kukurba

Pełnomocnik Regionalny Kasy Chorych w Krakowie

Jest jeszcze jedna rzecz dotycząca tzw. turystów. Małopolska i południowo-wschodnia Polska jest bardzo nasycona różnego rodzaju ośrodkami turystycznymi. Przez Podhale w ciągu roku przewija się około 5 milionów mieszkańców Polski, przyjeżdżających tu na 2-4 tygodnie, na różnego rodzaju turnusy. Jeżeli założymy, że tylko 1 proc. skorzysta ze świadczeń medycznych, to niestety rozliczenia muszą się odbywać między kasami. Nie będzie takiej sytuacji, żeby jakiegokolwiek działania kas były przeciw interesom pacjenta.

Pani Minister mówiła wcześniej o roli samorządu. Chciałem powiedzieć, że ustawa nakłada na samorząd obowiązek opracowania wspólnie z kasą promocji i profilaktyki zdrowotnej. Jest to nasz wspólny interes. Nie jest tak, że ktoś z nas jest stroną i ma same oczekiwania lub żądania. Musimy współpracować.

Józef Baran

Burmistrz Miasta Gorlice

Ja mam pytanie bardziej pragmatyczne. Mamy ponad 20 tysięcy mieszkańców w mieście i obowiązek zapewnienia im opieki zdrowotnej od nowego roku. Mamy trzy przychodnie miejskie i jedną praktykę lekarza rodzinnego. Pierwsze pytanie: czy kasa chorych traktować będzie jednako wszystkie podmioty i czy nie będzie preferencji dla lekarzy rodzinnych z tego względu, że najprostszą sprawą jest obłożenie całego miasta indywidualnymi lub zbiorowymi praktykami lekarza rodzinnego, bo samorząd ma wtedy załatwioną sprawę ochrony zdrowia? My przejmujemy 3 przychodnie z mocy prawa, więc czy zorganizować oddzielnie każdą przychodnię jako samodzielną placówkę służby zdrowia czy połączyć w jedną placówkę?

Jeszcze inna sprawa. Miały być preferencyjne kredyty na urządzenie gabinetów lekarzy rodzinnych. Mamy obecnie 5 lekarzy po specjalizacji lekarza rodzinnego i proszę o konkretną odpowiedź, na jaką pomoc ze strony resortu mogą liczyć co do wyposażenia i innych rzeczy.

Jacek Kukurba

Pełnomocnik Regionalny Kasy Chorych w Krakowie

Ze strony resortu na żadną pomoc liczyć nie mogą, a z kas chorych też nie, bo my nie jesteśmy organizatorami ochrony zdrowia. W dalszym ciągu działa stereotyp, że do końca tego roku wszystko robił budżet, a w roku przyszłym to samo będzie robić kasa chorych. Ale tak nie będzie. Kasa w imieniu ubezpieczonych jedynie zakupi w placówkach służby zdrowia świadczenia medyczne. Obowiązywać będzie zasada jak w każdym sklepie: ja wiem ile mam pieniędzy na leczenie mieszkańców w Małopolsce, to samo dotyczy moich kolegów z sąsiednich kas chorych, wchodzę do sklepu, który się nazywa służba zdrowia i wykupuję świadczenia.

Samorządy są natomiast organizatorami tych świadczeń, zlecają komuś w kontrakcie ich wykonanie, na przykład lekarzom rodzinnym czy praktykom grupowym. Poprzez kontraktowanie świadczeń z lekarzami i z pielęgniarkami są one wykupywane, ale za zorganizowanie służby zdrowia na danym terenie odpowiada samorząd. Utańczyło się, że im wyżej, tym bliżej Pana Boga. W związku z tym wszyscy chcą być wojewódzkimi placówkami. To jest pomylenie z poplątaniem i świadczy, że administracja nie do końca chce podejmować decyzje bądź nie wie, o co w tej reformie chodzi. To już nie jest problem kasy chorych. Proszę nie przerzucać organizacji

ochrony zdrowia na kasę chorych. Kasa ma jedynie uzgodnić zaproponowany przez organizatorów program promocji i profilaktyki ochrony zdrowia na danym terenie.

Pytanie z sali

Pani Minister! Drodzy Państwo!

Moja gmina położona jest nad jeziorem Rożnowskim, ma dużo problemów nie tylko ze służbą zdrowia, ale też z ochroną środowiska, a reforma służby zdrowia nakłada na nas dodatkowe ciężary. Strata jaką może przynieść gminna placówka służby zdrowia, jeżeli dobrze zrozumiałem pana dyrektora Tomasika, pokrywana będzie przez samorząd, bo jeżeli ZOZ nie wygospodaruje środków, to później nastąpi jego likwidacja. Proszę o odpowiedź skąd wziąć na to środki, bo ja rozumiem, że rząd nas uszczęśliwił na siłę nie tylko tą reformą. Podobnie było z oświatą, mamy dużo szkół do remontu. Pan Pełnomocnik i Pani Minister mówi, że utrzymanie służby zdrowia należy do samorządu. Czy wobec tego na pewno pokrywane będą przez niego straty?

Druga sprawa. Szpital Wojewódzki w Nowym Sączu nie dbał akurat o ośrodki w mojej gminie. Krótko mówiąc zostały zamknięte decyzją SANEPID-u i są uruchamiane warunkowo. Jeśli gmina przejmie służbę zdrowia, stworzy ZOZ, oczywiście wtedy SANEPID nie będzie pytał i go zamknie. Co wtedy?

Pani Minister założyła, że oczywiście kierownicy, dyrektorzy ZOZ-ów będą robili redukcje, żeby było tylu pracowników ilu potrzeba. Ja twierdzę, że tak nie będzie, ponieważ zarówno środowisko lekarzy jak i nauczycieli nie było dotychczas skłonne robić reformy. Jest to ciężkie środowisko, bardzo potrzebne, natomiast na pewno bardzo ciężko reformowalne.

Aleksander Więcek

Lekarz z Gminy Gródek n/Dunajcem

Państwo informujecie o plusach reformy. Myślę w tej chwili o informacjach docierających do pacjentów. Nie wiem czy nie są rozbudzane nadmierne oczekiwania wśród moich pacjentów i czy to nie odbije się później na pracownikach podstawowej opieki zdrowotnej, chociażby w opiece stomatologicznej. Zakres usług pokrywany przez kasę chorych jest niewielki. Ile osób o tym wie, czemu nie jest uruchamiana informacja i to informacja powiedzmy rzeczowa, trafiająca do pacjentów. Ona dopiero zaczyna funkcjonować i to wydaje mi się w zbyt wąskim zakresie.

Roman Olejarz

Rzepliny, gmina Kęty

Pani Minister! Szanowni Państwo!

Gmina Kęty nosi się z zamiarem powołania publicznego zakładu opieki zdrowotnej na szczeblu podstawowym. Jeżeli ze względów od gminy niezależnych ten zakład będzie mógł powstać dopiero w styczniu czy w lutym przyszłego roku, to w jaki sposób będzie funkcjonowała opieka zdrowotna w tym przejściowym okresie. Czy później ZOZ, który złożył wcześniej ofertę do kasy chorych będzie mógł cesją przekazać świadczenie usług na nasz zakład gminny? Czy będzie trzeba z kasą chorych odrębnie negocjować? Jest tylko sześć tygodni na uruchomienie gminnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i może się zdarzyć, że sąd zarejestruje taki podmiot, ale dopiero w styczniu przyszłego roku.

I jeszcze jedna sprawa. Jeżeli gmina powoła zakład opieki zdrowotnej niepubliczny, to w jaki sposób następuje zatrudnianie pracowników? Czy oni z mocy podjętej uchwały rady stają się pracownikami tegoż zakładu i przechodzą z ZOZ-u, czy też w ZOZ-ie muszą dostać wypowiedzenie i nawiązać od nowa umowę o pracę w nowym zakładzie?

Kazimierz Barczyk

Przewodniczący SGiPM

Ja do Państwa jeszcze raz apeluję, żeby pierwszą czynnością po powrocie do swoich gmin było sprawdzenie, czy w porządku obrad najbliższej sesji rady jest uchwała o usamodzielnieniu gminnych jednostek służby zdrowia. To jest rzecz najpilniejsza, bo każdy mieszkaniec i każdy przedstawiciel opozycji będzie mógł Państwa krytykować i to całkiem zasadnie. A więc jedna z najpilniejszych uchwał to uchwała o usamodzielnieniu jednostek służby zdrowia.

Anna Knysok

Pełnomocnik Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego

Kto pokrywa deficyt zakładu, który jest publicznym samodzielnym zakładem opieki zdrowotnej utworzonym przez gminę? Pokrywa, tak jak powiedział pan dyrektor, organ założycielski zakładu ze środków własnych.

Sanepid zamknął wiejski ośrodek zdrowia, bo nie spełniał kryteriów sanitarnych. Czy warto zatem walczyć o to, żeby go otworzyć? Czy nie

terenie, musi zapewnić całodobową dostępność usług medycznych. W ten sposób zaczynamy odchodzić od tych usług, które w pogotowiu ratunkowym są zdecydowanie za drogie, czyli usług tzw. przychodni na kółkach.

Postaramy się, aby w kontraktach organizatorzy i placówki służby zdrowia przedłożyły nam rozwiązania dotyczące tych zagadnień, a więc jaki będzie dostęp do informacji, czy w dalszym ciągu będzie numer 999 w przypadku zachorowania, bo ktoś ma temperaturę i trzeba wezwać lekarza, a równocześnie może funkcjonować i normalny numer bezpośrednio do tego lekarza.

Mam świadomość, że czasu jest mało, ale kasę chorych praktycznie zaczęliśmy organizować dopiero 24 sierpnia. Dzisiaj wiemy dla jakiej populacji musimy zapewnić opiekę i wiemy, jakie kierunki finansowania musimy stworzyć.

Przykro mi bardzo, pan doktor z Gródka powoływał się na Urząd Wojewódzki w Nowym Sączu, ale proszę nie przenosić na nas odpowiedzialności za to, że w ciągu minionego roku nie uczyniono nic, aby przygotować te placówki do kontraktowania świadczeń medycznych z kasą chorych. Proszę popatrzeć na to z dwóch stron.

Pan doktor ujawnił rzecz szalenie znamienne, że jeżeli na 10 tysięcy mieszkańców mamy dzisiaj tylko 3,4 łóżka opiekuńczego, a według starych wytycznych, zdaje się sprzed dwóch lat, pokazuje się 20 kilka procent na 10 tysięcy mieszkańców, to mogą Państwa zapewnić, że w całej południowo-wschodniej Polsce żaden z wojewodów nie podjął decyzji o przekwalifikowaniu szpitala na szpital opiekuńczy. Dlaczego, nie chcę tego komentować? To już, że tak powiem, nie do mnie należy.

W związku z tym, jeżeli szpital opiekuńczo^oleczniczy tworzy na przykład Caritas, to wiadomo, że ja tam zakontraktuję odpowiednie świadczenia. Jest to logiczne.

Medycyna szkoleń, to jest bardzo ważne. Tu się nic nie stanie nagle z dnia na dzień, bo to jest niemożliwe w służbie zdrowia. Na pewno będziemy preferowali takie rozwiązania czy taką profilaktykę, żeby zabezpieczyć dwie grupy na terenie działalności kasy: młodzież, poprzez medycynę szkolną i ludzi starych, którzy w pomocy społecznej niejednokrotnie oczekują dofinansowania, chociażby za leki.

Sprawa następna. Pani Minister mówiła, że odchodzi się od zielonych recept. Odchodzi się, ale dla mnie jako osoby pilnującej publicznych pieniędzy jest bardzo ważne, aby mieć informację o wydatkowaniu środków, które na podstawie kontraktu znajdują się w danej placówce służby zdrowia. Dotąd służył do tego rejestr usług medycznych, ten popularny RUM, który w różny sposób był kontestowany, blokowany, z różnych przy-

czyn nie został wprowadzony. Ja na pewno będę poszukiwał takich możliwości, ażeby tam gdzie książeczki RUM-owskie zostały wydrukowane, były wprowadzone. Dlaczego? Bo ja chciałbym uszczelnić gospodarkę lekiem i dotyczy to szpitali i lecznictwa podstawowego. Nie może być tak, że z moich pieniędzy są finansowane inne zadania niż te, na które zostały przeznaczone. Tak jak Państwo nie chcecie finansować zadań, które na was nie ciążyą, tak i ja nie chcę finansować zadań cudzych. Ja bym chciał maksymalnie i gospodarnie zarządzać pieniędzmi.

Sprawa kolejna to jest problem lekarzy rodzinnych. Cały czas kształci się lekarzy rodzinnych. Czy jest to dobra forma? Tak, bo jest najbliższa mieszkańcom przez to, że lekarze rodzeni są względem nich dyspozycyjni. Czy od razu się to uda zrobić? Nie. A więc znowu inicjujemy nowy trend, ale za poziom wykształcenia lekarzy rodzinnych nie odpowiada już kasa chorych. Kasa wykupuje tylko świadczenia, które są najlepsze i może się również okazać, co ja wielokrotnie powtarzam, że znajdują się gabinety lekarzy, do których nie przyjdzie żaden pacjent. Kierownik takiego ośrodka zdrowia będzie musiał podjąć decyzję i powiedzieć koledze, że on niestety nie obsługuje należycie.

I problem kolejny. W pierwszym roku nie będzie warunku jakości usługi medycznej, chociaż o niej cały czas mówimy. Gwarantuję, że od 1 września wymóg ten będzie. W konkursie ofert, pojawi się jakość usługi medycznej i nie tylko liczyć się będzie satysfakcja pacjenta z udzielonej porady, ale również inne warunki, jakich pacjent oczekuje po świadczeniu medycznym, a więc warunki pobytu w szpitalu, jego dostępność, warunki usługi medycznej w lecznictwie otwartym.

Pytanie z sali

Wspomniał pan o opiece nad turystami. Jesteśmy zainteresowani, w jaki sposób będzie się przeliczało zwrot kosztów funkcjonowania niepublicznego albo publicznego zakładu opieki zdrowotnej, opieki całodobowej, czy od razu od 1999 roku czy stopniowo. Następne pytanie już lekarskie: czemu był taki krótki czas składania ofert na świadczenie usług medycznych dla Małopolskiej Regionalnej Kasy Chorych?

I ostatnie pytanie: czy macie prawo wymagania kosztów usługi, co chyba jest tajemnicą. Powinniśmy mówić raczej o cenie tej usługi.

Jacek Kukurba

Pełnomocnik Regionalny Kasy Chorych w Krakowie

Opieka całodobowa. Mówiłem w tym przypadku o pewnym trendzie. Idziemy w tym kierunku, tam gdzie jest to możliwe. Tam, gdzie się to nie uda, będziemy wykupywali świadczenia w pogotowiu ratunkowym. Ale może zrobimy inaczej: dam panu pieniądze, a pan sobie je sam wykupi w pogotowiu ratunkowym. A więc nie ma takiej sytuacji, żeby nie można było znaleźć wyjścia, jeżeli się zacznie spokojnie rozmawiać.

Sprawa druga - termin składania ofert. Muszę powiedzieć, że ostatnio zaczynam się coraz bardziej dziwić niektórym pytaniom. Dlaczego? Przecież o tym, że należy kontraktować świadczenia wiadomo było od 6 lutego ubiegłego roku. Przepraszam, ale bądźmy konsekwentni. Wiedziała o tym administracja rządowa, a jedynym wyjątkiem były wybory samorządowe, dotyczące wyłącznie gmin, którym wypadło z tego powodu trzy miesiące. Wszyscy wiedzieli o tym, że będzie reforma służby zdrowia.

W związku z tym, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów, mieszczę się w terminie i mam prawo poprosić o koszty. Poszedłem samorządom na rękę i poprosiłem ich o cenę. Dlaczego? Dla mnie jest bardzo wygodnie prowadzić negocjacje o cenę, to jest dla mnie wyjątkowo komfortowa sytuacja dlatego, że jeżeli ja zacznę dyskutować o cenie, to mogę Państwu powiedzieć, że na terenie Krakowa po dyskusji o cenie musiałbym ograniczyć o 1/3 liczbę łóżek, bo nie odpowiadają moim oczekiwaniom. To samo dotyczy Nowego Sącza z nadmiarem 250 etatów w szpitalu wojewódzkim na 1200 etatów kalkulacyjnych. Pan dyrektor się pyta, czy kasa chorych ma pieniądze na odprowy dla pracowników? Nie ma. Był rok na to, żeby przekształcić i przygotować tę placówkę. To samo jest w Gorlicach, gdzie jest duży ZOZ, który ma w swojej strukturze i szpital, i gminne ośrodki zdrowia, i wiejskie ośrodki zdrowia, i transport, i całą przybudówkę.

