

Polska zarobi na zagranicznych pacjentach



Keine Grenzen

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady Europy 2011/24/EU z 9 marca 2011 r. zobowiązuje wszystkie kraje Unii Europejskiej do wprowadzenia zapisów prawnych implementujących dyrektywę do 25 października 2013 r. Co ważne, będzie ona działała w całej Europie jako prawo nadrzędne i pacjenci będą uprawnieni do opieki transgranicznej, nawet jeżeli część krajów nie zdąży z dostosowaniem swoich regulacji.

Dyrektywa transgraniczna oznacza opiekę zdrowotną świadczoną lub przepisaną w państwie członkowskim innym niż kraj członkowski, w którym pacjent jest ubezpieczony. Zgodnie z dyrektywą będziemy mogli korzystać z planowych świadczeń zdrowotnych poza Polską, a obywatele innych państw UE w Polsce. W wypadku takiego świadczenia pacjent reguluje płatność bezpośrednio u świadczeniodawcy, następnie występuje do swojego ubezpieczyciela o zwrot kosztów do wysokości refundacji świadczenia w swoim kraju. Mogą na tym skorzystać nasi świadczeniodawcy. Wymaga to jednak ich dobrego przygotowania do wymogów i możliwości, jakie daje wprowadzenie dyrektywy.

Co trzeba zrobić

Nowe przepisy uzupełnią ofertę pełnopłatnych prywatnych świadczeń proponowanych przez polskich świadczeniodawców obcokrajowcom i regulacje unijne związane z kartą EKUZ. Karta EKUZ reguluje pokrycie kosztów leczenia osób czasowo przebywających za granicą, kiedy powstała potrzeba nagłego, nieplanowanego skorzystania z opieki medycznej. W takiej sytuacji koszty nie są ograniczone zakresem refundacji kraju ubezpieczającego. Płatnik ubezpieczonego pokrywa wydatki zgodnie z refundacją w kraju udzielenia świadczenia. Zwykle są to pełne koszty świadczenia, wówczas pacjent nic nie płaci bezpośrednio świadczeniodawcy.

To jedna z podstawowych różnic w porównaniu z nowymi regulacjami zawartymi w dyrektywie transgranicznej.

Turystyka zdrowotna

Brakuje analiz, które wskazywałyby na wpływ wprowadzenia dyrektywy unijnej na turystykę zdrowotną do Polski po 25 października tego roku. Nasi świadczeniodawcy muszą swoje plany i nadzieje oprzeć głównie na własnych doświadczeniach i intuicji rynkowej. W pewnym zakresie mogą pomóc przytoczone poniżej ogólne dane i analizy unijne.

W ankiecie wykonanej na zlecenie Komisji Europejskiej w 2007 r. aż 53 proc. Europejczyków i 57 proc. Polaków odpowiedziało pozytywnie

na pytanie: „Czy zdecydowałbyś się na podróż do innego kraju Unii Europejskiej, aby otrzymać świadczenie medyczne?”.

Sklonnych do leczenia za granicą było nieco więcej mężczyzn (55 proc.) niż kobiet (52 proc.). Nie jest zaskoczeniem, że znacznie częściej taką decyzję podjęłyby osoby młodsze (66 proc. ankieterów w wieku 15–24 lat) niż starsze (43 proc. badanych, którzy ukończyli 55 lat).

Chęć podróżowania w celu otrzymania świadczeń medycznych w innym kraju mieszkańcy UE najczęściej uzasadniają:

- skróceniem czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne,
- otrzymaniem tańszego świadczenia,
- wyższą jakością leczenia,
- leczeniem przez uznanego specjalistę,
- uzyskaniem leczenia niedostępnego w kraju.

Udział procentowy poszczególnych odpowiedzi przedstawiono na rycinie 3.

