

DANIEL ERYK LACH

## STOSUNKI PRAWNE MIĘDZY INSTYTUCJĄ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO A ŚWIADCZENIODAWCAMI W NIEMCZECH I W POLSCE

### I. WPROWADZENIE

Podstawowym zagadnieniem, które od początku towarzyszy ubezpieczeniu zdrowotnemu, jest kluczowa w modelu ubezpieczeniowym kwestia właściwego uregulowania procesu nabywania u niezależnych świadczeniodawców świadczeń gwarantowanych świadczeniobiorcom. Wynika to z przyjętej w tym modelu koncepcji zapewnienia świadczeń rzeczowych, które ze względu na ich szczególny charakter mogły być spełniane jedynie przez wykwalifikowane, profesjonalnie przygotowane podmioty. Oznacza to, że w stosunku ubezpieczenia zdrowotnego występują trzy podmioty: ubezpieczony, instytucja ubezpieczeniowa oraz zewnętrzny świadczeniodawca, a taka sytuacja z kolei wymaga istnienia złożonego systemu kontraktowania tych świadczeń. Chodzi tu o cały kompleks spraw związanych z dopuszczaniem ewentualnych świadczeniodawców do uczestniczenia w systemie, negocjowaniem warunków i w efekcie zawarciem konkretnej umowy, a także kontrolowaniem świadczeniodawców oraz czuwaniem nad należytym wykorzystaniem środków finansowych.

Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych, będące przecież głównym zadaniem instytucji ubezpieczenia na wypadek choroby, odbywa się w Niemczech na dość skomplikowanych zasadach. Ponad 120 lat doświadczeń spowodowało, że wyodrębniono tam wręcz osobną gałąź prawa, podsystem prawa socjalnego: „prawo świadczeniodawców” lub też „prawo spełniania świadczeń” (*Leistungserbringungsrecht*), zajmujące się właśnie problematyką umów pomiędzy kasami chorych a świadczeniodawcami<sup>1</sup>.

Przedmiotem regulacji ustawowej są tu takie kwestie, jak: organizacja zapewnienia spełniania świadczeń przez określonych świadczeniodawców (*Sicherstellung der Versorgung*) i związane z tym obowiązki współdziałania

---

<sup>1</sup> Należy mieć na uwadze, że określeń podkreślających szczególny charakter tej regulacji używa się zarówno w języku prawniczym, jak i prawnym. Przykładem jest chociażby ustawa z 17 sierpnia 1955 r. o prawie lekarzy kas chorych (*Kassenarztrecht*), *Bundesgesetzblatt* (BGBl.) I, s. 513, uchylona następnie ustawą z 21 grudnia 1992 r. o strukturze lecznictwa (*Gesundheitsstrukturgesetz*) BGBl. I, s. 2266 (tzw. strukturalna reforma lecznictwa), która wprowadziła określenie „lekarza/dentysty kontraktowego” (*Vertrags/zahn/arzt*). Aktualnie zaś księga V niemieckiego kodeksu socjalnego (*Sozialgesetzbuch*) reguluje kwestie stosunków pomiędzy kasami chorych a świadczeniodawcami w rozdziale czwartym, określonym skrótowo właśnie „prawem świadczeniodawców” lub też „prawem spełniania świadczeń” (*Leistungserbringungsrecht*). Por. *Handbuch des Sozialversicherungsrechts*, Band 1. *Krankenversicherungsrecht*, red. B. Schulin, s. 817 i n.; także B. von Maydell, F. Ruland (red.) *Sozialrechtshandbuch*, s. 869 i n.

oraz tworzenie związków lekarzy kas chorych (Kassenärztliche Vereinigungen), zawieranie umów o świadczenia zdrowotne, zarówno na szczeblu lokalnym – krajowym, jak i na szczeblu federalnym, postępowanie arbitrażowe w przypadku niezawarcia umowy, tworzenie na szczeblu krajowym oraz federalnym komisji o charakterze doradczym złożonych z przedstawicieli świadczeniodawców oraz kas chorych, postępowanie związane z dopuszczeniem świadczeniodawcy do świadczenia usług jako lekarza kontraktowego (*Zulassung als Vertragsarzt*), planowanie potrzeb zdrowotnych (*Bedarfsplanung*), a także kontrolowanie świadczeniodawców pod kątem gospodarności świadczonych usług oraz poprawności rozliczeń. Ponadto rozdział czwarty piątej księgi niemieckiego kodeksu socjalnego (Sozialgesetzbuch – SGB, księga piąta poświęcona jest ustawowemu ubezpieczeniu chorobowemu; dalej: SGB V) zawiera podobne regulacje dotyczące innych niż lekarze i dentyści świadczeniodawców – szpitali, dostawców środków leczniczych i pomocniczych, aptek i innych świadczeniodawców. W rozdziale tym uregulowano także kwestie związane z zapewnieniem jakości świadczonych usług.

## II. PODSTAWOWE ZASADY „PRAWA ŚWIADCZENIODAWCÓW”

Zgodnie z § 69 SGB V, „prawo świadczeniodawców” odnosi się do stosunków prawnych pomiędzy kasami chorych a lekarzami, dentydami, psychoterapeutami, szpitalami, aptekami i pozostałymi świadczeniodawcami.

Należy w tym miejscu podkreślić, że w systemie niemieckim tradycyjnie występują przede wszystkim pojedynczy lekarze, prowadzący indywidualnie praktyki lekarskie. Nawet w sytuacji gdy w związku z zapotrzebowaniem rynkowym czy też ze względu na oszczędność kosztów prowadzenia gabinetu tworzą oni tzw. wspólne praktyki lekarskie (*Gemeinschaftspraxis*), nadal pozostają odrębnymi podmiotami, samodzielnie spełniającymi świadczenia i rozliczającymi się z kasami chorych. Przychodnie, jako odrębne podmioty zatrudniające jedynie personel medyczny, istniały tylko na obszarze byłej NRD (*Polikliniken*) i zgodnie z układem zjednoczeniowym do 31 grudnia 1995 r. przekształciły się w indywidualne praktyki<sup>2</sup>. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że wielość pojedynczych lekarzy nie oznacza, że indywidualnie negocjują oni i zawierają umowy o świadczenia zdrowotne. Problem ten zostanie poniżej omówiony szerzej, w tym miejscu trzeba jedynie zaznaczyć, że od 1913 r. dawna zasada zawierania pojedynczych umów została zastąpiona zasadą kolektywnego, zbiorowego negocjowania i zawierania takich umów (*kollektive Vereinbarung, kollektivvertragliche Regelung*)<sup>3</sup>. Doktryna niemiecka stwierdza wprost, że treścią prawa świadczeniodawców jest regulacja stosunków pomiędzy kasami i związkami kas a świadczeniodawcami i ich związkami<sup>4</sup>.

