

Niebezpieczne ubezpieczenia

Rozmowa z Romualdem Hollym, dyrektorem Krajowego Instytutu Ubezpieczeń, profesorem Szkoły Głównej Handlowej i Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Czy wraz z nowym rządem nastąpił czas na wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń?

Przede wszystkim rząd musi odpowiedzieć na pytanie, za jakim modelem ochrony zdrowia w Polsce się opowiada. Czy nadal ma to być służba, za której pośrednictwem państwo wypełnia określone zobowiązania wobec obywateli, czy sektor gospodarki, podlegający jedynie szczególnym regulacjom, państwowemu nadzorowi i kontroli ze względu na swoje specyficzne cele, rolę i funkcje? W zależności od tego, jak zdefiniujemy powinności państwa wobec obywateli, taki będzie kształt ochrony zdrowia. Jeżeli będziemy trzymali się ściśle obowiązujących uregulowań prawnych, to nie mamy wielkich szans na zasadnicze zmiany. Jeśli natomiast państwo da przyzwolenie na przekształcenia w systemie ochrony zdrowia, to nie musimy mówić o *służbie*, ale raczej o nowoczes-

Na to może nie być zgody politycznej. Przeciwny takiemu rozwiązaniu będzie też NFZ, który utraciłby władzę fiskalną i urzędniczą.

Stworzenie systemu dodatkowych ubezpieczeń nie musi spowodować ograniczenia uprawnień funduszu czy też jakiegokolwiek innego płatnika. Pojawiłyby się natomiast dodatkowe pieniądze, a NFZ byłby w zamian jedynie nieco bardziej obciążony rozliczeniami. Dlatego należałoby się zastanowić nad ociążeniem systemu centralnego i powołaniem w miarę autonomicznych oddziałów na wzór niedawno zlikwidowanych kas chorych.

Czy to oznacza, że konkurencja powinna się pojawić także na poziomie dawnych kas chorych?

W zdecentralizowanym systemie regionalne jednostki mogłyby zaoferować ubezpieczenie-

” Pojęcie ubezpieczeń zdrowotnych zostało w Polsce wynaturzone m.in. przez ubezpieczycieli, którzy oferowali swoistą nagrodę za nieszczęście: zachorujesz na raka, dostaniesz pieniądze ”

nym systemie ochrony zdrowia i o grze rynkowej różnych usługodawców, działających zgodnie ze ściśle określonymi przez państwo regułami.

To wymaga zmiany konstytucji!

Niekoniecznie, aczkolwiek dylemat, czy państwowy szpital może pobierać opłaty za niektóre usługi, jest przez niektórych rozstrzygany właśnie poprzez literalne rozumienie zapisów konstytucyjnych. Poniekąd ludzie ci mają rację, bo jaką uzyskamy odpowiedź na pytanie, czy np. służba graniczna może żądać dodatkowych pieniędzy od obsługiwanych przez nią obywateli. Jedynie więc zmiany ustawowe usankcjonowałyby komercjalizację, a co za tym idzie prywatyzację usług medycznych, oraz umożliwiły tworzenie systemu ubezpieczeń dodatkowych.

lom o wiele sprawniejsze rozliczenia, a ponadto otrzymywałyby prowizję za pośredniczenie między świadczeniodawcą a ubezpieczycielem, i pacjentem. Byłoby to dodatkowym stymulatorem konkurencji między oddziałami NFZ, szpitalami i ubezpieczycielami.

Ciekawa wizja. Problemem jest to, że dotychczas służba zdrowia i jej reforma są traktowane jak *gorące kasztany* podrzucane kolejnym rządami. Czy w najbliższym czasie możemy oczekiwać radykalnych reform?

Służba zdrowia była i jest jedną z najbardziej wrażliwych i drażliwych dziedzin życia społecznego. Jej reforma będzie odbierana jako test sprawności i wiarygodności nowego rządu i nowego ministra zdrowia. Deklaracje napawają optymiz-



foto. Piotr Waniorek

„ W systemie dodatkowych ubezpieczeń mogłyby uczestniczyć tylko wybrane przez ubezpieczycieli placówki – ok. 230 szpitali i nie więcej jak 30 specjalistycznych klinik „

zmem – racjonalizacja, uporządkowanie, oszczędności i postęp. Oczywiście postępu nie możemy oczekiwać z dnia na dzień, a rewolucyjne działania mogą być wręcz szkodliwe. Natomiast powinna być już nakreślona przynajmniej wizja zmian. W dużej mierze dotyczy to gotowości włączenia do systemu ochrony zdrowia nowego modułu – ubezpieczeń zdrowotnych, mogących być istotnym stymulatorem pozytywnych zmian.

Podobnie na łamach *Menedżera Zdrowia* wypowiedzieli się specjaliści, których pytaliśmy o możliwość wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń. Stwierdzili oni, że w najbliższych 4 latach muszą one się stać trwałym elementem systemowego krajobrazu służby zdrowia.

Dodatkowe ubezpieczenia powinny być wkomponowane w system opiekuńczo-zaopatrzeniowy, z którego trudno będzie zrezygnować ze względów ekonomicznych, społecznych i ze względu na długą tradycję minionego okresu.

