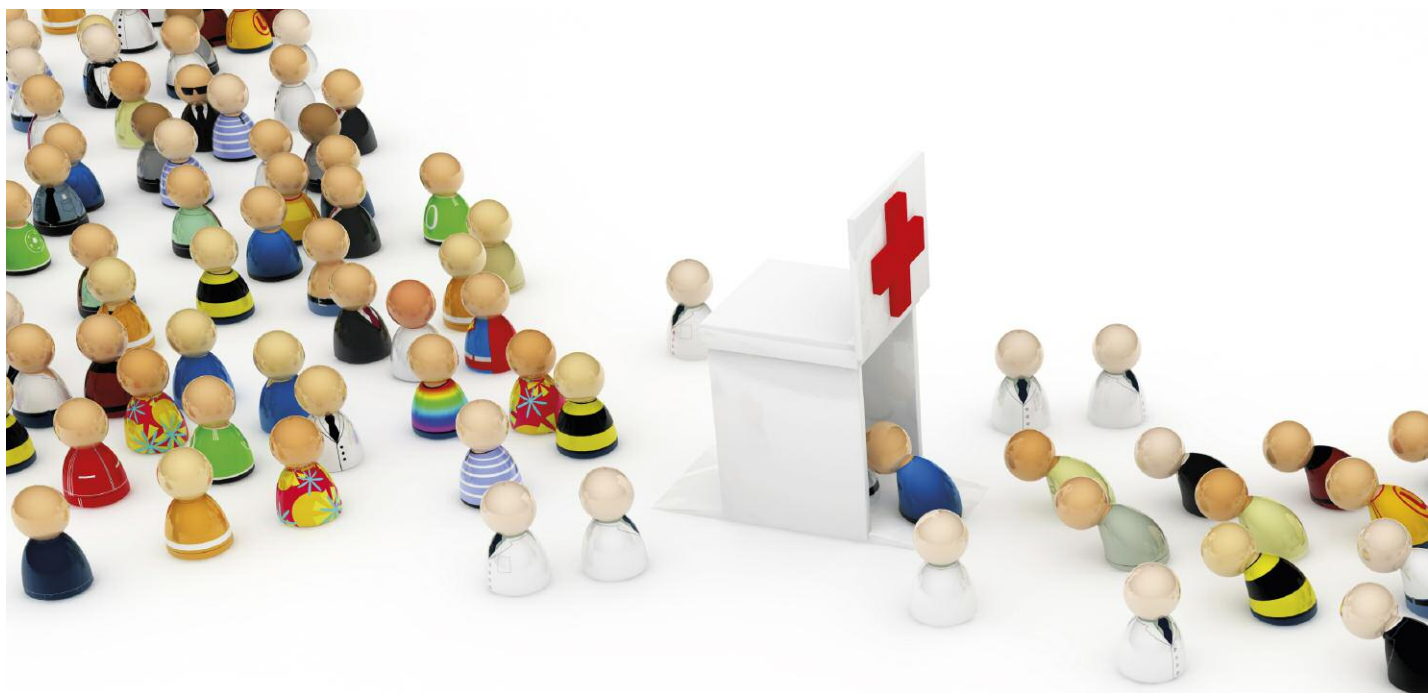


Dyrektywa transgraniczna ucywilizuje polską ochronę zdrowia



fot. iStockphoto

Początek końca kolejek

– *To nie jest koniec, to nawet nie jest początek końca, to dopiero koniec nieudanego początku* – mówił po brytyjskim zwycięstwie nad Afrika Korps pod El-Alamein Winston Churchill. Zdanie to pasuje jak ulał do tego, co zmieni dyrektywa transgraniczna w polskiej ochronie zdrowia. To będzie koniec początku polskich pseudoreform polegających na tym, że pieniądze – zamiast iść za pacjentem – są sztucznie limitowane przez system kolejek i kontraktów. Początek końca systemu, w którym to nie pacjent, ale monopolista płatnik wybiera, kto, ilu i za ile będzie leczył Polaków. Dyrektywa tylnym wejściem wprowadzi to, na co czekamy od dawna – ubezpieczenia i opłaty dodatkowe, a na koniec obali system kontraktów i limitów.

Dyrektywa transgraniczna zacznie obowiązywać od października. I oczywiście nie zmieni polskiej ochrony zdrowia już od listopada. Zmiany nie będą radykalne, ale ewolucyjne: krok po kroku zbudujemy w polskiej ochronie zdrowia system rynkowy.

Od października

Co zatem zmieni dyrektywa transgraniczna od razu, a na co przyjdzie poczekać? Od razu zmieni jedno: NFZ nie będzie mógł dłużej ograniczać pacjentowi wyboru lekarza do grona osób, z którymi ma podpisany kontrakt.



