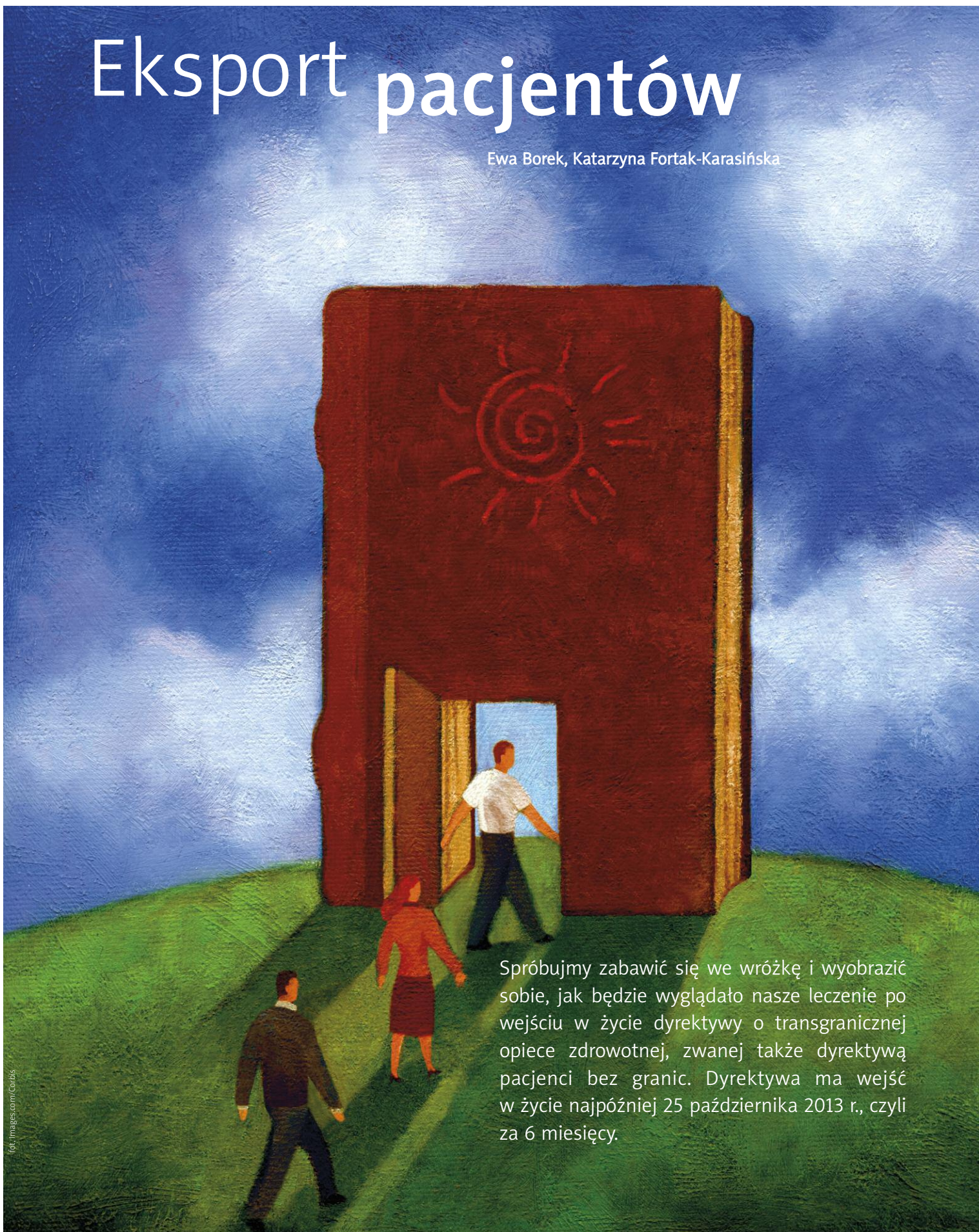


Kto zyska, a kto straci w Polsce na dyrektywie transgranicznej

Eksport pacjentów

Ewa Borek, Katarzyna Fortak-Karasińska



Spróbujmy zabawić się we wróżkę i wyobrazić sobie, jak będzie wyglądało nasze leczenie po wejściu w życie dyrektywy o transgranicznej opiece zdrowotnej, zwanej także dyrektywą pacjenci bez granic. Dyrektywa ma wejść w życie najpóźniej 25 października 2013 r., czyli za 6 miesięcy.

