

Lekarstwo gorsze od choroby



fot. Dąbki 3x

Rozmowa z Adamem Fronczakiem, wiceministrem zdrowia

Jeszcze kilka miesięcy temu Polska popierała nową dyrektywę w sprawie transgranicznej współpracy krajów Unii Europejskiej. Dziś jest jej przeciwna. Co się stało? Zaczęliśmy się obawiać, że polskie szpitale opustoszeją, bo pacjenci uciekną do placówek francuskich, niemieckich czy brytyjskich?

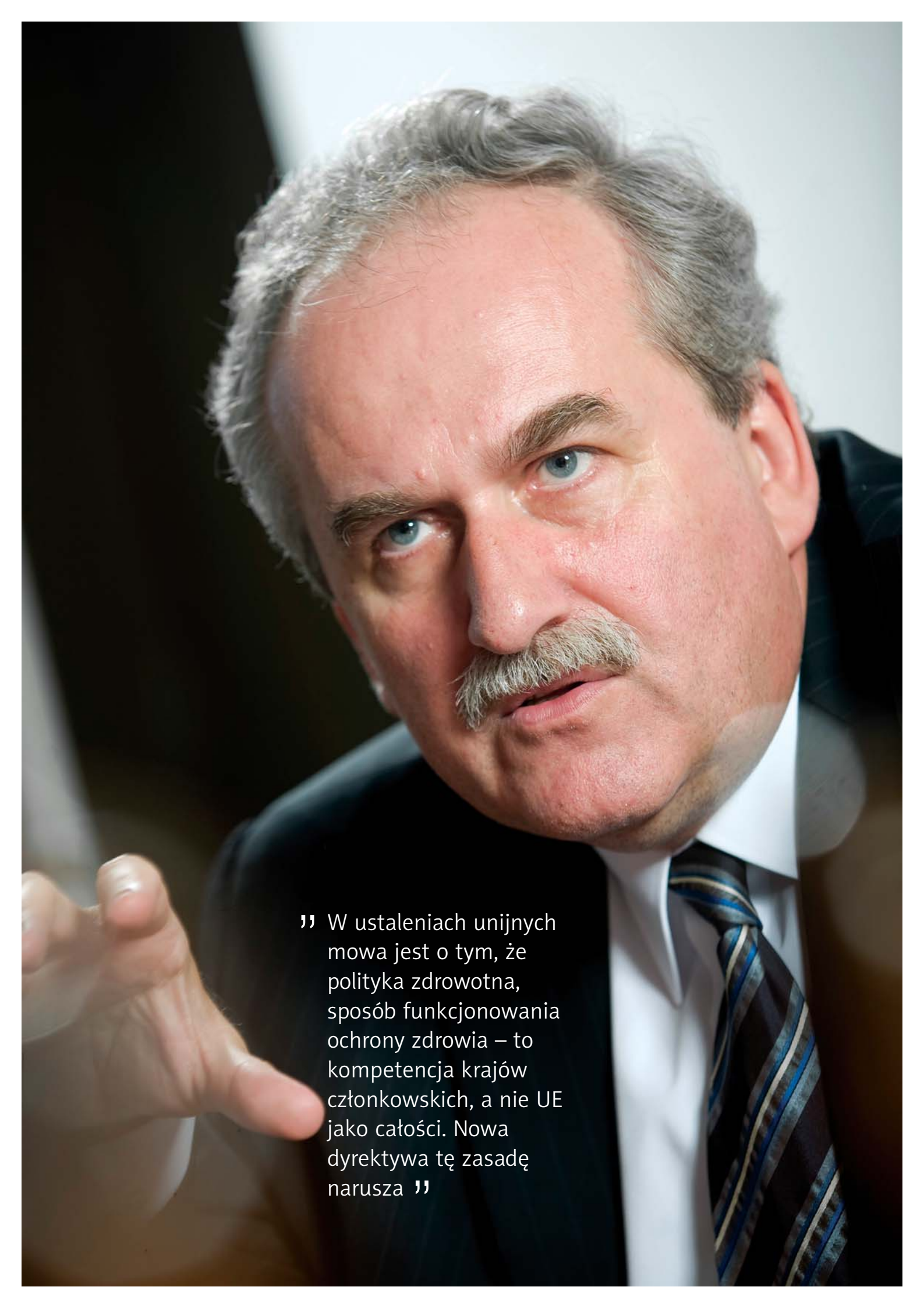
Tego się nigdy nie obawialiśmy ani nie obawiamy. Jeżeli nawet takie zjawisko nastąpi, dotyczyć będzie niewielkiej grupy osób. Zwrot następowalby według taryfy obowiązującej w NFZ. Jeżeli świadczeniodawca wystawiłby wyższy rachunek, pacjent musiałby pokryć różnicę z własnej kieszeni. A tak się składa, że wycena świadczeń w krajach UE jest na ogół wyższa niż w Polsce. Gdy doliczyć do tego koszt podróży, ewentualnych wizyt kontrolnych po operacjach, gdy wziąć pod uwagę rozłąkę z rodziną, brak jej wsparcia i oddalenie w chwili operacji, okaże się, że polskie szpitale są konkurencyjne – ich oferta jest lepsza. Na pewno nie boimy się masowego odpływu pacjentów za granicę po wejściu w życie dyrektywy.