Równie ciekawe są powody przesądzające o tym, że niektórzy mieszkańcy Unii Europejskiej nie zdecydowałiby się na leczenie za granicą. Najczęściej wymieniano następujące:

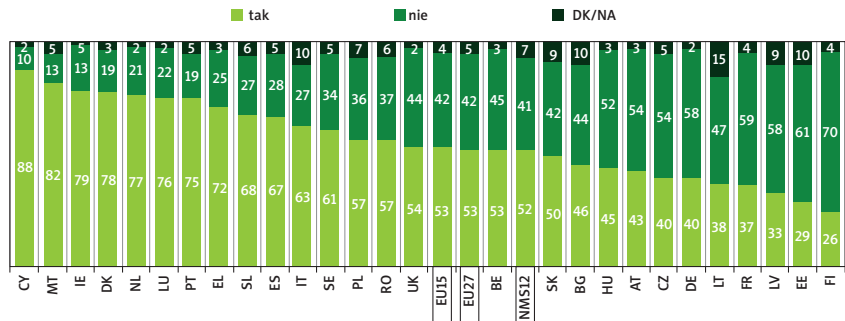
- wygodniej leczyć się w pobliżu miejsca zamieszkania,
- jestem zadowolony z opieki medycznej, którą otrzymuję w miejscu zamieszkania,
- nie mam wystarczającej informacji o dostępności i jakości usług medycznych za granicą,
- bariera językowa,
- nie mogę sobie pozwolić na opiekę medyczną za granicą.

Udział procentowy poszczególnych odpowiedzi przedstawiono na rycinie 4.

Polscy świadczeniodawcy powinni wziąć pod uwagę powyższe dane przy tworzeniu atrakcyjnej oferty dla potencjalnych zagranicznych pacjentów.

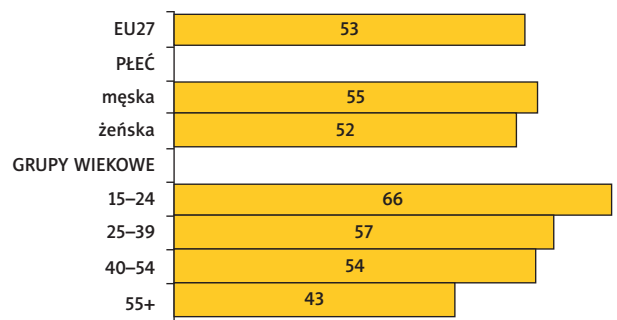
Jakkolwiek obiecujące wydają się powyższe dane, uważam, że po 25 października nie nastąpi rewolucja na europejskim i polskim rynku usług

Rycina 1.



Flash Eurobarometer 210, 2007 r.

Rycina 2.



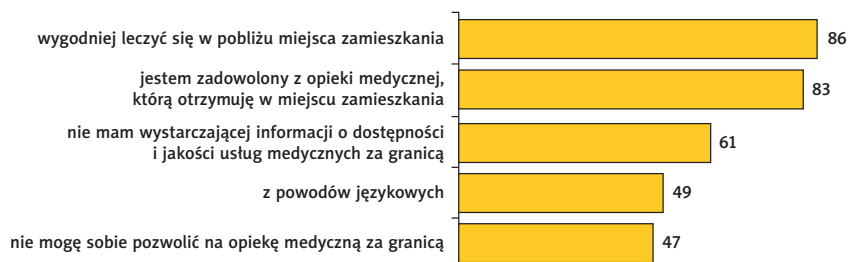
Flash Eurobarometer 210, 2007 r.

Rycina 3.



Flash Eurobarometer 210, 2007 r.

Rycina 4.



Flash Eurobarometer 210, 2007 r.



foto: iStockphoto

„ Nasi świadczeniodawcy muszą swoje plany i nadzieje oprzeć głównie na własnych doświadczeniach i intuicji rynkowej ”

zdrowotnych. Data ta stanowi jednak pewną cezurę – nastąpią powolne, ale istotne zmiany w organizacji ochrony zdrowia w Europie, zapoczątkowane przez dyrektywę transgraniczną.

Przygotowanie świadczeniodawców

1. Świadczeniodawca w rozumieniu dyrektywy transgranicznej.

W zapisach dyrektywy jednoznacznie wskazano, że „świadczeniodawca” to każda osoba fizyczna lub prawna czy inna jednostka organizacyjna legalnie świadcząca opiekę zdrowotną na terenie państwa członkowskiego. Nie ma rozróżnienia na świadczeniodawcę prywatnego czy

publicznego ani żadnych innych ograniczeń.