Podstawą dalszej regulacji jest stwierdzenie § 70 SGB V, zgodnie z którym zarówno kasy chorych, jak i świadczeniodawcy zobowiązani są do zapewniania

<sup>2</sup> Por. B. von Maydell, F. Ruland, op. cit., s. 826.

<sup>3</sup> Por. B. Schulin, op. cit., s. 816, także B. von Maydell, F. Ruland, op. cit., s. 818.

<sup>4</sup> Por. B. von Maydell, F. Ruland, op. cit., s. 869.

takich świadczeń, które odpowiadają potrzebom ubezpieczonych (*bedarfsrechte*) oraz uwzględniają aktualny stan wiedzy medycznej. Spełniane świadczenia mają być celowe i wystarczające. Z drugiej jednak strony ustawa wyraźnie podkreśla, że spełniane świadczenia nie mogą wykroczać poza świadczenia niezbędne, konieczne – „darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten” i muszą być spełniane w sposób gospodarny (*wirtschaftlich*). Poza obowiązkiem zapewnienia właściwej jakości świadczeń pojawia się tu zatem również obowiązek gospodarności, spoczywający zarówno na kasach chorych, jak i podmiotach spełniających konkretne świadczenia.

Uzupełnieniem tego obowiązku jest również nakaz uwzględniania zasady stabilności składki (*Beitragsstabilität*), zgodnie z którym należy unikać podwyższania składek na ubezpieczenie zdrowotne, chyba że, – także przy wyczerpaniu się wszelkich rezerw – niemożliwe jest konieczne medycznie spełnienie świadczeń na rzecz ubezpieczonych (§ 141.2 SGB V).

### III. ZAPEWNIENIE SPEŁNIANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH. DOPUSZCZANIE ŚWIADCZENIODAWCÓW

Niemiecki kodeks socjalny nakłada na świadczeniodawców oraz kasy chorych wspólny obowiązek zapewnienia świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych<sup>5</sup>. Realizacją tego obowiązku są umowy o spełnianie tych świadczeń zawierane pomiędzy związkami kas chorych a związkami świadczeniodawców. Przymusowe korporacje (*Zwangskörperschaften*) lekarzy kontraktowych (*Vertragsärzte*) (por. niżej) zobowiązane są do zapewnienia kompleksowej opieki, obejmującej poradę lekarzy domowych, specjalistów, a także świadczenia w nagłych wypadkach (*Notdienst*). Świadczeniem wzajemnym kas chorych jest wypłacanie na rzecz wspomnianych korporacji całościowego wynagrodzenia (*Gesamtvergütung*) wynikającego z zawartej umowy ramowej (*Gesamtvertrag*) (por. niżej)<sup>6</sup>.

Ważnym elementem systemu niemieckiego jest zasada swobodnego wyboru lekarza (*freie Arztwahl*). W literaturze niemieckiej podkreśla się, że tym samym rynek usług medycznych jest rynkiem pacjenta, a nie świadczeniodawcy, a właściwym nabywcą (klientem) jest sam ubezpieczony, a nie np. instytucje ubezpieczeniowe<sup>7</sup>. Reformując system polski, efekt zastosowania tej zasady określano bardziej prozaicznie, stwierdzając, że celem jest stworzenie systemu, w którym „pieniądze idą za pacjentem”. Wydaje się jednak, że w konstrukcji systemu polskiego powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego pominięto dość ważny element ograniczający zasadę swobodnego wyboru lekarza. W systemie niemieckim taką rolę odgrywa ograniczenie swobodnego wyboru do lekarzy „dopuszczonych” (*zugelassen*) do świadczenia usług w ramach systemu kas

<sup>5</sup> Należy zwrócić uwagę, iż SGB V posługuje się sformułowaniem „medyczne zaopatrzenie ubezpieczonych” (*vertragsärztliche Versorgung der Versicherten*), które wobec rozróżnienia pojęć techniki zaopatrzeniowej i ubezpieczeniowej (z zastrzeżeniami J. Jończyka, por. J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Zakamycze 2001, s. 57 i n.) należałoby tłumaczyć raczej jako spełnienie określonych świadczeń na rzecz ubezpieczonych.

<sup>6</sup> Por. B. von Maydell, F. Ruland, op. cit. s. 870.

<sup>7</sup> Ibidem s. 871.

chorych. Należy mieć jednak na uwadze, że w Niemczech poza systemem przymusowego ubezpieczenia zdrowotnego pozostaje około 12% populacji. Co więcej, biorąc pod uwagę wyłączenie z obowiązku ubezpieczeniowego osób o wysokich dochodach lub prowadzących działalność gospodarczą, pamiętać trzeba, że jest to stosunkowo zamożna grupa osób, stanowiąca potencjalną klientelę świadczeniodawców działających poza systemem kas chorych. W polskich realiach wolny rynek usług medycznych ograniczony jest do wybranych usług specjalistycznych, natomiast ze względu na brak potencjalnej klienteli oraz kiepską sytuację finansową większości społeczeństwa trudno wyobrazić sobie działających na wolnym rynku lekarzy domowych – pierwszego kontaktu.

System dopuszczenia do spełniania świadczeń w ramach systemu kas chorych jest stosunkowo skomplikowany. W literaturze określa się go jako system koncesyjny (*Konzessionssystem*), podkreślając jednocześnie, że sytuacją typową jest nadanie statusu lekarza kontraktowego i określenie miejscowości będącej siedzibą takiego lekarza, o ile jest on członkiem owej przymusowej korporacji, tj. stowarzyszenia lekarzy kasy chorych (*Kassenärztliche Vereinigungen*), czego potwierdzeniem jest wpis w stosownym rejestrze (*Arztregister*). Na podstawie dopuszczenia dany lekarz może brać udział w spełnianiu świadczeń finansowanych z ubezpieczenia zdrowotnego. Ograniczeniem instytucji dopuszczenia jest kontrola oraz planowanie zapotrzebowania na usługi medyczne. W drodze szczegółowo opisanego w SGB V postępowania (§ 99-105), stowarzyszenia lekarzy kas chorych w porozumieniu ze związkami kas chorych planują i monitorują takie zapotrzebowanie, a w sytuacji stwierdzenia nadmiernego lub niedostatecznego jego pokrycia (*Überversorgung, Unterversorgung*) odpowiednio ograniczają liczbę lekarzy na danym obszarze. Trzeba mieć jednak na uwadze, że tego rodzaju działania nie mogą być odbierane jako odgórne regulowanie liczby działających na danym terenie lekarzy metodą administracyjną, głównie dlatego, że aktywnym podmiotem są tu przede wszystkim korporacje zawodowe – stowarzyszenia lekarzy kas chorych – działające jedynie „w porozumieniu” (*im Einvernehmen*) ze związkami kas chorych. Należy też pamiętać, że wobec istniejącego wolnego rynku usług medycznych, tj. w sytuacji, gdy poza ubezpieczonymi i instytucjami ubezpieczeniowymi na rynku występują również inni nabywcy, na danym obszarze może działać więcej lekarzy, niż wynikałoby to z samej liczby ubezpieczonych.

