

Zasady organizacji Kas Chorych w III Rzeczypospolitej

Rules of organization of Patients' Funds in the Third Republic of Poland

IZABELA JACH-MĘCZEKALSKA

Studium Doktoranckie, Katedra Doktryn Polityczno-Prawnych i Filozofii, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Koncepcja systemu ochrony zdrowia w III Rzeczypospolitej nawiązywała do idei ubezpieczeniowego okresu międzywojennego, który bazował na modelu bismarckowskim. Jego głównym założeniem było stworzenie instytucji ubezpieczeniowych w postaci Kas Chorych. Nadrzędnym celem tych instytucji miało być zapewnienie świadczeń medycznych wszystkim ubezpieczonym takim jak: (badania, porady lekarskie, leczenie ambulatoryjne, szpitalne, rehabilitację) oraz realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych w postaci szczepień ochronnych i prowadzenia badań profilaktycznych. Konsekwencją wprowadzenia w III Rzeczypospolitej ubezpieczeniowego modelu systemu ochrony zdrowia na mocy ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 6 lutego 1997 roku było powołanie do życia Kas Chorych jako instytucji samorządnych wyposażonych w osobowość prawną. Były one całkowicie niezależne od struktur państwowych i posiadały swój własny majątek i budżet. System Kas Chorych opierał się na idei solidarności społecznej i samorządności, równego dostępu do świadczeń, non-profit, wolnego wyboru świadczeniodawcy i lekarza, racjonalności ekonomicznej.

Kasa Chorych stała się elementarną jednostką organizacyjną ubezpieczenia zdrowotnego, która obejmowała swoim zasięgiem rejon zamieszkiwany przez co najmniej 1 000 000 ludności. Ustawodawca rozróżniał 16 Kas regionalnych i 1 Branżową. Kasy Chorych nosiły nazwy województw; stanowiło to wyznacznik obszaru ich działania. Utworzono następujące Kasy: Dolnośląska, Kujawsko-Pomorska, Lubelska, Lubuska, Łódzka, Małopolska, Mazowiecka, Opolska, Podkarpacka, Podlaska, Pomorska, Śląska, Świętokrzyska, Warmińsko-Mazurska, Wielkopolska i Zachodniopomorska. Organami Kas została Rada – posiadająca kompetencje uchwałodawcze – oraz Zarząd z inicjatywą wykonawczą.

Słowa kluczowe: Kasa Chorych, bismarckowski model ubezpieczeniowy, ubezpieczenie, Rada, Zarząd, instytucja samorządna

The concept of health care system in the III Republic of Poland referred to the health care system in the II Republic of Poland which was based on the Bismarck model. Its main goal was the creation of health insurance institutions – Patients' Funds – which financed health care of the insured. Patients' Funds offered the following benefits for the insured: free medical care, examinations, patient visits, outpatient treatment, hospital treatment, rehabilitation, prophylaxis. Patients' Funds were established in Poland by the Act of 1997 as a consequence of the health insurance system introduction in Poland. The system of Patients' Funds was based on the following rules: solidarity, self-government, equal access to medical benefits, free choice of doctors and medical provider and economic rationality. Patients' Funds were independent from state and public institutions and had their own budget and property.

The Patients' Fund was the basic unit of the health insurance system covering the district of about one million people. The legislator distinguished 16 regional Patients' Funds and 1 trade Patients' Fund. The Regional Patients' Funds were as follows: Dolnośląska, Kujawsko-Pomorska, Lubelska, Lubuska, Łódzka, Małopolska, Mazowiecka, Opolska, Podkarpacka, Podlaska, Pomorska, Śląska, Świętokrzyska, Warmińsko-Mazurska, Wielkopolska i Zachodniopomorska. The main organs of Patients' Fund were the Council with the legislative function and the Board with the executive function.