Czy ja podpiszę z nimi kontrakt? Podpiszę, bo to jest monopolista na tym terenie i będą takie powiatowe szpitale: Brzesko, Bochnia, Limanowa, Nowy Targ, Sucha Beskidzka itd. itd. Chyba sobie Państwo nie wyobrażacie, że z tymi placówkami kontraktu nie podpiszę, żeby mi górale z ciupagami przyjechali do Krakowa? Ale jeżeli w 20-tysięcznym Zakopanem, które ma duży ruch turystyczny, gdzie okresowo zamieszkuje 150 tysięcy mieszkańców łącznie z turystami, zatrudnia się tylko 250 lekarzy ZOZ, ja nie mówię o prywatnej praktyce, no to przepraszam, ale co zrobił wojewoda na tym terenie, żeby przygotować tę placówkę do kontraktowania świadczeń i to będzie szpital powiatowy, w związku z czym idzie do gminy. I co

gmina ma z tym zrobić? Nie wiem. To wy jesteście organizatorami ochrony zdrowia. Ja mam tylko wykupić bezpieczne świadczenia i nie jest to unikanie odpowiedzialności, ponieważ ja nie jestem organizatorem ochrony zdrowia.

Było zapowiadane, że będzie rozdział organizatora ochrony zdrowia od płatnika, a więc kto inny organizuje świadczenia, kto inny płaci za nie, ale płaci według określonych wymogów. W lecznictwie podstawowym będzie płacone per capita. I teraz czy ja podpiszę kontrakt z przychodnią wiejską, powiedzmy w Gródku n/Dunajcem, z tą którą chcą zamykać. Nie wiem czy podpiszę? Ale jak ją zamkną, to podpiszę pewnie z lekarzem rodzinnym, z prywatnym podmiotem, który obsłuży lepiej mieszkańców, żeby Państwo za chwilę jako ubezpieczeni nie przyszli i nie powiedzieli, że trzeba mnie odwołać, że jestem niegospodarny, bo daję temu, co działa źle, a pomijam dobrego.

To nie jest tak, że od 1 września zaczęło się coś, co jest nieznanne. To było naprawdę znane od paru lat, a od momentu uchwalenia ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w ubiegłym roku, od września ubiegłego roku, od lutego w tym roku, nawet od czerwca, kiedy ostatni raz się spotykaliśmy. Powiedziałem wtedy, czego się spodziewać, ale wszyscy czekali, że może się coś uda i jakoś to będzie.

Pytanie z sali

Całkowicie nie zgadzam się z tym, co pan dyrektor Kukurba przed chwilą powiedział. My nie mamy kompletnie wpływu na to, ile osób jest zatrudnionych w placówkach służby zdrowia. To nie ten adres. Bardziej ministerstwo odpowiada za to, że nie było reform w służbie zdrowia do dzisiaj. Zrzucanie odpowiedzialności na gminę od 1 stycznia chyba jest jakimś nieporozumieniem. Gminy będą na pewno współdziałać we wprowadzaniu reformy, ponieważ jedyną możliwością rozwoju państwa jest to, żeby służba zdrowia była prywatna. Nie można nas natomiast obarczać odpowiedzialnością za to, że tak źle działali wojewodowie. Sprowadzanie gminy do roli organu administracji rządowej było modne, ale to już minęło. Chcielibyśmy, aby rząd i ministerstwo traktowało nas po partnersku.

Jeżeli chodzi o moje pytania, to pierwsza sprawa dotyczy osobowości prawnej. Mówi się, że szpitale będą miały osobowość prawną. Jaka to jest osobowość prawna, jeżeli odpowiedzialność finansowa spoczywa na gminie. To nie jest żadna osobowość prawna, to jest jednostka budżetowa tylko wpisana do rejestru jako posiadająca osobowość prawną.

Druga sprawa dotyczy negocjacji. Pani Minister mówiła kto z kim

ma negocjować. Przecież to jest rzucenie ZOZ-ów na kolana przed kasami chorych. Nie ma żadnych negocjacji, ponieważ albo kasa chorych podpisze albo nie podpisze. I jest pytanie: czy w Krakowie będzie taka sama cena za daną usługę co w Zakopanem czy nie? Jak mają wyglądać te negocjacje?

Następna sprawa dotyczy kredytu. Czy ministerstwo rozmawiało z jakimś konkretnym bankiem, który sobie od razu ten kredyt wpisze w straty, a jeżeli gmina poręczy, to już nie jest kredyt, bo równie dobrze gmina może te pieniądze dać, bo zwrotu nie będzie.

Dobrze, że pan poruszył sprawę opieki całodobowej, bo to jest rzeczywiście bardzo ważna sprawa. Jeżeli lekarz rodzinny podpisze umowę z kasą chorych, to jest niewolnikiem przez 24 godziny na dobę. Musi być do dyspozycji pacjenta, czyli w tej chwili istniejąca struktura w jakiś sposób wymusza tworzenie zespołów prywatnych. Myślę, że to nie jest wcale takie złe, jeżeli zespoły prywatnych lekarzy powstają.

Moje następne pytanie do ministerstwa jest takie: czy nie rozważano możliwości pozostawienia tych pieniędzy, które są ściągane w kieszeni podatników i po prostu zrobić gabinety zupełnie prywatne? To jest otwarta służba zdrowia, niech ta godzina, czy 15 minut przyjęcia pacjenta kosztuje dwa złote. Przecież na to każdego stać. Ja ze swojego doświadczenia mogę się podzielić taką refleksją. Jako gmina kiedyś próbowaliśmy wprowadzić leczenie zębów w szkołach. Rodzice odmówili, bo stwierdzili, że wolą leczyć w prywatnych gabinetach, nie chcą niszczyć zębów dzieciom.

I jeszcze takie pytanie: jeżeli powstanie kasa chorych, ja rozumiem, że tam będą specjaliści. Jak oni rozróżnią, czy lekarz dał dobry antybiotyk za 20 zł, czy nie powinien dać za 200 zł? A jeżeli dał zły antybiotyk, to kto zapłaci pacjentowi za złe leczenie?

Jacek Kukurba

Pełnomocnik Regionalny Kasy Chorych w Krakowie

Zaczynamy otwierać nową działkę w historii polskiego leczenia, mianowicie roszczenia z tytułu naruszenia praw pacjenta, za złe leczenie. Myślę, że poruszył pan wiele wątków z fazy dyskusji nad ustawą, ale jako samorządowiec Pan bardzo dobrze wie, że z ustawami się nie dyskutuje. Ustawy się realizuje. W związku z czym był czas na dyskusję nad tą ustawą i ten czas w którymś momencie został wyczerpany. W związku z tym proszę mnie nie namawiać do łamania ustawy.

Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z późniejszymi zmianami zgodnie z treścią art. 55a rozstrzyga, że organy samorządu terytorialnego po zasięgnięciu opinii samorządów za-

wodowych, medycznych, w porozumieniu z kasą chorych, są obowiązane do opracowania i aktualizacji planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, czyli leczenia podstawowego. W oparciu o ten plan kasa chorych zawiera umowy ze świadczeniodawcami. Organy samorządu ogłaszają ten plan w Dzienniku Urzędowym województwa. Zasady i warunki, jakim powinien odpowiadać plan określi ministerstwo zdrowia w drodze rozporządzenia. Ponieważ rozporządzenia nie ma, a my zawieramy już kontrakty, to jako samorząd jesteście uprawnieni podjąć uchwałę, nawet jak nie ma rozporządzenia. Ja powtarzam, jestem otwarty na każdą rozmowę i każdy dialog. A więc tak jak pan Minister Barczyk mówił - pierwszym krokiem jest stworzenie w gminie publicznego samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej i zarejestrowanie go w sądzie.

Może nie dotarła taka informacja do Krosna, bo ja widziałem dokumenty w Ministerstwie Zdrowia, mianowicie plany restrukturyzacyjne placówek służby zdrowia, które dzięki temu, że złożyły taki plan, mogły otrzymać z rezerwy budżetu państwa 310 mln złotych dotacji. Tam było bardzo dużo gminnych ośrodków zdrowia w leczeniu podstawowym, ja nie wiem czy 20 tysięcy złotych, czy 50 tysięcy złotych, czy 100 tysięcy złotych to jest dużo na taki ośrodek czy mało? Wiem, że to żadne pieniądze, a więc to nie jest znowu tak, że nam się stawia oczekiwania co do pewnych rozwiązań czy finansowania, a samorząd tylko czeka. Wspólnie Panie Prezydencie, i jeżeli będzie tylko taki program z Państwa strony na pewno będzie sfinansowany.

Pan był uprzejmy jeszcze wcześniej zadać pytanie dotyczące profilaktyki antyalkoholowej, bo w gminie te środki się znajdują. Ja rozumiem, że pan w stosunku do gminy wiejskiej jest uprzywilejowany, bo pan tych punktów ma powiedzmy 20, 50, natomiast gmina ma jeden i te środki są zupełnie inne. Ale w ramach tego planu właśnie, o którym mówimy to zabezpieczenie programu profilaktyki antyalkoholowej można umieścić.

Sprawa kolejna, o której mówił pan burmistrz z Gródka, dotyczyła informacji. Ja się zgadzam, że informacja szwankuje, ale chciałem powiedzieć, że ja się od dwóch miesięcy dobijam o minutową informację w lokalnej telewizji na temat reformy ochrony zdrowia i nie otrzymałem jej do dzisiaj, a przecież jest to najlepszy środek komunikacji społecznej. Powiedziano mi, że mogę sobie kupić. Tylko przepraszam, ale my jesteśmy finansowani z rezerwy i środki mamy szalenie ograniczone. Zresztą nie bez kozery toczy się publiczna dyskusja, czy ubezpieczenia w ogóle wprowadzać, chociaż są ustawy podjęte przez parlament.

Jak ja zamierzam rozwiązać w Małopolsce problem tych, którzy nie mieszkają tutaj. Myślę, że przekaże tę informację kolegom z sąsiednich kas.

Zamierzam opracować ulotkę, która trafi do trzech środowisk. Do mieszkańców ona musi mieć zupełnie inną wartość komunikacji, drugą do pracowników ochrony zdrowia i trzecią do samorządów, ponieważ Państwo musicie mieć inną informację niż mieszkańcy, czy pracownicy służby zdrowia, chociaż treści będą wszędzie takie same. Chodzi o to, żeby informacja była najskuteczniejsza i najszybsza, ale proszę mi dać jeszcze odrobinę czasu. Jest jeszcze półtora miesiąca i możemy to spokojnie przygotować, nawet jeżeli po drodze są święta, bo my już pracujemy na okrągło, całą dobę. Do końca listopada taka informacja do Państwa trafi. Miałbym tylko prośbę, żeby Państwo również wzięli udział w informowaniu mieszkańców na podstawie wam przekazanych informacji, żeby nie było tak, że cała odpowiedzialność spada na nas. Wtedy możemy podziękować telewizji i niekoniecznie musimy skorzystać z jej usług.

To nie jest tak, że media są ogólnie dostępne. Okazuje się, że jeśli ktoś kogoś okradł, to jest to ważniejsza informacja niż wiadomość o tym, że wprowadzamy równocześnie trzy ważne reformy: samorządową, reformę opieki zdrowotnej i reformę ubezpieczeń społecznych. Chciałem Państwu powiedzieć, że w rankingach drugie miejsce po bezpieczeństwie zajmuje ochrona zdrowia, dopiero później kultura, szkolnictwo, drogi itd. A więc jest to społecznie bardzo ważny problem.

List Pełnomocnika Regionalnego Kasy Chorych w Krakowie - Jacka Kukurby

Szanowni Państwo!

Dzięki dobrej współpracy pomiędzy Małopolską Kasą Chorych a Stowarzyszeniem Gmin i Powiatów Małopolski, korzystając z Ich uprzejmości, chciałbym skierować do Państwa słowa, które w sposób zwięzły i ogólny przedstawiają podstawowe założenia reformy ochrony zdrowia i związane z tym nowe zadania samorządu terytorialnego.

Już wkrótce - 1 stycznia 1999 r. - zmieni się znacząco system ubezpieczenia zdrowotnego. W miejsce dotychczasowego, niewydolnego, finansowanego centralnie i opartego na przyporządkowaniu określonej kwoty dotacji dla poszczególnych placówek bez względu na jakość świadczonych usług wejdzie nowy, którego zasadniczym filarem będą samorządne i samofinansujące się Kasy Chorych. Ubezpieczony pierwszy raz uzyska faktyczną możliwość decydowania o tym, czy środki wydane przez niego na składkę mają trafić do jednego lekarza, przychodni lub szpitala, czy też do innego, który oferuje poradę sprawniejszą i opartą na bogatszej wiedzy fachowej. Z czasem, od 1 stycznia 2000 r., ubezpieczony będzie mógł również decydować o zmianie Kasy Chorych, jeżeli uzna, że dotychczasowa w sposób niewystarczający dbała o jego interesy.

Samorządy terytorialne, które zasadniczo przejmują organizację ochrony zdrowia na swoim terenie wreszcie będą mogły wpływać na jej strukturę, szybciej i sprawniej reagując na lokalne potrzeby ubezpieczonych. Jako organizator wielu placówek samorządy terytorialne będą współtworzyć system ochrony zdrowia w gminie, powiecie i województwie. Dobra współpraca z Kasami Chorych stanowić będzie gwarancję powodzenia reformy ubezpieczenia zdrowotnego.

Powszechnie Ubezpieczenie Zdrowotne - Kasy Chorych

Zmiany w służbie zdrowia od dnia 1 stycznia 1999 r. oznaczają, że:

- zmienia się sposób finansowania służby zdrowia,
- każdy z nas może wybrać swojego lekarza, przychodnię i szpital, w którym chce się leczyć,
- za leczenie zapłaci Kasa Chorych a nie ubezpieczony,
- najważniejszy jest ubezpieczony i dokonany przez niego wybór lekarza (placówki), który podpisał kontrakt z Kasą Chorych.

Jak zostać członkiem Kasy Chorych?

Od 1 stycznia 1999 r. każdy z mieszkańców Województwa Małopolskiego stanie się automatycznie członkiem Małopolskiej Kasy Chorych. Nie będziemy musieli nigdzie pójść, aby zapisać się do Kasy Chorych.

Od 1 stycznia 2000 r. będziemy mieli ponadto prawo wyboru i zmiany Kasy Chorych. Każdy ubezpieczony może być członkiem tylko jednej Kasy Chorych - regionalnej lub branżowej.

Kto jest uprawniony?

Członkami Kas Chorych będą wszystkie osoby objęte obowiązkiem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, za które jest odprowadzana składka, oraz ich rodziny. Są to np. pracownicy, rolnicy, osoby prowadzące działalność gospodarczą, osoby pracujące na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia, adwokaci, twórcy, osoby duchowne, bezrobotni, a także wszyscy, którzy otrzymują świadczenia z tytułu emerytury, renty lub pomocy społecznej. Uprawnionymi będą również członkowie rodzin osób wyżej wymienionych.

Ponadto ustawa rozszerza listę osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Znaleźli się na niej rolnicy oraz ich rodziny nie podlegający ubezpieczeniom społecznym, kombatan ci nie pobierający emerytury lub renty, osoby przebywające na urlopie wychowawczym i nie pozostające na utrzymaniu osoby zobowiązanej do ubezpieczenia.

Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosić będzie 7,5% naszego przychodu, czyli wynagrodzenia, renty, emerytury, stypendium lub zasiłku. Będzie ona odliczana od płaconej przez nas co miesiąc zaliczki na podatek dochodowy. W związku z tym nie będziemy ponosić żadnych dodatkowych obciążeń. Obliczał i pobierał składkę będzie w przypadku:

- pracownika - pracodawca
- bezrobotnego - Urząd Pracy

- emeryta i rencisty - ZUS
 - rolników - KRUS
 - osób pobierających stałe świadczenia z pomocy społecznej - organy pomocy społecznej.
- Pobór, ewidencjonowanie i egzekwowanie składek będzie należało do ZUS i KRUS.

Powszechne Ubezpieczenie Zdrowotne oparte zostało na zasadach:

- solidarności społecznej,
- samorządności,
- samofinansowania się Kas Chorych,
- prawa wolnego wyboru lekarza,
- prawa wolnego wyboru Kasy Chorych,
- zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych,
- działalności Kasy Chorych nie dla zysku.

Obowiązki Kasy Chorych

Na mocy ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym Kasa Chorych musi podpisać umowy w taki sposób, aby zostały zagwarantowane prawa ubezpieczonych do opieki medycznej zgodnie z najlepszą wiedzą medyczną. Kasa Chorych zapłaci za wszystkie świadczenia, zgodnie z listą ustaloną przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, które służą zapobieganiu chorobom, ratowaniu i przywracaniu zdrowia ubezpieczonych. Należą do nich:

- porada lekarska, czyli wizyta u lekarza opieki podstawowej zdrowotnej lub lekarza rodzinnego,
- leczenie ambulatoryjne (przychodnia, poradnia, ośrodek zdrowia) oraz w domu ubezpieczonego,
- leczenie szpitalne, jeżeli skierowanie wystawi lekarz Kasy Chorych; ubezpieczony ma prawo do wyboru szpitala spośród tych, które zawarły umowę z Kasą Chorych,
- opieka paliatywno-hospicyjna, to znaczy długotrwałe leczenie, rehabilitacja i opieka, także w domu ubezpieczonego,
- badania diagnostyczne na podstawie skierowania lekarza Kasy Chorych,
- wizyta u specjalisty - na podstawie skierowania lekarza Kasy Chorych.

Bez skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, czyli lekarza Kasy Chorych, można udać się na wizytę do następujących leka-

rzy-specjalistów Kasy Chorych:

- ginekologa,
- dermatologa,
- onkologa,
- stomatologa,
- psychiatry.

Kasa Chorych nie opłaci:

- szczepień ochronnych innych niż te zalecone przez Ministra Zdrowia i Opieki Zdrowotnej,
- orzeczeń o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych,
- wyżywienia i zakwaterowania w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- świadczeń z zakresu medycyny pracy opłacanych przez pracodawców,
- wyżywienia i zakwaterowania w uzdrowiskowych szpitalach i sanatoriach oraz świadczeń nie objętych skierowaniem lekarza Kasy Chorych,
- zabiegów ponadstandardowych np. większości zabiegów chirurgii plastycznej,
- świadczeń wysokospecjalistycznych np. przeszczepów serca, wątroby - za takie zabiegi zapłaci skarb państwa.

Leki i ich refundacja

Reforma zakłada likwidację tzw. zielonych*recept. Zasadniczo oznacza to jedynie zmianę koloru recepty, bowiem nie pozbawia to ubezpieczonych prawa do korzystania z refundacji za leki. Zmieni się system wydawania recept przez lekarzy i kontrolowania tego przez Kasę Chorych. Celem zmian jest doprowadzenie do tego, aby nikt z nas nie płacił za niepotrzebne lekarstwa przepisywane innym. Minister Zdrowia i Opieki Zdrowotnej w nowym rozporządzeniu poszerza listę leków refundowanych w całości w 1999 r.

Ustawa daje prawo do wypisywania recept ze zniżką nie tylko lekarzom Kasy Chorych, ale również wszystkim posiadającym prawo wykonywania zawodu lekarza. Warunkiem koniecznym jest zawarcie z Kasą Chorych umowy upoważniającej do wystawiania recept.

Za ile sanatorium?

- W tym zakresie obowiązywać będą następujące zasady:
- skierowanie do sanatorium będzie bezpłatne, jeżeli skierowanie wystawi lekarz Kasy Chorych,
 - koszty zakwaterowania podczas pobytu w sanatorium ponosić będzie ubezpieczony,
 - pobyt w szpitalu sanatoryjnym będzie pokryty w całości przez Kasę Chorych.

Proszę pamiętać!

Nie trzeba płacić lekarzowi i pielęgniarce lub innemu pracownikowi służby zdrowia za świadczenia medyczne znajdujące się na liście określonej rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Zdrowotnej. Lista świadczeń odpłatnych musi być dostępna w każdej placówce służby zdrowia. Nie będziemy płacić także za wpisanie się do Kasy Chorych.

Każdy z nas jako ubezpieczony jest najważniejszy w tym systemie, to my dokonujemy wyboru obdarzając zaufaniem nowego lub dotychczasowego lekarza, przychodnię lub szpital.

Zadania samorządu terytorialnego

Zgodnie z art. 8 ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej, jednostki samorządu terytorialnego mogą tworzyć i utrzymywać zakłady opieki zdrowotnej.

Jako organy założycielskie spełniają następujące funkcje :

- nadają statut zakładowi opieki zdrowotnej (art. 11 ust. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej),
- tworzą i przekształcają, likwidują zakład (art. 36),
- zatwierdzają statut zakładu opracowany przez radę społeczną (art. 39 ust. 2),
- wyrażają zgodę na zakup lub przyjęcie darowizny nowego sprzętu i aparatury o określonym przeznaczeniu lub standardzie (art. 42),
- powołują kierownika zakładu (art. 44a),
- powołują radę społeczną zakładu (art. 45),
- rozpatrują wnioski rady społecznej (art. 46, 48),
- rozstrzygają spory między kierownikiem zakładu a radą społeczną (art. 47 ust. 3),
- podejmują decyzje o formie finansowej, w jakiej może być prowadzony zakład (art. 35c),

- mogą pozbawić zakład składników przydzielonego lub nabytego mienia w przypadku połączenia lub podzielenia albo przekształcenia zakładu (art. 53a ust. 1) oraz w przypadku likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej,

- jego majątek po zaspokojeniu wierzytelności staje się własnością Skarbu Państwa lub gminy, a o jego przeznaczeniu decyduje podmiot, który go utworzył (art. 53a ust. 2).

Płatnik

Tę rolę przejmą w zasadzie kasy chorych, które będą rozliczać się bezpośrednio z zakładami opieki zdrowotnej za świadczenia zdrowotne. Nie wyklucza to jednak sytuacji, że zgodnie z art. 54 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych w szczególności na zlecenie organu, który utworzył zakład. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może też otrzymywać dotacje budżetowe na zadania wyszczególnione w art. 55 ust. 1. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, a dotacje przyznaje również organ, który go utworzył (art. 55 ust. 2).

Zarządca

Podstawowe, nowe, zadania samorządu terytorialnego to:

- powoływanie kierownika zakładu (w drodze poza konkursowej) i nawiązywanie z nim stosunku pracy na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej (art. 44 i 44a),

- przyjmowanie odwołań kierownika zakładu od uchwał rady społecznej (art. 47 ust. 3),

- wstrzymywanie decyzji kierownika zakładu w przypadku stwierdzenia jej niezgodności z prawem (kontrola legalności działania zgodnie z art. 67 ust. 4).

Nadzorca

Praktycznie obowiązki organu założycielskiego w tym zakresie nie ulegają istotnym zmianom. Według art. 67 ust. 1 i 2 nadzór nad zakładami sprawuje podmiot, który utworzył zakład (kontrola i ocena realizacji zadań statutowych, dostępności i poziomu udzielanych świadczeń, prawidłowo-

ści gospodarowania mieniem, nadzór nad gospodarką finansową). Co do nadzoru nad gospodarką finansową zakładu, to z jednej strony przejmą go kasy chorych, kontrolując realizację zawartych kontraktów, jednak z drugiej strony samorząd, jako organ tworzący zakład i właściciel mienia nieruchomości (budynki i grunty), także będzie pełnił funkcje nadzorcze. Tym bardziej, że od Nowego Roku musi zapewnić na swym terenie organizację opieki ambulatoryjnej.

Organizator

Do uprawnień i obowiązków organu tworzącego zakład opieki zdrowotnej należy w zakresie organizacji:

- tworzenie, przekształcenie i likwidacja zakładu opieki zdrowotnej (art. 36 i 43),

- określenie zakresu i rodzaju działalności poprzez nadawanie i zatwierdzanie statutu i zmian w nim (art. 11 i 39 ust. 2),

- powoływanie rady społecznej,

- organu inicjującego i opiniodawczego podmiotu, który tworzy zakład (art. 44b i 45).

Właściciel

Po Nowym Roku właścicielem mienia nieruchomości publicznych zakładów opieki zdrowotnej będzie samorząd terytorialny, natomiast mienie ruchome przypadnie samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej. Jednym z ważnych powodów przyjęcia takiego rozwiązania.

Inne zadania

Jednostka samorządu terytorialnego tworząca zakład ma także inne obowiązki:

- opracowuje i aktualizuje plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (art. 55a ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym),

- wykonuje obowiązki wynikające z ustaw: o zwalczaniu gruźlicy, chorób zakaźnych, wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ochronie zdrowia psychicznego, o przeciwdziałaniu narkomanii, o służbie medycyny pracy (zmiany w zakresie wypełniania tych zadań wprowadziła ustawa kompetencyjna),

- pokrywa koszty świadczeń udzielanych osobom bezdomnym,

- uczestniczy w realizacji inwestycji.

Od 1 stycznia 1999 r. inwestycje centralne przekazane zostaną wraz z pieniędzmi poszczególnym jednostkom samorządu terytorialnego. Spory kompetencyjne mogą wystąpić w przypadku realizowania inwestycji przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej; nie rozstrzygnięto, czy mają one obciążać konto organu założycielskiego, czy też być wliczane w koszty bieżącej działalności zakładu, który wówczas pokrywałby je samodzielnie.

Uprawnienia i obowiązki jednostki samorządu terytorialnego jako właściciela samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej to:

- wydzielenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej dla części mienia i przekazanie go zakładowi w nieodpłatne użytkowanie jako funduszu założycielskiego (art. 56 ust. 1 - 2, art. 53 ust. 1),

- udzielanie zgody na zbycie, wydzierżawienie lub wynajęcie majątku (art. 53 ust. 2),

- pozbawianie zakładu składników przydzielonego mienia (art. 53a ust. 1),

- pokrywanie zobowiązań w przypadku ujemnego wyniku finansowego (art. 60 ust. 4) lub likwidacji zakładu (art. 60 ust. 6).

Jacek Kukurba

Pełnomocnik Regionalny Kasy Chorych w Krakowie

2. Odpowiedzi na najczęściej pojawiające się pytania dotyczące powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego opracowane przez specjalistów z Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej

1. Jaka powinna być kolejność działań zmierzających do zarejestrowania samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w gminie po podjęciu uchwały przez radę gminy o przejęciu z dniem 01.01.1999 r. funkcji organu założycielskiego dla gminnego zespołu opieki zdrowotnej?

2. Jakiego powinien podjąć działania Wydział Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego po otrzymaniu uchwały Rady Gminy o przejęciu z dniem 01.01.1999 r. funkcji organu założycielskiego dla Gminnego Zespołu Opieki Zdrowotnej?

(odpowiedź łączna na powyższe dwa pytania)

Przejęcie funkcji organu założycielskiego dla zakładu opieki zdrowotnej zgodnie z ustawą z dnia 13 października 1998 r. przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną następuje zgodnie z art. 47 tej ustawy i wydanego na jego podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie przejęcia uprawnień organu założycielskiego przez jednostki samorządu terytorialnego. Przejęcie następuje więc z mocy prawa w trybie i na zasadach określonych w ustawie, z tym że majątek ruchomy Skarbu Państwa przekazany w nieodpłatne użytkowanie samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej staje się z dniem 1 stycznia 1999 r. własnością tych zakładów. Na podstawie omawianego art. 47 wymienionej ustawy następuje przekazanie samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej. Niektóre jednostki ochrony zdrowia mogą być przekazywane

na podstawie art. 26 tej ustawy, który mówi o przejmowaniu instytucji i jednostek organizacyjnych określonych w niniejszej ustawie oraz ustawie kompetencyjnej. W sytuacji, gdy dany zakład opieki zdrowotnej świadczy usługi na obszarze więcej niż jednej jednostki samorządu terytorialnego może dojść do podziału zakładu lub zawarcia porozumienia pomiędzy zainteresowanymi stronami (art. 26 ust. 2). Przejęcia funkcji organu założycielskiego nie należy rozpatrywać w kontekście nowej rejestracji tego zakładu. Należy dokonać natomiast zmian w statucie, oraz zgłosić zmianę w rejestrze u wojewody i w rejestrze sądowym tylko w odniesieniu do zmiany organu, który tworzy zakład (zgłaszanie wszelkich zmian wynika z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej) do czego upoważniony jest kierownik zakładu.

3. Czy gmina tworząca od 01.01.1999 r. samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej lub kierownik tego nowego samodzielnego zakładu będzie zobowiązany do przejścia pracowników zatrudnionych w działających dotychczas ośrodkach zdrowia, czy też zatrudnienie pracowników w nowo utworzonym zakładzie zależne będzie wyłącznie od wielkości kwoty otrzymanej z Kasy Chorych oraz woli kierownika tej jednostki i organów zarządzających?

Przejęcie uprawnień organu założycielskiego dla zakładu opieki zdrowotnej przez jednostkę samorządu terytorialnego nie jest tworzeniem nowego zakładu opieki zdrowotnej. Tym samym nie dochodzi do zmiany pracodawcy (pracodawcą dla pracowników zakładu jest bowiem zakład opieki zdrowotnej, a nie samorząd) stąd status pracowników zatrudnionych w zakładzie nie ulega zmianie w związku z przekazaniem uprawnień samorządom na podstawie art. 47 ustawy przepisów wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną. W działaniu zakładu na zasadach tworzącego się rynku usług medycznych będą musiały być podejmowane decyzje odnośnie polityki kadrowej. Stan zatrudnienia pracowników będzie uzależniony od zakresu i ilości wykonywanych świadczeń zdrowotnych, tak aby realizować zadania statutowe z zachowaniem zasad ekonomii. W realizacji polityki kadrowej zakładu uczestniczy nie tylko kierownik ale i organizacje związkowe a ponadto działają oni w ramach przepisów prawa pracy.

4. Czy gmina lub powiat będą mogły dofinansować wynagrodzenia osobowe pracowników SP ZOZ oraz kto będzie pokrywał

koszty zmniejszenia zatrudnienia (odpraw pracowniczych np. w przypadku gdy kasa chorych zmniejszy dotację ze względu na zmniejszenie ilości pacjentów)?

Należy zacząć od wyjaśnienia, że Kasa Chorych nie udziela dotacji, tylko zawiera umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, które mogą być renegotjowane w ciągu roku jeśli w istotny sposób zmieni się liczba wykonanych świadczeń. Samodzielny zakład opieki zdrowotnej sam ze swoich środków pokrywa koszty swojej działalności, stąd wynika, że to zakład będzie finansował odprawy pracowników z pozyskanych środków, przy czym środki z Kasy Chorych nie muszą, a nawet nie powinny być jedynym źródłem finansowania działalności zakładu. Organ, który tworzy zakład może przekazywać środki finansowe dla samodzielnego zakładu zgodnie z art. 54 i 55 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i na wymienione w tych artykułach cele. W kontekście tych zapisów nie można mówić o dofinansowywaniu wynagrodzeń osobowych, natomiast budżet jednostki może być zwiększony o środki pochodzące z wymienionych źródeł. Wysokość wynagrodzeń w zakładzie będzie zależna od regulaminu wynagradzania lub układów zbiorowych pracy, oczywiście w przełożeniu na ilość i jakość świadczeń.

5. Czy gmina otrzyma pieniądze na prowadzenie SP ZOZ-ów? Czy będą to pieniądze w formie dotacji celowej, subwencji czy też w innej formie?

