



# Gra o milion

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

fol. Piotr Waniorek

**Od 1999 roku mamy system ubezpieczeniowy. Dlaczego on tak źle działa?**

Nie mamy systemu ubezpieczeniowego. Jeśli przyjąć, że różne systemy w ochronie zdrowia na świecie mogą mieć charakter zaopatrzeniowy, bądź opiekuńczy, bądź ubezpieczeniowy, bądź mieszany (hybrydowy), to u nas nadal dominuje system opiekuńczo-zaopatrzeniowy. Nasz system jest ubezpieczeniowy bardziej z nazwy niż ze swej istoty i charakteru działania.

**Dlaczego? Przecież każdy płaci na zdrowie odrębną składkę, którą gromadzi ZUS?**

I na tym się kończy. Składka nie jest dobrowolna, nie zależy od indywidualnych decyzji obywatela, tylko powszechna i przez to obowiązkowa. Niechby ktoś jej nie zapłacił, to narazi się co najmniej na restrykcje administracyjne. Płacący nie ma wpływu na to, co w zamian dostaje. O ubezpieczeniu natomiast mówimy wtedy, gdy członkowie zbiorowości, połączeni wspólną ryzyka, którego konsekwencje mo-

gą dotknąć każdego z nich, w celu zneutralizowania skutków owego ryzyka wnoszą stosowne opłaty (składki). 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 użytkowana.

**Zapytam więc inaczej: czy to dobrze, że nie mamy systemu ubezpieczeniowego?**

Chciałbym uniknąć żonglowania słowami – etykietami. We wszystkich krajach systemy mają mniej lub bardziej mieszany charakter. W Stanach Zjednoczonych, gdy człowiekowi stanie się coś na ulicy, natychmiast pojawiają się odpowiednie służby, zabierają go do szpitala, gdzie jego zagrożone zdrowie i życie jest ratowane przy pomocy najlepszych metod, leków, przez najlepszych fachowców. Dopiero kiedy sytuacja chorego ustabilizuje się, pyta się go o polisę, a jeżeli jej nie ma, zaczyna być traktowany inaczej, tzn. – tak, jak się tam to określa – jest *wystawiany na korytarz*. U nas, aby tego uniknąć, wydzielono – podobnie jak w innych krajach – system ratowania życia z powszechnego systemu ochrony zdrowia. Ponadto, w każdym sys-

temie przyjmuje się niekomercyjne programy zdrowotne, dotyczące opieki nad ciężarnymi, małymi dziećmi i młodzieżą, działania profilaktyczne, w tym programy powszechnych szczepień zapobiegające chorobom epidemicznym itp. Wszystkie społeczeństwa bronią bowiem tych członków społeczności, którzy nie są w stanie poradzić sobie sami, tym samym bronią się też przed epidemiami, chorobami zawodowymi i społecznymi, a pośrednio przed nadmiernymi kosztami, które – w przypadku pojawienia się tych chorób – będą już obciążać wszystkich, nie tylko tych, których nie stać na składkę ubezpieczeniową. Problem w tym, że nigdzie systemy prewencyjne, ratowania życia i ochrony zdrowia nie działają idealnie. Dlatego też praktycznie wszędzie na świecie czynione są próby takiego ich zmodyfikowania, aby były bardziej sprawne, wydajne, aby nie marnotrawiły środków, albo przynajmniej marnotrawiły ich możliwie najmniej.

**A więc jak zmodyfikować nasz system, aby osiągnąć powyższe efekty? Czy mimo wszystko nie najłatwiej byłoby rozwijać system ubezpieczeniowy?**

Nie uważam, że istnieją tak proste recepty na uzdrowienie polskiej służby zdrowia. Jestem natomiast zwolennikiem systemu hybrydowego. Uważam, że do obecnego systemu opiekuńczo-zaopatrzeniowego należy wmontować system ubezpieczeń dodatkowych, ponadstandardowych, komercyjnych. Jeśli przyjąć, że pacjent udaje się do szpitala, aby poddać się badaniom i ewentualnie leczeniu, czyli – mówiąc kolokwialnie – serwisować się, to ubezpieczenia dodatkowe dawałyby możliwości serwisu w szerszym zakresie oraz na wyższym poziomie, tj. dokładnie takim, jakiego oczekuje pacjent. Wprowadzenie do naszego systemu autentycznego komponentu ubezpieczeniowego zmieniłoby również nasze obyczaje. Szybciej zrozumielibyśmy, że skutki ryzyka choroby czy utraty zdrowia możemy skutecznie redukować, a przynajmniej mieć na nie istotny wpływ, właśnie przez właściwie dobrane dla każdego z nas ubezpieczenie.

**Ależ ponadstandardowe ubezpieczenie ma wtedy sens, gdy znany jest standard. A u nas nikt nie potrafi opracować koszyka świadczeń, których bezpłatne wykonanie gwarantowane byłoby przez państwo. Co więc mamy doubezpieczać?**

Koszyka nie będzie dopóty, dopóki nie przyjmiemy procedur leczenia określonych dolegliwości. Bo każdą z nich – zgodzi się pan – można leczyć na rozmaite sposoby. Usługa medyczna to – zależnie od przypadku chorobowego – sekwencje określonych czynności, jakie muszą być wykonane, by pacjentowi przywrócić zdrowie. Czynności te mogą być zróżnicowane, wykonane przy pomocy różnej aparatury, mogą się układać w rozmaite konfiguracje, sekwencje; innymi słowy, można z nich układać różnorodnie procedury leczenia – od bardzo prostych i tanich, po złożone i drogie. Dotyczy to zarówno diagnostyki, terapii, rekonwalescencji, 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, aby każdy klient miał wybór opcji obejmującej taki pakiet procedur przeprowadzanych w takim standardzie, który mu najbardziej odpowiada. Każdego klienta zakładu ubezpieczeń – potencjalnego pacjenta, będą bowiem interesowali ci świadczeniodawcy, którzy potrafią leczyć wg oficjalnie przyjętych i powszechnie znanych procedur. W Czechach do stworzenia takiej sieci placówek świadczących ponadstandardowe usługi wystarczyły 24 szpitale i kliniki. Natomiast w Polsce – jak wliczyliśmy – potrzeba byłoby ok. 200 szpitali i kilkanaście klinik.