Key words: Patients' Fund, Bismarck health insurance model, insurance, Council, Board, self-government institution

© Hygeia Public Health 2015, 50(1): 239-243

www.h-ph.pl

Nadesłano: 10.03.2015

Zakwalifikowano do druku: 15.03.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

mgr Izabela Jach-Męczałska

Studium Doktoranckie, Katedra Doktryn Polityczno-Prawnych i Filozofii, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet

im. A. Mickiewicza w Poznaniu

ul. Al. Niepodległości 53, 61-714 Poznań

tel. 61 829 31 16, e-mail: izajach@poczta.onet.pl

Wprowadzenie instytucji Kas Chorych na mocy ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym

Od momentu uchwalenia przez Sejm Rzeczypospolitej w 1997 roku ustawy o powszechnych ubezpieczeniach zdrowotnych w Polsce w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej zaczął obowiązywać system ubezpieczeniowy. Polegał on na

odejściu od sposobu finansowania opieki zdrowotnej z budżetu państwa jaki miał miejsce w Polsce Ludowej. W ramach niniejszego modelu oprócz świadczeniobiorców (czyli pacjentów), świadczeniodawców (czyli np. szpitali) wprowadzono tzw. trzecią stronę, czyli płatnika w formie Kasy Chorych. Funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia polegało na zastąpieniu bilateralnych relacji pacjent-lekarz

stosunkiem trójstronnym. Reforma służby zdrowia dokonana w 1997 r. oparta była o konstrukcję rynku wewnętrznego, dlatego też stosunek pomiędzy płatnikiem a świadczeniodawcami stanowił kluczowy jego składnik [1]. Zgodnie z regułami rynkowymi chodziło o zapewnienie powszechnego dostępu do opieki medycznej oraz udoskonalanie i monitorowanie jakości świadczeń medycznej. Głównym założeniem idei rynku wewnętrznego było współzawodnictwo (konkurencja) o środki publiczne, których miernikiem była składka ubezpieczeniowa. Na mocy ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 6 lutego 1997 roku wysokość składki wynosiła 7,5% podstawy wymiaru składki. Pomniejszona została ona o kwoty składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe finansowanych przez ubezpieczonego niebędącego płatnikiem składek, a potrąconych przez pracodawcę.

Na podstawie ustawy z 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym powołane do życia Kasy Chorych były instytucjami samorządowymi, posiadającymi osobowość prawną i reprezentującymi ubezpieczonych. Zapewniały ubezpieczonym różnorodne świadczenia zdrowotne. Kasy Chorych gromadziły środki pieniężne, zarządzały nimi oraz zawierały kontrakty o udzielanie świadczeń ze świadczeniodawcami gwarantując tym samym wykonanie usług leczniczych na rzecz ubezpieczonego [2-4]. Ustawodawca doprecyzował zadania Kas Chorych w powyższej ustawie w art. 31, czyli przedstawił tzw. pozytywny koszyk świadczeń:

- badanie i poradę lekarską
- badanie diagnostyczne
- leczenie (ambulatoryjne, w domu chorego, szpitalne)
- rehabilitację leczniczą
- świadczenie pielęgniarstwa
- opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu i karmienia piersią niemowląt, opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia
- opiekę profilaktyczną
- zaopatrzenie w leki i materiały medyczne
- zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz lecznicze środki techniczne
- orzekanie o stanie zdrowia
- opiekę paliatywno-hospicyjną
- świadczenia w środowisku nauczania i wychowania [5].

Ustawodawca wyróżnił regionalne i branżowe Kasy w art. 69 ustawy z 1997 roku. Regionalna Kasa Chorych stanowiła podstawową jednostkę organizacyjną ubezpieczenia zdrowotnego. Regionalna Kasa Chorych obejmowała zasięgiem swojego działania obszar zamieszkały przez co najmniej 1 000 000 ludności. Obszar działania Kasy Chorych powinien uwzględniać

granice administracyjne jednego lub kilku województw. Od 1997 roku funkcjonowało 17 Kas Chorych: 16 regionalnych i jedna Branżowa dla Służb Mundurowych. Kasy Chorych nosiły nazwy województw, stanowiło to wyznacznik obszaru ich działania. Utworzono następujące Kasy: Dolnośląska, Kujawsko-Pomorska, Lubelska, Lubuska, Łódzka, Małopolska, Mazowiecka, Opolska, Podkarpacka, Podlaska, Pomorska, Pomorska, Śląska, Świętokrzyska, Warmińsko-Mazurska, Wielkopolska i Zachodniopomorska [6, 7].

