Historia ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce

Kategoria: Polityka Zdrowotna
Opublikowano: czwartek, 18, kwiecień 2013 00:00
Rafał Rudka
Odsłony: 21850

Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce przedstawiała się następująco. Na początku 1919 roku dekret Naczelnika Państwa przewidywał utworzenie ubezpieczenia zdrowotnego. Ustawa z 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby usankcjonowała prawnie system ubezpieczeń zdrowotnych. Na początku lat 30. XX wieku ograniczono samorządność kas chorych. Kasy zostały ostatecznie zlikwidowane w 1933 roku. Po II wojnie światowej społeczne ubezpieczenia zdrowotne zostały włączone do budżetu państwa. Od tej pory publiczna służba zdrowia działała w oparciu o mechanizm centralnego planowania – model Siemaszki.

W połowie lat 90. XX wieku, podjęto w Polsce pierwsze próby funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnych w oparciu o kontrakt, jaki placówka służby zdrowia zawierała z dystrybutorem środków na świadczenia zdrowotne, którym zwykle był wojewoda jednego z 49. ówczesnych województw.

W 1997 roku została podpisana ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dwuletnim vacatio legis na przygotowanie wdrożenia.

O początku 1999 roku wprowadzono, jako jedną z czterech, reformę systemu ochrony zdrowia. Budżetowe zakłady opieki zdrowotnej przekształcono w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Miały one osobowość prawną i miały prowadzić samodzielnie i w sposób samofinansujący się, działalność w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te kontraktowały Kasy Chorych. Powstało ich 16, tyle ile było nowych województw po reformie administracyjnej. Dodatkowo powstała kasa chorych dla służb mundurowych.

W roku 2004 kasy zostały zastąpione przez centralnego płatnika, którym do dzisiaj jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Po kilku latach funkcjonowania tej struktury płatnika, politycy chcą wrócić do modelu wielu płatników, którzy konkurowaliby pomiędzy sobą o ubezpieczonych i ich składkę. Przygotowany już jest przez Ministerstwo Zdrowia Projekt założeń do projektu ustawy o instytucjach systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Zasadniczym celem proponowanej ustawy jest uporządkowanie struktury organizacyjnej systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego – jako jednej z podstawowych kwestii podlegających ocenie przy ocenie konstytucyjnych gwarancji prawa do ochrony zdrowia. Zgodnie bowiem z Wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego (Sygn. K 14/03): „Konstytucyjne wymaganie określenia w ustawie zakresu świadczeń medycznych, dostępnych na zasadach równości zakłada zarazem istnienie takiego systemu organizacyjnego publicznej służby zdrowia, który umożliwi realizację tych zasad. Ustawowe ustalenie zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych należy bowiem uznać za niewystarczające, jeśli system jest dysfunkcjonalny i przez to niezdolny do urzeczywistnienia formalnie gwarantowanej w Konstytucji zasady równej dostępności do wyżej wymienionych świadczeń. Ocena struktury organizacyjnej pozostaje więc w ścisłym związku z oceną gwarancji prawa do ochrony zdrowia. Istnienie zasadniczych wad systemowych musi więc być uznane zarazem za naruszenie gwarancji prawa do ochrony zdrowia określonych w art. 68 ust. 2 Konstytucji. Niezbędne jest więc dokonanie w tej płaszczyźnie oceny samego modelu organizacyjnego przyjętego w ustawie. Podstawowym wzorcem konstytucyjnym dla takiej oceny jest art. 2 Konstytucji."

Źródło: materiał powstał w ramach projektu "Innowacyjna i sprawna administracja" współfinansowanego ze środków UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, a realizowanego przez Związek Powiatów Polskich; autor: Janusz Atłachowicz

Phoca PDF