Zakłada ona, że pacjent, który wyjedzie leczyć się za granicę, zostanie od NFZ zwrot części kosztów leczenia w kwocie, jaką fundusz płaci za tę samą usługę świadczeniodawcom w Polsce. Ministerstwo Zdrowia ogłosiło w lutym 2013 r. założenia do implementacji dyrektywy w Polsce i poddało je konsultacjom społecznym. Stało się jasne, że intencją administracji publicznej będzie jak największe ograniczenie praw polskich pacjentów i do leczenia za granicą. Zobaczmy, kto na dyrektywie zyska, a kto może stracić.

Kapitalistyczny komunizm

Wdrożenie dyrektywy w Polsce będzie bardzo ciekawym systemowym eksperymentem, który nie dokonał się w żadnym systemie ochrony zdrowia na świecie. Nastąpi bowiem wprowadzenie mechanizmu współpłacenia pacjentów za świadczenia do systemu, który co do zasady współpłacenia nie dopuszczał. Zacznie obowiązywać unijna zasada swobody przepływu świadczeń i usług medycznych w systemie, który dotychczas na nią nie pozwalał, ograniczając w mechanizmie limitowania i kontrakcji świadczeń dostęp pacjentów do usług medycznych. Unia dokona ingerencji w system, który w zdecydowanej większości opiera się na nieurynkowionych usługach zdrowotnych, charakteryzujący się niedefiniowanym, obszernym koszykiem świadczeń i jednocześnie jego od lat narastającym niedofinansowaniem. Ingerencja zostanie przeprowadzona na organizmie systemu od lat niereformowanego i niedofinansowanego, w którym nie było politycznego przyzwolenia na zasilenie dodatkowymi strumieniami pieniędzy kierowanymi ze współpłacenia pacjentów, dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych czy choćby z reformy niesprawiedliwego społecznie KRUS.

Jaki będzie zakres tej unijnej ingerencji, nie jest jeszcze pewne. Rząd zapowiada wykorzystanie wszystkich przysługujących mu na mocy dyrektywy ograniczeń w zakresie jej implementacji w Polsce. Ma powstać lista procedur, które moż-

na będzie realizować za granicą jedynie po uzyskaniu zgody prezesa NFZ, będąca swoistym negatywnym koszykiem świadczeń zagranicznych. Tak więc zapewne nastąpi ograniczenie koszyka świadczeń dostępnych polskim pacjentom za granicą, podczas gdy w Polsce nadal będzie obowiązywał obfity koszyk świadczeń, które będą niedostępne.

Co planują inni

Równocześnie bogate państwa UE zapewne wdrożą dyrektywę w pełnym zakresie, uwzględniającym lecznictwo szpitalne i wysokokosztowe świadczenia specjalistyczne. W interesie podatników tych krajów leży obniżanie rosnących kosztów opieki zdrowotnej poprzez wysyłanie

decydująca będzie wysokość nakładów, jakie sami muszą ponieść na leczenie. Jeśli w Polsce muszą zapłacić 100 proc., to każda kwota, o jaką mniej zapłacą za granicą, skłoni ich do poszukiwania tam pomocy medycznej. Na pewno będzie to dotyczyło mieszkańców obszarów położonych w pobliżu zachodniej oraz południowej granicy, którzy będą zapewne bardziej skłonni korzystać z dobrodziejstw dyrektywy niż mieszkańcy centrum Polski.

Czy Polacy będą chcieli się leczyć za granicą?