Dopuszczenie do spełniania świadczeń dotyczy także innych, poza lekarzami i dentykami, świadczeniodawców, w tym szpitali. Przepis § 108 SGB V dzieli szpitale na trzy kategorie: kliniki działające przy szkołach wyższych, dopuszczone do spełniania świadczeń ubezpieczenia zdrowotnego z mocy prawa; szpitale „planowe” (*Plankrankenhäuser*), wskazane w krajowym planie szpitalnym i dopuszczone do spełniania świadczeń na tej właśnie podstawie; pozostałe szpitale, dopuszczone do spełniania świadczeń tylko wówczas, gdy zawarły ze związkiem kas chorych stosowne umowy. Co ważne, szpitalom innym niż kliniki, względnie szpitale „planowe”, nie przysługuje roszczenie o zawarcie stosownej umowy (§ 109.2 SGB V).

Szczególna regulacja dotyczy możliwości spełniania świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego przez lekarzy zatrudnionych w szpitalach (*Krankenhausärzte* w odróżnieniu od *Vertragsärzte*). Przepis § 116 stanowi, że jest to

możliwe tylko wówczas, gdy łącznie zostaną spełnione następujące przesłanki: lekarz jest lekarzem specjalistą (w oryginale ustawa mówi o ukończonym dokształcaniu – *mit abgeschlossener Weiterbildung*), uzyskał stosowne zezwolenie organu założycielskiego danego szpitala<sup>8</sup>, a także, że w inny sposób nie można osiągnąć zabezpieczenia spełniania świadczeń zdrowotnych i zabezpieczenia potrzeb ubezpieczonych. Chodzi zatem o sytuacje wyjątkowe, gdy spełnienie świadczeń jest konieczne z punktu widzenia interesu ubezpieczonych, a nie lekarza.

Stosowne postępowanie dopuszczające do spełniania świadczeń w ramach systemu ubezpieczeniowego dotyczy także dostawców środków leczniczych i pomocniczych, a głównymi kryteriami są odpowiednie wykształcenie, praktyka zawodowa, wyposażenie praktyki oraz gwarancja należytego, celowego i gospodarnego spełniania świadczeń (por. § 124 i 126 SGB V).

Apteki oraz przedsiębiorstwa farmaceutyczne funkcjonują w ramach ubezpieczenia chorobowego bez szczególnych wymagań dotyczących ich dopuszczenia, kodeks socjalny nakłada jednak na apteki ogólny obowiązek gospodarności i konkretyzuje go, zobowiązując apteki do sprzedaży leków najkorzystniejszych cenowo w sytuacji, gdy lekarz ograniczył się do wskazania substancji działającej, a nie konkretnego leku, lub gdy możliwe jest zastąpienie leku przepisanego innym, równorzędnym; do sprzedaży leków najkorzystniejszych cenowo w odniesieniu do leków importowanych; do sprzedaży leków w uzasadnionych ekonomicznie ilościach (*wirtschaftliche Einzelmengen*)<sup>9</sup>; do podawania cen na opakowaniach.

#### IV. KORPORACJE ŚWIADCZENIODAWCÓW. ZAWIERANIE UMÓW O ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

Podstawą realizacji obowiązku spełniania świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych są umowy zawierane pomiędzy kasami chorych (działającymi poprzez ich związki) a świadczeniodawcami (także działających w ramach organizacji – korporacji zawodowych). Wspomniano już wyżej, że do 1913 r. zawieranie umów o świadczenia zdrowotne było indywidualną sprawą poszczególnych kas chorych i świadczeniodawców. Jak wskazuje literatura niemiecka, prowadziło to do narastania konfliktów zbliżonych swym charakterem do sporów między pracodawcami a pracownikami<sup>10</sup>, przez co rozumieć należy przede wszystkim wykorzystywanie przez silniejszego kontrahenta – kasy chorych – swej dominującej pozycji wobec rozdrobnienia świadczeniodawców, co prowa-

<sup>8</sup> Należy zwrócić uwagę, że decyzję podejmuje tu nie przełożony danego lekarza, względnie podmiot zarządzający, ale organ założycielski danego szpitala (gmina, kościół, stowarzyszenie itp.) – nieuniknany w osobiste relacje z zainteresowanym lekarzem, natomiast dbający o to, aby osoby zatrudnione w danym szpitalu nie konkurowały z jego usługami.

<sup>9</sup> Owe ekonomiczne ilości dotyczyć będą zapewne zarówno ograniczenia sprzedaży w ilościach nieuzasadnionych – hurtowych, jak i umożliwienia pacjentom nabycia tylko przepisanych, uzasadnionych medycznie ilości leku, bez zmuszania ich do zakupu niepotrzebnych im, nadmiernych ilości. Z tym przepisem wiąże się § 131 SGB V, przewidujący możliwość zawierania umów wprost z przedsiębiorstwami farmaceutycznymi, których przedmiotem jest np. określenie uzasadnionych terapeutycznie i ekonomicznie wielkości opakowań poszczególnych leków.

<sup>10</sup> Por. B. von Maydell, F. Ruland, op. cit, s. 818.

dziło do zawierania umów niekorzystnych dla świadczeniodawców<sup>11</sup>. Kasy chorych posuwały się zresztą dalej, otwierając własne zakłady opieki zdrowotnej i zatrudniając swoich lekarzy<sup>12</sup>.

Przełomem było zawarcie w roku 1913 tzw. porozumienia berlińskiego (jego postanowienia zostały wprowadzone do porządku prawnego jako obligatoryjne rozwiązanie w 1924 r.), zgodnie z którym samorzady lekarskie i związki kas chorych w drodze wspólnych ustaleń i porozumień ustalać miały dopuszczanie lekarzy do spełniania świadczeń ubezpieczenia zdrowotnego, warunki umów, a w razie braku porozumienia decydować miał obligatoryjny arbitraż.

