



# Powrót do korzeni

„Pacjent ma prawo wyboru miejsca leczenia, a publiczny płatnik zwraca koszty tego leczenia w kwocie, którą ustalili dla danego świadczenia. Innymi słowy: jest wolna konkurencja między świadczeniodawcami, a pieniądze „idą za pacjentem”. Równy dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych realizowany jest w ten sposób, że każdy otrzymuje ten sam zwrot kosztów za to samo świadczenie, niezależnie kim jest i gdzie się leczy”. Czego dotyczy powyższy opis?

Zapewne większość zapytanych powie dzisiaj, że jest to opis tzw. dyrektywy transgranicznej UE, która właśnie wchodzi w życie. Będą mieli rację. Ale nie tylko oni. Także ci, którzy stwierdzą, że jest to krótka charakterystyka wstępnych założeń do reformy polskiej służby zdrowia wprowadzonej w roku 1999, której symbolem stały się kasy chorych, zastąpione później przez NFZ.

limitowania świadczeń przez płatnika, co powoduje, że pieniądze z NFZ musiałyby zostać przeznaczone w pierwszej kolejności na leczenie „transgraniczne”, a dopiero później na „krajowe”. Polskim szpitalom i przychodniom mogłoby zabraknąć pieniędzy, a przecież już dzisiaj nie jest ich za dużo. W takim mniej więcej tonie wypowiadał się premier, uzasadniając opóźnienia w uchwaleniu ustawy implementującej dyrektywę.

Być może ustawa ta ma jakieś znaczenie, ale z pewnością nie jest w tym kontekście najważniejsza. Trzeba bowiem pamiętać, że – z ustawą czy bez ustawy – postanowienia dyrektywy obowiązują, co najwyżej któryś z pacjentów będzie musiał udowodnić to przed sądem. Tak właśnie – przypomnę – zrobił dr Czesław Miś przed laty w wypadku unijnej dyrektywy o czasie pracy lekarzy. Prawdziwym problemem

„ Być może nowa ustawa ma jakieś znaczenie, ale z pewnością nie jest najważniejsza. Trzeba bowiem pamiętać, że – z ustawą czy bez ustawy – postanowienia dyrektywy transgranicznej już obowiązują ”

Ustawa wprowadzająca kasy nie zrealizowała powyższych założeń, bo już w czasie opracowania ostatecznej koncepcji reformy z niektórymi z nich zrezygnowano. Przede wszystkim z możliwości istnienia dopłat do leczenia z kieszeni pacjentów, co jest warunkiem niezbędnym, aby każdy chory mógł się leczyć w wybranym miejscu, nie tracąc jednak prawa do zwrotu kosztów (przynajmniej częściowego) z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Głównym tematem medialnym związanym z dyrektywą transgraniczną stała się ustawa, która miała implementować przepisy dyrektywy do prawa polskiego. O ustawie mówili dziennikarze i politycy, nawet sam premier zabrał głos w tej sprawie. Zasadniczą trudność ustawy ma polegać na znalezieniu takiego rozwiązania, żeby dyrektywa formalnie obowiązywała, ale aby NFZ faktycznie nie musiał płacić za leczenie Polaków za granicą. Najważniejszą bowiem cechą systemu leczenia „transgranicznego” jest brak administracyjnego

związany z dyrektywą transgraniczną jest zatem nie ustawa implementująca, ale faktyczne niedostosowanie polskiego systemu opieki zdrowotnej do zasad dyrektywy. Jeśli nasz system będzie tak niewydolny jak dotychczas, to Polacy ruszą – mimo wszelkich barier – do przygranicznych lecznic w Czechach czy Niemczech i wypływ pieniędzy z NFZ stanie się realnym problemem. Nie ustawą zatem trzeba ten problem rozwiązać, ale takim zorganizowaniem polskiego systemu, by zasady dyrektywy nie były dla niego zagrożeniem. Stanie się to wtedy, gdy zasady leczenia transgranicznego staną się także zasadami leczenia krajowego. Innymi słowy, gdy wrócimy do korzeni – pierwszych założeń reformy służby zdrowia z drugiej połowy lat 90. ubiegłego wieku. Realizuje je program zmian w ochronie zdrowia przygotowany w roku 2005 (dla zapowiadanego rządu POPiS) przez OZZL. Dotychczas nikt nie chciał z niego skorzystać. Może teraz jest właściwy czas? ■