

Czy dyrektywa transgraniczna zlikwiduje kolejki do lekarzy

# Drugie dno



fot. images.com/Corbis

W planie finansowym na 2014 r. NFZ przeznaczył 367 mln zł na medyczną opiekę transgraniczną. Kwota ta powinna wystarczyć, jeśli skutki dyrektywy rzeczywiście nie obejmą refundacji kosztów usług wykonanych w kraju. Jeśli jednak różne traktowanie świadczeniodawców zagranicznych i krajowych zostałoby zakwestionowane przez Trybunał Konstytucyjny, konsekwencje finansowe dla NFZ będą znacznie większe i konieczne stanie się wprowadzenie współpłacenia w świadczeniach pozaszpitalnych, głównie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Dyrektywa o prawach pacjenta w opiece transgranicznej jest skutkiem wielu orzeczeń Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, który w latach 1996–2012 wielokrotnie odnosił się do kwestii swobody świadczenia usług. Trybunał stwierdzał, że usługi medyczne nie przestają być usługami w rozumieniu traktatu WE tylko dlatego, że finansowane są z pieniędzy publicznych. A skoro tak jest, traktat zobowiązuje do usuwania barier w handlu usługami na poziomie europejskim.

## Równe prawa

W rezultacie, aby pozycja rynkowa dostawców zagranicznych i krajowych była równa, konieczne jest umożliwienie refundacji kosztów usługi, jakie poniósł pacjent w trakcie pobytu za granicą, do wysokości ceny, którą płaci jego własny ubezpieczyciel. Ten mechanizm ma działać niezależnie od tzw. systemu koordynacji, w którym pacjenci posługują się Europejskimi Kartami Zdrowia, z wszystkimi jego regulacjami i ograniczeniami. Zatem to pacjent zadecyduje, czy jego zobowiązania za korzystanie z usług za granicą zostaną uregulowane za pośrednictwem systemu koordynacji (pokrywanie kosztów według stawek ubezpieczycieli zagranicznych) czy zgodnie z regulacjami dyrektywy transgranicznej (według stawek polskich).

Teoretycznie koordynacja powinna być korzystniejsza. W tym systemie pacjent nie płaci z własnej kieszeni, lecz korzysta z usług „zakontraktowanych” przez zagranicznych ubezpieczycieli. W praktyce jednak w przeszłości odnotowywano wiele przeszkód w takim finansowaniu. W niektórych krajach, zwłaszcza w Hiszpanii i Grecji, ale także w Niemczech, lekarze często odmawiają przyjmowania pacjentów z kartą EKUZ i każą sobie płacić gotówką. W szpitalach jest nieco lepiej, w szczególności jeśli leczenie jest prowadzone w trybie nagłym. Należy jednak zaznaczyć, że obecnie, jeśli pacjent zapłacił z własnej kieszeni, a miał uprawnienie do świadczenia, które wykonał u kontraktowanego świadczeniodawcy, po powrocie do kraju ma prawo domagać się od NFZ zwrotu wydatków, jakie poniósł. Proces ten jednak jest zwykle skomplikowany, udowodnienie, że lekarz należy do systemu publicznego, jest trudne, stąd tego typu zwroty są incydentalne. A najważniejsze – usługa nie mogła być wykonana w czasie wyjazdu, który został zaplanowany w celu uzyskania tej usługi. Stąd kwestionowanie rachunków za porody w Szwedzt, za granicą niemiecką.

## Bez barier

Dyrektywa transgraniczna zniesie wiele barier. Przede wszystkim można się będzie wybrać za granicę

specjalnie po usługę medyczną; nie muszą wystąpić stany nagłe, by z niej skorzystać. Po drugie, można będzie wybrać dowolną placówkę, nieważne, czy z systemu publicznego czy prywatnego. Nie musi być żadnego uzasadnienia, np. długi czas oczekiwania; wystarczy, że pacjent preferuje wykonawcę zagranicznego.

Będzie jednak kilka ograniczeń: po pierwsze, zwrot nastąpi do poziomu stawek stosowanych przez NFZ – niezależnie od kwot wydanych przez pacjenta; po drugie, w dostępie obowiązują uprawnienia pacjenta z kraju, czyli koszyk świadczeń i system skierowań. Nie można refundować świadczenia, którego nie refunduje się w kraju, a także nie można (nie trzeba) refundować świadczenia wykonanego bez skierowania, jeśli takowe jest konieczne w wypadku świadczeń krajowych.

Zgodnie z zapisami dyrektywy usługi pozaszpitalne powinny być poddane swobodzie przepływu usług, natomiast usługi szpitalne mogą być objęte pewnymi barierami (tzw. zasada wstępnej zgody). Rząd ma zatem możliwość ograniczenia rodzaju świadczeń podlegających swobodzie przepływu. Nie mogą to być jednak bariery nałożone arbitralnie, ale powinny być uzasadnione ważnymi argumentami, w tym z zakresu równości dostępu, zdrowia publicznego oraz stabilności finansowej systemu ochrony zdrowia. Jak wskazują doświadczenia z trybem podejmowania decyzji w ETS, wymienione czynniki powinny być osadzone na faktach i weryfikowalne, zatem sama deklaracja, poparta jednostronną opinią, może nie wystarczyć do uzasadnienia tego typu ograniczenia dla usług szpitalnych.