Postanowienia porozumienia berlińskiego otworzyły drogę do dzisiejszej regulacji niemieckiego ubezpieczenia chorobowego i są widoczne we współczesnych rozwiązaniach. Pomijając omówioną pokrótce powyżej kwestię dopuszczania świadczeniodawców do spełniania świadczeń w ramach systemu ubezpieczeniowego, podstawowym osiągnięciem porozumienia berlińskiego było skonsolidowanie świadczeniodawców, co umożliwiło negocjowanie warunków kontraktów w warunkach równorzędności podmiotów.

Doktryna niemiecka podkreśla, że obowiązkowe uczestnictwo (*Verkörper-schaftung*) lekarzy kontraktowych w korporacjach nazywanych związkami czy też zjednoczeniami lekarzy kas chorych (*Kassenärztliche Vereinigungen*) jest jednym z podstawowych elementów prawa świadczeniodawców<sup>13</sup>. Główną funkcją tych związków jest negocjowanie i zawieranie umów o świadczenia zdrowotne, a partnerami w negocjacjach i kontraktach są krajowe związki kas chorych. Na szczeblu federalnym działa federalny związek lekarzy kas chorych (*Kassenärztliche Bundesvereinigung*) współpracujący z głównym związkiem (*Spitzenverband*) kas chorych. Związki lekarzy kas chorych mają status korporacji prawa publicznego, podlegają nadzorowi ze strony państwa (kryterium legalności) oraz ogólnym przepisom dotyczącym rachunkowości. Organami samorządu są: zgromadzenie przedstawicieli, wybrane spośród członków związku w wyborach bezpośrednich i tajnych, oraz zarząd wybrany przez zgromadzenie. Związek działa zaś na podstawie statutu opracowanego przez zgromadzenie przedstawicieli.

Przechodząc do najistotniejszego elementu prawa świadczeniodawców, tj. negocjowania i zawierania umów o świadczenia zdrowotne, można ogólnie stwierdzić, że odbywa się ono zarówno na poziomie federacji, jak i krajów związkowych. Federalny Układ Ramowy (*Bundesmantelvertrag*) zawierany jest pomiędzy federalnym związkiem lekarzy kas chorych a głównym związkiem kas chorych. Reguluje on zakres udzielanych świadczeń oraz prawa i obowiązki lekarzy.

Na szczeblu krajów związkowych pomiędzy krajowymi związkami lekarzy a krajowymi związkami kas chorych zawierane są następnie umowy ramowe – dosłownie „całościowe” – (*Gesamtverträge*), których przedmiotem jest przede wszystkim wysokość wynagrodzeń za spełniane świadczenia. Godne podkreślenia jest rozdzielenie negocjacji w przedmiocie zakresu udzielanych świad-

<sup>11</sup> Tak B. Schulin, op. cit., s. 816.

<sup>12</sup> Por. B. von Maydell, F. Ruland, op. cit., s. 818.

<sup>13</sup> Ibidem, s. 870-871.

czeń i wynagrodzenia za nie. Rozmowy prowadzone są na szczeblu krajów związkowych i mogą uwzględniać warunki lokalne, zamożność społeczeństwa, a co za tym idzie – zasobność kas chorych. Drugą charakterystyczną cechą jest występowanie po obu stronach negocjacyjnego stołu podmiotów o zbliżonej pozycji prawnej i faktycznej. Przedstawiciele ubezpieczonych – reprezentanci związku kas chorych – będący na ogół fachowcami: działaczami społecznymi, związkowcami – negocjują warunki, a następnie ceny nie z jednostkowymi świadczeniodawcami, ale z reprezentantami ich związku – również fachowo przygotowanymi do prowadzenia rozmów. Efektem musi być kompromis. Nie może być mowy o dyktacie którejkolwiek ze stron, gdyż pozycja obydwu jest równie mocna. Jest to zresztą zgodne z wieloletnią tradycją porozumień i układów zbiorowych (głównie na szczeblu ponadzakładowym) w niemieckim prawie pracy.

Doktryna niemiecka zaznacza, że zawieranie krajowych umów ramowych jest wyrazem tzw. wspólnego samorządu (*gemeinsame Selbstverwaltung*), wywodzącego się wprost ze wspomnianego „porozumienia berlińskiego” i podkreśla znaczenie współpracy obydwu partnerów w wypracowaniu regulacji dotyczącej zaspokojenia potrzeb ubezpieczonych odnośnie do świadczeń zdrowotnych<sup>14</sup>. Kolejną instytucją prawną mającą służyć realizacji idei „wspólnego samorządu” jest federalna komisja lekarzy i kas chorych (*Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen*), której zadaniem jest opracowywanie wytycznych odnośnie do warunków spełniania świadczeń zdrowotnych. Na szczeblu krajowym występują stosowne krajowe komisje lekarzy i kas chorych.

Wracając do kwestii negocjowania i zawierania umów, należy zwrócić uwagę na ciekawy element systemu niemieckiego, dotyczący rozwiązania problemu podziału ograniczonych środków finansowych pochodzących ze składek ubezpieczeniowych (pamiętając o wspomnianej zasadzie stabilności składki) pomiędzy świadczeniodawców. Podstawowym pojęciem jest „wynagrodzenie całościowe” (*Gesamtvergütung*), będące przedmiotem umowy ramowej na szczeblu krajowym. Jego „całościowość” oznacza, jak już wspomniano wyżej, że wraz z jego uiszczeniem kasy chorych opłacają wszelkie świadczenia zdrowotne spełnione na rzecz ich ubezpieczonych we wskazanym okresie czasu. Co ważne, chodzi tu o świadczenia spełnione przez wszystkich świadczeniodawców – umowa ramowa jest przecież zawierana nie z indywidualnym świadczeniodawcą, lecz ze związkiem lekarzy/dentystów kas chorych. W literaturze zwraca się uwagę, że określenie wysokości „wynagrodzenia całościowego” jest kwestią negocjacyjną, stąd możliwe są rozmaite metody: kwota stała obliczona na podstawie szacunków, stawki za pojedyncze świadczenia oparte na ryczałtowej ilości pacjentów (tj. wizyt) lub przypadków chorobowych (tj. gdy jeden pacjent musi wielokrotnie w ramach tego samego schorzenia zasięgnąć porady lekarskiej), a także rozmaite systemy mieszane, oparte na przedstawionych rozwiązaniach<sup>15</sup>.

Aby ustalić, jaka część „wynagrodzenia całościowego” przypadnie konkretnemu świadczeniodawcy, należy dokonać podziału tego wynagrodzenia. Co niezwykle istotne, jest to zadanie samorządnych związków lekarzy kas chorych,

<sup>14</sup> Ibidem, s. 872.

