

Czy Polska stanie się zagłębieniem medycznym Unii Europejskiej?



foto: Agencja AGORA

**profesor Marian Zembala,
dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu**

Czy polskie szpitale publiczne mają szansę pozyskiwania pacjentów z Zachodu?

Tak. Po pierwsze, pacjentów z krajów Unii Europejskiej, objętych przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, rozliczanych w ramach stawek NFZ. Po drugie, pacjentów objętych prywatnym ubezpieczeniem z wszystkich krajów, w tym również z krajów UE dlatego, że koszty leczenia w Polsce są dużo niższe niż w innych krajach, zwłaszcza wysoko rozwiniętych.

NFZ refunduje procedury medyczne wg stawek ustalonych przez urzędników Funduszu – czy podobnie jest na Zachodzie (czy odpowiedniki NFZ w podobny sposób obliczają koszty refundacji)?

Tylko w pewnym zakresie. Odpowiedniki NFZ na Zachodzie swoją urzędniczą wycenę opierają na wycenie instytucji zajmujących się standaryzacją i akredytacją procedur i technologii medycznych, oraz działającego tam systemu referencyjności szpitali. Dopiero wystandaryzowane procedury i technologie są podstawą do kalkulowania stawek w powiązaniu z poziomem referencji jednostek, które płacą publiczne firmy ubezpieczeniowe placówkom medycznym. Jednak pamiętać należy, że stworzenie takiego systemu, jak DRG w USA, czyli systemu standaryzującego i akredytującego procedury i technologie medyczne trwało 25 lat. W Polsce dopiero niedawno powołano taką instytucję i nie działa system referencyjności ośrodków, w związku z czym bezpodstawa jest wiara, że w krótkim czasie rozwiąże to problemy wyceny.

„ Odpowiedniki NFZ na Zachodzie swoją urzędniczą wycenę opierają na wycenie instytucji zajmujących się standaryzacją i akredytacją procedur i technologii medycznych, oraz działającego tam systemu referencyjności szpitali ”

Z czego wynika tak mała elastyczność w podejściu do refundacji kosztów leczenia pacjentów z zagranicy?

Z braku okresów przejściowych na wprowadzenie dyrektyw związanych z koordynacją przepisów o zabezpieczeniu – w przypadku pacjentów z Unii Europejskiej.

Czy istnieje możliwość pozyskania pacjentów przez szpitale na własną rękę – czyli na zasadzie indywidualnych umów zawieranych między szpitalami a zachodnimi kasami chorych i prywatnymi ubezpieczycielami?

W przypadku ubezpieczycieli prywatnych i kas chorych z krajów innych niż należące do Unii Europejskiej – tak. NFZ i MZ, w związku z proponowanym szpitalom poziomem finansowania leczenia pacjentów krajowych nie zapewnia im 100-proc. obłożenia łóżek, w związku z czym pozostają w nich wolne moce, które racjonalność ekonomiczna nakazuje wykorzystać do pozyskania dodatkowego dochodu na leczenie niedofinansowanych polskich pacjentów, bądź na odtworzenie bazy sprzętowej. W przypadku kas chorych w krajach UE – nie, ponieważ obejmują je przepisy o koordynacji.

Co należałoby zrobić, aby polskie szpitale publiczne mogły zarabiać na leczeniu pacjentów z krajów starej Piętnastki?

Przede wszystkim należy wyłączyć finansowanie leczenia tej grupy pacjentów z limitu umowy dotyczącej pacjentów polskich. Obowiązujące w tym roku ogólne warunki umowy w NFZ ułożyły tych pacjentów w grupie obywateli Polski, co tym samym zmniejsza poziom finansowania dla polskich chorych. Jest to sprzeczne z równym prawem dostępu do świadczeń fi-

