

UZASADNIENIE

W związku z coraz większym zaangażowaniem Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej w działania związane z zażegnywaniem konfliktów zbrojnych w różnych regionach świata, misje pokojowe oraz akcje zapobieżenia aktom terroru lub ich skutkom, dla zapewnienia wysokiego poziomu świadczeń zdrowotnych dla poszkodowanych żołnierzy i pracowników wojska oraz zabezpieczenia socjalnego rodzin poległych bądź zaginionych żołnierzy, konieczne jest wprowadzenie następujących zmian do obowiązującego stanu prawnego.

Zakładana zmiana ustawy z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin ma na celu ustalenie wysokości wojskowej renty rodzinnej przysługującej uprawnionym członkom rodzin żołnierzy zawodowych poległych w czasie wykonywania zadań bojowych w misjach zagranicznych. Wysokość tej renty będzie odpowiadać uposażeniu, o którym mowa w art. 3 ust. 1 pkt 8 zmienianej ustawy. W chwili obecnej podstawa wymiaru wojskowej renty rodzinnej wynosi 80% uposażenia należnego żołnierzowi na ostatnio zajmowanym stanowisku służbowym i ulega zwiększeniu o kolejne 10%, jeżeli śmierć nastąpiła wskutek wypadku pozostającego w związku ze służbą. W przypadku wypłaty wojskowej renty rodzinnej jej wysokość wynosi:

- 1) dla jednej osoby uprawnionej – 85% podstawy wymiaru,
- 2) dla dwóch osób uprawnionych – 90% podstawy wymiaru,
- 3) dla trzech i więcej osób uprawnionych – 95% podstawy wymiaru.

Projektowana zmiana ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin wprowadza zasadę, że w razie śmierci lub zaginięcia żołnierza niezawodowego w czasie wykonywania zadań służbowych poza granicami państwa renta rodzinna będzie wynosiła miesięcznie 100% podstawy jej wymiaru. Aktualnie podstawę renty rodzinnej stanowi kwota 1 775,89 zł i w przypadku wypłaty renty rodzinnej uprawnionym członkom rodziny żołnierza, którego śmierć była związana ze służbą wojskową, jej wysokość wynosi miesięcznie:

- 1) dla jednej osoby uprawnionej – 70% podstawy wymiaru,
- 2) dla dwóch osób uprawnionych – 75% podstawy wymiaru,
- 3) trzech i więcej osób uprawnionych – 85% podstawy wymiaru.

Oba przepisy mają zrekompensować rodzinom poległych lub zaginionych żołnierzy poczynawszy od dnia wejścia w życie ustawy z dnia 19 lutego 1998 r. o zasadach użycia Sił Zbrojnych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej w 1998 r. (Dz. U. Nr 23, poz. 119), która następnie została zastąpiona przez ustawę z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa (Dz. U. Nr 162, poz. 1117, z późn. zm.) – utratę często jedyne go żywiciela rodziny.

Przewidywana zmiana ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma na celu uprzywilejowanie żołnierzy oraz pracowników wojska powracających z misji poza granicami państwa w korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej, w sytuacjach, gdy zostali oni ranni, wykonując czynności służbowe poza granicami kraju. Ponadto ma ona zapewnić zaopatrzenie wymienionych osób w leki, produkty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Proponowany art. 24a stanowi odstępstwo od zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, niemniej jednak obecne przepisy rozdziału 3 w dziale II przewidują wydzielenie kategorii osób uprzywilejowanych w korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Są to inwalidzi wojenni i wojskowi oraz ich rodziny, a także rodziny żołnierzy poległych i zmarłych. Przewidywane zmiany rozszerzają więc wymienione w rozdziale 3 grupy osób o kategorię żołnierzy i pracowników wojska, którzy uczestniczyli w misjach poza granicami państwa i doznali urazu lub zachorowali w trakcie tej służby.