Od 1999 zmienia się zasadniczo sposób finansowania ochrony zdrowia, bowiem funkcję płatnika przejmuje Kasa Chorych. Stąd samorząd nie będzie miał środków na realizację zadań samodzielnymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych, za które będzie płaciła Kasa Chorych. Szczegółowe zasady finansowania działalności samorządu są omówione w przepisach dotyczących ich działalności.

6. Czy mienie (działki i budynki) dotychczasowych ośrodków zdrowia z mocy prawa staną się własnością gminy lub powiatu czy też SP ZOZ-ów?

Mienie, zgodnie z Kodeksem Cywilnym jest to własność i inne prawa majątkowe. Na podstawie art. 47 ustawy - Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną dochodzi do przekazania SP

ZOZ-om tylko majątku ruchomego będącego dotychczas w ich posiadaniu. Natomiast majątek nieruchomy (grunty i budynki) będzie własnością samorządu. Majątek ten jest zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej (art. 53) przekazany zakładowi w nieodpłatne użytkowanie.

7. Gminne zakłady samorządowe, które wcześniej odłączyły się od ZOZ-ów etaty administracji uzyskiwały ze środków własnych gmin. Jak od 01.01.1999 r. będzie przedstawiał się finansowanie tych etatów skoro gminy uznają, że ten kierunek finansowania należy do Kas Chorych?

Należy zacząć od wyjaśnienia, że Kasa Chorych nie finansuje etatów zakładu tylko płaci za wykonane świadczenia zdrowotne. W cenę świadczenia kierownik zakładu wlicza koszty związane z ich udzielaniem, między innymi koszty zatrudnienia pracowników zakładu. Stąd "gmina nie może uznać, że finansowanie tych etatów przejmują Kasy Chorych", tylko nie przekaże środków zakładowi na powyższe etaty, a zakład pokryje koszty administracji ze środków własnych w zakresie niezbędnym do funkcjonowania zakładu.

8. Gminne Zakłady Samorządowe, które wcześniej odłączyły się od ZOZ-ów otrzymały bezpłatnie z ZOZ-ów limit przebiegu pojazdu WKTS do wykorzystania. Przekroczony limit kilometrów pokrywany był ze środków zakładów. Jak będzie rozwiązany ten problem od 01.01.1999 r.?

Każdy zakład opieki zdrowotnej wykonujący świadczenia zdrowotne wymagające środków transportu sanitarnego wliczy koszt transportu w cenę usługi jako koszt pośredni. Ponadto w sejmie jest nowelizacja ustawy o ZOZ-ach, dotycząca między innymi WKTS, tak, że będą one mogły zawierać umowy z Kasą Chorych umowy na usługi transportowe.

9. Kiedy ukaże się zarządzenie ze spisem krajowej sieci szpitali z ustaleniem poziomu referencyjnego w zależności od rodzaju udzielanych przez te szpitale świadczeń zdrowotnych.

Przygotowany jest projekt rozporządzenia (nie zarządzenia!) wraz z załącznikiem zawierającym wykaz szpitali i poziomem referencyjnym.

Obecnie jest w uzgodnieniach międzyresortowych.

10. Jak w przyszłym roku będzie wyglądała sytuacja z jednostkami działającymi na terenie kilku gmin i mającymi tam swe placówki?

Zakłady opieki zdrowotnej mogą działać na terenie kilku gmin, przy czym pewien problem może się pojawić, gdy obszar działania organu założycielskiego nie pokrywa się z obszarem działania zakładu. Tą sytuację można rozwiązać poprzez:

1. Podział zakładu "pomiędzy" zainteresowane strony.
2. Zawarcie porozumienia pomiędzy zainteresowanymi stronami samorządu, w którym to porozumieniu mającym charakter umowy określą się obowiązki i uprawnienia stron.

11. Jak w przyszłym roku będzie finansowana podstawowa opieki zdrowotna jeżeli chodzi o inwestycje, zakupy wyposażenia itp. Co będzie w gestii samorządu a co jednostki?

Usługi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej będą finansowane poprzez umowę z Kasą Chorych. Organ założycielski może przekazać zakładowi środki zgodnie z art. 54 i 55 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, między innymi na zakupy inwestycyjne (dotacja). Samorząd będzie w stosunku do zakładu pełnił rolę właścicielską oraz nadzorczą. Natomiast zakład z posiadanych środków będzie pokrywał koszty bieżącej działalności. Zakupy sprzętu czy rozbudowa zakładu oraz inne czynności wychodzące poza zwykły zarząd muszą się odbywać za zgodą organu, który utworzył zakład. W cenę usługi SP ZOZ wliczy amortyzację z tytułu posiadanego sprzętu wykorzystywanego do udzielania świadczeń zdrowotnych, co pozwoli na jego odtworzenie. Jeśli samorząd przejął zakład z tzw. inwestycji centralnych to powinien otrzymać na jej dokończenie środki finansowe.

12. Proszę wymienić jakie działania musi podjąć rada gminy w związku z reformą służby zdrowia?

Obecnie najważniejszym działaniem rady gminy pełniącej funkcję organu założycielskiego dla zakładu, jest podjęcie uchwały o przekształceniu zakładu w samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, jeśli nie zostało to uczynione. Dopelnienie tego obowiązku jest szczególnie istotne, gdyż zakład publiczny który nie uzyska samodzielności nie będzie mógł

podpisać umowy z Kasą Chorych, a tym samym nie będzie miał od 1999 r. źródła finansowania z tytułu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Może to spowodować konieczność utrzymywania placówki ze środków samorządu lub jej likwidację. Ponadto rada gminy jako organ założycielski nadaje statut zakładowi.

3. Samorząd terytorialny a reforma ochrony zdrowia

Opracowanie:

Bogumiła Kempieńska-Miroslawska

Elżbieta Goździkowska

Departament Przekształceń Systemowych
Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej

Akceptacja:

Jacek Wutzow

Podsekretarz Stanu

Program reformy systemu opieki zdrowotnej zakłada, że samorząd terytorialny będzie pełnił funkcję organu założycielskiego dla większości publicznych zakładów opieki zdrowotnej, co jest zgodne z realizowaną przez Rząd polityką decentralizacji.

Samorząd terytorialny w Polsce działa od 1990 r. w oparciu o ustawę z dnia 8 marca o samorządzie terytorialnym i od tego czasu może on prowadzić zakłady opieki zdrowotnej. W latach 1990 - 1993 możliwe były dwie formy przekazywania zadań samorządowi: zadania zlecone i powierzone. Od 1994 r. rozpoczął funkcjonowanie tzw. program pilotażowy, który polegał na przekazaniu 46 miastom większego zakresu kompetencji. Wśród przekazanych zadań znalazły się zakłady opieki zdrowotnej. Mienie służące wykonywaniu zadań zostało skomunalizowane. Kontynuacją programu pilotażowego było ustawowe zwiększenie kompetencji dużych miast dokonane przez ustawę o zmianie zakresu działania niektórych miast i miejskich strefach usług publicznych. Ustawa ta rozszerzyła zakres kom-

petencji niektórych gmin dając możliwość prowadzenia zakładów opieki zdrowotnej, jako zadanie własne. Założeniem przekazania do prowadzenia zakładów z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej było lepsze dostosowanie jej działalności do lokalnych potrzeb, podnoszenia jakości udzielanych świadczeń i lepszego wykorzystania środków.

Od 1999 roku wchodzi w życie nowa reforma administracyjna kraju oparta na trójszczeblowym systemie podziału terytorialnego: samorząd województwa, samorząd powiatu i gmina. O ile powiat funkcjonalnie nie różni się od gminy (interes lokalny), o tyle województwo samorządowe stanowi nową jakość poprzez reprezentację interesu lokalnego z ogólnokrajowym interesem państwa. W ustawie o samorządzie powiatu oraz samorządzie województwa zapisy z zakresu ochrony zdrowia mają charakter bardzo ogólny. Zarówno samorząd województwa jak i powiatu wykonuje zadania określone ustawami z zakresu promocji i ochrony zdrowia. Dotychczasowy sposób realizacji zadań przez jednostki samorządu terytorialnego z zakresu ochrony zdrowia ulega zasadniczym zmianom wraz z wprowadzeniem od 1999r. ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Dochodzi do rozdzielenia funkcji organizatora od funkcji płatnika, którą to rolę przejmuje Kasa Chorych. Natomiast rolą samorządu będzie sprawowanie funkcji organu założycielskiego dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W ustawie z dnia 13 października 1998r. - Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną zawarty jest art. 47, na podstawie którego będzie obowiązywać rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów odnośnie przejścia przez jednostki samorządu terytorialnego uprawnień organu, który utworzył zakład (dochodzi do przyporządkowania poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej organom samorządu terytorialnego). Przejście jednostek oznacza nabycie z mocy prawa majątku tych jednostek przez samorządy, z tym że majątek ruchomy staje się własnością zakładu samodzielnego.

Kluczem do rzeczywistej reformy służby zdrowia jest zmiana systemu finansowania, w wyniku której dochodzi do zawierania umów ze świadczeniodawcami bez pośrednictwa organów samorządu. Podmiotem do zawarcia umowy jest między innymi publiczny zakład opieki zdrowotnej, który do czasu wejścia w życie ustawy musi przyjąć status zakładu samodzielnego. Obligatoryjność tego faktu wynika z zapisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która wyraźnie określa z jakimi podmiotami będą zawierane umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i co należy do obowiązku organu, który tworzy i utrzymuje zakład (art. 166). Z ponad 1400 zakładów ok. 400 prowadzonych jest obecnie przez samorząd gminny jako zadanie własne, zlecone lub powierzane, z tego do dnia 30

listopada 1998 r. ponad 30% przyjęło status zakładu samodzielnego. Idea samorządności przeżywa obecnie próbę czy sprawdzi się w sytuacji podjęcia koniecznych działań zmierzających do usamodzielnienia wszystkich zakładów opieki zdrowotnej. Pozostawienie bowiem zakładu jako niesamodzielnego uniemożliwia mu uzyskanie finansowania na 1999 r. Z Kasy Chorych, a pacjentom uzyskanie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez ten zakład i refinansowanych przez kasę.

Rola samorządu jako organizatora opieki zdrowotnej nie kończy się wraz z przekształceniem zakładu w zakład samodzielny, nie kończy się również wraz z wejściem w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Zadania organu założycielskiego są nadal stosunkowo szerokie i wynikają z zapisów wielu artykułów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Organ, który tworzy zakład opieki zdrowotnej tzw. "organ założycielski" - jednostka samorządu terytorialnego - przyszła rola "organizator".

Uprawnienia i obowiązki organu:

- tworzenie, przekształcanie i likwidacja - art. 36, art. 43,
- nadawanie i zatwierdzanie statutu i zmian w nim - art. 11 ust. 3, art. 39 ust. 2,
- Rada Społeczna - organ inicjujący i opiniodawczy podmiotu, który tworzy zakład - art. 44b, art. 45 ust. 1 - 8.

Do podstawowej kompetencji, zgodnie z art. 36, należy tworzenie, przekształcanie i likwidacja zakładu, przy czym w przypadku zakładu prowadzonego przez samorząd następuje to w drodze uchwały - obecnie uchwały rady gminy. Przekazywanie zadań z zakresu ochrony zdrowia w drodze porozumień następowało zarówno z przekazaniem uprawnień wynikających z zapisów art. 35, jak i bez tego przekazania. Powodowało to wątpliwości, kto przekształca dany zakład w zakład samodzielny. Należy zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 99 ustawy z dnia 13 października 1998 r. z dniem 1 stycznia 1999 r. tracą moc wszystkie zawarte porozumienia z zakresu prowadzenia zakładów opieki zdrowotnej.

Wymogiem formalnym w działalności zakładu jest nadanie mu statutu, przy czym zgodnie z art. 11 ust. 3 - statut nadaje zakładowi organ, który tworzy zakład, a także, zgodnie z art. 39 ust. 2, zatwierdza statut uchwalony przez radę społeczną zakładu. Statut zakładu określa między innymi cele i zadania zakładu, rodzaj i zakres udzielanych świadczeń oraz

obszar działania. Organem opiniodawczym i inicjującym podmiotu jest rada społeczna powoływana przez organ, który tworzy zakład (art. 45), przy czym zgodnie z art. 46 i art. 48 rozpatruje on jej wnioski i rozstrzyga spory pomiędzy radą społeczną a kierownikiem zakładu (art. 47 ust. 3). Wpływ na zarządzanie zakładem wynika z konieczności powoływania przez organ założycielski kierownika zakładu (art. 44) oraz (art. 67 ust. 2) możliwości oceny działalności zakładu i kierownika. Kontrola i ocena działalności kierownika, a także zakładu, obejmuje w szczególności realizację zadań statutowych, dostępność i poziom udzielanych świadczeń, prawidłowość gospodarowania mieniem, gospodarkę finansową.

Organ, który tworzy zakład opieki zdrowotnej tzw. "organ założycielski" - jednostka samorządu terytorialnego - przyszła rola "nadzór".

Uprawnienia i obowiązki organu:

- art. 67 ust. 1 - 2 - "nadzór nad zakładami sprawuje podmiot, który utworzył zakład" (realizacja zadań statutowych, dostępność i poziom udzielanych świadczeń, prawidłowość gospodarowania mieniem, nadzór nad gospodarką finansową)

Bezpośredni wpływ na stan majątkowy zakładu wynika z funkcji wyrażania zgody na przyjęcie darowizny sprzętu lub aparatury (art. 42), pozbawiania zakładu składników mienia w określonych sytuacjach (art. 53a ust. 1), czy też przejmowanie majątku zakładu w sytuacji jego likwidacji (art. 53a ust. 2). Należy pamiętać, że zobowiązania zakładu samodzielnego są pokrywane przez zakład z posiadanych środków, chyba, że dochodzi do likwidacji zakładu. Wtedy stają się zobowiązaniami organu, który tworzy i likwiduje zakład.

Organ, który tworzy zakład opieki zdrowotnej tzw. "organ założycielski" - jednostka samorządu terytorialnego - przyszła rola "właściciel".

Uprawnienia i obowiązki organu:

- fundusz założycielski zakładu jako wydzielona część mienia - art. 56 ust. 1,
- przekazanie w nieodpłatne użytkowanie nieruchomości zakładowi - art. 53 ust. 1,
- udzielanie zgody na zbycie, wydzierżawienie lub wynajęcie

majątku - art. 53 ust. 2,

- pozbawianie zakładu składników przydzielonego mienia - art. 53a,

- pokrywanie zobowiązań w przypadku likwidacji zakładu - art. 60 ust. 4

- z innych przepisów niż ustawa o zakładach opieki zdrowotnej.

Całość powyższych zadań można ująć jako zadania organizacyjno-zarządcze. Nie wyklucza to możliwości przekazywania przez organ samorządu, będący organem założycielskim zakładu, środków finansowych zakładowi samodzielnemu zgodnie z art. 54 i art. 55 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Następuje to na podstawie umowy lub w formie dotacji, w miarę posiadanych przez samorząd funduszy. Jednak zdecydowanie funkcja płatnika została przeniesiona na niezależną instytucję - Kasę Chorych. Także ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym mimo, że wprowadza zasadę oddzielenia organizatora od płatnika zakładu współpracę z organami samorządu w realizacji zadań z ochrony zdrowia. Wyrazem tego jest zapis art. 4 ust. 6 określający współdziałanie na rzecz ochrony zdrowia oraz art. 55a wyrażający konieczność opracowania i aktualizacji przez organy samorządu terytorialnego, w porozumieniu z Kasą Chorych, planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na obszarze działania Kasy Chorych. Jednocześnie umowy na świadczenia zdrowotne będą zawierane w oparciu o ten plan.