nansowanych ze środków publicznych, ponieważ kolejność rozliczenia kosztów leczenia nakazująca rozliczanie pacjentów unijnych – nawet planowych, przed planowymi pacjentami polskimi wydłuża kolejkę oczekujących obywateli polskich. Wyłączenie tej grupy pacjentów jest możliwe, zwłaszcza w sytuacji uzyskiwania zwrotu z zagranicy pieniędzy wypłaconych przez NFZ szpitalom za leczenie tych pacjentów. Ponieważ rozliczenia międzynarodowe odbywają się w półrocznych transzach, taki sam okres rozliczeń może obowiązywać pomiędzy szpitalami i NFZ, ale tylko w przypadku, gdy będą to pieniądze dodatkowe dla szpitala, tj. poza limitem umowy. Zmienić wycenę świadczeń i procedur w NFZ, urealnijając ją przynajmniej o poziom referencyjności jednostki świadczącej usługę. NFZ może w przypadkach pacjentów, których koszty leczenia są wyższe od średnich dla danego schorzenia, umożliwiać rozliczenie wg kodu procedur za zgodą płatnika, rozszerzając interpretację kodu tej procedury.

Pragnę także podkreślić, że leczenie obcokrajowców w samym swoim założeniu jest atrakcyjne medycznie i ekonomicznie, ponieważ obcokrajowiec wybierając nasz szpital ma przekonanie, że jest to dobry szpital, o wysokim standardzie. Szpital, przyjmując na leczenie obcokrajowca czuje się wyróżniony takim wyborem, znajduje w ten sposób dodatkowe środki zarówno dla personelu leczącego, jak i dla szpitala. Krótko mówiąc, w mądrych gospodarkach takich krajów, jak Holandia, Niemcy, Włochy czy Wielka Brytania, marketing szpitala idzie w kierunku pozyskiwania także chorych z innych krajów.

” W Polsce zamiast leczyć chorego z krajów UE po kosztach rzeczywistych, zabiegi rozlicza się nadal według katalogu Narodowego Funduszu Zdrowia obowiązującego dla obywatela polskiego ”

W Polsce, niestety, pod pretekstem tzw. koordynacji nastąpiła niezrozumiała i nielogiczna organizacja leczenia obcokrajowców, polegająca na tym, że zamiast leczyć chorego z krajów UE po kosztach rzeczywistych, poniesionych i udokumentowanych przez szpital, z powodu niezrozumienia rozlicza się nadal wg katalogu Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), obowiązującego dla obywatela polskiego. Przypominam, że wartości punktowej w polskim katalogu nikt nie negocjował i nie jest ona, np. w przypadku kardiochirurgii wartością realną. Oznacza to, że przyjmując chorego z zagranicy na operację wieńcową, wycenioną w Polsce wg katalogu NFZ na 13,5 tys. (mało inwazyjna operacja bez krążenia) do 14 tys. zł (operacja w krążeniu), operacja wraz z całą hospitalizacją kosztuje zaledwie ok. 3,5 tys. euro, co wobec kwoty 8–12 tys. euro w Turcji, 26 tys. w Niemczech, 22–26 tys. w Holandii czy 65–80 tys. dolarów w USA jest kwotą żenująco niską i niekorzystną dla polskiego szpitala i zespołu leczącego. Dobrze to rozumieją Brytyjczycy, którzy wobec rozbieżności wartości funta w stosunku do euro mają wskaźnik chroniący mocno ich rynek. Tymczasem w Polsce wystarczyłoby wprowadzić do obecnego katalogu NFZ pozycję, że od chorych z zagranicy, wymagających leczenia zarówno w trybie pilnym, jak i planowym, ze względu na konieczność dodatkowej opieki, lepszych warunków hospitalizacji, dłuższego niż w standardzie pobytu, odwiezienia chorego do domu czy na lotnisko, tłumaczenia dokumentacji medycznej etc., są pobierane dodatkowe opłaty. Oznaczałoby to, że szpital nie poniósłby strat, a nawet nieco zarobił. Ten zarobek jest bardzo potrzebny naszym polskim, w większości zadłużonym szpitalom, żeby poprawiać standard leczenia także polskich chorych i zapłacić więcej personelowi. Nie widzę uzasadnienia, żeby dofinansowywać leczenie obcokrajowców w Polsce, a tymczasem tak się dzieje w bardzo wielu szpitalach. Dlatego w Śląskim Centrum Chorób Serca przestaliśmy przyjmować na niekorzystnych warunkach do operacji chorych z Austrii czy Danii, aby nie dopłacać do ich leczenia. Przyjmowaliśmy natomiast w przeszłości i przyjmować będziemy chorych z Ukrainy, Rosji i z krajów Unii, pod warunkiem, że sami, bądź ich ubezpieczalnie pokryją rzeczywiste, a nie pozorne koszty leczenia. Moja argumentacja jest przyjmowana łatwiej i szybciej przez naszych rozmówców z zagranicy, gorzej z tymi w kraju. Na szczęście minister zdrowia i prezes NFZ już działają, aby tę sytuację naprawić.