Projektowany przepis umożliwi określonej grupie osób korzystanie w pierwszej kolejności z niektórych świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiąc zaledwie niewielkie zadośćuczynienie ze strony państwa i społeczeństwa za choroby i urazy, nabyte w trakcie pełnienia służby w rejonie konfliktów zbrojnych. Biorąc pod uwagę niewielką liczbę osób, które mogą uzyskać świadczenia opieki zdrowotnej po powrocie z misji poza kolejnością, a także rodzaj tych świadczeń, zasada równości społecznej nie powinna doznać uszczerbku. Zważywszy

natomiast na proponowane dowartościowanie przez państwo poświęcenia osób uczestniczących w misjach poza granicami, utrwali się w nich poczucie patriotyzmu. Ponadto należy bezsprzecznie stwierdzić, że państwo, wysyłając osoby w rejony konfliktów, bierze na siebie odpowiedzialność za ich zdrowie. Powinno zatem zapewnić tej grupie osób szczególną opiekę zdrowotną między innymi przez dostęp do świadczeń zdrowotnych z pominięciem kolejki z uwagi na właściwości pełnionej służby i rodzaj wykonywanych zadań. Pomoc państwa dla swoich obywateli, którzy narażają swoje życie i zdrowie, powinna być jednym z priorytetów. W tym przypadku zasada solidaryzmu społecznego do świadczeń zdrowotnych nie zostanie naruszona, a wręcz przeciwnie – będzie zachowana.

W celu uzasadnienia proponowanych zmian przytoczenia wymagają informacje dotyczące odpowiedniego funkcjonowania służby zdrowia w innych państwach.

System powszechnego ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia obejmujący wszystkich obywateli Polski, w tym żołnierzy zawodowych i niezawodowych, zgodnie z zasadą solidaryzmu społecznego, zrównuje w prawach do świadczeń zdrowotnych, a zwłaszcza w kolejności do otrzymania świadczeń zdrowotnych, do których istnieje lista oczekujących uczestników systemu. Zasada ta, bardzo humanitarna w swych założeniach i dająca poczucie sprawiedliwości społecznej obywatelom, czyni jednak wyłom w standardach zabezpieczenia udzielenia świadczeń zdrowotnych żołnierzom NATO, którzy doznali uszczerbku na zdrowiu w misjach poza granicami krajów. We wszystkich państwach NATO istnieją narodowe systemy opieki zdrowotnej oraz oddzielne dla sił zbrojnych realizujące te same cele, ale za pomocą różnych rozwiązań i w żadnym z tych rozwiązań żołnierze poszkodowani w trakcie misji i po powrocie do kraju nie są stawiani w tej samej kolejce do otrzymania świadczeń zdrowotnych co pozostali obywatele.

W Niemczech model systemu zdrowotnego opiera się na czterech podmiotach: państwie, kasach chorych, osobach ubezpieczonych oraz świadczeniodawcach. W systemie tym funkcjonują aż 453 kasy chorych. Można tutaj wymienić kasy terytorialne, zakładowe oraz branżowe. Trzeba jednocześnie zaznaczyć, że zakres, jakość oraz dostęp do świadczeń medycznych są w systemie niemieckim znacznie lepsze niż w wielu innych krajach Unii Europejskiej.

Prawie 88% całej populacji Niemiec objęte jest systemem powszechnych, obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Prawie 10% mieszkańców, mających wysokie dochody i niepodlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu, korzysta z dobrowolnych ubezpieczeń prywatnych – są to głównie osoby wykonujące wolne zawody. Pozostałe osoby to 2% populacji, która ma opiekę zdrowotną zapewnianą przez państwo – jest to opieka medyczna dla „służb mundurowych” oraz osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej. Dzięki takiemu rozwiązaniu żołnierze niemieccy mają zapewnione natychmiastowe udzielanie świadczeń zdrowotnych i jednocześnie mają zagwarantowane leczenie na właściwym poziomie.

W siłach zbrojnych takich państw jak Stany Zjednoczone czy Wielka Brytania zabezpieczenie medyczne żołnierzy, które finansowane jest przez budżet państwa, a realizowane przez służbę zdrowia sił zbrojnych tych państw, pozwala na natychmiastowe udzielenie przy zastosowaniu najnowocześniejszych metod koniecznych świadczeń zdrowotnych, zarówno w trakcie misji, jak i po powrocie do kraju.

