

Wiesław Koczur

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach

TRANSGRANICZNA OPIEKA ZDROWOTNA W UNII EUROPEJSKIEJ – WYBRANE ZAGADNIENIA

Wprowadzenie

Z dniem 24 kwietnia 2011 r. weszła w życie dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE z 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej¹. Do podstawowych celów przedmiotowej dyrektywy należy zaliczyć:

- a) ustanowienie zasad ułatwiających w Unii Europejskiej dostęp do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości;
- b) zapewnienie mobilności pacjentów (poprzez umożliwienie im korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w dowolnym, wybranym przez pacjenta państwie członkowskim UE, na koszt organizatora systemu, w ramach którego dana osoba jest uprawniona do przedmiotowych świadczeń), zgodnie z zasadami ustalonymi przez Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej²;
- c) promowanie współpracy w zakresie opieki zdrowotnej między państwami członkowskimi, z pełnym poszanowaniem ich kompetencji w zakresie określania świadczeń zdrowotnych z tytułu zabezpieczenia społecznego, organizacji i świadczenia opieki zdrowotnej oraz organizacji i udzielenia innych świadczeń z tytułu zabezpieczenia społecznego, w szczególności świadczeń chorobowych³. Implementacja jej unormowań powinna jednak przede wszystkim skutkować bardziej znaczącym niż dotychczas ułatwieniem do-

¹ Dz. Urz. UE L 88/45 z 4 kwietnia 2011 r.

² Zob. E. Mossialos, W. Palm: *The European Court of Justice and Free Movement of Patients in the European Union*. „International Social Security Review” 2003, No. 2, s. 3 i nast.; D.E. Lach: *Problematyka dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium UE w świetle orzecznictwa ETS*. W: *Ochrona praw człowieka w świetle przepisów prawa pracy i zabezpieczenia społecznego*. Red. A.M. Świątkowski. C.H. Beck, Warszawa 2009, s. 339 i nast.

³ Por. akapit 10 preambuły do dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE.

stępu do świadczeń opieki zdrowotnej poza systemem właściwym, a więc tym, w ramach którego dana osoba jest ubezpieczona lub uprawniona z innego niż ubezpieczenie tytułu do świadczeń, o których mowa. Pojawia się pytanie, czy rozwiązania normatywne zawarte w przedmiotowej dyrektywie mogą znacząco poprawić sytuację polskich świadczeniobiorców, chcących skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, na koszt Narodowego Funduszu Zdrowia. Istotną kwestią pozostaje także wzajemna relacja pomiędzy rozwiązaniami zawartymi w dyrektywie nr 2011/24/UE a rozwiązaniami z zakresu wspólnotowej koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, ustanowionymi w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004, które dotyczą m.in. realizacji w innym państwie członkowskim UE świadczeń rzeczowych (w naturze) przysługujących w razie choroby i macierzyństwa oraz z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych⁴. Celem niniejszego opracowania jest zatem prezentacja i ocena we wskazanym wyżej kontekście nowych rozwiązań w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej, mających na celu umożliwienie obywatelom państw członkowskich korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w dowolnym, wybranym przez pacjenta państwie, na koszt organizatora systemu, w ramach którego dana osoba jest uprawniona do przedmiotowych świadczeń.

1. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w innym państwie członkowskim UE w świetle wspólnotowych zasad koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego

Mimo że opiekę zdrowotną wyłączono z zakresu przedmiotowego wspólnotowej koordynacji krajowych systemów zabezpieczenia społecznego⁵, to jednak ze względu na fakt, iż realizacja zasady swobodnego przemieszczania się na ob-

⁴ Por. art. 17 i nast. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Dz. Urz. UE L 200 z 7. 06.2004 r. z późn. zm.; zob. też: W. Koczur, K. Rubel: *Wspólnotowa koordynacja zabezpieczenia społecznego*. W: *System ubezpieczeń społecznych. Zagadnienia podstawowe*. Red. G. Szpor. LexisNexis, Warszawa 2011, s. 272 i nast. Na temat ewolucji wskazanych rozwiązań zob. szerzej *50 Years of Social Security Coordination. Past – Present – Future*. Ed. Y. Jorens. European Commission, Brussels 2009.