foto: Archiwum

dr Jacek Michalak, dyrektor Biura ds. Integracji z Unią Europejską Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, autor projektu utworzenia Centrum Turystyki Medycznej

Na szanse utworzenia z Polski zagłębia medycznego Europy wpływają głównie ceny i kolejki w krajach Zachodu, a dopiero potem działalność polskich lekarzy. Nic nie wskazuje na skrócenie kolejek, spadek cen świadczeń czy odmłodzenie społeczeństw krajów Unii Europejskiej. Tendencje są wręcz przeciwne. Zatem pod tym względem perspektywy turystyki medycznej do Polski są dobre. Świadczy o tym kilkakrotny wzrost liczby świadczeń, udzielonych obywatelom państw UE (wg danych NFZ), jak i wzrost liczby świadczeń udzielanych poza NFZ. Orzecznictwo sądów UE w tej mierze też przyczyni się do wzrostu świadczeń udzielanych za godziwe pieniądze ubezpieczonym obywatelom państw UE.

Przeszkodą w rozwoju turystyki medycznej są cechy polskiego systemu ochrony zdrowia. Przede wszystkim wpływa na to monopol NFZ, który narzuca niskie, nieopłacalne stawki na świadczenia, paradoksalnie promując zakłady niepubliczne. Konieczne zatem są ustawowe zmiany zasad finansowania. Kolejną przeszkodą jest fakt, że dyrektorzy szpitali zajmują się rozwiązywaniem doraźnych problemów i tylko część z nich (wg moich obserwacji ok. 30 proc.) uświadamia sobie korzyści płynące z obsługi pacjentów zza granicy. Reszta woli nie mieć dodatkowych problemów. Na drodze do pozyskiwania pacjentów z Zachodu staje także mentalność lekarzy, którzy są przeświadczeni o stałym dopływie pacjentów i nie dbają o ich

” Przeszkodą w rozwoju turystyki medycznej są cechy polskiego systemu ochrony zdrowia. Przede wszystkim wpływa na to monopol NFZ ”

pozyskiwanie. Potężną barierą jest też zróżnicowane umiejętności i postawy personelu (nie tylko lekarzy) oraz – czasami – niska jakość sprzętu medycznego.

Należy zatem podkreślić, że nie każdy szpital i nie każda poradnia nadaje się do włączenia w system turystyki medycznej. Konieczne jest spełnienie wymagań jakościowych, np. potwierdzonych akredytacją. Im bardziej będziemy odchodzić od monopolu NFZ, tym lepiej dla turystyki medycznej. Zatem w rozwoju tej dziedziny gospodarki medycznej powinna obowiązywać zasada *primum non disturbare*.

Aby przyciągnąć pacjentów z Zachodu należy przede wszystkim zapewnić im poczucie bezpieczeństwa w obcym dla nich środowisku. Niezbędny jest sprawny marketing i porządne monitorowanie jakości własnych świadczeń. Nie można ograniczyć się tylko do wykonania świadczenia. Opieka powinna zaczynać się jeszcze przed przylotem pacjenta do Polski (konkretna oferta, informacja, życzliwy opiekun indywidualny – *trouble-shooter*, propozycje programu pozamedycznego). Należy bowiem pamiętać, że do Polski nie przylatuje proteza do wykonania czy żyłki do operacji, tylko konkretny pan Svensson czy panna Marple. Pacjent powinien być odebrany z lotniska, mieć zapewniony hotel, transport i podstawowe informacje o miejscowości, do której przyjechał. Niezbędny jest specjalista-pilot, znający się i na medycynie, i na turystyce. Zatem szpital powinien wykorzystywać organizacje (np. EuroMedTour czy biuro podróży) o odpowiednich kompetencjach.

