

Unia Europejska zreformuje polską ochronę zdrowia

# Rok 2014

To nie polski rząd, lecz Unia Europejska zreformuje naszą ochronę zdrowia. Przyjęta przez unijnych parlamentarzystów dyrektywa o swobodnym przepływie pacjentów w 2014 r. zlikwiduje obowiązujące w naszym kraju limity, a co za tym idzie – kolejki. Według wyliczeń Ministerstwa Zdrowia, koszt wprowadzenia dyrektywy w Polsce wyniesie 3,2 mld zł. – *Na to nas nie stać, grozi nam katastrofa finansowa* – alarmuje minister Kopacz.



– Nie obawiamy się jednak tego, że Polacy zaczną masowo wyjeżdżać na leczenie za granicę. Naszą główną obawą jest, że dyrektywa zmieni nasz system finansowania świadczeń, znikną limity i kontrakty – dodaje Adam Fronczak, wiceminister zdrowia.

### Cywilizowanie Polski

Jak ma działać nowy system? Podobnie jak w każdym cywilizowanym kraju. Pacjent będzie miał prawo wyboru lekarza. Rachunek za leczenie pokryje ubezpieczyciel, według czytelnych stawek. Narodowy Fundusz Zdrowia nie będzie mógł zawęzić pacjentowi wyboru lekarza i placówki medycznej do tych, które mają kontrakt z funduszem. Co więcej, nie będzie mógł narzucić sztywnych limitów na finansowanie świadczeń. Zasada prosta: leczymy wtedy, gdy jest potrzeba (a nie gdy NFZ zapisze pieniądze na odpowiednie procedury) – decyduje lekarz, a ubezpieczyciel płaci. Znikną też kolejki wymuszane limitami. Jedyną barierą będą „moce przerobowe” szpitali i przychodni. Narodowy Fundusz Zdrowia straci ponadto możliwość faworyzowania publicznych placówek. Przestanie decydować, gdzie pacjent ma się leczyć: decydować będzie chory i wolny rynek.

Jak zauważa OZZL, skutkiem wprowadzonych zmian będzie:

- likwidacja administracyjnego limitowania świadczeń przez NFZ,
- rzetelna wycena świadczeń zdrowotnych,
- oszacowanie, na co faktycznie wystarczy pieniędzy publicznych przeznaczanych na lecznictwo, co doprowadziłoby do ustalenia realnego, a nie życzeniowo-propagandowego koszyka świadczeń gwarantowanych,
- rezygnacja przez NFZ z „konkursu ofert” będącego narzędziem (potencjalnie korupcjogennym) arbitralnego wyboru świadczeniodawców przez fundusz i blokującego konkurencję między świadczeniodawcami,
- wdrożenie przez NFZ sprawnego systemu rejestracji usług medycznych i kontroli zasadności ich udzielania.

### Przerażeni

Ochrona zdrowia bez kolejek? Swobodny wybór lekarza? Koniec faworyzowania pewnych placówek? Brzmi pięknie. Czy to jednak możliwe?

Takie wizje, miłe dla pacjentów i lekarzy, budzą jednak przerażenie rządzących. – *Bo w Polsce kontrakty i limity przez lata były jedynym sposobem na ograniczenie popytu w ochronie zdrowia* – zauważa Maciej Murkowski ze Szpitali Polskich. Dzięki nim udawało się oszczędzać na medycynie. W kolejce po świadczenia medyczne czeka 650 tys. pacjentów. Za nich po prostu NFZ nie zapłacił, ale w nowym systemie nie będzie miał możliwości odmowy zapłaty. Wtedy to nie szpi-



for: D. Biliński

## Marek Balicki

poseł SLD, były minister zdrowia

Tu nie będzie rewolucji. A szkoda, bo pewnie by się przydała. Nie będzie radykalnych zmian, bo samo wprowadzenie zasad dyrektywy unijnej nie zmieni z dnia na dzień funkcjonowania całej polskiej ochrony zdrowia. Dyrektywa sama z siebie nie tworzy nowego prawa, wszystkie obowiązujące dziś przepisy i regulacje będą funkcjonowały przez jakiś czas bez zmian. Oczywiście z czasem dyrektywa stanie się instrumentem, który zmiany wymusi, przyspieszy, ale zanim to się stanie, upłynie wiele czasu. Potrzebne będą całe grupy nacisku, które będą umiały wykorzystać dokument do przeprowadzenia zakładanych w nim zmian.

Nie spodziewam się też radykalnego odpływu polskich pacjentów za granicę. I nie tylko za granicę: nie spodziewam się podobnego odpływu z placówek publicznych do prywatnych. A to dlatego, że na razie polscy lekarze w swoich prywatnych gabinetach przyjmują po znacznie wyższych cenach niż w gabinetach publicznych. Nie przewiduję więc szczególnego zainteresowania odejściem od publicznej służby zdrowia, bo to się zwyczajnie pacjentowi nie będzie opłacać.