To skąd nasz opór przeciw dyrektywie?


Nie sprzeciwiamy się całej dyrektywie. Podobnie jak wcześniej uważamy, że w zasadzie to dobry dokument. Chcemy wniesienia istotnej poprawki, bez której nie wyobrażamy sobie, by mógł on funkcjonować. Chodzi o uwzględnienie w zapisach, że pacjent ubiegający się w NFZ o zwrot kosztów za świadczenie uzyskane za granicą powinien otrzymać to świadczenie w ośrodku mającym kontrakt z publicznym płatnikiem danego kraju. W innym wypadku polski NFZ musiałby refundować koszty leczenia polskich pacjentów w ośrodkach pozostających poza publicznym – kontraktowym systemem opieki zdrowotnej. Na zasadzie kontraktu działa cały system ochrony zdrowia w Polsce. Dyrektywa w obecnym brzmieniu, negującym system kontraktowy, grozi zawaleniem naszego systemu ochrony zdrowia. Tymczasem w ustaleniach unijnych jest mowa o tym, że polityka zdrowotna, sposób funkcjonowania ochrony zdrowia – to kompetencja krajów członkowskich, a nie UE jako całości. Nowa dyrektywa tę zasadę narusza.

Dlaczego? W odpowiedzi na pierwsze pytanie mówił pan, że nie ma obaw o to, że pacjenci uciekną do zagranicznych szpitali. To skąd obawy, że zawali się nasz system?

Gdybyśmy przyjęli zasadę, że NFZ musi zwracać koszty za niezakontraktowane świadczenia, nie moglibyśmy ograniczyć jej do placówek zagranicznych, musielibyśmy automatycznie zastosować ją także wobec polskich podmiotów. Inaczej byłoby to jawne



„ W ustaleniach unijnych
mowa jest o tym, że
polityka zdrowotna,
sposób funkcjonowania
ochrony zdrowia – to
kompetencja krajów
członkowskich, a nie UE
jako całości. Nowa
dyrektywa tę zasadę
narusza ”

A middle-aged man with a mustache, wearing a dark suit, white shirt, and striped tie, is seated at a dark wooden table. He is looking slightly to his left. In front of him is a white teacup and saucer, and a silver teapot. The background shows a white wall and a gold-framed picture.

„ Nie mamy powodu,
by obawiać się
konkurencji
zagranicznych firm
medycznych „

faworyzowanie lekarzy i placówek np. niemieckich, francuskich i bułgarskich kosztem polskich. Do tego dopuścić nie możemy. Musielibyśmy zatem zmienić prawo, by każdy polski szpital mógł wystawiać w niekontrolowany przez NFZ sposób rachunki za udzielone świadczenia – a NFZ musiałby je płacić albo narażać się na roszczenia, popadać w długi. I to właśnie oznaczałoby demontaż wypracowanego w ostatnim dziesięcioleciu systemu kontraktowego. Kompletnie nie jesteśmy na to przygotowani. Oznaczałoby to jeśli nie zawalenie, to przynajmniej poważne zagrożenie systemu ochrony zdrowia w Polsce.

To mocne słowa – warte obrony systemu kontraktowego, powszechnie krytykowanego?

Zgadzam się, że często słusznie krytykowanego, pod wieloma zarzutami podpisałbym się osobiście. Tyle że propozycja zastąpienia tego systemu nowym, wynikającym z dyrektywy, to zmiana na jeszcze gorsze –

lekarstwo gorsze od choroby. W porównaniu z nowym wariantem stary, kontraktowy, ma dwie niepodważalne zalety. Po pierwsze, zapewnia wprawdzie niedoskonałą, ale w miarę poprawną stabilność finansową, przewidywalność wydatków. Po drugie, co też niezmiernie ważne, zapewnia kontrolę nad jakością świadczeń.

W jaki sposób nowy system mógłby zachwiać stabilnością finansową? Przeprowadzili państwo szacunki, o ile byłby droższy od dzisiejszego?

Nie tylko my, ale i niezależne podmioty. Z każdego szacunku wynika, że nowy system byłby droższy. Te optymistyczne mówią, że o 1 proc., a te pesymistyczne, że o 3,2 mld złotych. Ile konkretnie, okazałoby się w praktyce. Ale zagrożenie jest duże. Powstała luka w budżecie trzeba by zapełnić, albo drastycznie podnosząc stawkę składki zdrowotnej, albo decydując się na współpłacenie. I to potencjalnie w dużej wysokości.

Obecny system daje o wiele większą przewidywalność wydatków, możliwość ich zaplanowania. I zapewnia poprawę jakości, a to jest bardzo ważne.

Wraca pan do tematu jakości. Nowy system to zagrożenie? A może szansa na poprawę? Gorszi przecież będą musieli równać do najlepszych, niezależnie od kraju pochodzenia.