Natomiast Branżowa Kasa Chorych została stworzona dla Służb Mundurowych zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 grudnia 1998 roku takich, jak: rolników, żołnierzy zawodowych, wojskowych, policjantów, funkcjonariuszy Urzędu Ochrony Państwa, Straży Granicznej, Służby Więziennej i Państwowej Straży Pożarnej [8].

Fundamentalne zasady Kas Chorych

Transformacja ustrojowa uwidoczniła pejoratywne strony socjalistycznego systemu ochrony zdrowia. Po upadku socjalizmu w 1989 r. w Polsce zmieniły się założenia ideologiczne i ustrojowe państwa, a wraz z nimi wizja publicznej służby zdrowia. Podjęte na początku lat dziewięćdziesiątych działania władz miały na celu naprawę i uzdrowienie polskiej służby zdrowia poprzez poprawienie poziomu bezpieczeństwa i ulepszenia jakości leczenia. Koncepcja systemu Kas Chorych wprowadzonych w 1997 r. wiązała się z zasadniczą zmianą formuły organizacji i finansowania ochrony zdrowia. Oznaczało to nawiązanie do tradycji okresu międzywojennego oraz wyeksponowanie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, jak również skupienie się na nowych założeniach gospodarki rynkowej [9, 10].

Zgodnie z regułami rynkowymi instytucja Kas Chorych opierała się na idei decentralizacji i upodmiotowienia społeczeństwa w następujących punktach:

- W systemie ubezpieczeniowym źródłem finansowania są indywidualne, celowe składki ubezpieczeniowe obywateli. Posiadali oni świadomość indywidualnego wkładu finansowego, środki pochodzące ze składek były przeznaczane na świadczenia zdrowotne. Państwo nie mogło więc w bezpośredni i dowolny sposób decydować o wysokości środków na służbę zdrowia. Ponadto w systemie ubezpieczeniowym przejrzystość przepływu środków jest większa, a zatem kontrola społeczna może być bardziej realna niż w systemie budżetowym.
- Kasy Chorych odpowiadają nie przed władzą centralną, ale przed swoimi ubezpieczonymi. Ich działania są nastawione na sprostanie wymogom osób ubezpieczonych, a nie administracji rządowej (Ministerstwa Zdrowia). Tak więc to ubezpieczeni przynajmniej w teorii kształtują politykę zdrowotną w swojej kasie

- W koncepcji Kas Chorych bardzo dużą wagę przywiązywano do wolnego wyboru kasy, lekarza i placówki zdrowia [11].

Instytucja Kas Chorych stawiała się – zgodnie z założeniem – nośnikiem tych koncepcji, w których upatrywano źródeł poprawy licznych niedoskonałości dotychczasowego systemu ochrony zdrowia. Konsekwencją powyższych założeń było oparcie koncepcji systemu Kas Chorych w ustawie z 1997 roku na następujących zasadach:

- solidarności społecznej, która oznaczała, że koszty indywidualnych świadczeń zdrowotnych udzielanych osobie uprawnionej – ubezpieczonemu ponoszone są przez ogół ubezpieczonych bez względu na wysokość płaconej składki, z wyłączeniem tzw. czynników ryzyka zdrowotnego np. podeszły wiek, inwalidztwo i niepełnosprawność
- zasadzie non-profit zakładającej, iż pozostające jeszcze w rezerwie środki (nadwyżki) będą przeznaczone na cele statutowe, a nie na wynagrodzenia dla zarządów Kas Chorych
- równego dostępu do świadczeń, który zobligował Kasy Chorych do zapewnienia ubezpieczonym jak sama nazwa wskazuje powszechnej i równej dostępności do służby zdrowia
- samorządności systemu ubezpieczeniowego, która wskazuje na oddzielenie jego struktur organizacyjnych i funkcjonowania od administracji publicznej z zachowaniem jedynie określonych uprawnień kontrolnych
- samofinansowania, które polegało na tym, że Kasy Chorych oraz świadczeniodawcy zobligowani byli pokryć swoją działalność z przychodów uzyskanych
- racjonalności ekonomicznej, która składała się z gospodarności i celowości działania; ta pierwsza oznaczała, że Kasy Chorych były zobowiązane do efektywnego gospodarowania swoimi przychodami zachowując przy tym jednocześnie zrównoważenie bilansu. Ta druga reguła sprowadzała się do udoskonalania jakości świadczeń i usług medycznych
- prawa wolnego wyboru świadczeniodawcy i Kasy Chorych, co w praktyce oznaczało możliwość wybierania lekarza pierwszego kontaktu. Wolny wybór Kasy Chorych był nierealny z powodu istniejącej zasady terytorialności [12].