Szanse na zmiany widzę w tych świadczeniach, na które dzisiaj trzeba czekać w horrendalnie długich kolejkach. Tu kalkulacja: leczyć się drożej prywatnie i czekać na zwrot części poniesionych nakładów z NFZ czy taniej, ale za to z oczekiwaniem w kolejce przez kilka lat, będzie coraz częściej przemawiała na rzecz wyboru leczenia droższego, ale szybszego. O jedną patologię mniej w naszej ochronie zdrowia.



## Krzysztof Opolski

ekspert ekonomii ochrony zdrowia  
Uniwersytetu Warszawskiego

Nie spodziewałbym się ogromnych zmian od zaraz, to znaczy już od początku roku 2014. Z pewnością jednak zmiany, jakie wprowadzi dyrektywa unijna w Polsce, to będzie kamyk, który poruszy całą lawinę.

Najważniejszą z tych zmian będzie to, że w ostatecznym rozrachunku o wyborze lekarza czy placówki świadczącej usługi medyczne decydować będzie jakość. W praktyce zrealizowana zostanie bowiem zasada, że to pacjent sam decyduje, gdzie się leczyć. Podczas gdy dzisiejszy system w praktyce zamyka pacjentom drogę do wielu nie tylko prywatnych, ale i państwowych placówek, nowy, powstały w wyniku unijnej dyrektywy, już nie będzie mógł zamykać tego dostępu.

Problem w tym, że zanim uświadomią to sobie wszyscy pacjenci, minie sporo czasu. Będzie dużo zamieszania, niewiedzy dotyczącej własnych praw. Czasowo może też wystąpić taki problem, że polskie placówki podzielone zostaną na dwie kategorie. W pierwszej, wyposażonej w kontrakt z NFZ, pacjent nie będzie musiał płacić z własnej kieszeni, tak jak to jest dziś. W drugiej będzie musiał wykładać pieniądze i czekać na zwrot poniesionych kosztów z NFZ. Do czasu, bo z pewnością pojawią się kredyty bankowe, instytucje wyspecjalizowane w uzyskiwaniu zwrotu z NFZ itp. Życie nie znosi próżni.

Przewiduję, że będziemy mieli poważny problem z budżetem ochrony zdrowia, ale prędzej czy później ten problem zostanie rozwiązany. Z korzyścią dla pacjentów, którym obecny system zwyczajnie szkodzi.

tale będą popadać w długi, lecz fundusz. A co za tym idzie – Skarb Państwa. Eksperti szacują, że wprowadzenie nowego systemu będzie kosztować 3,2 mld zł. Ta kwota może zagrozić stabilności całego polskiego budżetu. Rządowi eksperci i urzędnicy bronili się, jak mogli, przed przyjęciem dokumentu, zgłaszali w Brukseli poprawki, rozważali możliwość zaskarżenia dyrektywy. Powoływali się na zasadę, że ochrona zdrowia została zastrzeżona do wyłącznej kompetencji państw członkowskich, nie władz UE. Polskie protesty zgłaszano na próżno. Zostaliśmy przegłosowani. Także na własne życzenie. Mimo sprzeciwu Ministerstwa Zdrowia, pod popierającym dyrektywę listem do europarlamentarzystów podpisali się prezes NRL Maciej Hamankiewicz, przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego



Lekarzy (OZZL)  
Krzysztof Bukiel,  
wiceprezes Centrum im. Adama Smitha  
Andrzej Sadowski, prezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej  
ks. Arkadiusz Nowak, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych  
Andrzej Sokołowski, prezes Federacji Pacjentów Polskich  
Stanisław Maćkowiak.

### Biały i czarny scenariusz

Unijna dyrektywa przewiduje wyłączenia od zasady swobodnego przepływu pacjentów. Nie obowiązują one w sferze przeszczepów, szczepień, opieki długoterminowej i „tych świadczeń, których w danym państwie nie wykonuje się za publiczne pieniądze”. Ten ostatni zapis to w zasadzie jedyna szansa na uniknięcie zapaści finansowej, przed którą przestrzegają rządzący.

By z tej szansy skorzystać, trzeba jednak dokonać wielkiej pracy: dokończyć badania i szacunki epi-

miologiczne oraz prawidłowo określić koszyk świadczeń gwarantowanych. Obecnie jest on fikcją – gwarancja nie działa, bo ważniejsze od niej są kontrakty i limity.

