

W 2006 r. turyści medyczni wydadzą w Polsce blisko 80 mln dolarów. Gdyby urzędnicy NFZ byli bardziej elastyczni, część tej kwoty zarobiłyby placówki publiczne

Szpital Europa

Jacek Szczęsny

Jak wskazują dane Instytutu Turystyki, każdego roku w celach zdrowotnych przyjeżdża do Polski ponad 3 mln osób. Według Polskiej Agencji Informacji i Inwestycji Zagranicznych w 2005 r. goście z zagranicy wydali na leczenie w naszym kraju 65 mln dolarów. Jednocześnie eksperci PAIiZ szacują, że rodzimy rynek usług medycznych będzie zwiększał się o 10–20 proc. rocznie.

Badania przeprowadzone przez *The Stockholm Network* (londyński instytut zajmujący się badaniem opinii społecznej w krajach Europy) ujawniły, że ponad 50 proc. Niemców gotowych jest korzystać z opieki zdrowotnej w krajach ościennych. Na medyczne podróże gotowych jest aż 73 proc. Brytyjczyków, tyle samo Holendrów i ponad 3/4 Szwedów. Jak na razie ze zdrowotnego boomu turystyki medycznej korzystają Czesi, Słowacy czy Węgrzy. W Budapeszcie już 20 proc. pacjentów niektórych szpitali to Austriacy. Czesi w miejscowościach letniskowych organizują spotkania na temat oferowanych w ich kraju usług medycznych. Menedżerowie szpitali położonych w tych *turystycznych krajach* już dawno nawiązali kontakty z państwowymi i prywatnymi ubezpieczycielami. W efekcie przejmują gros

pacjentów spoza *polskich specjalności*, jakimi stały się stomatologia i chirurgia estetyczna. A szkoda. Międzynarodowi eksperci twierdzą bowiem, że turystyka medyczna może być jednym z hitów eksportowych Polski. – *Gra jest warta świeczki, bo rynek usług medycznych może pobudzić regionalną gospodarkę nowo przyjętych do Wspólnoty krajów, w tym Polski* – mówi Gunnar Uldall, ekspert *The Stockholm Network*.

Warunkiem jest częściowa prywatyzacja szpitali oraz zwiększona dostępność polskich placówek medycznych. Wiedzą o tym właściciele prywatnych gabinetów. Prawie wszystkie z nich mają wielojęzyczne strony internetowe, niektóre placówki chirurgii estetycznej zatrudniły przedstawicieli w Niemczech, Anglii czy Szwecji, a większość prywatnych klinik ma podpisane umowy z zagranicznymi i polskimi biurami podróży. W efekcie, jak podaje niemieckie Towarzystwo Chirurgii Plastycznej, rocznie już 400 tys. pacjentów znanu Renu poddaje się zabiegom w Polsce. Ilu leczy sobie u nas zęby tego nikt nie policzył (wiadomo jednak, że tylko w samym Koszalinie liczba pacjentów zza Odry w gabinetach stomatologicznych zwiększyła się w ostatnich latach 20-krotnie!).

Niestety, z dobrodziejstwa *boomu* medycznego nie mogą (albo nie chcą) skorzystać placówki publiczne oraz te, które oferują inne niż stomatologia i chirurgia estetyczna, zabiegi. – *Na razie nie opłaca nam się leczenie pacjentów na podstawie obowiązującej w Unii Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, ponieważ finansowanie zabiegów odbywa się za pośrednictwem NFZ, a ten wiele procedur*

Kłody pod nogi

Barieri rozwoju turystyki medycznej w szpitalach publicznych

- niski poziom refundacji
- długotrwałe przepływy finansowe
- polityka zdrowotna krajów UE (wspieranie wydawania publicznych pieniędzy we własnym kraju)
- słaba znajomość języków obcych
- transport i jakość polskich dróg
- niski stopień zaufania do polskiego systemu opieki zdrowotnej
- wysokie koszty dotarcia do klienta
- wysokie koszty odpowiedzialności cywilnej

medycznych wycenił poniżej kosztów. W takiej sytuacji rentowne jest jedynie leczenie pacjentów z Polski. Na nich bowiem możemy zaoszczędzić, zapewniając przygotowanie ambulatoryjne lub skracając pobyt w szpitalu do niezbędnego minimum. Wobec pacjenta z zagranicy nie możemy sobie pozwolić na takie oszczędności. Gdybyśmy chcieli leczyć Niemców czy Anglików, to do zabiegów musielibyśmy dopłacać – mówi Maria Janusz, kierownik Beskidzkiego Centrum Medycznego w Bielsku-Białej.