Struktura wewnętrzna Kas Chorych

Na strukturę wewnętrzną Kas Chorych – zgodnie z art. 74 znowelizowanej ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym – składały się Rada i Zarząd.

Rada

Instytucja ta ma swoje korzenie w tradycji prawa handlowego, jest odpowiednikiem Rady nadzorczej.

Członkowie Rady byli powoływani z osób ubezpieczonych w danej kasie chorych i zamieszkałych na terenie działania regionalnej kasy chorych [13]. Rada liczyła siedmiu członków, z których trzech było powoływanych na wniosek sejmiku wojewódzkiego właściwego ze względu na obszar działania kasy chorych. Resztę członków powoływał i odwoływał minister właściwy do spraw zdrowia. Ustawa precyzuje kryteria jakie muszą spełniać członkowie rady, mianowicie: nie mogą być członkami zarządu, świadczeniodawcami współpracującymi z kasami chorych, właścicielami i pracownikami zakładów opieki zdrowotnej, członkami organów lub pracownikami jednostek samorządu terytorialnego, a także organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową. Członkowie rady musieli posiadać wyższe wykształcenie, zdać egzamin na członka rady nadzorczej jednoosobowej spółki Skarbu Państwa. Kadencja rady trwała 4 lata. Rada spośród swojego składu wybierała: przewodniczącego, wiceprzewodniczącego i sekretarza [14]. Zgodnie z art. 76 ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku do głównych zadań Rady należało:

- uchwalanie statutu Kasy Chorych
- podejmowanie decyzji o utworzeniu oddziałów Kasy Chorych i ustalanie obszarów ich działania
- powoływanie i odwoływanie dyrektora Kasy
- rozpatrywanie skarg i wniosków ubezpieczonych
- uchwalanie planu finansowego, przyjmowanie i zatwierdzanie rocznych i kwartalnych sprawozdań finansowych
- uchwalanie planu pracy
- rozpatrywanie okresowych sprawozdań z działalności Zarządu Kasy Chorych
- uchwalanie regulaminu Rady i Zarządu Kasy Chorych
- podejmowanie uchwał dotyczących majątku Kasy Chorych, inwestycji przekraczających upoważnienia statutowe dla Zarządu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości [15].

Zarząd

Zarząd Kasy Chorych składał się z: dyrektora Kasy, zastępcy dyrektora do spraw medycznych, zastępcy do spraw administracyjno-finansowych, członków Zarządu. Zgodnie z art. 84 ustawy Do zadań dyrektora należało:

- nadzór nad wykonaniem uchwał Rady
- przedkładanie Radzie projektu planu finansowego i projektu planu pracy Kasy
- nadzór nad wykonaniem planu finansowego i projektu planu pracy Kasy
- zarządzanie funduszami i majątkiem Kas
- nadzór nad działalnością Kasy
- negocjowanie umów ze świadczeniodawcami, ich zawieranie, rozliczanie oraz kontrola ich wykonania

- kształtowanie i nadzorowanie realizacji polityki w zakresie działalności finansowej, inwestycyjnej i informatycznej, określanie kierunków polityki związanej z rozwojem, wdrażaniem, i stosowaniem w kasie nowych technik oraz ich realizacji [16].