⁵ Por. art. 4, ust. 4 rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 z 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników, osób pracujących na własny rachunek oraz do członków ich rodzin, którzy zmieniają miejsce pobytu na obszarze Wspólnoty. Tekst jednolity: Dz. Urz. WE L 28 z 30 stycznia 1997 r. z późn. zm.; art. 3 ust. 5 rozporządzenia nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego; zob. też: J. Cremers: *Coordination of National Social Security in the EU*. AIAS, Amsterdam 2010, s. 15 i nast.

szarze Unii Europejskiej nie jest możliwa bez równoczesnego zapewnienia osobom korzystającym z tej swobody pomocy medycznej, przyjęto pewne rozwiązania mające na celu zapewnienie owej pomocy w trakcie czasowego pobytu w innym państwie członkowskim UE – w przypadku, gdy dana osoba stale mieszka w innym państwie członkowskim UE niż państwo zatrudnienia oraz w przypadku podjęcia planowanego wcześniej leczenia lub jego kontynuowania poza granicami państwa zamieszkania⁶.

W trakcie czasowego pobytu w innym państwie członkowskim UE przysługują obecnie *świadczenia rzeczowe niezbędne z powodów medycznych*, z którymi mamy do czynienia wówczas, gdy dane świadczenia stają się niezbędne ze wskazań medycznych, a ich udzielenie jest konieczne, aby osoba ubezpieczona nie była zmuszona do skrócenia planowanego w danym kraju pobytu z powodu pilnego przymusu powrotu do państwa właściwego (w którym posiada ubezpieczenie zdrowotne) w celu uzyskania niezbędnego leczenia. Oznacza to, iż konieczna jest w każdym przypadku nie tylko indywidualna ocena stanu zdrowia danej osoby, ale także okoliczności jej pobytu poza państwem właściwym (czas owego pobytu, planowany termin powrotu), gdyż to właśnie w ich kontekście dokonuje się oceny, czy dane świadczenie powinno być udzielone przez instytucję państwa pobytu, czy też może być ono udzielone danej osobie po powrocie do państwa właściwego. Ocena tego, czy w danym przypadku nastąpiło udzielenie *niezbędnych świadczeń* należy do lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w danym państwie członkowskim UE. Do przedmiotowych świadczeń zalicza się świadczenia udzielane w związku z wypadkami komunikacyjnymi i świadczenia udzielane w związku z wystąpieniem nagłego pogorszenia stanu zdrowia danej osoby, w tym także w związku z chorobą już istniejącą, chorobą przewlekłą, a także w związku z ciążą i porodem⁷. Warunki jakie należy jednak spełnić to: posiadanie uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej w państwie właściwym, potwierdzone Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz inny niż medyczny cel pobytu w danym państwie członkowskim UE. Świadczenia, o których mowa, są udzielane w imieniu instytucji właściwej przez instytucję miejsca pobytu, zgodnie z przepisami stosowanego przez nią ustawodawstwa, tak jak gdyby zainteresowane osoby były ubezpieczone na mocy wspomnianego

⁶ Por. S. Gevers: *The Right to Health Care*. „European Journal of Health Law” 2004, No. 11; D. Dzienski: *Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej*. W: *Polityka społeczna w procesie integracji Europejskiej. Przegląd problemów*. Red. A. Rączaszek, W. Koczur. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2009, s. 95 i nast.

⁷ Zob. Decyzja nr S3 Komisji Administracyjnej ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego z dnia 12 czerwca 2009 r. Por. szerzej A. Sidorko: *Świadczenia zdrowotne w Unii Europejskiej*. „Służba Pracownicza” 2011, nr 4, s. 2.

ustawodawstwa. Oznacza to zatem, iż o tym, czy dane świadczenie zdrowotne będzie udzielone bezpłatnie, za częściową odpłatnością, czy też całkowicie odpłatnie decydują przepisy obowiązujące w państwie pobytu osoby zainteresowanej. Zakres przysługującego prawa do omawianych świadczeń oraz procedurę dotyczącą ponoszenia i zwracania kosztów ich realizacji określono w przepisach rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z 16 września 2009 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia nr 883/2004 dotyczącego koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego⁸.