<sup>15</sup> Por. B. Schulin, op. cit., s. 887 i n.

natomiast rola instytucji ubezpieczeniowych ograniczona jest do uzgodnienia ze związkami (*im Benehmen*) sposobu podziału honorariów (*Honorarverteilungsmäßstab*). Kodeks socjalny stanowi, że podstawą takiego podziału powinny być przede wszystkim rodzaj i zakres spełnionych świadczeń, a ustalony sposób winien zapewnić równomierny podział wynagrodzenia przez okres całego roku (§ 85.4 SGB V). Świadczeniodawcy rozliczają się zatem między sobą, mając do podziału konkretną, wynegocjowaną w ramach umowy ramowej kwotę. Sposób podziału i wysokość przypadających na poszczególnego świadczeniodawcę kwot są sprawą samorządnej korporacji zrzeszającej wszystkich lekarzy/dentystów kontraktowych<sup>16</sup>.

Niemniej ustawa przewiduje kilka rozwiązań szczególnych, ingerujących w samorząd lekarzy kontraktowych. W celu ograniczenia nadmiernego „rozdeścia” działalności lekarza kontraktowego<sup>17</sup>, § 85.4 SGB V przewiduje możliwość ograniczenia wynagrodzenia powyżej granicy nazwanej „typową ilością świadczeń”. Świadczenia udzielane do tej granicy, określonej odrębnie dla rozmaitych specjalizacji, wynagradzane są w określonej wysokości, po przekroczeniu tej granicy wynagrodzenie ulegać będzie obniżeniu. Co istotne, ustawa przewiduje możliwość uwzględniania przy rozdziale honorariów nie tylko specjalizacji, ale także miejsca spełniania świadczenia. Doktryna podkreśla, że chodzi tu zwłaszcza o wspieranie praktyk funkcjonujących na prowincji lub też inwestujących w specjalistyczną aparaturę<sup>18</sup>.

## V. ROZLICZANIE UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH. MECHANIZMY KONTROLNE

Jednym z najważniejszych zagadnień ubezpieczenia zdrowotnego jest zapewnienie racjonalnego i gospodarnego spełniania świadczeń, tak by ograniczone środki finansowe pochodzące ze składek wystarczyły na sprawne funkcjonowanie systemu i nie zachodziła potrzeba nieustannego podnoszenia wysokości tych składek, aby unikać marnotrawienia zasobów. W swej długiej historii system niemieckiego ubezpieczenia zdrowotnego wzbogacił się o wiele rozwiązań dążących do minimalizowania kosztów jego funkcjonowania.

Już pierwsze umowy o świadczenia zdrowotne, zawierane jeszcze z pojedynczymi świadczeniodawcami, zawierały klauzulę nakazującą im oszczędność. To dość ogólne sformułowanie, nakazujące świadczeniodawcy w istocie dbanie o dobro partnera kontraktowego, zostało wkrótce podniesione do rangi jednej z podstawowych zasad ubezpieczenia chorobowego. W latach dwudziestych XX w. ordynacja ubezpieczeniowa Rzeszy (*Reichsversicherungsordnung* – RVO) wprowadziła niegospodarność jako powód uzasadniający wypowiedzenie

<sup>16</sup> Trzeba jednak mieć na uwadze, że ten system jest także krytykowany, przede wszystkim przez lekarzy, jako zbyt skomplikowany a także obniżający ich wynagrodzenie, ponieważ wynagrodzenie całościowe powiązane jest z globalnym budżetem systemu a także budżetami przewidzianymi na refundacje leków, limitami ilościowymi i punktowymi, używanymi jako mechanizmy ograniczające wzrost wydatków systemu. Bliżej na ten temat Ch. Sowada, *Ochorna zdrowia w Niemczech*, „Polityka Społeczna” nr 10/2001, s. 37, 38.

<sup>17</sup> Co znane jest także w polskiej praktyce – lekarze podnajmujący młodszych kolegów i wg dokumentacji obsługujący takie ilości pacjentów, jakie przy normalnym prowadzeniu praktyki są niemożliwe do osiągnięcia.

<sup>18</sup> Por. B. Schulin, op. cit., s. 892.

umowy ze świadczeniodawcą, a następnie przyznała kasie chorych również prawo do jednostronnego ograniczenia wynagrodzenia lekarza z tytułu niegospodarnego postępowania<sup>19</sup>.

W pierwszej połowie lat siedemdziesiątych XX w., gdy na przestrzeni 5 lat składka ubezpieczeniowa wzrosła z 8,2% do 11,3% podstawy wymiaru, rozpoczęto „politykę dławienia kosztów” (*Kostendämpfungspolitik*), w ramach której wprowadzono szereg ustaw ograniczających nieustanny wzrost wydatków oraz usprawniających strukturę dochodów<sup>20</sup>. W literaturze stwierdza się, że zawarte w tych ustawach szczegółowe rozwiązania sprowadzały się do kilku zasadniczych punktów: ograniczenia wysokości wydatków, usprawnienia mechanizmów kontroli gospodarności świadczeniodawców, ograniczeń w uprawnieniach do świadczeń, rozszerzeniu udziału własnego, dociążenia ubezpieczonych systemem opłat, stworzenia instancji koordynującej (już nieistniejącej) w postaci tzw. centralnej akcji zdrowotnej (*Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen*)<sup>21</sup>. Jej funkcje przejęła obecnie rada ekspertów (*Sachverständigenrat*) przy Federalnym Ministerstwie Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, której celem jest przygotowywanie ekspertyz dotyczących rozwoju „zaopatrzenia zdrowotnego” obywateli (*gesundheitlichen Versorgung*) oraz jego medycznych i – co warto podkreślić – także finansowych następstw (§ 142 SGB V).

Także reforma ubezpieczeń społecznych z 1988 r., wprowadzająca ubezpieczenie chorobowe do niemieckiego kodeksu socjalnego jako jego piątą księgę, w pierwszym rządzie zajęła się tematem poprawienia skuteczności mechanizmów kontrolnych, rozszerzając zakres kontroli gospodarnego zarządzania środkami. W efekcie realizację leżącą u podstaw niemieckiego systemu ubezpieczenia zdrowotnego zasady gospodarności, związanej z zasadą stabilności składek, zapewnia skomplikowany system rozliczeń, kontroli i ewentualny regres kas chorych w stosunku do świadczeniodawców.