**Jak je wyznaczyć?**

Nie trzeba wyznaczać, wystarczy stworzyć odpowiednie warunki po temu i ogłosić konkurs – same się zgłoszą.

**Najpierw więc trzeba mieć opracowane procedury, koszyk...**

... zacząć trzeba od opracowania słownika. Okazuje się bowiem, że w Polsce poszczególne części ciała, poszczególne sposoby leczenia są w różnych regionach przez lekarzy różnie nazywane. Historia choroby pacjenta w innym mieście, a czasem nawet w innym szpitalu jest

czytana inaczej. Trzeba więc najpierw taki słownik opracować i uczynić powszechnie dostępnym, np. poprzez umieszczenie go w Internecie. Potem, do poszczególnych haseł słownika można będzie odnieść określone procedury leczenia. Dopiero wtedy można będzie dyskutować nad tzw. koszykiem świadczeń gwarantowanych czy ponadstandardowych.

**Co więc będzie się należało pacjentowi płacącemu składkę?**

Nad kolejną modyfikacją aktualnie funkcjonującego w Polsce systemu bezpośrednio lub pośrednio pracuję, próbowaliśmy policzyć, chyba ok. 25–27 różnych zespołów, różnych grup ekspertów. Może dojść do sytuacji, że ustawodawca, grupa posłów, nie będzie w stanie zapoznać się ze wszystkimi pomysłami i nie wybierze jednego, określonego – autorskiego. Zatem – wg czarnego scenariusza – przyjmie niespójny, eklektyczny konglomerat pomysłów. Wtedy za rok znajdziemy się w sytuacji podobnej do obecnej.

**Czy Pan się tego obawia, czy to prognozuje?**

Obawiam się, ale jednocześnie zakładam, że postęp będzie się dokonywał. Wiemy już na przykład, że obecnie nie jest możliwe ani zrezygnowanie z systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, ani z wprowadzenia doubezpieczeń. Oba systemy muszą współistnieć, uzupełniać się, nie mogą ze sobą konkurować. Gdyby konkurowały, to wówczas do systemu ubezpieczeń komercyjnych przeszłyby osoby młode i jeszcze zdrowe, natomiast w powszechnym pozostałyby osoby stare i schorowane; po czym, po kilkunastu latach, gdy ci młodzi i zdrowi staną się starsi i bardziej chorowici, zaczną masowo wracać do systemu powszechnej ochrony zdrowia, doprowadzając go do bankructwa. Podobną prawidłowość obserwowaliśmy zresztą niedawno w Niemczech.

**Jak to zorganizować technicznie: w szpitalach publicznych jedno sale dla bogatych, inne dla biednych? Jedne z tv, inne bez? Ci, którzy płacą od razu jadą na operację, a pacjenci bezpłatni czekają pokornie w kolejkach? Czy uważa Pan, że taki system nie spowoduje wzburzenia społecznego?**

Nie ma co przekonywać, okrutna praktyka naszego obecnego chorożego systemu wymusiła już odpowiednie zachowania. Chcemy doprowadzić do tego, aby szef czy właściciel kliniki otrzymał od towarzystwa ubezpieczeniowego warunki jakie powinna spełniać jego placówka, by mogła znaleźć się na liście zoz-ów rekomendowanych klientom tego towarzystwa. Gdy spełni te wymagania, otrzyma pacjentów, których będzie musiał leczyć ściśle wg zakontraktowanych procedur. Aż tyle, i tylko tyle. A pacjenci nie będą chyba już bardziej wzburzeni niż są obecnie, bo przecież teraz też nie ma równego dostępu do świadczeń. Dzięki ubezpieczeniom, przynajmniej kryteria i zasady dostępu staną się jasne i czytelne.

**Jakie praktyczne korzyści mógłby przynieść system doubezpieczeń zdrowotnych?**

Szacujemy, że z systemu, przy produktach modułowych, tzn. polisach opracowanych w różnych wersjach dostosowanych do potrzeb i możliwości ludzi, mogłoby skorzystać nawet 10 mln osób, co wniósłoby nawet ok. 30 proc. środków do systemu więcej.

**Rynek doubezpieczeń zdrowotnych szacuje się na ok. 17 mld złotych. Kiedy ma on szansę ruszyć?**

Najważniejsze jest wprowadzenie odpowiednich uregulowań prawnych oraz wspomnianych tutaj procedur medycznych, a także przygotowanie przez ubezpieczycieli oferty na tyle atrakcyjnej, i takiej jej upowszechnienie, aby przekroczyć pewną masę krytyczną – ok. 1 miliona wykupionych polis. Jeżeli tego nie uda się osiągnąć, to dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne nadal będą traktowane przez ubezpieczycieli jako margines ich działalności i nie spełnią swojej roli w racjonalizowaniu działalności systemu powszechnej ochrony zdrowia.

Rozmawiał Janusz Michalak