W świetle danych raportu OECD z 2012 r. na temat turystyki medycznej w Europie stanowi ona mniej niż 1 proc. wydatków przeznaczanych

„ Wdrożenie dyrektywy w Polsce będzie bardzo ciekawym eksperymentem, który nie dokonał się w żadnym systemie ochrony zdrowia na świecie ”

pacjentów na tanie leczenie za granicę, co może być istotnym argumentem za pozwoleniem obywatelom na pełną swobodę leczenia u sąsiadów. To może generować problemy natury etycznej i dotyczące wolności obywatelskich, ponieważ prawa polskich pacjentów za granicą będą bardziej ograniczone niż prawa cudzoziemców w Polsce.

Polscy pacjenci będą obserwować pełne prawa obywateli innych krajów do leczenia bez granic w polskich szpitalach, być może także publicznych, bez oczekiwania w typowej dla naszego systemu zdrowia kolejki. Polski pacjent szybko zrozumie, że bardziej opłaca mu się ominąć kolejkę, lecąc się za granicą i dopłacając do leczenia jakąś część kosztów, niż płacąc w Polsce 100 proc. za usługi w prywatnej służbie zdrowia. Może się paradoksalnie okazać, że dla Polaków tańsze stanie się leczenie za granicą. Dla pacjentów

przez państwa unijne na leczenie. Lubimy się leczyć lokalnie, wyjeżdżamy dopiero wtedy, gdy korzyść finansowa rekompensuje uciążliwość związaną z leczeniem poza krajem, opieką po leczeniu, barierą geograficzną, kulturową i językową. Czy Polacy będą skłonni przemieszczać się i pokonywać te bariery w celu tańszego leczenia? Można zakładać, że problem ograniczeń w dostępie do leczenia jest w Polsce tak widoczny, że istnieje duży niezaspokojony popyt na specjalistyczne usługi zdrowotne wysokiej jakości. Pojawienie się niszy rynkowej powinno uruchomić przedsiębiorczość zagranicznych i polskich świadczeniodawców, którzy tak będą tę opiekę organizować, żeby zmniejszyć uciążliwości dla pacjentów związane z podróżą i wymienionymi wyżej barierami. Może się okazać, że nie ma potrzeby wyjazdu, ponieważ filie zagranicznych świadczeniodawców powstaną w Polsce albo opieka me-

„ Zyskają pacjenci, lekarze, świadczeniodawcy prywatni i zagraniczni. Sektor publicznej służby zdrowia będzie jedynym podmiotem, który na unijnych regulacjach w zdrowiu raczej nie skorzysta „

dyczna przyjmie postać zorganizowanych wyjazdów medyczno-turystycznych grup pacjentów i nie będzie stanowiła dla nich istotnej uciążliwości.

Kto zyska na dyrektywie

Istnieje w tej sytuacji pewne ryzyko, że świadczeniodawcy i lekarze z obszarów przygranicznych nie będą doświadczali już zjawiska nieograniczonego popytu na własne usługi, do jakiego przez lata byli przyzwyczajeni. Na dyrektywie zyskają najprawdopodobniej świadczeniodawcy i lekarze z obszarów przygranicznych Niemiec, Czech i Słowacji. Zyskają również lekarze i świadczeniodawcy prywatni świadczący usługi pacjentom zagranicznym, zwłaszcza tacy, którzy będą potrafili zbudować relacje biznesowe z płatnikami bogatych krajów UE. Wyjazdy grupowe zagranicznych pacjentów do specjalistycznych polskich prywatnych ośrodków mogłyby się stać istotnym obszarem, w którym polska medycyna mogłaby się specjalizować. W efekcie może się zdarzyć, że medycyna prywatna rozwinie się w Polsce pod wpływem napływu środków i stanie się w większym stopniu konkurencyjna dla publicznej służby zdrowia. Z pewnością ten mechanizm wpłynie na poprawę jakości i kompleksowości świadczeń w sektorze prywatnym.