Pierwszym elementem tego złożonego systemu jest kontrola rozliczenia (*Abrechnungsprüfung*), która polega na kontroli rozliczeń przedkładanych przez świadczeniodawcę pod kątem poprawności merytorycznej i rachunkowej (*sachlich-rechnerische Richtigstellung*). Przedmiotem kontroli jest zatem to, jakim pozycjom ujętym w taryfach/zestawieniach/regulaminach wynegocjowanych opłat (*Gebührennummer, Gebührenordnung*) odpowiadają świadczenia spełnione przez danego świadczeniodawcę i czy w związku z tym naliczono stosowne wynagrodzenie. W literaturze wskazuje się na obszerne katalogi przypadków (kilkadziesiąt pozycji!) budzących w praktyce wątpliwości odnośnie do poprawnego rozliczenia danego świadczeniodawcy, względnie uzasadniające uznanie rozliczenia za błędne<sup>22</sup>.

<sup>19</sup> Ibidem, s. 896.

<sup>20</sup> Por. B. von Maydell, F. Ruland, op. cit., s. 822.

<sup>21</sup> Ibidem, s. 822.

<sup>22</sup> Por. B. Schulin, op. cit., s. 901-904. Interesującym rozwiązaniem, aktualnym także wobec występujących w polskiej praktyce problemów jest zastosowanie pomocniczo tzw. profili dziennych (*Tagesprofile*). W ramach takich profili określonym świadczeniom przypisuje się minimalny czas konieczny do ich spełnienia, a następnie mnoży się przyjęty czas przez zgłoszoną przez danego świadczeniodawcę ilość spełnionych świadczeń. W ten sposób można skontrolować, czy dany świadczeniodawca był fizycznie w stanie udzielić deklarowanej ilości świadczeń. Doktryna podkreśla jednak, że pierwszy element tej procedury – ustalenie czasu minimalnego dla danych świadczeń – jest sam w sobie niezwykle problematyczny. Ibidem, s. 905.

Drugim etapem kontroli jest kontrola gospodarności (*Wirtschaftlichkeitsprüfung*). Jej przedmiotem jest sprawdzenie, czy sposób leczenia, zalecenia lekarskie, przepisywane zabiegi i leki, ograniczają się do działań koniecznych medycznie, celowych i wystarczających. Jeżeli świadczeniodawca wykroczył poza granice, wyznaczone w SGB V za pomocą klauzul generalnych, a zatem oceniane każdorazowo w odniesieniu do indywidualnego przypadku, należy stwierdzić jego niegospodarność, co skutkuje zmniejszeniem honorarium.

Z oczywistych przyczyn kontrola gospodarności nie może być przeprowadzana w formie indywidualnej kontroli wszystkich świadczeniodawców, stąd pomocniczo stosuje się metodę ryczałtowego, statystycznego porównania kosztów (*pauschalen statistischen Kostenvergleich*), w której uwzględnia się przeciętne koszty leczenia pacjenta w oparciu o dane z jednego kwartału i porównuje ze średnimi kosztami osiągniętymi przez innych świadczeniodawców, oczywiście uwzględniając szczególny charakter danej praktyki. Niemiecki Federalny Sąd Socjalny (Bundessozialgericht – BSG) przyjął także, że podstawą kontroli gospodarności może być przestrzeganie wytycznych opracowywanych przez komisje lekarskie i kas chorych<sup>23</sup>.

W momencie, kiedy stwierdzono nieprawidłowości w rozliczeniu bądź niegospodarność danego świadczeniodawcy, kasie chorych przysługuje prawo stosownego zmniejszenia honorarium danego świadczeniodawcy (*Honorarkürzung*). Ważnym zagadnieniem jest przy tym uwzględnienie konieczności otrzymania przez świadczeniodawcę „należnego”, czy może raczej „stosownego” wynagrodzenia (*angemessenes Einkommen*), które pozwala w szczególności na opłacenie zatrudnionego personelu, kosztów utrzymania praktyki, łącznie z ewentualną obsługą zadłużenia i ubezpieczeniem. Podstawą dla takich postulatów jest podkreślany w literaturze fakt, że lekarz kontraktowy, lekarz kasy chorych, w istocie nie wykonuje wolnego zawodu. Podlega on przede wszystkim obowiązkowi zawarcia umowy o spełnianie świadczeń zdrowotnych, a jego wynagrodzenie wynika z negocjowanych taryf/zestawień/regulaminów opłat (*Gebührennummer, Gebührenordnung*)<sup>24</sup>.

W przypadku gdy błędne, naruszające sztukę lekarską działanie świadczeniodawcy spowoduje konieczność poniesienia dodatkowych wydatków (np. leczenia szpitalnego, konsultacji u innych świadczeniodawców), wówczas kasie chorych przysługuje roszczenie regresowe o wyrównanie powstałej szkody.

## VI. PODSUMOWANIE – WNIOSKI *DE LEGE FERENDA*

„Prawo świadczeniodawców” rozwijało się w Niemczech przez niemalże sto lat, a dziś, wobec konieczności redukcji kosztów i oszczędnego gospodarowania ograniczonymi środkami przy stale rosnących możliwościach i kosztach, jest jednym z najważniejszych działań ubezpieczenia zdrowotnego. Ustawodawca niemiecki docenia znaczenie tych rozwiązań, nieustannie je ulepsza i rozwija. Czy i w jakim zakresie przedstawione rozwiązania mogą być wzorem

<sup>23</sup> Ibidem, s. 913.

<sup>24</sup> Ibidem, s. 918.

dla ustawodawcy polskiego, którego działania w ostatnich latach budzą uzasadnione wątpliwości co do istnienia jednej, kompletnej koncepcji funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej?

Wydaje się, że w polskich realiach niektóre koncepcje nie zostaną urzeczywistnione. Procedura dopuszczania świadczeniodawców, zwłaszcza w odniesieniu do lekarzy, wymagałaby istnienia poza ubezpieczeniem zdrowotnym wolnego rynku świadczeń zdrowotnych, którego w Polsce – z powodu powszechności ubezpieczenia oraz złej sytuacji finansowej większości osób pozostających poza systemem – na razie nie ma.

Warto natomiast zwrócić uwagę na stworzenie możliwości zrzeszania się i wspólnego występowania świadczeniodawców w procesie negocjacji i kontraktowania, co wzmacniałoby ich pozycję negocjacyjną i ułatwiałoby prowadzenie rozmów. Pierwszą oznaką świadcząca o naturalnych dążeniach lekarzy do osiągnięcia takiego stanu rzeczy było zawarcie w sierpniu 2003 r. tzw. porozumienia zielonogórskiego. Według statutu, porozumienie to jest federacją związków pracodawców ochrony zdrowia, a jego celem jest „działanie wspólnie i we wzajemnym porozumieniu między innymi w celu: tworzenia zapisów umowy kontraktowej, zasad jej finansowania w należytej wysokości, wspólnej reprezentacji wszystkich świadczeniodawców wobec Narodowego Funduszu Zdrowia, stworzenia i upowszechnienia zasad solidaryzmu panregionalnego”. Porozumienie zielonogórskie nie może być utożsamiane z porozumieniem berlińskim, gdyż jest ono jedynie związaniem federacji gromadzącej występujących dotąd pojedynczo świadczeniodawców, a nie zawarciem umowy przez tychże świadczeniodawców z instytucjami ubezpieczeniowymi. Niemniej jest to pierwszy krok w kierunku zmiany dzisiejszej sytuacji, która jest niekorzystna nie tylko dla pojedynczych świadczeniodawców, w praktyce stających wobec konieczności dopasowania swej oferty do oczekiwań NFZ – jedynej nabywcy świadczeń zdrowotnych, lecz także rzutującej negatywnie na poziom i dostępność świadczeń zdrowotnych dla beneficjentów systemu – wszystkich ubezpieczonych.