Ubezpieczenia te powinny mieć charakter gwarancji wykonania określonych procedur medycznych. Zakres tych gwarancji należy określić w umowie stron – ubezpieczyciela i klienta (potencjalnego pacjenta). Niestety, pojęcie ubezpieczeń zdrowotnych zostało w Polsce wynaturzone także przez ubezpieczycieli, którzy na przykład oferowali swoistą nagrodę za nieszczęście: zachorujesz na raka, dostaniesz pieniądze; trafisz do szpitala – otrzymasz kilkaset złotych.

Dlatego należy przywrócić nazwom ich właściwe znaczenie. O ubezpieczeniu mówimy wtedy, gdy członkowie zbiorowości, połączeni wspólnotą ryzyka, którego konsekwencje mogą dotknąć każdego z nich, wnoszą stosowne opłaty (składki) w celu zneutralizowania skutków owego ryzyka. Decydują nie tylko o tym, od jakich skutków i w jakim zakresie chcą być ubezpieczeni, ale również mają wpływ na wysokość składki i sposób, w jaki jest pożytkowana. Klasyczne ubezpieczenia, gwarantujące za określoną składkę leczenie pacjenta, powinny

uwzględniać i z góry zakładać użycie odpowiednich procedur medycznych w określonym standardzie. Ubezpieczenia te mogą tworzyć cały system ochrony zdrowia bądź stanowić tylko jeden jego moduł – część, która włączona do systemu, będzie nań ozdowieńczo oddziaływała. W naszej sytuacji należy rozważać taką właśnie możliwość, tj. rozszerzenie systemu opiekuńczo-zaopatrzeniowego o moduł ubezpieczeniowy.

Który z wariantów jest prostszy do wprowadzenia?

System suplementarny, uzupełniający ofertę, jaką jest koszyk świadczeń. W ten sposób z dodatkowych ubezpieczeń finansowano by wykonywanie procedur, które nie są opłacane z budżetu NFZ (czyli ze składki zdrowotnej obywateli). Dzięki takiemu rozwiązaniu nie następowaloby dublowanie kosztów, które w innym wypadku mogłyby być przeznaczane na te same procedury medyczne. Oczywiście, standardy wykonywania procedur oraz zasady rozliczeń musiałyby być określone przez ustawodawcę. Jest to o tyle konieczne, że obecnie w różnych

konwalescencji, jak i rehabilitacji. Jeżeli procedury i standardy ich przeprowadzania zostaną ustalone, to zakłady ubezpieczeniowe będą mogły je sprzedawać. Ważne przy tym, aby oferta ubezpieczycieli była skonstruowana modułowo. Wtedy każdy klient może wybrać zarówno optymalny dla siebie pakiet procedur, jaki i standard ich przeprowadzania. Będą go bowiem interesowali świadczeniodawcy potrafiący leczyć wg oficjalnie przyjętych i powszechnie znanych procedur.

Narzucenie procedur wymusi konkurencję między szpitalami. Wiele z nich na pewno nie sprosta wysokim wymogom. W efekcie część z nich może upaść.

W systemie dodatkowych ubezpieczeń mogłyby uczestniczyć tylko wybrane przez ubezpieczycieli szpitale. Wedle naszych wyliczeń, winno być ok. 230 szpitali i nie więcej jak 30 specjalistycznych klinik. Liczba taka wynika ze wskaźnika dotarcia w określonym czasie do placówki mogącej podjąć określone działania medyczne. Nie oznacza to, że pozostałe muszą ogłosić upadłość. Jeśli podejmą działania kon-

” Szacujemy, że z systemu mogłoby skorzystać nawet 10 mln osób, powiększając fundusz całego systemu ochrony zdrowia o 30 proc. Najgorszym wariantem byłoby pozostanie przy obecnym modelu, dającym możliwość ubezpieczenia tylko zamożnym ”

szpitalach stosuje się różne procedury, poniekąd wymuszone przez firmy ubezpieczeniowe, które z danymi zoz-ami podpisały umowy.

Trudno mówić o słowniku procedur, skoro koszyka świadczeń nie można ustalić co najmniej od 13 lat.

Koszyka nie będzie dopóty, dopóki nie ustalimy procedur leczenia określonych dolegliwości. Bo każdą można leczyć na rozmaite sposoby. Usługa medyczna to – zależnie od przypadku chorobowego – sekwencje określonych czynności, jakie muszą być wykonane, by choremu przywrócić zdrowie. Czynności te mogą być wykonane za pomocą różnej aparatury zróżnicowanej, mogą się układać w rozmaite konfiguracje; innymi słowy, można z nich tworzyć różnorodne procedury leczenia – od bardzo prostych i tanich, po złożone i drogie. Dotyczy to zarówno diagnostyki, terapii, re-

kurencyjne, oferując określone procedury po niższych cenach, ubezpieczyciele po pewnym czasie zwrócą się również do nich.

Czy system będzie dostępny dla wszystkich?

Jeśli moduł ubezpieczeniowy wprowadzono by systemowo, to z tej oferty mógłby skorzystać niemal każdy, gdyż najniższe składki wynosiłyby kilkanaście złotych. Oczywiście, taka składka nie gwarantowałaby pełnego zakresu usług medycznych. Oferta byłaby zróżnicowana. Szacujemy, że z systemu, przy produktach modułowych, tzn. polisach opracowanych w różnych wersjach dostosowanych do potrzeb i zamożności ludzi, mogłoby skorzystać nawet 10 mln osób, powiększając fundusz całego systemu ochrony zdrowia o 30 proc. Najgorszym wariantem byłoby pozostanie przy obecnym modelu, dającym możliwość ubezpieczenia tylko zamożnym. ■