Nowy system ochrony zdrowia w swych założeniach zmierza do stworzenia rynku usług medycznych, na którym podejmą konkurencyjną rywalizację o środki publiczne i pacjentów zarówno podmioty publiczne, tworzone zgodnie z art. 8 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przez naczelne i centralne organy administracji państwowej oraz jednostki samorządu terytorialnego, jak i niepubliczne. Takie rozwiązanie wymusi zachowania ekonomizujące sektor ochrony zdrowia, tak aby przy określonych środkach zapewnić możliwie największą liczbę potrzebnych usług o jak najwyższej jakości. Wprowadzenie zasad konkurencji będzie wymagać zmian restrukturyzacyjnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej dostosowujących rozmiary działalności do faktycznie świadczonych usług, a tym samym do pozyskanych ze sprzedaży tych usług środków. Od liczby i jakości świadczonych usług, czyli rozmiarów działalności, zależeć będzie polityka kadrowa zakładu zarówno w odniesieniu do liczby zatrudnionych pracowników, ich wykształcenia i umiejętności, jak i w odniesieniu do wy-

sokości uzyskiwanych przez nich dochodów. Nowa jakość to możliwość kształtowania zatrudnienia nie tylko w oparciu o umowę o pracę, ale także umowę cywilno-prawną, której celem jest poprawa jakości i dostępności do świadczeń dla pacjentów, wzrost dochodów dla usługodawców a zmniejszenie kosztów ogólnych dla zakładu.

Wprowadzenie reformy od 1999 r. to nie koniec zmian, ale początek, który spowoduje, że za kilka lat obraz służby zdrowia zmieni się istotnie w stosunku do obecnego. Najbliższe lata to sprawdzian zarówno dla systemu ubezpieczeniowego, jak i publicznych świadczeniodawców - SP ZOZ-ów oraz organizatora opieki zdrowotnej - samorządu terytorialnego.

4. Kasy Chorych - umowa o udzielanie świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego

Paweł Stańczyk

Wicedyrektor Departamentu Spraw Społecznych
w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów

Od 1 stycznia 1999 roku zmienia się zasadniczo system organizacji i finansowania służby zdrowia. Powstają nowe podmioty: Kasy Chorych (regionalne i branżowa), których zadaniem będzie m.in. finansowanie świadczeń przysługujących z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Najogólniej rzecz ujmując, ubezpieczony w zamian za płaconą składkę będzie mógł oczekiwać, że koszty leczenia pokryje za niego Kasa Chorych. Kasa Chorych pokrywać będzie jednak tylko koszty leczenia prowadzonego przez takich lekarzy i placówki służby zdrowia, z którymi łączyć będzie Kasę umowa o udzielanie świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Podobnie lekarz i placówka służby zdrowia może otrzymać wynagrodzenie z Kasy Chorych za wykonane świadczenie, tylko o tyle o ile łączyć ich będzie z Kasą Chorych tego rodzaju umowa (pomijając niektóre sytuacje wyjątkowe).

Konstrukcja prawna jest więc złożona. Ubezpieczonego (zasadniczo wszystkich obywateli) łączy z Kasą stosunek ubezpieczenia. Pacjentów łączy z lekarzem (innym podmiotem udzielającym świadczenie) odrębny stosunek prawny o charakterze umownym. Natomiast lekarzy (innych uprawnionych do udzielania świadczeń) łączy z Kasą umowa o udzielanie świadczeń. Dalsze rozważania dotyczą już tej ostatniej umowy. Ma ona charakter cywilnoprawny, może być uznawana za wyodrębniony typ umowy, do której stosować się będą przepisy ogólne kodeksu cywilnego, przepisy ogólne o zobowiązaniach, oraz w razie potrzeby i analogicznie niektóre przepisy dotyczące objętych kodeksem umów nazwanych..

Warto przyjrzeć się bliżej temu kontraktowi nowego typu (nowego, choć podobnego do umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zlecanych w oparciu o ustawę o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku). Jest to tym bardziej istotne, że umowy tego rodzaju zawierane są jeszcze w tym roku, tak aby od początku 1999 roku nowy system mógł sprawnie funkcjonować.

Strony umowy

Zawierającymi umowę są z jednej strony Kasa Chorych (zwana także przez ustawę zlecanodawcą), z drugiej zaś świadczeniodawca.

Świadczeniodawcy

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym przewiduje, że Kasy Chorych zawierać będą umowy ze świadczeniodawcami uprawnionymi do udzielania świadczeń na podstawie odrębnych przepisów (art. 53 ust.1). Świadczeniodawcami w rozumieniu powołanej ustawy są zakłady opieki zdrowotnej, osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej lub specjalistycznej praktyki oraz osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach prowadzonej działalności gospodarczej (art. 7 pkt 23). Przyjrzyjmy się bliżej tym trzem grupom świadczeniodawców.

Po pierwsze zakłady opieki zdrowotnej, które działają w oparciu o ustawę z dnia 30.08.1991 o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91 poz. 408 z późn. zmianami).

Zgodnie z art. 2 tej ustawy zakładem opieki zdrowotnej jest: szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, prewentorium, inny zakład przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia, pogotowie ratunkowe, pracownia diagnostyczna, pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji, zakład rehabilitacji leczniczej, żłobek. Zakład opieki zdrowotnej może być albo odrębną jednostką organizacyjną albo częścią innej jednostki organizacyjnej lub jednostką organizacyjną podległą innej jednostce organizacyjnej.

Po drugie są to osoby wykonujące zawód medyczny w ramach praktyki indywidualnej i specjalistycznej. Krąg tych osób wyznaczają: ustawa z dnia 5.12.1996 o zawodzie lekarza (Dz.U. Nr 28 poz. 152 ze zmianami) oraz ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5.07.1996 (Dz.U. Nr 91 poz. 410).

Po trzecie są to zgodnie z brzmieniem ustawy "osoby, które uzyskały fachowe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych i udzielają ich w ramach prowadzonej działalności gospodarczej". Ta ostatnia kategoria obejmuje m.in. takie specjalności jak psychologów, fizjoterapeutów i itp.

Należy zwrócić uwagę na ważną regulację zawartą w art. 56 ust 1, która uniemożliwia zawieranie umów o ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych z takimi potencjalnymi świadczeniodawcami, jeżeli udzielają świadczeń w zakładzie opieki zdrowotnej, który zawarł umowę z Kasą Chorych. Przepis ten stanowi pewne ograniczenie albowiem jego praktyczne znaczenie sprowadza się do konieczności dokonania wyboru przez lekarza (odpowiednio pielęgniarkę, położną i in.) czy będzie prowadził praktykę prywatną (w oparciu o środki finansowe z Kasy Chorych), czy też w ramach umowy o pracę w zakładzie opieki zdrowotnej, który ze środków pochodzących z Kasy korzysta.

Kasy Chorych

Instytucją zawierającą umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych będą Kasy Chorych, ukształtowane przez ustawę jako podmioty samorządne, reprezentujące ubezpieczonych i posiadające osobowość prawną (art. 66). Nie chodzi tu jednak, co oczywiste, o "reprezentowanie" ubezpieczonych. Kasy zawierać będą umowy we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność chociaż na rzecz ubezpieczonych. Nie wchodząc tu w szczegóły organizacji i zakresu działania Kas Chorych, należy odnotować, że do ustawowych zadań Kas należeć będzie m.in. zawieranie i finansowanie umów o udzielanie świadczeń na rzecz ubezpieczonych oraz kontrola realizacji tych umów (art. 72 pkt 6). Negocjowanie umów ze świadczeniodawcami, ich zawieranie i rozliczanie oraz kontrola ich wykonania należy do zadań zarządu Kasy (art. 82 ust. 6 pkt 8). Oświadczenia woli w imieniu zarządu Kasy składa dyrektor zarządu lub z jego upoważnienia jeden z jego zastępców (art.82 ust.5). Te jednak reguły znajdują zastosowanie od 1 stycznia 1999 roku tj. z dniem wejścia w życie ustawy.

Treść i forma umowy

Art. 53 ust. 4 ustawy określa elementy umowy o udzielania świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego. Umowa taka powinna zawierać: rodzaj i zakres udzielanego świadczenia, warunki i zasady udzielania świadczeń, zasady rozliczeń ze świadczeniodawcami, maksymalną kwotę zobo-

wiązania Kasy Chorych wobec świadczeniodawcy, zasady kontroli realizacji umowy, zasady rozpatrywania kwestii spornych i prowadzenia dokumentacji dla potrzeb systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Treść tej umowy przesądzi o zakresie zobowiązań świadczeniodawców. Z uwagi na skomplikowaną problematykę prawną lekarzom i innym podmiotom, które pragną kontraktować swoje usługi z kasami Chorych przyjdzie z pewnością korzystać z porad prawników, tak aby ustrzec się przyjęcia na siebie zbyt daleko idących zobowiązań i wynegocjować jak najlepsze warunki umowy. Podobnie Kasy Chorych będą musiały wykazać się zdolnością do prowadzenia negocjacji aby w efekcie spełnione były cele ustawy: zrównoważenie wydatków z przychodami Kasy i poziom świadczeń medycznych odpowiadający aktualnej wiedzy medycznej. Szczególnie doniosłe znaczenie odgrywać będzie kwestia odpowiedzialności cywilnoprawnej lekarza (innego podmiotu świadczącego na rzecz pacjenta).

Tryb zawarcia

Ustawa przewiduje, że zawieranie umów przez Kasy odbywać się będzie po przeprowadzeniu konkursu ofert. Chodzi tu o oferty składane przez potencjalnych świadczeniodawców. Przypomnieć należy, że nieco inny tryb zawierania umowy obowiązuje w roku 1998 (co do świadczeń na rok 1999). Rozporządzenie ministerialne określi tryb składania ofert, sposób przeprowadzania konkursu i tryb odwoławczy w tych sprawach. Należy podkreślić, że przy zawieraniu umów o świadczenie usług z ubezpieczenia zdrowotnego, nie stosuje się przepisów ustawy o zamówieniach publicznych. Nie oznacza to jednak, że pieniądze będące w dyspozycji kas Chorych pozostaną poza kontrolą. Przeciwnie wprowadzony przez ustawę tryb zawierania umów oraz nadzór zarówno ze strony organów Kasy jak i innych instytucji stwarzają autonomiczny system kontroli gospodarności i celowości wydawanych środków.

Ważne przepisy przejściowe

Istotne znaczenie mają przepisy przejściowe. Zgodnie z tymi przepisami wyłonienie organów Kas chorych będzie odroczone w czasie. Rady Kas Chorych powołane przez sejmiki wojewódzkie rozpoczną swoją działalność od 1 września 1999 roku. Do tego czasu funkcję Rady Kasy Chorych pełni Pełnomocnik Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, który z kolei powołuje pełnomocników regionalnych Kas Chorych. Pełnomocnik regionalny, wypełniający zadania zarządu Kasy

Chorych, tworzy Tymczasową Kasę Chorych, która jest państwową jednostką organizacyjną działającą do czasu rejestracji Kasy Chorych. Z mocy prawa Kasa Chorych przejmuje majątek i pracowników Tymczasowej Kasy Chorych. Z praktycznego punktu widzenia istotne są zwłaszcza art. 169 i 169a. Przepisy te upoważniają pełnomocnika regionalnego do zawierania umów o udzielanie świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego jeszcze przed rozpoczęciem działalności przez Kasy Chorych. Umowy te mogą być zawarte na jeden rok (tj. do końca 1999), bowiem umowy na rok 2000 zawierane będą już pod pełną kontrolą organów Kasy Chorych. Pełnomocnik jest upoważniony do zawierania umów w ograniczonym zakresie. Może on bowiem zawrzeć umowy z: lekarzami, pielęgniarkami i położnymi (o ile posiadają uprawnienia i warunki do udzielania świadczeń i nie są zatrudnieni w placówkach, które zawrą umowy o udzielanie świadczeń), z przychodniami, poradniami i wiejskimi ośrodkami zdrowia będącymi zakładami opieki zdrowotnej, niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej oraz ze szpitalami będącymi samodzielnymi zakładami opieki zdrowotnej. Lekarze, pielęgniarki i położne którzy pragną zawrzeć takie umowy z pełnomocnikiem regionalnym powinni, wystąpić do pełnomocnika z odpowiednim wnioskiem, jak mówi ustawa "zgłosić chęć zawarcia umowy". Rada Ministrów określiła w drodze rozporządzenia wymagania, kryteria, zasady i tryb zawierania umów na pierwszy rok działalności Kas Chorych (Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27.11.98 w sprawie wymagań i kryteriów, jakim powinni odpowiadać świadczeniodawcy, oraz zasad i trybu zawierania umów ze świadczeniodawcami na pierwszy rok działalności Kas Chorych, Dz.U. z dn. 30.10.98 Nr 134 poz 873).

Zgodnie z tym rozporządzeniem w tej sprawie potencjalni Świadczeniodawcy, którym nie stawia się zastrzonych wymagań, poza określonymi w ustawach o zakładach opieki zdrowotnej, o zawodzie lekarza, o zawodach pielęgniarki i położnej oraz o działalności gospodarczej, winni zgłosić Kasie Chorych (ew. Pełnomocnikowi ds. Regionalnej Kasy Chorych), "chęć zawarcia umowy". Rozporządzenie precyzuje jakie informacje winno zawierać zgłoszenie: wniosek o zawarcie umowy, kopie dokumentów potwierdzających spełnienie wymogów określonych w wymienionych przepisach, plan rzeczowo-finansowy, zawierający przewidywane nakłady na wykonanie zadań objętych umową. Plan rzeczowo-finansowy sporządzany przez świadczeniodawcę winien zawierać: liczbę możliwych do udzielenia przez świadczeniodawcę, świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju, koszt jednostkowy świadczenia zdrowotnego, informację o warunkach lokalowych oraz wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną niezbędną do udzielania świadczeń zdrowotnych mających stać się przedmio-

tem umowy, informację o kwalifikacjach osób udzielających świadczeń zdrowotnych, mających stać się przedmiotem umowy. Informacje te mają być dla Pełnomocnika regionalnego lub Pełnomocnika ds. Branżowej Kasy Chorych, (względnie dla kasy Chorych) podstawą dokonania oceny i wyboru najlepszej oferty.

Rozporządzenie nakłada na pełnomocnika regionalnego (zarząd Kasy Chorych) obowiązek ogłoszenia informacji o rodzaju świadczeń zdrowotnych mających stać się przedmiotem umowy oraz o terminie i trybie składania wniosków o zawarcie umowy. Informacja ta powinna być ogłoszona w "Biuletynie Kas Chorych" oraz zamieszczona na tablicy ogłoszeń w siedzibie pełnomocnika regionalnego.

Rozporządzenie wskazuje na kryteria jakie winien uwzględniać Pełnomocnik przy zawieraniu umów. Są to odpowiednia dostępność do świadczeń, kompleksowość udzielania świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju, gwarancja ciągłości procesu udzielania świadczeń, zapewnienie skuteczności i jakości udzielanych świadczeń. Kryteria te mają charakter ogólny a ich szczegółowa treść zależeć będzie od warunków miejscowych.

W okresie przejściowym zawarcie umowy ze świadczeniodawcą następuje w wyniku rokowań.

W sprawach nieuregulowanych rozporządzeniem odsyła ono "w zakresie umów i rokowań" do przepisów kodeksu cywilnego. Można się zastanawiać nad normatywnym znaczeniem tego zapisu. Bez wątpienia do umowy tej stosować się będą przepisy części ogólnej, a także ogólne przepisy o zobowiązaniach. Sprawa ta jest jednak bardziej złożona i wymaga odrębnego przebadania.

Rozporządzenie ma zastosowanie do umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie od dnia 1.01.1998 do dnia 31.12.1999.

Konstrukcja prawna

Na tle omawianych regulacji można dokonać wstępnego objaśnienia występującej tu konstrukcji prawnej. Charakterystyka może mieć jedynie wstępny charakter. Odróżniać należy trzy odrębne stosunki: relacje Kasy Chorych z osobami ubezpieczonymi (stosunek ubezpieczenia), relacje Kasy Chorych ze świadczeniodawcami (umowa o udzielanie świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego), relacje osób ubezpieczonych ze świadczeniodawcami.

Stosunki prawne występujące między pacjentem a Kasą oraz świadczeniodawcą a Kasą cechują się w pierwszym roku funkcjonowania systemu istotnymi odrębnościami w porównaniu z zakładanym systemem do-

celowym (w tym szczególnie w zakresie zawierania umów ze świadczeniodawcami oraz w zakresie wyboru Kasy przez ubezpieczonego). Jest to przy tym problematyka skomplikowana, spletają się tutaj bowiem regulacje z zakresu prawa ubezpieczeń społecznych z przepisami prawa cywilnego a wzajemne rozgraniczenie sfer regulowanych przez te przepisy nie jest sprawą oczywistą.