Należy zatem postulować, aby aktywniejszy udział w negocjacjach zapewniono korporacjom zawodowym, porozumieniom świadczeniodawców itp. Ich głos powinien być także uwzględniany przy opracowywaniu wytycznych dotyczących spełniania świadczeń i warunków ich udzielania. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na wprowadzoną ustawą z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>25</sup> (dalej: ustawa zdrowotna) instytucję tzw. ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, z bardzo interesującym trybem ich ustalania (art. 137 ustawy zdrowotnej), która stanowi nową jakość w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Prezes Funduszu ma obowiązek przygotować projekt ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, który powinien zawierać w szczególności rodzaje świadczeń, sposób ich wyceny oraz warunki udzielania. Projekt ten podlega następnie uzgodnieniu w trybie negocjacji z organizacjami samorządów zawodowych lekarzy (Naczelna Rada Lekarzy – NRL), pielęgniarek i położnych (Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych – NRPIP) oraz reprezentatywnymi organizacjami zrzeszającymi

<sup>25</sup> Dz. U. 2004, Nr 210, poz. 2135.

świadczeniodawców. Co ważne, minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, NRL i NRPiP, określa w drodze rozporządzenia regulamin negocjacji w taki sposób, aby uwzględniać konieczność równego traktowania stron. Projekt uważa się za uzgodniony, jeżeli przedstawiciele wszystkich stron biorących udział w negocjacjach złożą pod nim własnoręczne podpisy. Następnie Prezes Funduszu przesyła projekt ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Ten dokonuje jego przeglądu pod względem zgodności z przepisami prawa oraz wprowadza niezbędne zmiany, o czym niezwłocznie informuje zarówno Prezesa Funduszu, jak i reprezentantów samorządów zawodowych oraz świadczeniodawców. Efektem jest określenie w drodze rozporządzenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przy czym minister tworzy rozporządzenie uwzględniając nie tylko uzgodniony projekt, ale także „kierując się dobrem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia właściwej realizacji umów”. W przypadku niezgodnienia w przewidzianym terminie (do 30 czerwca) projektu, minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, również „kierując się dobrem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia właściwej realizacji umów”.

Taka procedura przypomina dwuszczeblowość kontraktowania świadczeń znaną w systemie niemieckim. W odróżnieniu od tamtych rozwiązań, zgodnie z którymi negocjacje pomiędzy równorzędnymi podmiotami są podstawowym elementem procesu ustalania odpłatności za świadczenia zdrowotne spełniane na rzecz ubezpieczonych, znacząca jest jednak rola ministra właściwego do spraw zdrowia, któremu przysługuje kompetencja nie tylko do samodzielnego określenia ogólnych warunków w przypadku nieosiągnięcia porozumienia przez reprezentujący ubezpieczonych Fundusz i przedstawiciele świadczeniodawców, ale także prawo modyfikacji już zawartego porozumienia przy założeniu, że kieruje się „dobrem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia właściwej realizacji umów”. Dlatego też procedura ta przypomina bardziej funkcjonowanie krajowych i federalnej komisji obsadzanych przez świadczeniodawców oraz instytucje ubezpieczeniowe z udziałem osób bezstronnych, których zadaniem jest właśnie wypracowywanie wytycznych dotyczących warunków spełniania świadczeń zdrowotnych. Za takim rozumieniem opisanej procedury dodatkowo przemawia przepis art. 137 ust. 12 ustawy zdrowotnej, zgodnie z którym ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ustala się w tym trybie nie częściej niż raz na dwa lata, i to tylko w przypadku zaistnienia istotnej zmiany społeczno-gospodarczych uwarunkowań udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub stwierdzonych nieprawidłowości w realizacji tych umów. Nadal brak jest jednak uczestnictwa świadczeniodawców w procesie negocjacji i kontraktowania świadczeń zdrowotnych, brak też rozwiązań rozdzielaających negocjacje dotyczące zakresu udzielanych świadczeń (obowiązujące w całym kraju, jednakowe dla wszystkich) i wynagrodzenia za spełnione świadczenia (zróżnicowane w zależności od poziomu kosztów utrzymania gabinetu/praktyki oraz dochodów w danym regionie).

Dlatego też należy postulować także zreformowanie procedury negocjowania warunków umów i samego ich zawierania. Konkurs ofert w sytuacji, gdy

wszyscy oferenci i tak skazani są na jednego nabywcę, nie jest najlepszym rozwiązaniem, podobnie jak indywidualnie negocjowane stawki za konkretne świadczenia. System przewidujący negocjowanie całościowej kwoty i pozostawienie jej rozdziału samym zainteresowanym, skupionym w samorządnych korporacjach zawodowych, powinien przyczynić się do zażegnania sztucznie podkreślanego konfliktu między „biednymi” i „wykorzystywanymi” świadczeniodawcami a „zbiurokratyzowanym i nieczułym molochem” instytucji ubezpieczeniowej.

Zagadnieniem zaś najistotniejszym, bo w polskich realiach w istocie nieuregulowanym, jest kwestia rozliczania świadczeniodawców, kontroli spełnianych przez nich świadczeń pod kątem ich racjonalności, gospodarności i celowości, a także funkcjonowania mechanizmów oszczędnościowych. Mechanizmy te z jednej strony powinny dyscyplinować ubezpieczonych przed nadmiernym, nieuzasadnionym korzystaniem ze świadczeń (rozmaite opłaty ryczałtowe, udział własny itp.), z drugiej zaś motywować świadczeniodawców do ordynowania tylko zabiegów i leków koniecznych z medycznego punktu widzenia, nie ograniczając jednocześnie skuteczności terapii i promując wdrażanie nowoczesnych, choć kosztownych technik i aparatury (rozliczanie i kontrola spełnionych świadczeń przy uwzględnieniu kosztów przeciętnych oraz szczególnej sytuacji danego świadczeniodawcy).