2. Informacje o ofercie świadczeniodawców.

Świadczeniodawca jest zobowiązany do udzielania informacji na temat stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod, a także informacji dotyczących wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz zawartych umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. W miejscu udzielania świadczeń i na stronach internetowych podmiotu należy umieścić informacje o:

- rodzaju działalności leczniczej i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych,

- wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej,
- wysokości opłat za świadczenia zdrowotne.

3. Dokumentacja medyczna.

Pacjenci, którzy skorzystali z leczenia, są uprawnieni do pisemnej lub elektronicznej dokumentacji medycznej tego leczenia i do dostępu do co najmniej jednej kopii tej dokumentacji, zgodnie z krajowymi przepisami wdrażającymi unijne przepisy o ochronie danych osobowych, w szczególności dyrektywy 95/46/WE i 2002/58/WE.

4. Cennik, płatność, rachunek.

Obywatele wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej muszą być traktowani jednakowo. Oznacza to, że świadczeniodawcy muszą stosować jednolity cennik dla pacjentów z wszystkich państw, a więc na przykład cennik zgodny z wyceną świadczenia w ramach kontraktu z NFZ. W wypadku świadczeniodawcy działającego bez kontraktu cennik taki może być ustalony dowolnie, pod warunkiem że jest jednakowy dla wszystkich pacjentów. Za świadczenie zdrowotne należy wystawić precyzyjny rachunek wyszczególniający zrealizowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne. Pacjent jest zobowiązany do uiszczenia opłaty za świadczenie bezpośrednio w kasie podmiotu i na podstawie rachunku rozliczy się ze swoim płatnikiem. Świadczeniodawca nie musi się martwić o rozliczenia pacjenta z płatnikiem. Alternatywnie istnieje możliwość rozliczenia konkretnego świadczenia pomiędzy płatnikami, wymaga to jednak oddzielnej procedury i każdorazowo zgodny płatnika kraju zamieszkania przed otrzymaniem świadczenia.

5. Kolejka do świadczeń.

Zasadniczo pacjenci leczeni w ramach usług transgranicznych nie będą wpisywani do krajowej kolejki do świadczeń. Należy jednak zwrócić uwagę, aby osoby przyjmowane w ramach usług transgranicznych w żaden sposób nie zaburzały udzielania usług świadczonych w ramach ewentualnego kontraktu placówki

z NFZ. W praktyce może się to okazać trudne, podobnie jak łączenie usług komercyjnych z usługami w ramach kontraktu z funduszem.

Korzyści i szanse

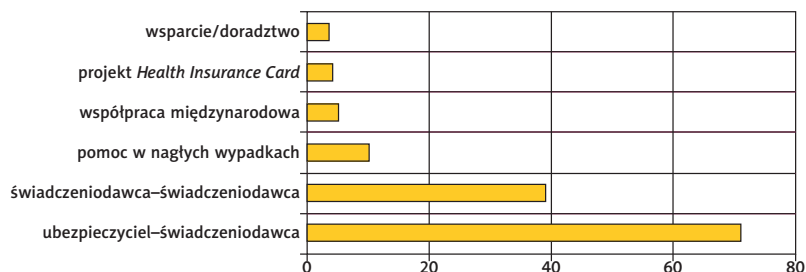
Wprowadzenie dyrektywy transgranicznej daje szansę rozwoju polskim świadczeniodawcom. Zakres rzeczywistej turystyki zdrowotnej mieszkańców Unii Europejskiej do Polski zależy w znacznej mierze od jakości, dostępności i ceny oferty naszych świadczeniodawców. Warto zwrócić uwagę, że zainteresowani naszymi usługami mogą być zarówno zagraniczni pacjenci, jak i płatnicy. W Europie (według badania Busse i wsp. z 2006 r.) właśnie porozumienia ubezpieczyciel – świadczeniodawca są najczęstszą praktyką, na drugim miejscu jest współpraca i porozumienia pomiędzy świadczeniodawcami. Współpraca międzyrządowa znajduje się dopiero na czwartym miejscu.

