

Reprezentant pracodawców wstawia się za chorymi



Polityku, pozwól pacjentowi decydować o swoim zdrowiu!

Słowo „reforma” w kontekście zmian systemu ochrony zdrowia pacjenci słyszą od co najmniej 26 lat. We wszystkich proponowanych dotychczas rozwiązaniach jedno jest wspólne – rola i zdanie pacjenta są coraz bardziej marginalizowane. Powszechnie uznaje się, że za osobę chorą decydować ma państwo, bo ono wie, co jest dla niej najlepsze. Wiem, że to śmiała teza, ale uważam, że nie wymaga specjalnej obrony. Wszak ostatnie 15 lat to konflikt o pieniądze na linii płatnik – świadczeniodawcy, który pacjentowi dane było jedynie biernie obserwować.

W systemie budżetowym będzie to konflikt dla pacjenta jeszcze bardziej anonimowy i niezrozumiały – między ministrami o priorytety danego rządu, a na poziomie niższym o wielkość budżetu szpitala. Zapisanie w budżecie wskaźnika udziału środków na ochronę

zdrowia sprawdza się jedynie w okresie wzrostu gospodarczego, a ten, jak wynika ze wszystkich dostępnych analiz ekonomicznych, już za kilka lat na skutek zmian demograficznych będzie znikomy. Wtedy zacznie się dyskusja, na czym oszczędzać – czy na zdrowiu, czy

„Dlaczego politycy nie chcą dać wyboru pacjentom, a jednocześnie zrzucić na nich odpowiedzialności za funkcjonowanie systemu?”

na armii, czy na edukacji, czy na jeszcze innej pozycji w budżecie. Pozostaje życzyć powodzenia osobom, które będą musiały te decyzje podejmować.

Z powyżej postawionej tezy wynika następujące pytanie: dlaczego politycy nie chcą dać wyboru pacjentom, a jednocześnie zrzucić na nich odpowiedzialności za funkcjonowanie systemu (oczywiście, po wcześniejszym ich przygotowaniu i starannej edukacji)? To pozwoliłoby im raz na zawsze pozbyć się tego problemu, a rola państwa byłaby ograniczona do zapewnienia świadczeń w minimalnym zakresie, który gwarantuje bezpieczeństwo pacjentom. Zwłaszcza że Polska miała już niezwykle śmiałe i nowoczesne rozwiązania w tej dziedzinie. Wystarczy tylko do nich powrócić.

„Polacy nie rozumieją systemu ochrony zdrowia, nie wiedzą, z czego wynikają bariery w dostępie do świadczeń”

Jak to było sto lat temu?

10 listopada 1918 r. Józef Piłsudski wkroczył do Warszawy, 6 dni później wysłał telegram, w którym poinformował państwa uczestniczące w I wojnie światowej oraz państwa neutralne o powstaniu niepodległego państwa polskiego. 22 listopada 1918 r. Piłsudski został tymczasowym naczelnikiem państwa. Już półtora roku później – 19 maja 1920 r. – uchwalono ustawę o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz.U. z 9 czerwca 1920 r. nr 44, poz. 272). Należy podkreślić, że była to niezwykle nowoczesna ustawa, nawet jak na dzisiejsze czasy.

Ówczesny system przede wszystkim łączył ubezpieczenie chorobowe oraz zasiłki macierzyńskie (będące obecnie w zarządzie ZUS-u) z ubezpieczeniem zdrowotnym. To pozwalało płatnikowi – kasom chorych tworzonemu po jednej na jeden powiat (było 277 powiatów) oraz w miastach powyżej 50 000 ludności – na lepsze zarządzanie posiadanymi zasobami finan-

sowymi. Przykładowo w przypadku choroby zasiłek w wysokości 60 proc. płacy ustawowej (który był podwyższany w trudnych sytuacjach) był wypłacany od trzeciego dnia choroby lub – gdy niezdolność do pracy następowała później – od pierwszego dnia niezdolności. Ustawa z 1920 r. wprowadzała możliwość wyjścia z publicznego systemu ubezpieczenia osobom zamożnym, ale także dobrowolnego ubezpieczenia się każdego obywatela, jednak po przedstawieniu świadectwa lekarskiego potwierdzającego dobry stan zdrowia. Co najważniejsze, wysokość składki przy założeniu kasy wynosiła 6,5 proc. płacy ustawowej, jednak zakładała możliwość jej zmiany, tak aby wpływy pokrywały wszystkie wydatki i pozwalały na zgromadzenie funduszu zapasowego. Jeśli kasa przynosiła stratę, jej rada albo decydowała o zmniejszeniu zakresu świadczeń do poziomu minimalnego przewidzianego prawem, albo podwyższała wysokość składki. Jednocześnie zyskowe kasy mogły poszerzać katalog świadczeń, a te, które zgromadziły co najmniej dwukrotność swojego budżetu, miały wręcz taki obowiązek.