Relacja pacjenta z Kasą Chorych wynika z powszechnego obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego wprowadzanego przez art. 1 ustawy. Ustawa określa obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego stosunkowo szeroko stawiając poza nim nieliczne kategorie podmiotów. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego powstaje po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi w kasie Chorych i opłaceniu składki. W zamian Kasa Chorych zobowiązana jest zapewnić osobie ubezpieczonej określone przez ustawę pakiet świadczeń zdrowotnych. Kasa Chorych jest instytucją, która bezpośrednio nie realizuje świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych. Kasa prowadzi ewidencję osób objętych ubezpieczeniem, zarządza funduszami pochodzącymi ze składki na ubezpieczenie zdrowotne a w celu zapewnienia ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych zawiera i finansuje umowy na rzecz ubezpieczonych oraz kontroluje ich realizację. Stosunki prawne wynikające z tych kontraktów mają charakter cywilnoprawny.

Wydaje się, że przyjęta w ustawie konstrukcja trójstronnego stosunku prawnego (ubezpieczony-Kasa-swiadczeniodawca) odpowiada znanej kodeksowi cywilnemu figurze określanej jako "umowa o świadczenie na rzecz osoby trzeciej". Zgodnie z art. 393 k.c. jeżeli w umowie (tu "umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych") zastrzeżono, że dłużnik (w tym przypadku świadczeniodawca) spełni świadczenie na rzecz osoby trzeciej (ubezpieczony), osoba ta, w braku odmiennego postanowienia umowy, może żądać bezpośrednio od dłużnika spełnienia zastrzeżonego świadczenia. Zgodnie z par. 3 powołanego artykułu dłużnik może podnieść zarzut z umowy także przeciwko osobie trzeciej. Oznacza to, że nieprawidłowości w relacji lekarz - Kasa Chorych nie pozostają bez wpływu na zakres uprawnień pacjenta w stosunku do Świadczeniodawcy. "Świadczeniem zastrzeżonym" w tej umowie jest świadczenie zdrowotne, którego zakres wynika w części z ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, w części zaś z odrębnych przepisów. To powoduje, że w omawianym przypadku źródłem uprawnień przysługujących ubezpieczonemu nie jest umowa zawierana przez kasę ze świadczeniodawcą. Uprawnienia te mają swoje odrębne źródło.

Zastosowanie tej konstrukcji ma jednak zasadniczy wpływ na wyjaśnienie stosunku prawnego powstającego pomiędzy osobą ubezpieczoną

(pacjentem) a świadczeniodawcą (np. lekarzem). W tym kontekście może powstawać zagadnienie czy relacja ta jest jeszcze jednym, odrębnym stosunkiem umownym, czy też formą realizacji umowy o świadczenie na rzecz osoby trzeciej. W razie przyjęcia tego drugiego wariantu całokształt stosunków bezpośrednio zachodzących pomiędzy pacjentem a świadczeniodawcą będzie miał charakter wykonania zastrzeżenia wynikającego z umowy jaką świadczeniodawca zawarł z Kasą. Na tym tle komplikuje się sygnalizowany już problem cywilnoprawnej odpowiedzialności za niepowodzenie w leczeniu. W literaturze zasygnalizowano już doniosłą z praktycznego punktu widzenia kwestię, czy członek Kasy Chorych może skutecznie wystąpić z roszczeniem odszkodowawczym wobec Kasy z tytułu nieprawidłowo przeprowadzonej czynności medycznej i jaka byłaby w takim przypadku podstawa tego roszczenia (por. M.Safjan "Prawo i medycyna" Warszawa 1998 s. 83 i nast.). Zdaniem cytowanego autora w wypadku wadliwie przeprowadzonego leczenia adresatem roszczenia odszkodowawczego może być także Kasa Chorych. Podstawa przypisania tej odpowiedzialności jest art. 474 k.c. który wprowadza odpowiedzialność dłużnika za osoby, którymi posługuje się przy wykonaniu zobowiązania. Zagadnienia te są jednak złożone i wymagają pogłębionej analizy a przedstawione rozważania należy traktować jako wstępne naszkicowanie problematyki.

Praktyka funkcjonowania nowego systemu służby zdrowia zweryfikuje założenia towarzyszące konstruowaniu modelu finansowania służby zdrowia. Już teraz można stwierdzić, że umowa o udzielanie świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego jest instytucją w tym modelu kluczową. Prowadzi ona bowiem do urzeczywistnienia celu jakim jest urynkowanie stosunków związanych ze świadczeniami medycznymi przy jednoczesnym zagwarantowaniu szerokiej dostępności do tych świadczeń.

Warszawa, listopad 1998

5. Organizacja systemu ubezpieczenia zdrowotnego

Tomasz Pęcherz

Ekspert w Małopolskiej Kasie Chorych

I. Podmioty nowego systemu ubezpieczenia zdrowotnego

Uwagi ogólne

W ramach nowego systemu ubezpieczenia zdrowotnego wyróżnić należy zasadniczo trzy grupy podmiotów. Są nimi: ubezpieczeni, Kasy Chorych, regionalne i branżowa, oraz lekarze powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (prowadzący indywidualną praktykę lub zatrudnieni w zakładzie opieki zdrowotnej). Nowa regulacja uprawnia ubezpieczonych do pobierania świadczeń medycznych od lekarzy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zobowiązując jednocześnie Kasy Chorych do dokonywania rozliczeń finansowych z tego tytułu wynikających. Sam ubezpieczony poza wizytą u lekarza będzie stosunkowo rzadko stykał się z pozostałymi podmiotami nowego systemu. Składka na ubezpieczenie zdrowotne będzie bowiem odprowadzana przez określonego płatnika np. pracodawcę, ZUS, KRUS. Poborcą składki został ustanowiony Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. W związku z reformą systemu emerytalnego częstokroć pojawiały się głosy, że z dniem 1 stycznia 1999 r. zadania związane z poborem i ewidencjonowaniem składki na ubezpieczenie emerytalne przejmie "nowy" ZUS. W istocie na podstawie ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych zostanie powołana nowa struktura organizacyjna, która

jako Zakład Ubezpieczeń Społecznych (zachowuje dotychczasową nazwę) staje się następcą prawnym dotychczasowego zakładu. Jednocześnie w związku z reformą całego systemu ubezpieczenia społecznego (zdrowotnego i emerytalnego) Zakład Ubezpieczeń Społecznych przejmuje kolejowe jednostki organizacyjne właściwe do ustalania i wypłaty świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Jak zatem widać konieczne było powołanie nowej struktury w miejsce dotychczasowej, gdyż zmienił się rozkład obowiązków z uwagi na rozdzielenie funkcji płatnika w zakresie świadczeń z ubezpieczenia emerytalnego i zdrowotnego. Nowy ZUS, w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, będzie jedynie pobierał, ewidencjonował i przekazywał składkę do Kasy Chorych. Ta z kolei będzie płatnikiem środków należnych lekarzom powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu udzielania świadczeń medycznych w ramach zawartej umowy. Omówienia zatem wymaga przede wszystkim miejsce i rola w nowym systemie Kas Chorych oraz lekarzy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Organizacja Kas Chorych

Ustawodawca w nowej strukturze organizacji ochrony zdrowia przewidział dwa rodzaje Kas Chorych. Będą to Regionalne Kasy Chorych i Branżowe Kasy Chorych. W myśl postanowień ustawy kasy regionalne mają obejmować swoim obszarem terytorium zamieszkałe przynajmniej przez 1 mln mieszkańców. Ponadto kasy te swoim zasięgiem winny obejmować granice administracyjne jednego lub kilku województw (art. 69a). Według ostatnich prognoz i planów od dnia 1 stycznia 1999 r. rozpocznie działalność 16 regionalnych kas chorych, spośród których każda obszarem swym będzie obejmować terytorium nowego województwa utworzonego na podstawie ustawy z dnia 24 lipca 1998 r. o wprowadzeniu zasadniczego trójstopniowego podziału terytorialnego państwa. Z kolei w myśl postanowień ustawy z dnia 9 listopada 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w dniu 1 stycznia 1999 r. winna rozpocząć swoją działalność, utworzona rozporządzeniem Rady Ministrów, jedna Branżowa Kasa Chorych obejmująca swą właściwością służby mundurowe oraz pracowników PKP. Przepis art. 168b znowelizowany ww. ustawą wyłącza na okres do dnia 1 stycznia 2000 r. prawo wyboru Kasy Chorych ustanowione w art. 60 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Z uwagi na konieczność ukonstytuowania się organów Kas Chorych do dnia ich powołania funkcje zarówno zarządu jak i rady wykonuje Pełnomocnik Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego. Ustawa w art. 167 ust. 4 przewidziała dzień 1 września 1999 r.

jako chwilę rozpoczęcia działalności przez Rady Kas Chorych. Te z kolei uprawnione są do powoływania dyrektora Kasy Chorych oraz na jego wniosek dwóch zastępców. Zatem przynajmniej do czasu powołania ww. organów swoje obowiązki pełnić będzie Pełnomocnik Rządu. Ustawa w art. 167 ust. 3 wyznaczyła maksymalny termin do zakończenia prac przez Pełnomocnik Rządu. W przepisie tym jest mowa o 12 miesiącach od chwili rozpoczęcia działalności przez rady Kas Chorych i Krajowego Związku Kas Chorych (tj. do dnia 1 września 2000 r.).

W terenie Pełnomocnika Rządu reprezentują powoływani przez niego pełnomocnicy regionalni. Do ich zadań należy przygotowanie organizacyjne przyszłych Kas Chorych tak, aby mogły one rozpocząć działalność w dniu 1 stycznia 1999 r., realizując przewidziane w ustawie obowiązki z zakresu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W tym celu pełnomocnik regionalny powołuje Tymczasową Kasę Chorych, która z chwilą rejestracji w rejestrze sądowym, na podstawie wniosku Pełnomocnika Rządu, staje się Regionalną Kasą Chorych. Z mocy ustawy (art. 167a ust. 1 pkt 5) pełnomocnik regionalny wykonuje zadania zarządu Kasy Chorych. Toteż w dniu pierwszego posiedzenia nowo wybranego zarządu pełnomocnik regionalny kończy swoją działalność. Do dnia uzyskania przez Kasę Chorych osobowości prawnej (poprzez rejestrację przez sąd) Tymczasowa Kasa Chorych ma status państwowej jednostki organizacyjnej prowadzącej gospodarkę finansową na zasadach przewidzianych dla zakładów budżetowych. Spośród wszystkich uprawnień i obowiązków przewidzianych w ustawie dla pełnomocnika regionalnego na szczególne uwzględnienie zasługuje prawo podpisywania na okres od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 1999 r. umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Kasy Chorych. Pełnomocnik może takie umowy zawierać z:

- lekarzami prowadzącymi indywidualne praktyki, którzy jednocześnie nie mogą udzielać świadczeń w jakimkolwiek zakładzie opieki zdrowotnej związanym umową z Kasą Chorych,

- przychodniami, poradniami i wiejskimi ośrodkami zdrowia będącymi zakładami opieki zdrowotnej, które powinny do dnia zawarcia umowy z Kasą Chorych przyjąć status samodzielnego zakładu w rozumieniu przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, lub niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej,

- pielęgniarkami i położnymi prowadzącymi indywidualne praktyki pielęgniarskie (art. 169 w zw. z art. 56).

Niezależną od powyższego kwestią jest prawo do wystawiania recept na leki i materiały medyczne. Na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych prawo takie będą posiadali, bez obowiązku zawierania

dodatkowej umowy, lekarze ubezpieczenia zdrowotnego czyli lekarze prowadzący indywidualne praktyki oraz lekarze zatrudnieni w zakładach opieki zdrowotnej (samodzielnych publicznych lub niepublicznych). Z pozostałymi lekarzami prowadzącymi indywidualne praktyki oraz zatrudnionymi we wszelkich innych placówkach, którzy nie są związani z Kasą Chorych w żaden sposób umową o udzielanie świadczeń zdrowotnych pełnomocnik regionalny może podpisać umowę upoważniającą do wystawiania recept refinanceowanych przez Kasę Chorych (art. 35).

Ustawowymi organami Kas Chorych są zarząd i rada. Jak wyżej wspomniano pierwsze rady Kas Chorych rozpoczną działalność w dniu 1 września 1999 r. Kadencja rady trwa 4 lata i kończy się w dniu pierwszego posiedzenia nowo wybranej rady. Członków rady w liczbie do 21 wybiera, spośród osób podlegających powszechnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu i zrzeszonych w danej kasie, sejmik województwa, na którego obszarze działa Kasa Chorych. Ustawa wprowadziła znaczne ograniczenie co osób ubiegających się o członkostwo w radzie kasy. Taki skład i uprawnienia rady mają zasadniczo na celu ustrzec Kasy Chorych przed wpływami osób i środowisk bezpośrednio zainteresowanych współpracą z nimi. Nie mogą być powołani do rady Kasy Chorych:

- członkowie zarządu Kasy Chorych,
- pracownicy Kasy Chorych,
- świadczeniodawcy współpracujący z Kasami Chorych (związani jakkolwiek umową),

- właściciele, pracownicy lub osoby współpracujące z zakładami opieki zdrowotnej, które zawarły umowę z Kasami Chorych na udzielanie świadczeń,

- członkowie organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych, na podstawie ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (art. 75).

Rada Kasy Chorych powołuje spośród swoich członków przewodniczącego i członków komisji skarg i wniosków, która rozpatruje skargi i wnioski ubezpieczonych udzielając im jednocześnie w tych sprawach odpowiedzi. Wśród wszystkich uprawnień rady wymienić należy w szczególności:

- uchwalanie statutu Kasy Chorych, określającego organizację całej instytucji,

- powoływanie i odwoływanie dyrektora Kasy Chorych oraz na jego wniosek dwóch zastępców dyrektora, w tym zastępcy dyrektora do spraw medycznych,

- uchwalanie planu finansowego oraz przyjmowanie i zatwierdza-

nie rocznych oraz kwartalnych sprawozdań finansowych,

- uchwalenie regulaminu rady i zarządu Kasy Chorych,

- podejmowanie uchwał dotyczących majątku Kasy Chorych, inwestycji przekraczających upoważnienia statutowe dla zarządu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości (art. 76).

Jak widać rada pełni funkcje głównie nadzorcze oraz wyznacza podstawowe ramy działalności kasy na każdy rok.

Z kolei kompetencje zarządu Kasy Chorych zostały określone w ustawie negatywnie tzn. że do zakresu jego działania należą wszelkie sprawy nie zastrzeżone do kompetencji rady. Zarząd reprezentuje Kasę w stosunkach zewnętrznych i kieruje jej bieżącą działalnością. W skład zarządu wchodzi dyrektor, jego dwóch zastępców (wszyscy powoływani przez radę) oraz, jeżeli takie funkcje zostaną przewidziane w statucie, do trzech członków (art. 82). Jednym z zastępców dyrektora Kasy Chorych musi być zastępca do spraw medycznych. Stanowisko to może piastować, w myśl ustawy, wyłącznie lekarz. Generalnie do obowiązków zastępcy dyrektora do spraw medycznych należeć będzie sprawowanie nadzoru i kontrolowanie działalności kasy oraz świadczeniodawców pod kątem zgodności ze standardami wiedzy medycznej, jak również analiza danych medycznych niezbędnych dla właściwego prognozowania zadań i sposobów ich realizacji w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego (art. 83). Zadania szczegółowe zarządu określi statut nadany Kasie przez jej radę. Akt ten, jak również jego każdorazowa zmiana, winien być podany do wiadomości publicznej poprzez publikację w wojewódzkim dzienniku urzędowym oraz w innych środkach przekazu miejscowo przyjętych.