Kto straci

A jaki dyrektywa może mieć wpływ na kondycję publicznego sektora zdrowotnego? Szpitalom publicznym nie wolno pobierać dopłat od pacjentów. Jest to jednoznaczne i konsekwentnie utrzymywane stanowisko Ministerstwa Zdrowia. W tej

sytuacji publiczne jednostki pozostaną poza zasięgiem korzystnych zmian wprowadzonych przez dyrektywę. Będą nadal obsługiwały polskich pacjentów, których nie stać na współpłacenie za usługi medyczne świadczone za granicą. Pacjentów nie powinno zabraknąć, chociaż kolejki mogą się skrócić. To będzie ewidentna kolejna korzyść dla pacjentów z wdrożenia dyrektywy – pacjenci, którzy chcą współpłacić za świadczenia, dopłacą za granicą mniej niż w polskim sektorze prywatnym, a ci, którzy nie chcą współpłacić, pozostaną klientami sektora publicznego.

Tak więc zyskają pacjenci, lekarze, świadczeniodawcy prywatni i zagraniczni. Sektor publicznej służby zdrowia będzie jedynym podmiotem, który na unijnych regulacjach raczej nie skorzysta, chyba że w porę zostanie obalona doktryna zakazu współpłacenia w publicznej służbie zdrowia.

Kontrewolucja

To, w jakim stopniu skorzystają pacjenci, lekarze i świadczeniodawcy prywatni, zależy od stopnia implementacji dyrektywy w Polsce i zakresu wprowadzonych ograniczeń. Jeśli ograniczenia będą duże i zakres usług świadczonych w jej ramach będzie bardzo wąski – korzyści dla tych podmiotów będą niewielkie. Jeśli dyrektywa zostanie wdrożona bez ograniczeń, jak na to sama pozwala i jak to czynią inne kraje europejskie – korzyści dla systemu i większości jego uczestników będą większe.

Jakie powinno być stanowisko administracji publicznej wobec nadcho-



foto. istockphoto.com

dzących zmian – czy w interesie państwa i obywateli jest wyrażenie zgody na swobodę przepływu pacjentów i usług w ochronie zdrowia, którą przyniesie do Polski dyrektywa?

Czarny scenariusz

Rozważmy dwa scenariusze. Pierwszy – dyrektywa jest wdrażana w zakresie niezbędnego minimum, powstaje długa lista procedur medycznych, na których przeprowadzenie za granicą trzeba uzyskać zgodę prezesa NFZ, żeby publiczny płatnik zwrócił pacjentowi za nie pieniądze do wysokości limitu, jaki przysługuje świadczeniodawcom mającym kontrakt z NFZ na te usługi. Ten scenariusz chroni budżet przed możliwą wysoką skalą roszczeń wynikających z uwolnienia kolejek. Rodzi jednak nierówności – pacjenci zagraniczni leczeni w Polsce mają szersze przywileje niż Polacy leczeni w Polsce i za granicą. Świadczeniodawcy zagraniczni mają większe przywileje niż świadczeniodawcy publiczni i prywatni w Polsce, którzy nie mogą brać udziału w systemie współpłacenia, przynajmniej w początkowym okresie. Nierównowaga rodzi napięcia społeczne i niezadowolenie pacjentów, lekarzy i świadczeniodawców publicznych i prywatnych. Tak implementowa-



„ Może się paradoksalnie okazać, że dla Polaków tańsze stanie się leczenie za granicą „

na dyrektywa jest przyczyną pogłębienia nierównowagi – już i tak obecnej – w systemie ochrony zdrowia w Polsce w latach 2014 i 2015. Może to mieć poważne konsekwencje polityczne z uwagi na planowane wybory parlamentarne.

Przywracanie równowagi

Podstawową zasadą, stanowiącą fundament Unii Europejskiej, jest zasada równości podmiotów – krajowych, zagranicznych, prywatnych, publicznych. Ta równość jest też intencją wdrażanej w UE dyrektywy. Z czasem sądy polskie lub europejskie będą zasadą równości przywracały, w istocie zmuszając administrację do pełnej implementacji dyrektywy w sposób, który daje polskiemu pacjentowi prawo do pokrycia części kosztów świadczenia nie tylko za granicą, lecz także u polskiego świadczeniodawcy nieposiadającego kontraktu z NFZ. W tym mechanizmie dojdzie w dłuższym okresie do wprowadzenia współpłacenia w większości obszarów świadczeń zdrowotnych w Polsce. Poja-

wienie się współpłacenia będzie oznaczało wejście na rynek dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, które to współpłacenie będą chciały zagospodarować i zorganizować.