Podstawowym warunkiem współpracy ze strony szpitala jest przygotowanie rzetelnej oferty świadczeń i stały kontakt z *tour operatorem*. Nie da się ukryć, że to szpital musi się dostosować do potrzeb pacjenta, a nie pacjent do szpitala. Te działania przydadzą się szpitalowi nie tylko w turystyce medycznej. Niezbędna jest też stała analiza ekonomiczna, obejmująca nie tylko wydatki (szpital bez długów jest dobry, z długami – zły), ale i szeroko rozumiane efekty (liczba zoperowanych wyrostków, jak i wartości niematerialne np. renowacja szpitala). *It's elementary, Watson*. Spełniając wymienione warunki stworzymy nową jakość w polskiej opiece zdrowotnej.

Jednak nic z tego nie wyjdzie, jeżeli publiczny szpital (i lekarz) za leczenie pacjenta nadal będą otrzymywać za mało pieniędzy. W takiej sytuacji zyskają zakłady niepubliczne, jednak pod warunkiem godziwego wynagradzania swoich pracowników.

Jakie zatem są perspektywy rozwoju turystyki medycznej? Trudno to ocenić, bo nie mamy danych dotyczących potrzeb zdrowotnych Polski (a nie można ich utożsamiać z wykonanymi świadczeniami). Istnieją jednak dane dotyczące zrealizowanych świadczeń medycznych (hospitalizacji). Niewiele mówią one o wielkości popytu, raczej o podaży. Więcej można wywnioskować z tzw. nadwykonań i pustych miejsc na oddziałach, które już zrealizowały plan, tzn. umowę z NFZ. Na podstawie analizy tych danych oceniam, że nawet 30 proc. potencjału wielu polskich oddziałów szpitalnych może być włączonych w obsługę turystyki medycznej (oczywiście, to tylko szacunek oparty na bardzo fragmentarycznych danych).

Z paszportem na stole operacyjnym

Warunki, jakie zdecydują o rozwoju turystyki medycznej w Polsce

- Liczba turystów zagranicznych przyjeżdżających do Polski
- Konieczność zapewnienia tej samej (lub wyższej) jakości świadczenia
- Czas oczekiwania przez pacjenta na świadczenie w kraju macierzystym
- Różnice cen danego świadczenia w Polsce i kraju macierzystym pacjenta
- Możliwości i umiejętności zdobywania pacjentów (każdego, nie tylko zagranicznego) przez polskie szpitale i poradnie
- Wykorzystanie możliwości lecznictwa otwartego, gdyż nie wszystkie świadczenia wiążą się z hospitalizacją

Przemysław Daroszewski, dyrektor Szpitala MSWiA w Poznaniu

Główną barierą rozwoju tzw. turystyki medycznej jest monopol NFZ, który ustalił stawki refundacji procedur medycznych na takim poziomie, że leczenie pacjentów z zagranicy jest nieopłacalne, a wręcz może przynosić straty. O komicznie niskich stawkach ustalonych przez urzędników Funduszu świadczy sytuacja oddziału NFZ w Opolu. Jego szef skarży się, że niedługo zbankrutuje bo musi refundować koszty leczenia Polaków w Niemczech. Dlaczego tak się dzieje? Bo u naszych zachodnich sąsiadów 1 dzień pobytu w szpitalu kosztuje tyle, ile u nas 2 tygodnie. Najprostszy rachunek wskazuje, że rodzimym szpitalom NFZ płaci 14 razy mniej niż na Zachodzie. Wniosek jest jeden – jeśli zostanie utrzymany przepływ pieniędzy przez NFZ, przyjmowanie pacjentów z zagranicy nie będzie opłacalnym interesem. Oczywiście, można



for. Marcin Forecki/TAMTAM

„ 2 lata po wejściu do Unii Europejskiej to za mało, aby zmienić wiele z tych opinii na temat naszego kraju ”

próbować pozyskiwać pacjentów na własną rękę. Jako dyrektor szpitala staram się to robić, jednak zachodnie kasy chorych i ubezpieczyciele mają ograniczone zaufanie do naszej służby zdrowia. Należy bowiem pamiętać, że wysłanie pacjenta za granicę wiąże się z dużą odpowiedzialnością ubezpieczyciela, który musi zweryfikować jakość naszych usług medycznych, warunki, w jakich będzie hospitalizowany pacjent oraz wiele innych elementów. To jednak wymaga czasu, a 2 lata po wejściu do Unii Europejskiej to za mało, aby zmienić wiele stereotypów na temat naszego kraju. Najlepszym rozwiązaniem byłyby umowy i gwarancje rządowe. Na to jednak nie będzie woli politycznej, ponieważ podczas ewentualnych rozmów z zachodnimi partnerami wyszłoby na jaw, jak nędzne stawki płaci NFZ.