Główne prawa i obowiązki zarządu kasy określa ustawa (art. 82). W tym miejscu nadmienić jedynie należy o szczególnie istotnym uprawnieniu, które zarząd przejmie od pełnomocnika regionalnego, a mianowicie prawie do negocjowania, zawierania, rozliczania i kontrolowania wykonania kontraktów na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Ustawa daje dość duże uprawnienia dyrektorowi Kasy Chorych, gdyż upoważnia go do samodzielnego składania oświadczeń w imieniu zarządu lub upoważniania do tego jednego ze swych zastępców. Podobnie jak w przypadku rady przepisy ustawy wprowadzają znaczne ograniczenia co do członkostwa w zarządzie. Nie mogą w nim zasiadać członkowie rady kasy, świadczeniodawcy, właściciele, pracownicy lub osoby współpracujące z zakładami opieki zdrowotnej, które zawarły umowę z Kasą Chorych, a także członkowie organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Organizacją zrzeszającą wszystkie Kasy Chorych, zarówno regionalne jak i branżowe, jest Krajowy Związek Kas Chorych (art. 107). Organizacja ta ma charakter przymusowy, co oznacza, że organy Kasy Chorych nie mogą podjąć decyzji o tym, iż kasa nie przystępuje lub występuje ze Związku (art. 65 ust. 2). Zasadniczo Związek ma za zadanie reprezentować wszystkie zrzeszone w nim Kasy Chorych oraz podejmować inicjatywy o charakterze projektodawczym i opiniującym wszelkie zjawiska związane z powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym (art. 108). Bezpośrednio działalności Kas Chorych dotyczą dwojakiego rodzaju uprawnień Związku. W pierwszym rzędzie wymienić należy prawo do ustalania zakresu niezbędnych danych gromadzonych w systemach informatycznych kas i świadczeniodawców, a w konsekwencji określania sposobu i zakresu wymiany tych danych pomiędzy podmiotami je gromadzącymi. Ujednoczenie tych zasad związane jest niewątpliwie z rygorami jakie nakłada na kasy ustawa o ochronie danych osobowych. W związku z powyższym konieczne będzie dokonanie systematyzacji tej problematyki w działalności wszystkich Kas Chorych. Organami Związku są Rada Krajowego Związku Kas Chorych oraz dyrektor Biura Krajowego Związku Kas Chorych. W skład rady wchodzi przedstawiciele poszczególnych kas według następującego paritetu: przy liczebności kasy do 2 mln członków - jeden przedstawiciel, przy liczebności powyżej 2 mln - po dwóch przedstawicieli (art. 108 - 110).

Istotnym z punktu widzenia działalności finansowej Kasy Chorych jest obowiązek dokonywania corocznego odpisu z własnych przychodów na rzecz Związku. Jego wysokość uchwała każdego roku rada Krajowego Związku, przy czym ustawa określa tutaj maksymalną stawkę procentową w wysokości 0,05% rocznych przychodów Kasy Chorych.

Natomiast dyrektor Biura Krajowego Związku Kas Chorych pełni funkcje czysto administracyjne (art. 118).

Świadczeniodawcy

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w art. 7 pkt 23 definiuje pojęcie świadczeniodawcy. Jest w nim mowa generalnie o zakładach opieki zdrowotnej oraz osobach wykonujących zawód medyczny. Tylko z tymi podmiotami Kasy Chorych mogą zawierać umowy o udzielanie świadczeń (art. 53 ust. 1). Zakładami opieki zdrowotnej, z którymi Kasa Chorych może podpisać umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych są samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej lub niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Na gruncie zapisów ustawowych zawartych w art. 166, art. 169 i art. 169a powstała wątpliwość. Otóż pierwszy z przepisów

nakłada na organ założycielski publicznego zakładu opieki zdrowotnej obowiązek przekształcenia placówki sobie podległej w zakład samodzielny. Z kolei art. 169 i 169a upoważnia pełnomocnika regionalnego do zawierania umów o świadczenie usług medycznych na rok 1999 refinansowanych przez Kasę Chorych tylko z samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej oraz z niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Zgodnie z tym zapisem niedopuszczalne jest zawarcie przez pełnomocnika regionalnego kontraktu z zakładem opieki zdrowotnej publicznym ale niesamodzielnym. W myśl pierwotnego brzmienia art. 166 wchodził w życie dnia 1 stycznia 1999 r. Nowelizacja dokonana ustawą z dnia 18 lipca 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w art. 15 pkt 1 wymienia m.in. art. 166 jako przepis wchodzący w życie dnia 9 września 1998 r. Przyjął zatem należy, że zapis ten usuwa wątpliwości narosłe na gruncie pierwotnego brzmienia ustawy co do prawnych możliwości wykonania obowiązku nałożonego w art. 166 przed dniem 1 stycznia 1999 r. Inne rozumienie tego problemu spowodowałoby de facto zamknięcie wielu publicznym zakładom opieki zdrowotnej możliwości zawarcia umowy z Kasą Chorych na świadczenie usług medycznych finansowanych z kasy w roku 1999.

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej w art. 2 określa, które placówki (struktury organizacyjne) uznać można po spełnieniu określonych wymogów formalnych za zakłady opieki zdrowotnej. Jednocześnie ustawa ta dzieli zakłady, biorąc pod uwagę podmiot, który zakład utworzył, na zakłady opieki zdrowotnej publiczne i niepubliczne. Z kolei wśród publicznych zakładów opieki zdrowotnej ustawa wyróżnia zakłady samodzielne, pokrywające z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty i zobowiązania, i niesamodzielne (art. 35b). Dla uzyskania statusu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej konieczne jest wpisanie do sądowego rejestru samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Taki zakład z chwilą uprawomocnienia się postanowienia o wpisie do rejestru uzyskuje osobowość prawną. Dopiero po uzyskaniu takiego statusu zakład może wystąpić do Kasy Chorych z wnioskiem o zawarcie umowy.

Wśród zawodów medycznych na plan pierwszy wysuwają się z całą pewnością lekarze, pielęgniarki i położne. Kwestie związane z prawem wykonywania zawodu przez trzy wyżej wymienione grupy zawodowe regulują ustawy:

- z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza,
- z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Lekarze uzyskują status lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli

zawód swój wykonują w ramach zakładu opieki zdrowotnej lub poza zakładem opieki zdrowotnej, a jednocześnie z zakładem tym bądź lekarzem zawarto umowę o udzielanie ubezpieczonym świadczeń z zakresu podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej. Poza zakładem lekarz może pracować prowadząc indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską (art. 50 ust. 1 i 2 ustawy o zawodzie lekarza). Tylko taka forma organizacyjna pracy lekarza, połączona jednocześnie z prowadzeniem działalności gospodarczej, pozwala mu na wystąpienie z wnioskiem o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych z Kasy Chorych.

Pozostali lekarze zatrudnieni u innych podmiotów na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej (np. zatrudnieni w domach opieki społecznej), mimo, iż ustawa uznaje to za równoznaczne z prowadzeniem indywidualnej praktyki lekarskiej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej nie mogą uzyskać statusu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, a przez to, automatycznie, chociażby prawa wystawiania recept finansowanych przez Kasy Chorych. Aby mieć takie prawo muszą podpisać, niezależną od kontraktów na świadczenie usług, umowę upoważniającą ich do wystawiania takich recept.

Pielęgniarki i położne mają prawo podpisania umowy z Kasą Chorych na świadczenie usług medycznych, do których są upoważnione, wówczas gdy prowadzą indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę w ramach działalności gospodarczej (art. 7 pkt 23 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w zw. z art. 25 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej). Niewątpliwie dla sprawności systemu podstawowej opieki zdrowotnej konieczna będzie silna współpraca pomiędzy lekarzami ubezpieczenia zdrowotnego a pielęgniarkami i położnymi realizującymi zlecenia tych lekarzy w zakresie opieki pielęgniarskiej i położniczej.

Spośród innych osób, które uzyskały fachowe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych i udzielają ich w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, a którzy uprawnieni są do podpisania umowy z Kasą Chorych na udzielanie świadczeń zdrowotnych wymienić należy m.in. psychologów, specjalistów od rehabilitacji ruchowej, fizjoterapeutów.

II. Status i zadania Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych

W pierwotnym brzmieniu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym funkcje nadzorcze i kontrolne w stosunku do Kas Chorych i Krajowego Związku Kas Chorych wykonywać miał Minister Zdrowia i Opieki Społecznej. Na podstawie ustawy z dnia 18 lipca 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw utworzony zostanie Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, który otrzyma status centralnego organu administracji rządowej. Urzędem kieruje w myśl art. 151 ust. 2 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym prezes powoływany i odwoływany przez Prezesa Rady Ministrów. Naczelnym zadaniem Urzędu jest ochrona interesów osób ubezpieczonych. Realizacja tego następować będzie poprzez sprawowanie nadzoru nad kasami, Krajowym Związkiem, świadczeniodawcami (w zakresie wykonywanie umów zawartych z kasami), instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego, które będą powstawały po dniu 1 stycznia 2002 r. Sprawując nadzór Urząd kieruje się kryterium legalności (zgodności z prawem), a w zakresie nadzoru nad gospodarką finansową Kas Chorych i instytucji ubezpieczenia zdrowotnego (powstających po dniu 1 stycznia 2002 r.) także rzetelności, celowości i gospodarności oraz zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym. W czynnościach tych Urząd podlega jedynie ustawom (art. 151 i 151a). Podobnie jak w przypadku organów Kas Chorych ustawa wprowadziła ograniczenia w stosunku do pracowników Urzędu Nadzoru. Nie mogą nimi być członkowie organów lub pracownicy Kas Chorych i Krajowego Związku Kas Chorych, świadczeniodawcy mający zawartą umowę z Kasami Chorych, pracownicy lub osoby współpracujące z zakładami opieki zdrowotnej, które zawarły umowę z Kasami Chorych na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Ograniczenie to ma na celu zapobieżenie konfliktowi interesów, a przez to uniknięcie jakichkolwiek wpływów na decyzje Urzędu.

Urząd został wyposażony przez ustawę w dość znaczne kompetencje, spośród których na szczególną uwagę zasługują uprawnienia poniższe:

- zatwierdzanie statutów oraz badanie uchwał przyjmowanych przez organy uchwałodawcze Kas Chorych i instytucji ubezpieczenia zdrowotnego (powstających po dniu 1 stycznia 2002 r.), a w przypadku gdy naruszają one prawo lub stwarzają zagrożenie wystąpienia ujemnego wyniku finansowego, stwierdzanie ich nieważności,
- rozpatrywanie i zatwierdzanie kwartalnych i rocznych sprawoz-

dań finansowych Kas Chorych,

- ustanawianie zarządu komisarycznego Kasy Chorych w przypadku: naruszenia funduszu rezerwowego i nieprzedstawienia Urzędowi Nadzoru planu przywrócenia równowagi finansowej, przedstawienia planu przywrócenia równowagi finansowej, który tej równowagi nie gwarantuje lub realizacja planu okaże się nieskuteczna; ponadto zarząd komisaryczny może być ustanowiony w każdym przypadku rażącego naruszenia przepisów prawa i nieusunięcia nieprawidłowości w wyznaczonym terminie oraz niewywiązywania się z zadań ustawowych w zakresie zapewniania ubezpieczonym należnych świadczeń,

- przeprowadzanie kontroli w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w zakresie realizacji zadań ubezpieczenia zdrowotnego,

- wydawanie oraz cofanie zgody instytucjom ubezpieczenia zdrowotnego, innym niż Kasa Chorych, uprawniającej je do realizacji obowiązku powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (instytucje powstające po dniu 1 stycznia 2002 r.),

- nakładanie na członka zarządu Kasy Chorych kary upomnienia lub kary pieniężnej w przypadkach przewidzianych w ustawie.

Prezes Urzędu Nadzoru podejmuje rozstrzygnięcia w formie decyzji administracyjnych, na które służy skarga do Naczelnego Sądu Administracyjnego.

III. Inne podmioty uczestniczące w reformie systemu ubezpieczeń zdrowotnych

W grupie tej na plan pierwszy wysuwają się instytucje ubezpieczenia zdrowotnego inne niż Kasy Chorych, które będą mogły powstawać po dniu 1 stycznia 2002 r. Powstawanie i organizacja tych instytucji oparta będzie o przepisy o działalności ubezpieczeniowej. Zatem działalność taką rozpoczną zakłady ubezpieczeń zdrowotnych, które, przyjęc należy, nie będą już ograniczone zakazem działalności dla zysku. Poza wymogami, które w przyszłości zostaną ustanowione w ramach przepisów o działalności ubezpieczeniowej, już teraz ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wprowadza warunki, od spełnienia których uzależniona będzie możliwość wystąpienia do Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych z wnioskiem o wydanie zgody na rozpoczęcie działalności w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych (art. 4a).

Poza ww. instytucjami istotną rolę jako poborca składki odgrywać będzie "nowy" Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego

Ubezpieczenia Społecznego. Pobraną składkę ZUS i KRUS obowiązane są zaewidencjonować oraz przekazać do właściwej Kasy Chorych. W zakresie powyższych czynności zakłady zostały upoważnione do kontrolowania rzetelności zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych tym ubezpieczeniem, a także rzetelności deklarowanych podstaw obliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz prawidłowości obliczania, opłacania i odprowadzania składki (art. 142).

Wreszcie pewne prawa i obowiązki ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nałożyła na właścicieli aptek (farmaceutów) oraz właścicieli zakładów optycznych. Dla dokonywania zbiorczych zestawień realizowanych przez nich recept, refinansowanych przez Kasy Chorych, konieczne będzie spełnienie określonych wymogów, które zostaną sprecyzowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

Na koniec słusznym będzie wspomnieć o roli samorządów zawodowych lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz aptekarzy. Niewątpliwie dobra współpraca z tymi instytucjami przy wprowadzaniu reformy, a także w trakcie funkcjonowania systemu jest nieodzownym elementem prawidłowej jego oceny. Ustawodawca wprost w ustawie przewidział w kilku przepisach obowiązek konsultacji z organizacjami samorządowymi lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz aptekarzy (Np. art. 31a, art. 31e, art. 55a, art. 59, art. 59a). Dla zobrazowania możliwej współpracy z organami samorządu lekarskiego warto przytoczyć przykład porozumienia zawartego pomiędzy Okręgową Izbą Lekarską w Krakowie a Pełnomocnikiem Regionalnym Kasy Chorych w Krakowie. Na mocy tego porozumienia izba lekarska pośredniczy w przygotowaniu wniosków lekarzy o podpisanie z Kasą Chorych umów o refundację recept wystawianych przez lekarzy zrzeszonych w izbie.

IV. Zadania organów samorządu terytorialnego w organizacji ochrony zdrowia

Na podstawie art. 47 ustawy z dnia 13 października 1998 r. - Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną z dniem 1 stycznia 1999 r. jednostki samorządu terytorialnego przejmują uprawnienia organu administracji rządowej, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej. Jednocześnie na mocy tego przepisu Prezes Rady Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, wykaz powyższych zakładów oraz jednostek samorządu terytorialnego właściwych do przejęcia uprawnień organu, który je utworzył. Z kolei art. 99 ww. ustawy stanowi, że z dniem 31

grudnia 1998 r. wygasają porozumienia zawarte pomiędzy organami administracji rządowej i gminami lub innymi podmiotami, dotyczące wykonywania zadań i kompetencji administracji rządowej w zakresie opieki zdrowotnej. W kontekście powyższych uregulowań oraz art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie terytorialnym, art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym oraz art. 14 ust. 1 pkt 2 jasno widać, że ochrona zdrowia, a właściwie jej zapewnienie na obszarze gminy, powiatu (zadania publiczne o charakterze ponadgminnym) i województwa (zadania publiczne o charakterze wojewódzkim) należy do zadań własnych poszczególnych szczebli samorządu terytorialnego.

Na podkreślenie zasługuje tutaj rola samorządów poszczególnych szczebli jako organów założycielskich publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Od dnia 1 stycznia 1999 r., wraz z wdrożeniem reformy ochrony zdrowia, wszystkie publiczne zakłady opieki zdrowotnej przejdą na wyłączne utrzymanie gmin, powiatów i samorządowych województw, chyba że wcześniej zostaną usamodzielnione i jako takie podpiszą umowę z Kasą Chorych na finansowanie świadczeń medycznych przez siebie udzielanych. Jak wyżej wspomniano Pełnomocnik Regionalny nie może podpisać takiej umowy z zakładem niesamodzielnym. Niepodpisanie umowy z Kasą Chorych skazuje publiczny (samodzielny lub niesamodzielny) zakład opieki zdrowotnej na utrzymywanie się niemal wyłącznie ze środków uzyskanych z budżetu gminy. W przypadku braku takich środków, a w szczególności gdy zabezpieczenie opieki zdrowotnej w gminie, powiecie lub województwie zostanie zagwarantowane przez innych świadczeniodawców, niesamodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej grozi likwidacja.

Finansowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, dla którego organem założycielskim jest gmina, powiat lub samorządowe województwo, przez Kasę Chorych w ramach zawartej umowy może okazać się niejednokrotnie niewystarczające dla utrzymania takiej placówki. W szczególności chodzi tutaj o konieczność dokonywania zakupów nowego sprzętu diagnostycznego i remonty zajmowanych budynków. W tej sytuacji ważną rolę mogą odgrywać właśnie organy założycielskie. Obok innych źródeł dochodów potrzebnych na finansowanie ww. wydatków np. darowizn, opłat za świadczenia nie finansowane przez Kasy Chorych, organ założycielski ma możliwość dofinansowania zakładu wszelkiego rodzaju dotacjami czy też preferencyjnymi pożyczkami. Ten obszar działalności samorządów winien się szczególnie rozwinąć po dniu 1 stycznia 1999 r.

Sama ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym przewiduje kilka sytuacji, w których podmiotem wyłącznie kompetentnym do podjęcia określonych decyzji jest organ samorządu terytorialnego. W szczególności w art. 55a, który wchodzi w życie dnia 1 lipca 1999 r., nakłada na organy samorządu obowiązek opracowania i aktualizacji planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na obszarze ich działania. Plan ten jest publikowany w dzienniku urzędowym województwa, na obszarze którego działa właściwa Kasa Chorych. W oparciu o założenia przedstawione w planie Kasy Chorych zawiera umowy ze świadczeniodawcami. Jak więc widać samorządy terytorialne będą miały duży udział w kreowaniu polityki w zakresie ochrony zdrowia i jej organizacji na swoim obszarze.

Innym znaczącym uprawnieniem organu samorządu terytorialnego jest przewidziana w art. 75 ust. 1 kompetencja sejmiku województwa do powoływania rady regionalnej Kasy Chorych. Nie można niedoceniać wagi tego przepisu, pozwala to w sposób bardzo znaczący wpływać na kierunki działalności i zarządzania daną Kasą Chorych. Ponadto marszałek sejmiku województwa zwołuje pierwsze posiedzenie nowowybranej rady i przewodniczy mu do czasu wyboru przewodniczącego rady.

Wreszcie ustawa nakłada wzajemny obowiązek współdziałania organów Kas Chorych i innych instytucji z organami samorządu terytorialnego przy realizacji zadań z zakresu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (art. 4 ust. 6, art. 135a ust. 2, art. 151d ust. 5).

Przytoczone wyżej regulacje jednoznacznie wskazują, że rola samorządów terytorialnych w nowym systemie ochrony zdrowia będzie bardzo znacząca.

Kraków, listopad 1998 r.

CZEŚĆ II
WZORCOWA UCHWAŁA
O PRZEKSZTAŁCENIU
PUBLICZNEGO ZAKŁADU
OPIEKI ZDROWOTNEJ
ORAZ INNE AKTY PRAWNE
PODMIOTÓW ODPOWIEDZIALNYCH
ZA ORGANIZACJĘ
OCHRONY ZDROWIA

Uchwała Rady Gminy

Nr

z dnia

w sprawie przekształcenia

.....
(wpisać dotychczasową nazwę zakładu)

w usamodzielniony publiczny zakład opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 18 ust. 2 lit. h ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie terytorialnym (Dz. U. z 1996 r. Nr 13, poz. 74 z późn. zm.) oraz art. 36 ustawy z dnia 20 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1991 r. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.)

Rada Gminy w (określić jakiej) podjęła uchwałę o przekształceniu publicznego zakładu opieki zdrowotnej (wpisać dotychczasową nazwę zakładu) z dniem (wpisać datę) w samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej z siedzibą w (adres)

1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych z zakresu (wymienić podstawowe kierunki działalności) dla mieszkańców (określić obszar działania)

2. Nadzór nad samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej wykonuje Rada Gminy w

3. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (wpisać nową nazwę zakładu) uzyskuje osobowość prawną z chwilą wpisu do rejestru samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejestrowy w

4. Ustrój samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz inne sprawy dotyczące zasad jego funkcjonowania określa statut.

Uchwała Nr 431/98

Zarządu Miasta Krakowa

z dnia 27 kwietnia 1998 r.

w sprawie upoważnienia do zawarcia umów w imieniu Gminy Miasta Krakowa z Samodzielnymi Publicznymi Zakładami Opieki Zdrowotnej w zakresie wydatków inwestycyjnych.

Na podstawie art. 30 ust. 2 pkt 3 i 4 oraz art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie terytorialnym (Dz. U. z 1996 r. Nr 13, poz. 74; zm. z 1996 r. Nr 58 poz. 261, Nr 106 poz. 496, Nr 132 poz. 622; z 1997 r. Nr 9 poz. 43, Nr 106 poz. 679, Nr 107 poz. 686, Nr 113 poz. 734, Nr 123 poz. 775) Zarząd Miasta Krakowa uchwała, co następuje:

§ 1

Zawiera się umowę:

- Nr II/34/ZD/3/98 z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej „Śródmieście” o dofinansowanie modernizacji budynku Przychodni Rejonowej Nr 4, ul. Długa 38 (obejmującej dokończenie wymiany instalacji wodno-kanalizacyjnej, wykonanie izolacji murów fundamentowych, dobudowę szybu windowego oraz roboty remontowo-budowlane wewnątrz budynku) - na kwotę brutto zł (słownie: tysięcy złotych) zgodnie z limitem środków budżetowych przyznanych Uchwałą ZMK Nr 294/98 z dnia 30.03.1998 r.

- Nr II/35/ZD/4/98 Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej "Podgórze" o dofinansowanie modernizacji Przychodni Rejonowej Nr 2, Plac Serkowskiego 10 (obejmującej dobudowę szybu windowego wraz z kupnem i montażem windy, wymianę instalacji c.o. oraz instalacji elektrycznej) - na kwotę brutto zł (słownie: tysięcy złotych) zgodnie z limitem środków budżetowych przyznanych Uchwałą ZMK Nr 294/98 z dnia 30.03.1998 r.

§ 2

Środki na realizację umów zabezpieczone są w budżecie Miasta Krakowa na rok 1998 w dziale 85, rozdział 8513, § 73 Zad. Nr 8 - wydatki inwestycyjne, Modernizacje Przychodni Rejonowych.

§ 3

Do podpisania umów upoważnia się:

1. - Wiceprezydenta Gminy Miasta Krakowa,
2. - Dyrektora Wydziału Zdrowia.

§ 4

Wykonanie Uchwały powierza się Dyrektorowi Magistratu.

§ 5

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uchwała Nr 1391/98

Zarządu Miasta Krakowa

z dnia 22 października 1998 r.

w sprawie kierunków przekształceń poradni stomatologicznych w miejskich SP ZOZ-ach.

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy o samorządzie terytorialnym (Dz. U. z 1996 r. Nr 13, poz. 74; zm. z 1996 r. Nr 58 poz. 261, Nr 106 poz. 496, Nr 132 poz. 622; z 1997 r. Nr 9 poz. 43, Nr 106 poz. 679, Nr 107 poz. 686, Nr 113 poz. 734, Nr 123 poz. 775) w związku z art. 35 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r. Nr 91 poz. 408; zm. z 1992 r. Nr 63 poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591; z 1995 r. Nr 138 poz. 682, z 1996 r. Nr 24 poz. 110, z 1997 r. Nr 104 poz. 661) oraz art. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz. U. z 1998 r. Nr 93 poz. 592) - Zarząd Miasta Krakowa uchwała, co następuje:

§ 1

Przyjmuje się ustalenia, stanowiące załącznik do niniejszej uchwały, dotyczące kierunków przekształceń poradni stomatologicznych w Samodzielnych Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej: "Śródmieście", "Nowa Huta", "Krowodrza" i „Podgórze”.

§ 2

Zobowiązuje się Wydział Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa do przygotowania odpowiednich projektów uchwał Rady Miasta Krakowa w tej sprawie.

§ 3

Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Magistratu.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do Uchwały Nr 1391/98

Zarządu Miasta Krakowa z dnia 22 października 1998r.

Ustalenia w sprawie przekształceń poradni stomatologicznych w miejskich SPZOZ-ach

1. Gmina nie zamierza tworzyć Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Stomatologicznej, ponieważ byłoby to jedynie powielenie istniejącej struktury, z wszystkimi jej mankamentami, podczas gdy priorytetem Gminy jest tworzenie bardziej efektywnych struktur zapewniających racjonalizację kosztów i wysoką jakość usług. Wydzielenie stomatologii i przekształcenie jej w kierunku prywatnych podmiotów, stwarza możliwości sprawnego i efektywnego działania w warunkach rynkowych.

2. Jeśli stomatolodzy będą gotowi utworzyć spółki będące w 100% ich własnością (spółki cywilne lub spółki z ograniczoną odpowiedzialnością) Zarząd Miasta Krakowa przedstawi Radzie Miasta projekt utworzenia spółki gminnej, do której gmina wniesie aportem nieruchomości i niezbędny majątek ruchomy używany obecnie przez stomatologię. Ta nowo utworzona i wyposażona spółka (np. pod nazwą Miejskie Centrum Stomatologiczne) będzie negocjować kontrakt z Kasą Chorych, a następnie zawierać umowy o świadczenie usług z poszczególnymi spółkami wchodzącymi w skład MCS.

Po rozpoczęciu działalności spółki stomatologów mogą wykupić część udziałów od gminy lub dzięki swoim inwestycjom stać się jej udziałowcami lub mogą odkupywać od spółki miejskiej majątek (przede wszystkim ruchomy), także w formie leasingu.

3. Po zaakceptowaniu takiej formy przekształceń jako docelowej, gmina przygotowuje prawną stronę przygotowania aportów gruntowych do wniesienia do spółki (wyceny itp.), a stomatolodzy przygotowują się formalnie do założenia spółek (zdecydują kto z kim, przygotowują w wyniku negocjacji z zespołem delegowanym przez obecnych dyrektorów SP ZOZ-ów i Wydział Zdrowia projekty umów jakie zostaną zawarte po utworzeniu spółki gminnej). Wydział Zdrowia podejmie działania przygotowawcze do dyskusji przez Radę Miasta projektu uchwały o utworzeniu Miejskiego Centrum Stomatologicznego.

4. Jeśli proces tworzenia spółek będzie dostatecznie sprawny, nowy układ mógłby ruszyć od 1 stycznia 1999 r., a Miejskie Centrum Stomatologiczne mogłoby przystąpić już w grudniu 1998 r. do negocjacji kontraktu z Kasą Chorych.

5. Pełnomocnicy dyrektorów do spraw stomatologii we wszystkich

gminnych SPZOZ-ach akceptują powyższy projekt i zobowiązują się do promowania go zarówno wśród pracowników miejskich poradni stomatologicznych jak też na forum Okręgowej Izby Lekarskiej.

W imieniu Gminy Miasta Krakowa:

W imieniu miejskich stomatologów:

Uchwała Nr 362/98
Zarządu Miasta Krakowa
z dnia 20 kwietnia 1998 r.

w sprawie podpisania umowy cywilno-prawnej o zarządzanie Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej "Podgórze" w Krakowie, ul. Szwedzka 27.

Na podstawie art. 30 ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie terytorialnym (Dz. U. z 1996 r. Nr 13, poz. 74; zm. z 1996 r. Nr 38 poz. 261, Nr 106 poz. 496, Nr 132 poz. 622; z 1997 r. Nr 9 poz. 43, Nr 106 poz. 679, Nr 107 poz. 686, Nr 113 poz. 734, Nr 123 poz. 775), art. 44 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1991 r. Nr 91 poz. 408; zm. z 1992 r. Nr 63 poz. 315, z 1994 r. Nr 121 poz. 591, z 1995 r. Nr 141 poz. 692, Nr 138 poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104 poz. 661) Zarząd Miasta Krakowa uchwała, co następuje:

§ 1

Zawiera się umowę cywilno-prawną o zarządzanie Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej "Podgórze" w Krakowie, ul. Szwedzka 27 z Panem, na okres od dnia 1 maja 1998 r. do dnia 30 kwietnia 1999 r.

§ 2

Środki na realizację umowy zabezpiecza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Podgórze".

§ 3

Do podpisania ww. umowy upoważnia się Józefa Lassotę Prezydenta Miasta Krakowa.

§ 4

Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Magstratu.

§ 5

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uchwała Nr 605/98
Zarządu Miasta Krakowa
z dnia 3 czerwca 1998 r.

w sprawie upoważnienia do zawarcia umów w imieniu Gminy Miasta Krakowa z Samodzielnymi Publicznymi Zakładami Opieki Zdrowotnej w zakresie realizacji zakupów inwestycyjnych.

Na podstawie art. 30 ust. 2 pkt 3 i 4 oraz art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie terytorialnym (Dz. U. z 1996 r. Nr 13, poz. 74; zm. z 1996 r. Nr 58 poz. 261, Nr 106 poz. 496, Nr 132 poz. 622; z 1997 r. Nr 9 poz. 43, Nr 106 poz. 679, Nr 107 poz. 686, Nr 113 poz. 734, Nr 123 poz. 775) Zarząd Miasta Krakowa uchwała, co następuje:

§ 1

Zawiera się umowę z:

- Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej "Śródmieście" o finansowanie zakupów inwestycyjnych (obejmujących zakup sprzętu stomatologicznego, sprzętu do sterylizacji, urządzenia do kriochirurgii, inhalatora kabinowego, sprzętu radiologicznego, sprzętu komputerowego z oprogramowaniem i dwóch aparatów RTG - I rata) - na kwotę brutto zł (słownie: tysięcy złotych) zgodnie z limitem środków budżetowych przyznanych Uchwałą ZMK Nr 511/98 z dnia 11.05.1998 r.

- Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej "Krowodrza" o finansowanie zakupów inwestycyjnych (obejmujących zakup sprzętu okulistycznego, sprzętu do sterylizacji, sprzętu komputerowego z oprogramowaniem, unitu stomatologicznego i dwóch aparatów RTG - I rata) na kwotę brutto zł (słownie: tysięcy złotych) zgodnie z limitem środków budżetowych przyznanych Uchwałą ZMK Nr 511/98 z dnia 11.05.1998 r.

- Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej "Podgó-

rze" o finansowanie zakupów inwestycyjnych (obejmujących zakup sprzętu okulistycznego, sprzętu rehabilitacyjnego, sprzętu stomatologicznego, sprzętu do sterylizacji, sprzętu komputerowego z oprogramowaniem oraz aparatu RTG - I rata) - na kwotę brutto zł (słownie: tysięcy złotych) zgodnie z limitem środków budżetowych przyznanych Uchwałą ZMK Nr 511/98 z dnia 11.05.1998 r.

- Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej "Nowa Huta" o finansowanie zakupów inwestycyjnych (obejmujących zakup sprzętu kardiologicznego, sprzętu

okulistycznego, sprzętu rehabilitacyjnego, sprzętu stomatologicznego, sprzętu do sterylizacji, mikrosilnika protetycznego, analizatora biochemicznego, ciemni automatycznej RTG, dofinansowanie zakupu aparatu USG - na kwotę brutto zł (słownie: tysięcy złotych) zgodnie z limitem środków budżetowych przyznanych Uchwałą ZMK Nr 511/98 z dnia 11.05.1998 r.

§ 2

Środki na realizację umów zabezpieczone są w budżecie Miasta Krakowa na rok 1998 w dziale 85, rozdział 8513, § 73 - 2475000 zł - Zad. Nr 8 - wydatki inwestycyjne - zakupy dla jednostek lecznictwa otwartego.

§ 3

Do podpisania umów upoważnia się:

1. - Wiceprezydenta Gminy Miasta Krakowa,
2. - Dyrektora Wydziału Zdrowia.

§ 4

Wykonanie Uchwały powierza się Dyrektorowi Magistratu.

§ 5

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.