Należy również kontaktować się bezpośrednio z potencjalnymi zainteresowanymi płatnikami publicznymi. Pomimo obowiązku utworzenia krajowych punktów kontaktowych (KPK) polscy świadczeniodawcy nie powinni liczyć na promocję swoich usług ze strony KPK. Deklaracje Narodowego Funduszu Zdrowia, który będzie odpowiadał za organizację tych punktów, wskazują na czysto organizacyjny charakter ich działalności. Fundusz nie będzie zapewne blokował, ale też nie będzie, szczególnie w początkowej fazie działalności KPK, zajmował się promocją usług polskich świadczeniodawców. Rozwój marketingu polskich placówek udzielających świadczeń zdrowotnych to relatywnie nowa i konieczna część ich działalności.

Jakość

Jakość świadczenia wydaje się oczywistym warunkiem sukcesu polskich świadczeniodawców, trudno to wręcz komentować. W wielu procedurach medycznych mamy bez wątpienia do zaoferowania konkurencyjną jakość.

Rycina 5. Formy współpracy w ramach programu HealthAccess w liczbach



Dostępność do świadczeń może być ciekawym elementem motywacji dla pacjentów i płatników spoza Polski, pomimo częstych problemów z dostępnością świadczeń dla polskich pacjentów.

Cena świadczeń będzie miała większe znaczenie raczej dla potencjalnych zagranicznych płatników niż dla pacjentów. Wartość procedur w Polsce jest porównywalna bądź niższa (nawet trzykrotnie) niż w innych krajach UE. Może to być bardzo atrakcyjne dla zagranicznych płatników. Już obecnie są oni zainteresowani usługami zdrowotnymi w Polsce.

Bariery i ograniczenia

Kierunki zainteresowania polskich świadczeniodawców powinny uwzględniać walory oferty oraz potencjalne ograniczenia i bariery.

1. Warunki kulturowe, język, rodzina.

Pacjenci zwykle oczekują możliwości porozumiewania się w znanym sobie języku i kontaktu z rodziną. Dotyczy to kwestii językowych oraz bliskości geograficznej i kulturowej świadczeniodawcy. W konsekwencji należy uwzględnić znajomość języków obcych personelu, świadczenie usług przede wszystkim w bliskości geograficznej pacjenta, czyli w pasie nadgranicznym, oraz świadczenie usług dla Polonii mieszkającej i ubezpieczonej w innych krajach UE.

Drogi, wysokospecjalistyczne procedury mogą być wyjątkiem od powyższej reguły.

2. Informacja, reklama, promocja.

Polscy świadczeniodawcy nie mają zwykle doświadczenia w prawidłowej komunikacji zewnętrznej oraz informacji dla pacjentów. Promocja jest wręcz formalnie ograniczona. W świetle dyrektywy należy rozważyć zakres i kierunki działań informacyjnych, a nawet promocyjnych, szczególnie dotarcie bezpośrednio do zagranicznych ubezpieczycieli.

3. Zakres, jakość i dostępność oferty.

W związku z wprowadzeniem dyrektywy transgranicznej świadczeniodawcy powinni rozważyć rozwój swojej oferty, uwzględniając popyt rynku zdrowotnego w szerszej, unijnej perspektywie. Niewątpliwie kwestie jakości i dostępności świadczeń są wciąż ważnym elementem niezbędnych strategii rozwoju polskich świadczeniodawców.

Już 25 października polscy świadczeniodawcy otrzymają kolejną możliwość poszerzenia rynku – udziału w unijnym rynku usług zdrowotnych. Warto już teraz podjąć przygotowania, mimo że czekamy na ostateczne zmiany w zapisach polskiego prawa. Sama dyrektywa jako źródło daje wystarczającą wiedzę, aby właściwie przygotować się do nowego wyzwania i szansy, jaką są zdrowotne usługi transgraniczne i rozwój turystyki zdrowotnej do Polski.

Liczę, że dyrektywa transgraniczna będzie etapem w drodze do wspólnego unijnego systemu ochrony zdrowia.

Maciej Bogucki