## Scenariusze

Jeśli scenariusz zarysowany w projekcie dyrektywy zostanie wprowadzony w życie, NFZ będzie zmuszony do:

- akceptowania rachunków za świadczenia pozaszpitalne pochodzące z krajów EOG i wypłaty kwot do wysokości cen na dane świadczenie, jakie są stosowane w polskim systemie publicznych ubezpieczeń zdrowotnych,
- akceptowania rachunków jw. z opieki szpitalnej, z wyjątkiem świadczeń objętych szczególnie uzasadnionymi ograniczeniami. Tryb oceny zasadności wyłączenia ze swobody przepływu usług nie jest znany, przy czym jedną z możliwości jest weryfikacja uzasadnień składanych przez rządy przez Komisję Administracyjną Wspólnot Europejskich, podobnie jak obecnie wysokość ryczałtów w rozliczeniach za rezydentów.

## Ile to kosztuje

W takiej sytuacji część popytu prywatnego na usługi pozaszpitalne może zostać zrealizowana za granicą. Popyt ten kształtuje się mniej więcej na następującym poziomie:

- 15 mln wizyt lekarskich płatnych prywatnie, co stanowiło niecałe 10 proc. wszystkich wizyt lekarskich, jakie zostały zakupione w kraju; średnia cena takiej

” To pacjent zdecyduje, czy jego zobowiązania za korzystanie z usług za granicą zostaną uregulowane za pośrednictwem systemu koordynacji (pokrywanie kosztów według stawek ubezpieczycieli zagranicznych) czy na podstawie regulacji dyrektywy transgranicznej ”

wizyty wynosi 120 zł (zgodnie z deklaracjami gospodarstw domowych w badaniach GUS), a średnia cena wizyty w sektorze publicznym 45 zł;

- 30 mln wizyt dentystycznych płatnych prywatnie, co stanowiło ponad 60 proc. wszystkich wizyt dentystycznych zakupionych w kraju; średnia cena takiej wizyty to ok. 80 zł, natomiast cena wizyty w sektorze publicznym wynosi 48 zł;
- ok. 300 tys. terapii zaklasyfikowanych jako jednodniowe, za które obywatele Polski zapłacili prywatnie.

Po wprowadzeniu zasad określonych w projekcie dyrektywy część z wyżej wymienionych zakresów i wielkości świadczeń byłaby realizowana za granicą. Założono bowiem, że korzystanie z usług finansowanych prywatnie, bezpośrednio przez gospodarstwa domowe (bez pośrednictwa firm ubezpieczeniowych, a także bez finansowego udziału pracodawców) w Polsce, gdzie prawie cała populacja objęta jest publicznym ubezpieczeniem zdrowotnym, jest wyrazem trudności w korzystaniu z usług finansowanych przez NFZ. Założenie to jest „nadmierowe”, ponieważ powszechna wiedza, niepoparta systematycznymi badaniami, wskazuje, że część wydatków prywatnych jest spowodowana preferencjami („Mam zaufanie do tego lekarza”), a także ma charakter pośrednio korupcyjny: korzysta się z porad prywatnych w gabinecie, by uzyskać dostęp i lepszą opiekę w szpitalu.

Szacując koszty usług transgranicznych, należy założyć, że:

- korzystanie z zagranicznych usług będzie nierównomierne w kraju – szczególnie nasilone w rejonach przygranicznych;
- nie wszystkie rejony przygraniczne są jednakowo podatne na przepływy usług ze względu na gradient cen (pogranicze polsko-niemieckie) lub bariery geograficzne i infrastrukturalne (pogranicze polsko-słowackie i polsko-litewskie),
- nie cały popyt na usługi finansowane prywatnie zostanie zrealizowany za granicą.

Można zatem przyjąć, że:

1. Na przykład, 35 proc. ludności województw śląskiego i opolskiego, 20 proc. ludności województw ma-

„ Możliwe, że 75 proc. popytu na usługi lekarzy i dentystów oraz 90 proc. popytu na terapie jednodniowe będzie się kończyć złożeniem w NFZ rachunków z prośbą o refundację ”

łopolskiego, podkarpackiego, dolnośląskiego i podlaskiego, ze względu na bliskość granicy, oraz 10 proc. ludności pozostałych województw będzie lokować część swojego popytu na usługi pozaszpitalne na rynkach innych krajów UE.