Do głównego zadania Zastępcy dyrektora do spraw medycznych należała piecza nad monitorowaniem jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych kontraktowanych przez Kasę. Ponadto w jego gestii był nadzór nad zawieraniem umów ze świadczeniodawcami oraz przeprowadzaniem konkursu ofert. Dokonywał on analiz i ocen zachorowalności i chorobowości wśród ubezpieczonych w Kasie oraz opracowywał wnioski dotyczące działania Kasy w tym zakresie. Natomiast dyrektor do spraw administracyjno-finansowych posiadał pieczę nad finansami Kasy, w szczególności opracowywał okresowe i roczne sprawozdania finansowe, plan finansowy kasy, nadzorował wykonanie powyższego planu. Ponadto analizował i zatwierdzał projekty stanowiące podstawę do opracowania projektu inwestycyjnego. Udzielał zamówień publicznych, akceptował protokoły postępowania przetargowego.

Członkowie Zarządu posiadali nadzór nad prowadzeniem ewidencji osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym oraz ewidencji udzielanych im świadczeń. Opracowywali założenia związane z rozwojem systemu informatycznego [17, 18].

Po dokonaniu analizy kompetencji Zarządu Kasy Chorych należy stwierdzić, iż posiadał on możliwość nieograniczonej ingerencji w kompetencje Rady. Mając nadzór nad jej działalnością oraz nad wykonaniem uchwał Rady mógł narzucać własny punkt widzenia. Cechą charakterystyczną bowiem przepisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym dotyczących kompetencji organów był brak precyzyjnego określenia granic owej ingerencji Zarządu. Tworzył sobie sam podstawy działania, a niekiedy nagiął je do własnych potrzeb. Zarząd jako organ wykonawczy był głównym ośrodkiem decyzyjnym co dawało mu nieograniczone możliwości dysponowania funduszami Kas Chorych. W konsekwencji doprowadziło to do złej kondycji finansowej Kas. W związku z kompetencją przedkładania Radzie projektu planu pracy Zarząd mógł w nieskrępowany sposób narzucać Radzie kierunek działania zgodny z własnymi oczekiwaniami. Natomiast w momencie negocjowania umów ze świadczeniodawcami Zarząd mógł w dowolny sposób określać warunki kontraktów ze zakładami opieki zdrowotnej (szpitalami), czy też z lekarzami prowadzącymi indywidualną praktykę lekarską. Organ wykonawczy Kas Chorych mógł również posługiwać się przeróżnymi metodami modyfikacji kontraktów [19].

Oprócz ustawowych organów każda Kasa posiadała statutowe struktury jakimi były biura. Te jednostki organizacyjne gwarantowały merytoryczną i administracyjną obsługę organów poszczególnych Kas. Z kolei jednostkami organizacyjnymi biura były centrala zlokalizowana

w siedzibie Kasy i oddziały terenowe. Centrala składała się z departamentów na czele z dyrektorami natomiast oddziały składały się z wydziałów reprezentowanych przez kierowników. Każda centrala Kas Chorych składała się z następujących departamentów: medycznego, finansowego, administracyjnego, ewidencji ubezpieczonych, prawnego, teleinformatyki, kontroli i kadr, szkolenia i organizacji. W skład oddziału wchodziły następujące wydziały: medyczny, finansowo-księgowy, organizacyjno-administracyjny, teleinformatyki, kontroli i prawny. Całą organizację (kompetencje, zakres działania) centrali i oddziałów zgodnie z zapisami statutów zarządy Kas Chorych precyzują w drodze uchwał w swoich regulaminach organizacyjnych [20].

Warto podkreślić, iż Kasy Chorych miały do dyspozycji Biuro Rady Kasy, które gwarantowała bieżącą obsługę administracyjną, techniczną i informatyczną Rady oraz realizowało zadania zlecone przez niniejszą Radę. Biurem Rady zarządzał dyrektor rekomendowany przez przewodniczącego Rady po uprzednim uzyskaniu opinii jej członków. Natomiast pracownicy Biura podlegali dyrektorowi w aspekcie prawa pracy i przewodniczącemu w sprawach merytorycznych [21].