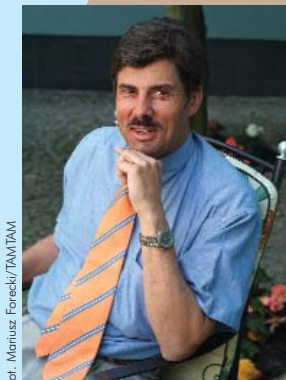



foto: Marcin Fornecki/TAM/TAM

dr med. Jerzy Kolasiński, członek m.in. American Academy of Cosmetic Surgery i European Academy of Cosmetic Surgery, założyciel i właściciel Hair Clinic Poznań – Kliniki Kolasiński


Pacjentów z zagranicy można pozyskiwać dwiema drogami dzięki informacjom zamieszczanym w Internecie oraz kontaktom przedstawicieli ośrodka działających poza granicami Polski. Jednak najważniejszym argumentem w rozwoju tzw. turystyki medycznej jest konkurencyjna cena usług. Warto jednak pamiętać, że po serii nieprzychylnych audycji telewizyjnych za granicą, opisujących wykonywanie zabiegów w Polsce w warunkach, delikatnie mówiąc dalekich od ideału, potencjalni pacjenci bardzo szczegółowo sprawdzają, kto i w jakich warunkach będzie ich operował. Dlatego też niezmiernie ważne jest, aby koledzy lekarze, którzy myślą o leczeniu pacjentów z Unii Europejskiej dbali o najdrobniejsze detale. Jedną nieprzychylną informacją na temat pojedynczej kliniki rzutuje na opinię o pozostałych funkcjonujących w Polsce. W takiej sytuacji klinika musi spełniać wszystkie wymogi bezpieczeństwa (właściwe wyposażenie sal operacyjnych, sprzęt najnowszej generacji, odpowiednia opieka pooperacyjna). Pacjentom należy zapewnić pobyt w komfortowych warunkach, a personel lekarski musi być na najwyższym poziomie, uzupełnianym stałymi kontaktami ze światem medycznym. Kadra pielęgniarska powinna cechować się dużą kulturą osobistą i profesjonalizmem. Znajomość języków obcych jest niezbędna. Natomiast uważam, że w przypadku wykonywania usług komercyjnych certyfikaty typu ISO nie są konieczne.

„ Pacjentom należy zapewnić pobyt w komfortowych warunkach, a personel lekarski musi być na najwyższym poziomie ”

Zapewne inna jest sytuacja w przypadku usług płatnych przez ubezpieczalnie. Jednak na razie – z tego co mi wiadomo – zagraniczne kasy chorych nie akceptują finansowania leczenia swoich obywateli w Polsce. A szkoda, bo wszyscy (poza zagranicznymi lekarzami) byłiby w takiej sytuacji zadowoleni. Przykładem leczenie ortopedyczne. Zachodni pacjent przyjeżdżając do Polski nie musiałby czekać (czasami kilka lat) na operację, a zagraniczna ubezpieczalnia płaciłaby mniej za leczenie swojego pacjenta. Zarabialiby na tym wszyscy, bo na końcu tego łańcucha byłaby polska klinika. Myślę, że stworzenie takich możliwości to duże pole do popisu dla Ministerstwa Zdrowia, które powinno negocjować z zagranicznymi ubezpieczalniami takie rozwiązania. Domyślam się jednak, że jest to spory problem, bo negocjacje takie wymagałyby uzgodnień na najwyższym szczeblu oraz przeprowadzenia zmian systemowych, które otworzyłyby furtki dla pacjentów z zagranicy.



**Sprawdź
czy nie kończy się
Twoja prenumerata?**



— Skontaktuj się z naszym konsultantem:
prenumerata@termedia.pl
tel. +48 61 822 77 81 wew. 24

— Chcesz oszczędzić czas i pieniądze?
Zamów prenumeratę przez Internet

Pełna oferta wydawnicza Termedii
na stronie www.termedia.pl