– *Nie mamy dobrego rozeznania potrzeb medycznych, panuje u nas epidemiologia fikcji* – mówi Erwin Strzesak z Wielkopolskiego Centrum Onkologii. W krajach Europy Zachodniej najpierw skrupulatnie ocenia się liczbę zachorowań i podejmuje decyzje, często bolesne: na leczenie schorzenia X nas stać i będziemy je refundować, a na leczenie Y – nie stać. W Polsce to stoi na głowie, nikt nie liczy, czy nas stać, bo przecież „zawsze można obciąć limit”.

Przestawienie tego systemu z głowy na nogi – bolesne, ale uczciwe wyliczenia, na co nas stać – to sposób na uchronienie się przed katastrofą finansową, która może zagrozić Polsce w 2014 r. Nie jest przypadkiem, że na fotel wiceministra zdrowia wrócić ma Andrzej Włodarczyk, który wcześniej nadzorował i koordynował pracę nad koszykiem świadczeń.

### Efekt uboczny

Unii Europejskiej nie zależało na reformowaniu polskiej ochrony zdrowia. Chciała tylko zagwarantować pacjentom prawo do „swobodnego przepływu” w całej Europie, podobnie jak wcześniej na zniesieniu ceł na granicach państw członkowskich. Europa bez granic to jedna z fundamentalnych zasad UE. To, że dyrektywa wymusi zmianę sposobu funkcjonowania polskiej ochrony zdrowia, to z punktu widzenia Brukseli efekt uboczny. I trudny do uniknięcia. Bo skoro polscy pacjenci zyskają prawo do wyboru lekarza za granicą – nie można im przecież odmówić prawa wyboru lekarza w Polsce. Byłaby to dyskryminacja polskich lekarzy i pacjentów, łatwa do obalenia przed europejskim wymiarem sprawiedliwości. – *Czy tego chcemy czy nie, musimy zmienić sposób funkcjonowania* – mówi Andrzej Ryś, dyrektor ds. zdrowia publicznego w Dyrekcji Generalnej Zdrowia i Ochrony Konsumentów (DG SANCO) Komisji Europejskiej.

### Beneficjenci

Dyrektywa gwarantuje swobodny dostęp do świadczeń w całej UE wszystkim obywatelom państw członkowskich. Oznacza to, że Polacy będą mogli się leczyć we Francji, Niemczech, Czechach, Rumunii, a NFZ zwróci koszt terapii do stawki, którą zapłaciłby w Polsce. Podobnie płatnik niemiecki, brytyjski i z innych państw UE zapłaci za świadczenia udzielone w Polsce. To z pewnością przysporzy dodatkowych zysków szpitalom i placówkom potrafiącym przyciągnąć pacjentów zagranicznych. W 2010 r. było ich 300 tys., o 15 proc. więcej niż w roku poprzednim. Nasz hit eksportowy to medycyna estetyczna, stomatologia, ale też coraz częściej



foto: Dąbki

## Andrzej Mądrala

wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych

Wprowadzenie dyrektywy w Polsce będzie oznaczało, że spełniony został najważniejszy postulat programowy kolejnych rządów w ochronie zdrowia: pieniądze w końcu zaczną „iść za pacjentem”.

To ważne, bo dzisiaj nie idą. Polscy pacjenci mają zatem olbrzymi kłopot z dostępem do lekarza i stają przed wyborem: albo czekać w gigantycznych kolejkach, albo płacić z własnej kieszeni, nie licząc na żaden zwrot, nawet częściowy. Nowa unijna dyrektywa to zmieni. Nie wprost, nie od razu, ale skutecznie.

Oczywiście pojawi się zasadniczy dla naszej ochrony zdrowia problem: pieniędzy. Ściślej: skąd brać pieniądze, by rzeczywiście „szły za pacjentem”. Ale tu jestem optymistą. Gdy tylko zaczniemy o tym problemie poważnie rozmawiać, z pewnością znajdą się sposoby na jego rozwiązanie. Jest ich więcej, niż zakłada obecny system, który – powtórzę – sprowadza się do alternatywy: czekaj na budżet lub płac z własnej kieszeni. Możliwość wyboru lekarza, którą przewiduje unijny dokument, otworzy najpierw oczy, a potem i możliwości skorzystania z innych opcji.

zagraniczni pacjenci decydowali się na zabiegi ortopedyczne oraz z zakresu chirurgii naczyniowej. Jak prognozują eksperci, rozbieżność cen będzie działać na korzyść polskich lecznic jeszcze przez 5–10 lat. Teraz dojdzie jeszcze jeden argument za leczeniem w Polsce: obowiązkowa refundacja ubezpieczeniowa. – *Najbardziej potrzebna w tej chwili jest dobra promocja* – przekonuje Artur Gosk, prezes Izby Gospodarczej Turystyki Medycznej.

Bartłomiej Leśniewski