Będzie musiał mu zwrócić przynajmniej część kosztów leczenia u wybranego specjalisty. Pod istotnymi i dotkliwymi dla pacjenta warunkami: lekarz będzie musiał prowadzić praktykę za granicą, w kraju Unii Europejskiej, a pacjent będzie się musiał do niego pofatygować i na dodatek wyłożyć pieniądze na leczenie, a potem czekać na ich zwrot – do czego w wypadku leczenia u świadczeniodawcy w Polsce nie jest zobowiązany.

Dotkliwe? – *Na pewno dotkliwe, ale dla wielu nie są to warunki nie do przyjęcia* – komentuje Jerzy Gryglewicz z Uczelni Łazarskiego. – *Zwłaszcza dla tych, którzy są zmuszeni czekać w kolejce po świadczenia kilkanaście miesięcy i już dziś byłiby skłonni dopłacić za przyspieszenie zabiegu czy wizyty u specjalisty.*

Oplaty dodatkowe

W praktyce dyrektywa od razu wprowadzi do polskiej ochrony zdrowia możliwość wnoszenia opłat dodatkowych za leczenie. Dziś takiej możliwości nie ma: NFZ daje polskim pacjentom alternatywę – albo świadczenie jest w pełni pokrywane i wykonane według standardów ustalanych przez NFZ, albo w pełni płatne. – *To krzywdzi pacjentów uboższych* – zauważa Andrzej Mądrała, wiceprezydent Pracodawców RP. Dlaczego? Wyobraźmy sobie, że pełny koszt droższej i szybszej terapii wynosi 8 tys. zł, jednak NFZ zwraca jedynie koszt leczenia wartego 5 tys. zł i na dodatek każe na nie czekać w długiej kolejce. Pacjent ma do wyboru albo przyjąć ofertę NFZ, albo zapłacić 8 tys. zł z własnej kieszeni. Nie ma możliwości dogadania się z NFZ: poproszę o te 5 tys. zł, resztę zapłacę sam.

„ Polscy negocjatorzy zablokowali możliwość udzielania Polakom za granicą najdroższych świadczeń, ale polskich lekarzy wykonujących zabiegi w ramach np. chirurgii jednego dnia nie ochronili ”

Jest wielu ludzi, którzy mogą wyłożyć 3 tys. zł na dopłatę, ale 8 tys. zł – już nie. Już w pierwszych dniach obowiązywania dyrektywy będą mogli skorzystać z prawa do dopłaty za szybszą i lepszą terapię – wyjadą za granicę, dostaną tyle, ile obiecuje NFZ, resztę dołożą.

Klauzule zaporowe

Oczywiście włodarzom polskiej ochrony zdrowia takie rozwiązanie jest nie w smak. Trudno ich nie rozumieć – obawiają się, że stracą kontrolę nad wydatkami i krucha równowaga między „winien” a „ma” – utrzymywana dzięki niskim kontraktom, kolejkom i systemowi specjalnych zezwoleń – runie. Polska zapewniła sobie klauzule blokujące niektóre zapisy dyrektywy transgranicznej. Najważniejsza to ta, że NFZ nie będzie zwracał pieniędzy za pobyt w szpitalu powyżej doby, o ile wcześniej nie udzieli na to zezwolenia (oczywiście za świadczenia ratujące życie będzie nadal zwracał jak dotychczas).

Rynek nie będzie spać

Czy ta klauzula wystarczy? Na pewno tak, gdy będzie dotyczył najdroższych świadczeń. W żadnym razie nie wystarczy jednak do zablokowania dostępu do świadczeń wykonywanych w ramach hospitalizacji jedno-

dniowych albo w warunkach chirurgii jednego dnia – na przykład operacji zaćmy, na który to zabieg w Polsce trzeba czekać miesiącami.

– *Na dodatek rynek nie będzie spać, na pewno szybko pojawią się instytucje ułatwiające dostęp do zagranicznych usług medycznych* – mówi Ewa Borek z Fundacji MY PACJENCI. Jakże? Możemy spodziewać się w szybkim tempie oferty „ubezpieczeń od skutków leczenia za granicą”. W ramach polisy pacjent miałby zagwarantowaną na rynkowych zasadach wypłatę sumy, której mógłby żądać za swoje usługi zagraniczny świadczeniodawca. W ten sposób – tylnymi drzwiami – wprowadzono by do polskiego systemu ochrony zdrowia ubezpieczenia dodatkowo. – *Można też wyobrazić sobie inny sposób chronienia polskich pacjentów przed koniecznością posiadania dużej gotówki na świadczenie: system zachęt i spłat ratalnych* – mówi Ewa Borek. Na przykład: pacjent byłby leczony za niewygórowaną cenę początkową. Świadczeniodawca czekałby z uiszczeniem całości zapłaty do chwili, gdy pacjent uzyska gwarantowany przez NFZ zwrot. Sam pacjent