Rozwiązania te mogą się wydawać niekorzystne dla ubezpieczonych. Jednak nic bardziej mylnego – zarówno w radzie kasy, jak i w zarządzie były reprezentowane strony, które wpłacały składki do kasy. Z tego powodu 2/3 miejsc w obydwu ciałach zarządczo-nadzorczych zajmowali przedstawiciele wybrani przez ubezpieczonych, a 1/3 – przez pracodawców. Decyzja o podwyższeniu składki była podejmowana większością co najmniej 2/3 głosów – a więc decydowali o tym sami ubezpieczeni. Należy pamiętać, że kasy były relatywnie małe, regionalne, więc zarządzający nimi byli dobrze znani lokalnej społeczności i nie mogli podejmować działań nieracjonalnych. Ponadto nie były to funkcje wiążące się z gratyfikacjami finansowymi – członkostwo w zarządzie kasy chorych było funkcją honorową, za którą nie należało się wynagrodzenie.

Część przepisów ustawy z 1920 r. wydaje się nam dzisiaj nieracjonalna i godząca w wolność jednostki, ale po głębszym namyśle należy docenić ich odwagę – np. poziom składki opłacanej przez pracodawcę był powiązany ze szkodliwością danej pracy dla zdrowia pracownika, zasiłki chorobowe dla alkoholików były wypłacane na ręce osób przez nich utrzymywanych, pacjent po rozpoczęciu leczenia danej choroby nie mógł bez zgody zarządu kasy zmienić lekarza prowadzącego, a wypłaty zasiłku dla osób, którym udowodniono celowe wywołanie choroby (np. skutek bójk), były wstrzymywane.

W okresie międzywojennym partycypacja obywateli w decydowaniu o kształcie państwa i funkcjonowaniu jego instytucji była bardzo duża. Nawet centralizacja systemu i uchwalenie ustawy z 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. nr 51, poz. 396) pozostawiały silną reprezentację ubezpieczonych w or-



„Polacy są gotowi na bezpośrednie współdecydowanie o systemie”

ganach zarządczych instytucji ubezpieczeniowych. Wprowadzono też powszechne dopłaty do świadczeń medycznych (z dopłat zwolnione były jedynie świadczenia wymienione w rozporządzeniu Ministra Opieki Społecznej).

Należy się więc zastanowić, czy naprawdę okres Polski Ludowej tak destrukcyjnie wpłynął na mentalność Polaków, że nie są zdolni zaakceptować rozwiązań, które z powodzeniem były stosowane w dużo trudniejszej sytuacji gospodarczej. Czy nie jest rozwiązaniem optymalnym zwiększenie roli pacjenta nie tylko w decydowaniu o tym, jak i gdzie wydawane są jego pieniądze na ubezpieczenie, lecz także w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia?

Dajmy szansę pacjentom

Być może to zbyt odważna teza, jestem jednak przekonany, że zaangażowanie społeczeństwa w tworzenie, zarządzanie i kontrolowanie funkcjonowania systemu spowodowałoby istotną poprawę rozumienia zach-

dzających w nim procesów i ograniczeń wynikających ze zbyt szczupłych środków pochodzących od płatników – pacjentów. A to milowy krok w uzyskaniu poparcia dla zwiększenia partycypacji ubezpieczonych w kosztach systemu – bez angażowania środków budżetowych (które *de facto* też pochodzą od ubezpieczonych). Polacy nie rozumieją systemu ochrony zdrowia, nie wiedzą, z czego wynikają bariery w dostępie do świadczeń, a to skutkuje złą oceną systemu. Nie ma lepszego sposobu na edukację niż zaangażowanie zainteresowanych – ta zasada sprawdziła się w przypadku podatków (PIT każdy rozlicza sam i dzięki temu więcej wie o systemie podatkowym). Czemu więc nie przenieść tych doświadczeń na obszar ochrony zdrowia?

Uważam, że Polacy są gotowi na bezpośrednie współdecydowanie o systemie. Rozwiązania racjonalizujące wydatki i zwiększające budżet publicznego płatnika przyjdą same od ubezpieczonych – trzeba im tylko dać szansę. Dla decydentów to wygodne, bo nie będą musieli w swoim otoczeniu szukać kozłów ofiarnych w razie ewentualnych porażek, a sukces będzie wspólny!

Grzegorz Byszewski
Autor jest zastępcą dyrektora Centrum Monitoringu Legislacji przy Pracodawcach Rzeczypospolitej Polskiej.