Kontrola świadczeniodawców (podobnie zresztą, jak i ubezpieczonych) możliwa jest jedynie pod warunkiem posiadania stosownych danych, które można w pierwszym etapie weryfikować, a w kolejnym kontrolować. Tymczasem w Polsce prace nad stworzeniem jednolitego systemu rejestrującego wszelkie spełnione świadczenia zdrowotne z podziałem na świadczeniodawców i ubezpieczonych trwają od lat i do tej pory nie zostały zakończone<sup>26</sup>. Brak takiego jednolitego rejestru umożliwia powstawanie sytuacji, o jakich co pewien czas donoszą media: rozliczanie usług, które nigdy nie zostały spełnione (rozliczanie nieistniejących pacjentów lub usług wykraczających poza normalny czas pracy – niewykonalnych w ramach 24 godzin), nieuzasadnione wystawianie recept na drogie leki itp. Z drugiej zaś strony jest to również sytuacja niebezpieczna z punktu widzenia zdrowia ubezpieczonych. Polacy są jednym z największych konsumentów leków w Europie, co wynika m.in. z faktu, że jedno schorzenie bez wzajemnej konsultacji leczy się u kilku lekarzy, kumulując zalecane przez nich środki. W oczywisty sposób prowadzi to do nadmiernego obciążenia systemu, z drugiej zaś – nadmierne, niekontrolowane spożywanie leków grozi zdrowiu, a niekiedy i życiu pacjentów. Dlatego też wprowadzenie jednolitego, elektronicznego systemu informatycznego, służącego do zbierania, przetwarzania oraz analizowania danych o usługach medycznych udzielonych pacjentowi jest aktualnie jednym z najistotniejszych zadań w ubezpieczeniu

<sup>26</sup> Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1991, Nr 91, poz. 408 z późn zm.) zawiera rozdział 3a, dodany z 5 grudnia 1997 r. przez art. 1 pkt 40 ustawy z 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. 97, Nr 104, poz. 661), który reguluje kwestie związane z rejestrowaniem i monitorowaniem świadczeń zdrowotnych w systemie ewidencyjno-informatycznym, zwanym dalej: rejestrem usług medycznych – RUM. Niestety, pomimo znacznego zaangażowania prac nad RUM (18 lutego 2004 r. dokument „Opis systemu Rejestr Usług Medycznych”, przedstawiony przez firmę RUM-IT oraz zaakceptowany przez zespół ekspertów został skierowany na Kolegium Ministra Zdrowia), nie został on wprowadzony w życie.

zdrowotnym. Podstawowym argumentem jest konieczność prowadzenia skutecznej polityki zdrowotnej, monitorowanie wydatków systemu i odpowiednio szybkie reagowanie na uwidaczniające się tendencje w świadczeniu i korzystaniu ze świadczeń. Ponadto tylko dane z takiego systemu mogą być podstawą skutecznej kontroli świadczeniodawców, jego brak powoduje, że w praktyce skontrolowanie obszernej dokumentacji medycznej nie jest możliwe do zrealizowania.

Podobne cele przyświecały ustawodawcy niemieckiemu, który – aby ułatwić otrzymywanie świadczeń oraz ich rozliczanie i zapewnić ich przejrzystość (*transparent*) – wprowadził od 1995 r. kartę ubezpieczeniową (*Krankenversicherungskarte*), występującą w formie elektronicznej (karta chipowa)<sup>27</sup>. Zawiera on wprawdzie jedynie podstawowe dane dotyczące ubezpieczonego i przebiegu jego ubezpieczenia (§ 15 i 297 SGB V), niemniej również w naszych realiach można wyobrazić sobie, że poza takimi podstawowymi danymi karta stanowić będzie dostęp do funkcjonującej on-line bazy danych zawierającej nie tylko informacje dotyczące ilości i terminów uzyskanych świadczeń i zakupionych leków czy środków leczniczych i pomocniczych, ale także niezwykle ważnej dla świadczeniodawcy informacji, czy dana osoba w ogóle jest ubezpieczona, czy ma prawo do świadczeń i czy opłaca swoje składki ubezpieczeniowe. W piśmiennictwie niemieckim obecne są także rozważania, na ile taka elektroniczna karta sama w sobie może być nośnikiem pewnych niezbędnych informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego, zawierając np. dane dotyczące grupy krwi, uczuleń, zdjęcia rentgenowskie, USG itp.<sup>28</sup>

Podsumowując, należy stwierdzić, że „prawo świadczeniodawców” jest w Polsce dziedziną wymagającą pilnej interwencji ustawodawcy. Co roku przez system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przechodzi około 30 miliardów PLN, zaś brak dostatecznej kontroli nad takimi środkami musi nieuchronnie prowadzić do marnotrawienia części z nich. Zapewnienie trwałości i stabilności systemu wymaga kompleksowego i przemyślanego uregulowania kwestii wzajemnych relacji świadczeniodawców, ich zrzeszeń (korporacji zawodowych, federacji na wzór porozumienia zielonogórskiego itp.) oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, zwłaszcza tych dotyczących sposobu negocjowania warunków i zawierania umów, spełniania świadczeń oraz wreszcie ich rozliczania i kontrolowania. Bez wprowadzenia takich rozwiązań, opartych na wieloletnich doświadczeniach innych systemów ubezpieczeniowych, trudno jest mieć nadzieję na udane funkcjonowanie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i zrealizowanie idei zabezpieczenia społecznego w zakresie ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej.

*Dr Daniel Eryk Lach jest adiunktem  
Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu.*

<sup>27</sup> Por. B. von Maydell, F. Ruland, op. cit, s. 828 i 849.

<sup>28</sup> Por. op. cit. s. 849 i cytowana tam literatura.

LEGAL RELATIONS BETWEEN A HEALTH INSURANCE INSTITUTION  
AND THE PROVIDERS OF HEALTH CARE SERVICES IN GERMANY AND POLAND

S u m m a r y

The author describes the regulations of the process of buying services which are guaranteed to the insured parties. This is a very important issue from the point of view of the very concept of health service which seeks to ensure adequate treatment to those who are eligible to receive it, and which (this being a characteristic of a health insurance model) can only be provided by qualified, professional providers of the services. Consequently, there are three subjects active in the process: the insured, the insurance institution and the medical doctor. Such a situation requires a complicated system of buying medical services. This is a group of issues related to the admission of doctors and hospitals to the system, allowing them to participate in it and negotiate the conditions and contracts, as well as a control exercised over the providers of the said services, making sure that the financial resources are effectively and properly utilised. In the author's opinion the German experience is a good starting position from which Polish solutions of these problems could develop, as proper solutions are necessary for the stability of a comprehensive health insurance system.