Jakby tego było mało, urzędnicy w swojej mądrości ustalili, że w 2006 r. operacje pacjentów z zagranicy są wliczane do limitów wykonań i nie uwzględniają narodowości leczonej osoby. W takiej sytuacji, gdyby nawet dyrektor szpitala znalazł chętnych do zabiegów w swojej placówce, wydłuży kolejkę oczekujących rodaków. – *Dodatkowym niebezpieczeństwem są bardzo wysokie wymagania dotyczące standardów leczenia, opieki pozamedycznej oraz ewentualnych roszczeń. Aby zagwarantować sobie bezpieczeństwo musielibyśmy placówkę doubezpieczyć, a to jest bardzo kosztowne* – dodaje Maria Janusz.

» Ponad 50 proc. Niemców gotowych jest korzystać z opieki zdrowotnej w krajach ościennych. Na medyczne podróże gotowych jest aż 73 proc. Brytyjczyków, tyleż samo Holendrów i ponad 3/4 Szwedów »

Podobne opinie wygłaszają przedstawiciele innych nzo-ów. W takiej sytuacji nie należy się dziwić, że o pacjentów zza Odry w ogóle nie starają się szefowie placówek publicznych. A szkoda, bo gdyby stworzono odpowiednie warunki prawne i ekonomiczne, przynajmniej część z ponad 65 mln dolarów, jakie zostawiają w Polsce pacjenci z zagranicy, trafiłoby do szpitali państwowych. Fatalne rozwiązania prawne i ekonomiczne potwierdza prof. Marian Zembala, dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca, który powiedział: – *Nie zabiegam o pacjentów z Unii Europejskiej, bo reprezentuję placówkę publiczną, której przy obecnych uwarunkowaniach gospodarczo-prawnych to się nie opłaca, a filantropem nie jestem i nie kieruję placówką charytatywną. Gdy otworzę prywatną klinikę kardiologii, to będę zabiegał o pacjentów np. z Austrii. Na razie nie jest to rentowny interes.*

Warto tu przypomnieć, że dyrektorzy publicznych szpitali bardzo liczyli na napływ pacjentów z krajów Unii Europejskiej. Przed 1 maja 2004 r. wielu z nich myślało, że im bardziej renomowaną placówką kierują, tym większym strumieniem będą do niej płynęły pieniądze. Optymiści obliczali, jaki nowoczesny sprzęt uda

się kupić dzięki leczeniu bogatych Europejczyków. Niektórzy nawet przygotowywali specjalne oferty dla zachodnich pacjentów. Jednak szybko okazało się, że na unijnym zdrowotnym rynku zyskały tylko uzdrowiska, które mogą leczyć na komercyjnych warunkach i wg takich właśnie stawek. Pozostałych czekał zimny prysznic. – *Przyjmowanie chorych z Unii w ogóle się nie opłaca. Za ich leczenie zachodnie kasy chorych płacą nam wg stawek NFZ, a te są bardzo niskie* – mówi Wojciech Olszówka, dyrektor Górnośląskiego Centrum Medycznego w Katowicach Ochojcu. W GCM traktuje się więc pacjentów z krajów zachodniej Europy tak jak polskich w Niemczech, we Francji czy w Anglii: przyjmuje się ich tylko w sytuacjach nagłej choroby. Nie ma mowy o przyjmowaniu na planowe leczenie. W GCM powstała nawet w tej sprawie specjalna instrukcja, do której muszą się stosować lekarze. Podobnie jest w innych szpitalach. Dyrektorzy uważają, że skoro za pacjentów z Zachodu dostają tyle samo, ile za polskich, to nie ma powodu, by przyjmować ich na planowe leczenie

bez kolejek. Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze próbowało od zachodnich kas chorych uzyskać więcej niż z NFZ. Bez skutku. – *W tej sytuacji także przyjmujemy chorych z krajów Unii tylko w stanach nagłych. Moglibyśmy ich też leczyć planowo, ale skoro mamy dostać za to te same pieniądze, co za polskich chorych, to niech też czekają w kolejkach* – uważa doc. Mariusz Gąsior, zastępca dyrektora ŚCChS. ■

Pacjent de luxe

Wymagania stawiane przez pacjentów z Zachodu

- dobra komunikacja z lekarzem i personelem
- możliwość wyboru menu
- dostęp do telewizji satelitarnej
- dostęp do Internetu
- bardzo dobre warunki sanitarne
- wsparcie psychologa
- informacja o ekstra usługach
- możliwość wynajęcia osobistego opiekuna (*case manager*)
- informacja dotycząca kontynuacji leczenia po wypisie