Podsumowanie

W III Rzeczypospolitej nastąpiło nawiązanie do okresu międzywojennego w dwóch aspektach. W pierwszym do nazwy instytucji Kas Chorych, a w drugim do założeń ubezpieczeniowego systemu ochrony zdrowia. Nastąpiła modyfikacja ubezpieczeniowego modelu ochrony zdrowia Bismarcka w obecnych czasach. W III Rzeczypospolitej zaczął obowiązywać ubezpieczeniowy model systemu ochrony zdrowia w postaci instytucji ubezpieczeniowych Kas Chorych, którym przyświecał nadrzędny cel – zapewnienie opieki medycznej wszystkim ubezpieczonym ich członkom oraz propagowanie zachowań prozdrowotnych. Model ten oparty był na wzajemnych relacjach pomiędzy trzema podmiotami: 1. świadczeniodawcami (np. szpitalami), 2. świadczeniobiorcami (pacjentami) i 3. płatnikiem (Kasy Chorych). Rozdzielono więc funkcje płatnika i świadczeniodawcy. Głównym źródłem finansowania ubezpieczeniowego modelu opieki zdrowotnej było ubezpieczenie zdrowotne.

System Kas Chorych wykazywał liczne wady na różnych płaszczyznach. Przeprowadzona reforma zdrowotna – opierająca się na tych instytucjach – nie przyczyniła się do lepszego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Kasy Chorych posiadały charakter monopolistyczny w relacji do innych uczestników systemu zdrowotnego – przede wszystkim w stosunku do wykonawców świadczeń medycznych. Pozycja monopolisty przejawiała się w narzucaniu świadczeniodawcom decyzji dotyczących długości i negocjacji ich kontraktów, sposobów ich opłacania, oraz cen usług. Pozycja monopolisty dawała Kasom Chorych

szereg innych przywilejów. Płatnik-monopolista nie musiał kłaść nacisku na efektywne działania mające na celu dobro pacjenta i podwyższanie jakości usług medycznych. Ponadto nie było w jego interesie stosowanie reguł racjonalnego gospodarowania oraz efektywnego i proporcjonalnego wykorzystania środków publicznych na ochronę zdrowia [22]. Bierna postawa płatnika w tym zakresie potwierdziła, że produkuje on nieefektywnie po zawyżonych cenach, co w konsekwencji skutkowało słabą jakością świadczonych usług medycznych. Kasy Chorych w różnych województwach stosowały odmienne ceny usług. Niemożliwe było bowiem zaplanowanie wszystkich czynników kształtujących wysokość świadczeń i usług medycznych. Na początku zróżnicowanie cen miało swoją zasadność, np. w kosztach produkcji, wynajem pomieszczeń.

Dokonując wnikliwej analizy działalności Kas Chorych należy podkreślić, iż instytucje te nie działały w sposób sprawny i przejrzysty. Nie zostały ustalone standardy organizacji Kas – głównie administracyjne. Kasy tworzyły sobie same podstawy działania, każda Kasa prowadziła własną partykularną politykę. Stały się one wręcz regionalnymi ministerstwami zdrowia [23].

Po dokonaniu analizy systemu Kas Chorych należy stwierdzić, że modyfikacja tych instytucji pod względem administracyjnym i terytorialnym była konieczna. Krytyka ich funkcjonowania przyczyniła się do poszukiwania innych rozwiązań systemowych, których wyrazem było uchwalenie nowej ustawy z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia [24].