2. Tylko część popytu wymienionych grup obywateli może zostać ulokowana za granicą; można zatem oszacować współczynnik konwersji potencjalnego zainteresowania na faktyczne korzystanie z tych usług. Można założyć, że 20 proc. popytu na usługi lekarzy i dentystów oraz 10 proc. na terapie jednodniowe wykazywanego przez populację wymienione powyżej będzie zaspokajane za granicą (współczynnik konwersji odpowiednio 20 proc. i 10 proc.).

Przy takich warunkach symulacji skala roszczeń, według stawek stosowanych w sektorze publicznym, wynosiłaby szacunkowo 70–80 mln zł. Stanowi to 0,1 proc. budżetu NFZ.

### Nierówne traktowanie podmiotów

W wypadku zaadaptowania zapisów przewidzianych w projekcie dyrektywy do prawa krajowego i tym samym umożliwienia rozliczania kosztów świadczeń poniesionych przez ubezpieczonego wobec świadczeniodawców z siedzibą w innych państwach członkowskich UE powstanie problem równego traktowania podmiotów. Zachowując konstytucyjną zasadę równości, która zakazuje dyskryminacji z jakiegokolwiek powodu, można się spodziewać nacisku ze strony świadczeniodawców krajowych, aby uznać możliwość rozliczania kosztów poniesionych wobec nich na równi z kosztami poniesionymi wobec świadczeniodawców zagranicznych.

Nie da się dokładnie przewidzieć rozstrzygnięcia sporu konstytucyjnego, ale można założyć, że świadczeniodawcy krajowi (a raczej ich klienci) uzyskają możliwość uznawania swoich rachunków przez NFZ do wysokości cen przez niego stosowanych. Jeśli tak by się stało, znaczna część popytu prywatnego byłaby realizowana u świadczeniodawców krajowych oraz (znacznie mniejsza) zagranicznych.

Podstawowa projekcja zakłada, że 75 proc. popytu na usługi lekarzy i dentystów oraz 90 proc. na terapie jednodniowe będzie się kończyć złożeniem rachunków w NFZ z prośbą o refundację. Można uznać, że pewien

odsetek, np. 25 proc. klientów, nie skorzysta z możliwości refundacji, ponieważ:

- nie otrzymają rachunku od dentysty (w ten sposób dentysta może unikać opodatkowania),
- zgubią rachunek,
- kwoty są mało istotne,
- procedura uzyskania refundacji jest zbyt uciążliwa,
- zapomną o takiej możliwości.

W wypadku świadczeń szpitalnych jednodniowych (o ile interpretacja zapisów dyrektywy pozwoli je rozliczać) założony odsetek korzystających z refundacji jest wyższy (90 proc.), ponieważ kwoty płacone przez pacjentów za zabiegi i terapie tego typu są wyższe, zatem motywacja do ich odzyskania jest większa. Poza tym liczba tych zabiegów mogłaby wzrosnąć, jeśli pacjenci uzyskaliby obietnicę zwrotu części kosztów.

Przy tak przyjętych warunkach symulacji skala roszczeń, według stawek stosowanych w sektorze publicznym, wynosiłaby szacunkowo 2,5–3,5 mld zł. Co stanowi już ok. 5 proc. budżetu NFZ.

### Kłopoty NFZ

Wyniki symulacji prowadzą zatem do wniosku, że wdrożenie projektowanej dyrektywy w odniesieniu wyłącznie do usług transgranicznych nie doprowadzi do istotnych problemów finansowych narodowego płatnika, a jednocześnie poszerzy zakres swobody wyboru obywateli i choć częściowo poprawi wizerunek NFZ w oczach polskiego społeczeństwa. W praktyce także, poprzez zwiększenie przyływu pacjentów zagranicznych – głównie niemieckich, ale także skandynawskich, pozytywnie wpłynie na bilans sektora opieki zdrowotnej traktowanego jako gałąź gospodarki.

Rozciągnięcie tych mechanizmów na świadczeniodawców krajowych spowodowałoby jednak duże zachwianie w finansach NFZ. W szczególności w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz innych usługach pozaszpitalnych konieczne byłoby znalezienie innych regulatorów popytu niż górna granica wielkości kontraktu.

Jednocześnie jednak możliwe byłoby rozwiązanie wielu nierozstrzygniętych problemów publicznego systemu opieki zdrowotnej, w tym:

- zaspokojony byłby niezrealizowany popyt na świadczenia, który skutkuje frustracjami ubezpieczonych i niską oceną systemu ochrony zdrowia,
- pojawiłby się mechanizm, wielokrotnie przywoływany w dyskusjach o systemie ochrony zdrowia, w postaci pieniędzy, które idą za pacjentem, co byłoby realizacją oczekiwań wielu obywateli i grup pracowników ochrony zdrowia,
- wzrosłaby konkurencja na rynku usług pozaszpitalnych, co spowodowałoby poprawę jakości co najmniej w jej wymiarze związanym z satysfakcją pacjenta,
- realne stałoby się upowszechnienie prywatnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Adam Kozierekiewicz