I co? W rzeczy samej do dziś nie udało się znaleźć rozwiązania tego problemu. Polscy negocjatorzy zablokowali możliwość udzielania Polakom za granicą najdroższych świadczeń, ale polskich lekarzy wykonujących zabiegi w ramach np. chirurgii jednego dnia nie ochronili. Pacjent przychodzący do polskiego lekarza bez kontraktu z NFZ np. w Słubicach nie będzie mógł liczyć na refundację części kosztów świadczenia, ale gdy pofatyguje się kilkaset metrów dalej, za Odrę, do lekarza niemieckiego – refundacja części kosztów należeć się będzie. Rażąca niesprawiedliwość. Gdy dolożyć do tego spodziewane ułatwienia w uzyskiwaniu dostępu do rynku świadczeń zagranicznych, frustracja polskich lekarzy i pacjentów sięgnie zenitu. System kontraktów i limitów okaże się nie do utrzymania. Straci sens, bo pacjenci i tak będą go omijać dzięki dyrektywie. W ten sposób za pomocą dyrektywy Unia Europejska ucywilizuje i zreformuje polską ochronę zdrowia. Władze mogą to opóźnić jeszcze przez jakiś czas, ale zatrzymać – już nie. Po najbliższych wyborach nowy rząd będzie więc musiał serio wziąć się do reformy i odpowiedzieć na pytanie: co zamiast kontraktów?

„ Po najbliższych wyborach nowy rząd będzie musiał odpowiedzieć na pytanie: co zamiast kontraktów? ”

nie musiałby się przy tym fatygować do urzędów czy sądów. Dochodzeniem roszczeń zajęłaby się w ramach umowy z pacjentem i świadczeniodawcą wyspecjalizowana kancelaria prawna.

A wymóg jednego dnia? Też łatwo sobie wyobrazić różne sposoby na zmniejszenie dolegliwości tego obostrzenia. Na przykład ściśle współpracę między zagranicznym świadczeniodawcą a polskimi przychodniami, które wzięłyby na siebie badania wstępne i kontrolę po zabiegu. A w wypadku hospitalizacji jednego dnia? Cóż, można pacjenta położyć w szpitalu na dobę, a na kilka dni w położonym po drugiej stronie ulicy hotelu, zachęcając do codziennych wizyt w szpitalnym ambulatorium.

Bunt polskich lekarzy

Już w trakcie prac nad implementacją dyrektywy transgranicznej ówczesny wiceminister zdrowia Adam Fronczak w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia” zwracał uwagę na inny jej istotny aspekt. – *Gdybyśmy przyjęli zasadę, że NFZ obligatoryjnie musi zwracać pieniądze za niezakontraktowane świadczenia, nie moglibyśmy ograniczyć jej do placówek zagranicznych, musielibyśmy automatycznie zastosować ją także wobec polskich podmiotów. Inaczej byłoby to jawne faworyzowanie lekarzy i placówek np. niemieckich, francuskich i bułgarskich kosztem polskich* – mówił.

Jak grzyby po deszczu

– *Nie rozumiem jednak, dlaczego dzisiaj ministerstwo patrzy na dyrektywę z tak dużą obawą, nie dostrzegając szans, jakie ona stwarza. Przecież ruch transgraniczny nie będzie jednostronny, być może wielu Polaków wybierze leczenie za granicą, ale także wielu zagranicznych pacjentów przyjedzie do Polski. Trzeba myśleć przede wszystkim o tym, jak to wykorzystać* – mówi Jarosław J. Fedorowski.

– *Z radością patrzę, jak rośnie liczba pacjentów zagranicznych. Już dziś właśnie dla nich otwieramy nasze przychodnie w soboty* – mówi Ryszard Szczachor, szef firmy Aldemed z Zielonej Góry, a więc w pobliżu granicy polsko-niemieckiej. Aldemed prowadzi szpital, AOS i POZ. Dlaczego w soboty? Bo właśnie w weekendy jest czas na wizyty u „polskiego doktora”. – *I tak pracujemy: w dni powszednie Polacy, w soboty przybysze z Niemiec*.

Aldemed i podobne firmy myślą o rozszerzeniu oferty dla zagranicznych pacjentów. Ceny i jakość są konkurencyjne, w Polsce jest taniej i równie dobrze jak w Niemczech. Barię jest marketing. Według ekspertów dość łatwo jest namówić na leczenie w naszym kraju Polaków na stałe mieszkających za granicą. Gorzej z przełamaniem bariery związanej z pozyskaniem klientów zagranicznych. Ekspertki uważają, że polska ochrona zdrowia jest w stanie odpowiedzieć prawie na każde zapotrzebowanie. Ale polskich świadczeniodawców, rozdrobnionych, nie stać na przeprowadzenie kosztownych kampanii reklamowych. Choć i to się zmienia: do Polski, jak wiadomo na razie nieoficjalnie, pukają przede wszystkim niemieckie fundusze ubezpieczeniowe, zainteresowane obniżeniem ceny, jaką muszą płacić swoim świadczeniodawcom.

Bartłomiej Leśniewski