Scenariusz marzeń

Scenariusz drugi polega na możliwie pełnej, bez ograniczeń implementacji dyrektywy transgranicznej w Polsce. Implementacja pozwalająca pacjentom na swobodny wybór świadczeniodawcy w kraju lub za granicą może się wiązać z większymi wydatkami budżetu państwa w wyniku uwolnienia kolejek i załamania procesu kontraktacji, który w nowym systemie będzie zbędny. Szacowany wzrost wydatków z tego tytułu według założeń Ministerstwa

Zdrowia z okresu, kiedy dyrektywa była przyjmowana przez Parlament Europejski, czyli z 2010 r., został określony na 3,2 mld zł – 0,5 proc. budżetu, jaki Polska wydaje na zdrowie.

W 2012 r. z tytułu wdrożenia ustawy refundacyjnej budżet państwa był w stanie zaoszczędzić 2,5 mld zł na samych lekach. Ten wydatek powinien być w zasięgu możliwości budżetu. Korzyścią z takiego rozwiązania będzie wdrożenie zmian w od lat niezasilanym dodatkowymi środkami finansowymi z zewnątrz i niereformowanym systemie ochrony zdrowia. Dojdzie do samookreślenia i zrównoważenia koszyka świadczeń przez mechanizmy rynkowe – płatnik publiczny będzie za dane świadczenie płacił określoną część – różnicę między wyceną NFZ i kosztami rzeczywistymi pokryje pacjent. Dla pacjenta będzie to istotna różnica jakościowa, dostanie on alternatywę zapłacenia 10 czy 15 proc. zamiast konieczności płacenia 100 proc. w prywatnej służbie zdrowia lub czekania na świadczenie za darmo w publicz-

nej. Współpłacenie otworzy drogę do wejścia na rynek ubezpieczeń dodatkowych.

Taka implementacja dyrektywy będzie w istocie przyzwoleniem na to, żeby prawo unijne dokonało reformy polskiego systemu ochrony zdrowia bez wysiłku ze strony polskiego legislatora. Nie będzie potrzebna aktywność legislacyjna administracji publicznej. Może nie powstać ustawa o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, ustawa o jakości w ochronie zdrowia. Ten scenariusz zwalnia administrację publiczną z aktywności jako ciała ustawodawczego. Zapewnia natomiast, pomimo wdrożenia fundamentalnej zmiany, równowagę w systemie oraz zachowanie równości podmiotów i zadowolenie ze zmian głównych interesariuszy systemu: pacjentów, lekarzy i świadczeniodawców – publicznych i prywatnych, którzy skorzystają z uwolnienia rynku i staną się beneficjentami mechanizmu współpłacenia. Scenariusz drugi ma też tę podstawową zaletę, że nie generuje napięć społecznych w roku wyborczym.

Dylemat władzy

Co więc robić w obliczu zbliżającej się powodzi – budować na chybką prowizoryczną tamę, którą zmiecie pierwsza fala, zalewając wioski, czy wysiedlić ludzi i patrzeć z większym spokojem, jak powódź wypełnia zbiorniki retencyjne? Te dylematy władza publiczna musi rozwiązywać sama. My, pacjenci i obywatele, możemy natomiast wspierać ją w podejmowaniu decyzji, które wychodzą naprzeciw długoterminowym interesom pacjentów i obywateli, oraz pomagać w pokonaniu pokusy zaspokojenia krótkoterminowych interesów budżetu. Naszą intencją jest również zapobieżenie poprzez zmiany systemowe błędom w ratowaniu życia pacjentów, o jakich w ostatnich dniach donoszą media.

Ewa Borek jest ekspertem fundacji MY Pacjenci (www.mypacjenci.org), a Katarzyna Fortak-Karasińska jest radcą prawnym, partnerem Fortak & Karasiński Radcowie Prawni sp. z o.o.