Płatnik wymaga – to żelazna zasada obowiązująca w ochronie zdrowia. Nie inaczej jest w wypadku NFZ. Żeby podpisać kontrakt z funduszem, trzeba spełniać wiele konkretnych warunków, na przykład co do liczby zatrudnionych specjalistów oraz wyposażenia. Nowa dyrektywa w obecnym brzmieniu oznaczałaby odejście od zasady „płatnik wymaga”: NFZ musiałby bez prawa sprzeciwu akceptować rachunki ze wszystkich zakątków Unii, od Rumunii po Irlandię. Konsekwencją tego stanu rzeczy stałoby się zaprzestanie stawiania jakichkolwiek warunków także w Polsce, by uniknąć zarzutu, że faworyzujemy placówki zagraniczne. I byłoby to z dużą szkodą dla jakości, a ponadto miało dodatkowe konsekwencje. Źle wykonane świadczenia, błędy w sztuce negatywnie wpłyną na kondycję polskiego systemu ochrony zdrowia – konieczne stanie się dodatkowe leczenie, naprawianie skutków źle przeprowadzonych operacji.

W protestach wobec dyrektywy unijnej Polska wygląda na osamotnioną...

Tak nie jest. My o sprzeciwie mówimy najgłośniej. Ale podobnie jak w naszym kraju są zwolennicy nowego rozwiązania, tak w każdym kraju UE są jego przeciwnicy. W jednych jest ich więcej, w innych mniej. Dopiero zaczął się na dobre proces legislacyjny nowego dokumentu, do jego zakończenia mamy od półtora roku do dwóch lat. Będziemy się starać znaleźć sojuszników dla proponowanych przez nas poprawek, z ich przeciwnikami natomiast szukać rozsądnego, satysfakcjonującego obie strony kompromisu. To możliwe. Chcielibyśmy obronić zasadę kontraktowania, ale będziemy za zasadą równego dostępu do opieki medycznej wszystkich obywateli. Jest ona jak najbardziej w zgodzie z interesem nie tylko polskich pacjentów, ale i świadczeniodawców.

Czyli zarabiamy na pacjentach z zagranicy?

Oczywiście. Na razie w tych działach medycyny, w których w wielu krajach Unii nie obowiązuje refundacja: stomatologii i chirurgii plastycznej, coraz częściej w świadczeniach sanatoryjnych. Leczą się u nas nie tylko Polacy, którzy za chlebem wyjechali z kraju, i nie tylko nasi sąsiedzi z Niemiec, ale również na przykład Duńczycy i Brytyjczycy. Nie mamy powodu, by obawiać się konkurencji zagranicznych firm medycznych. Tyle że ta współpraca rodzi bardzo

„Prędzej czy później standardy w Unii i tak się wyrównają i trzeba to ułatwiać, a nie temu przeszkadzać. Ale nie można próbować niczego przeprowadzić na siłę. Tak jak z dyrektywą UE”

wiele problemów i musi być budowana, instytucjonalizowana przez lata. Mamy już pierwsze doświadczenia i wiemy, jak wiele niespodziewanych kłopotów pojawia się w trakcie wdrażania projektów, nawet tych na małą, przygraniczną skalę.

W trakcie realizacji jest projekt powołania wspólnej służby ratunkowej w przygranicznych rejonach polsko-niemieckich.

I właśnie w trakcie negocjacji tego typu porozumień te problemy uwidaczniają się najlepiej. Zaczyna się od języka: lekarz czy ratownik powinien na bardzo dobrym poziomie posługiwać się obydwoma językami – polskim i niemieckim. Nie każdy lekarz chce podjąć

„Źle wykonane świadczenia, błędy w sztuce negatywnie wpłyną na kondycję polskiego systemu ochrony zdrowia”

trud nauki języka. Potem dochodzą standardy i procedury: inne obowiązują w Polsce, inne w Niemczech. Które będą miały zastosowanie? Czy lekarz z karetki inaczej ma traktować wezwanie do obywatela RFN i RP, inaczej leczyć? Jak uregulować sprawę odpowiedzialności cywilnej? Wreszcie kwestia wyceny świadczenia: czy ma obowiązywać polska czy niemiecka taryfa? Każde odstępstwo od ogólnokrajowych zasad zarówno w Niemczech, jak i w Polsce nie może być od tak po prostu wprowadzone w życie – bez uzgodnień na szczeblu rządowym, umów międzynarodowych, wydania wielu aktów prawnych. I tak bardzo pragmatyczna idea, która pozwoliłaby oszczędzić na podjęciu współpracy między podzielonymi jedynie rzeką miastami z pogranicza, mająca poparcie władz lokalnych i akceptację centralnych, napotyka mur problemów społecznych, prawnych i ekonomicznych. Prędzej czy później standardy i tak się wyrównają i trzeba to ułatwiać, a nie temu przeszkadzać. Ale nie można próbować niczego przeprowadzić na siłę. Tak jak z dyrektywą UE.

Rozmawiali: Janusz Michalak, Bartłomiej Leśniewski