Pokreślić przy tym należy, że problem zabezpieczenia medycznego żołnierzy państw członków NATO jest jednym z priorytetowych zagadnień poruszanych na wszystkich forach tej organizacji. O znaczeniu tego problemu świadczą powołanie oraz systematyczne – dwukrotnie w ciągu roku – posiedzenia komitetu Szefów Służby Zdrowia państw członków NATO (COMEDS). Pomimo tego, że Komitet nadal dopuszcza narodowe rozwiązania zabezpieczenia medycznego żołnierzy, należy podkreślić stałe dążenie do uzyskania jednolitych albo bardzo zbliżonych standardów w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. W tym kontekście obecnie istniejące w Polsce rozwiązania stanowią, jak wcześniej wspomniano, wyłom w istniejących standardach służby zdrowia państw członków NATO.

Biorąc powyższe pod uwagę, a także liczbę naszych żołnierzy, którzy polegli w misjach od 1955 r. (68), a także niewielką, w stosunku do zaangażowania w misjach Polski, liczbę rannych i chorych żołnierzy (np. z całej misji w Iraku ewakuowano z przyczyn zdrowotnych 133 żołnierzy), przedstawione w projekcie ustawy zapisy nie powinny w odczuciu społecznym naruszać zasad solidaryzmu społecznego.

Reasumując, stworzenie wyłomu w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego dla żołnierzy i pracowników powracających z rejonów konfliktów zbrojnych uznać należy za uzasadnione wagą interesu odpowiednio wyższego. Powyższe uzasadnia również naruszenie konstytucyjnej zasady równości.

Uprawniony żołnierz lub pracownik będzie mógł korzystać z uprzywilejowania w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienia. Dokument ten zostanie określony w drodze rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

Podmiotami, na które będzie oddziaływała projektowana ustawa, są żołnierze pełniący służbę poza granicami państwa, pracownicy wojska zatrudnieni w jednostkach wojskowych poza granicami państwa oraz rodziny poległych i zaginionych żołnierzy.

Z uwagi na pilny tryb nowelizacji przedmiotowych ustaw projekt nie został poddany konsultacjom społecznym, co związane było z poleceniem Prezesa Rady Ministrów.

Wejście w życie projektowanej ustawy spowoduje dodatkowe skutki dla Narodowego Funduszu Zdrowia w wysokości ok. 2,7 mln zł, jeżeli chodzi o świadczenia opieki zdrowotnej. W zakresie rent rodzinnych środki finansowe w wysokości ok. 300 tys. zł znajdują pokrycie w budżecie Ministerstwa Obrony Narodowej, a częściowo zostaną poniesione przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Od 1998 r. poza granicami kraju zginęło 28 żołnierzy, w tym 10 żołnierzy niezawodowych. Średnia renta rodzinna za III kwartał br. wyniosła 1 983,49 zł, a średnie uposażenie żołnierzy zawodowych 3 080,26 zł. Oznacza to, że przeciętne świadczenie na 1 osobę uprawnioną wypłacone z budżetu Ministerstwa Obrony Narodowej wzrośnie o ok. 1 098 zł miesięcznie i 13 161 zł w skali roku. Łączne skutki dla budżetu resortu obrony narodowej wyniosą zatem 236 903 zł. Podstawa wymiaru rent rodzinnych wypłacanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych wynosi 1 775,89 zł. Wzrost świadczenia dla 1 osoby osiągnie wartość 443,97 zł, a w skali roku 5 327,67 zł, co spowoduje zwiększenie wydatków o 53 277 zł.

Z uprawnień wynikających ze zmienianej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych może skorzystać ok. 150 osób rocznie. Powstałe w związku z tym koszty szacuje się na ok. 2,7 mln zł, przyjmując kwotę 1 500 zł miesięcznie na jedną osobę w zakresie leków i zaopatrzenia ortopedycznego.

Szacunkowy koszt wydania dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej wynosi 3,50 zł za sztukę. Początkowo planuje się wydrukować ok. 500 egzemplarzy.

Brak jest możliwości precyzyjnego określenia skutków finansowych, bowiem nie można założyć, ile w przyszłości wystąpi przypadków śmierci bądź zaginięcia żołnierza oraz urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań służbowych poza granicami państwa.

Rozwiązania zawarte w projekcie nie będą miały wpływu na rynek pracy, konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki oraz na sytuację i rozwój regionów.

Przedmiotowy projekt został zamieszczony zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414) na stronach Biuletynu Informacji Publicznej. Nie zgłoszono zainteresowania pracami legislacyjnymi nad przedmiotowym projektem, w trybie przepisów wskazanej ustawy.

Zakres projektowanej ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.