Piśmiennictwo / References

1. Paszkowska M. Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w wybranych państwach UE. e-Finanse, finansowy kwartalnik internetowy 2006, 1: 4-5.
2. Koronkiewicz A. Zadania i struktura organizacyjna Kasy Chorych. Ministerstwo Zdrowia. Międzynarodowa Szkoła Menedżerów, Warszawa 2002: 10-13.
3. Capikowie M. M. Status Kasy Chorych. Med Dypl 2001, 10(7): 23-24.
4. Pełka M. Podstawy prawne i zakres odpowiedzialności cywilnej Kas Chorych. Prawo Med 2000, 6-7(2): 31-46.
5. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Dz.U. 1997 nr 28, poz. 153 z późn. zm.
6. Frączkiewicz-Wronka A. Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z Unią Europejską. Akademia Ekonomiczna im. K. Adamieckiego, Prace naukowe, Katowice 2001: 109-110.
7. Koronkiewicz A, Maślowski W. Szkolenie podstawowe dla pracowników Kas Chorych. System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Pakiet samokształceniowy, cz. 1. Międzynarodowa Szkoła Menedżerów, Warszawa 2002: 46-48.
8. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 grudnia 1998 roku w sprawie utworzenia Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych. Dz.U. 98 nr 248, poz. 969.
9. Prętka K. Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej. Wyd Nauk UMiKM, Poznań 2007: 83.
10. Paczkowski A. Pół wieku dziejów Polski. Wyd Nauk PWN, Warszawa 1995: 180-240.
11. Golinowska S, Czepulis-Rutkowska Z, Sitek M i wsp. Opieka zdrowotna w Polsce po reformie. Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2002: 80-83.
12. Koronkiewicz A, Maślowski W. Szkolenie podstawowe dla pracowników Kas Chorych. System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Pakiet samokształceniowy, cz. 1. Międzynarodowa Szkoła Menedżerów, Warszawa 2002: 37-46.
13. Koronkiewicz A. Szkolenie podstawowe dla pracowników Kas Chorych. Zadania i struktura organizacyjna Kasy Chorych. Pakiet samokształceniowy, cz. 2. Międzynarodowa Szkoła Menedżerów, Warszawa 2002: 23.
14. Prętka K. Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej. Wyd Nauk UMiKM, Poznań 2007: 163.
15. Chałupczak G. Dylematy zarządzania w publicznej ochronie zdrowia we współczesnej Polsce (między samorządnością a centralnym zarządzeniem) [w:] Historia i Perspektywy Nauk o Zarządzaniu. Mikołaj B (red). Wyd Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2012: 437.
16. Pieprzyk P. The Polish Health Care System's Endless Journey to Perfection. Soc Transform Contemp Soc 2013, 1: 34-42.
17. Drozdowska U, Sikorski S. Pozycja i zadania Kas Chorych w systemie powszechnych ubezpieczeń społecznych. [w:] Uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej. Aspekty prawne i socjologiczne. Mróz T (red). Wyd Temida 2, Białystok 2012: 77-82.
18. Dercz M, Izdebski H. Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa. Polskie Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa-Poznań 2001: 169-170.
19. Koronkiewicz A. Szkolenie podstawowe dla pracowników Kas Chorych. Zadania i struktura organizacyjna Kasy Chorych. Pakiet samokształceniowy, cz. 2. Międzynarodowa Szkoła Menedżerów, Warszawa 2002: 27-30.
20. Koronkiewicz A. Szkolenie podstawowe dla pracowników Kas Chorych. Zadania i struktura organizacyjna Kasy Chorych. Pakiet samokształceniowy, cz. 2. Międzynarodowa Szkoła Menedżerów, Warszawa 2002: 31-55.
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 grudnia 1998 roku w sprawie utworzenia regionalnych Kas Chorych i ich oddziałów, określenia ich siedzib i obszaru działania oraz nadania im statutów. Dz.U. 1998, nr 152, poz. 989 załącznik nr 7 Statut Mazowieckiej Regionalnej Kasy Chorych.
22. Golinowska S, Czepulis-Rutkowska Z, Sitek M i wsp. Opieka zdrowotna w Polsce po reformie. Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2002: 114.
23. Krajewski K. Dlaczego możliwe było wprowadzenie NFZ? Zdr Zarz 2004, VI(1): 36-42.
24. Kowalska-Koprowska I. Reformowanie opieki zdrowotnej w świetle programów, ustaw i opinii decydentów. Zesz Nauk Ochr Zdr Zdr Publ Zarz 2003, 1(1): 64-70.