W przypadku gdy ubezpieczony stale mieszka w innym państwie członkowskim UE aniżeli państwo zatrudnienia, zdrowotnych świadczeń rzeczowych udziela mu instytucja miejsca zamieszkania, zgodnie z przepisami stosowanego przez nią ustawodawstwa tak, jak gdyby był on ubezpieczony na mocy tego ustawodawstwa, jednakże na koszt instytucji właściwej. Ubezpieczony oraz członkowie jego rodziny mają obowiązek zarejestrowania się w instytucji swojego miejsca zamieszkania, a prawo tych osób do świadczeń zdrowotnych w państwie członkowskim UE, w którym mają miejsce zamieszkania, potwierdza dokument wydany przez instytucję właściwą⁹ na wniosek ubezpieczonego lub na wniosek instytucji miejsca zamieszkania¹⁰.

Jak wynika z orzecznictwa Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, istotne znaczenie posiadają w praktyce także rozwiązania dotyczące uzyskiwania świadczeń zdrowotnych poza systemem właściwym, ze względu na **plano- wane podjęcie lub kontynuowanie leczenia poza państwem członkowskim miejsca zamieszkania**. Obecnie wskazaną materię reguluje art. 20 rozporządzenia nr 883/2004, zgodnie z którym ubezpieczony udający się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania rzeczowych świadczeń zdrowotnych, ubiega się uprzednio o zezwolenie właściwej instytucji na udanie się do owego państwa, w celu podania się leczeniu odpowiedniemu do jego stanu. W przypadku uzyskania wskazanej zgody, otrzymuje świadczenia zdrowotne udzielane w imieniu instytucji właściwej przez instytucję miejsca pobytu, zgodnie z przepisami stosowanego przez nią ustawodawstwa tak, jak gdyby był on ubezpieczony na jego mocy. Należy przy tym podkreślić, iż wydanie zezwolenia, o któ-

⁸ Dz. Urz. UE L 284 z 30 października 2009 r.

⁹ Określenie „instytucja właściwa” oznacza instytucję, w której zainteresowany jest ubezpieczony w chwili składania wniosku o świadczenie albo instytucję, od której zainteresowany ma prawo uzyskać świadczenie lub miałby prawo do jego uzyskania, gdyby on sam lub członkowie jego rodziny zamieszkiwali na terytorium państwa członkowskiego, gdzie znajduje się ta instytucja. Por. art. 1 lit. q rozporządzenia nr 883/2004.

¹⁰ Por. art. 27 rozporządzenia wykonawczego nr 987/2009; zob. też T. Bińczycka-Majewska: *Pomoc medyczna udzielana na obszarze UE*. W: *Stosunki zatrudnienia w dwudziestoleciu społecznej gospodarki rynkowej*. Red. A. Sobczyk. Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 454 i nast.

rym mowa wyżej, zależy od spełnienia dwóch następujących warunków: po pierwsze: leczenie, którego zezwolenie ma dotyczyć jest świadczeniem przewidzianym przez przepisy państwa członkowskiego, w którym zainteresowany ma miejsce zamieszkania; po drugie: przedmiotowe leczenie nie może być zrealizowane w państwie właściwym w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia, z uwzględnieniem jego aktualnego stanu zdrowia oraz prawdopodobnego przebiegu choroby. Ustalenie ewentualnej niemożności leczenia w *terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia* wciąż pozostaje kwestią sporną, nie tylko w przypadku polskich procedur w zakresie wskazanej materii¹¹, ale także wszystkich pozostałych państw członkowskich UE. W kwestii tej wielokrotnie wypowiedział się ETS, przede wszystkim w kontekście list oczekujących na świadczenia zdrowotne oraz innych mechanizmów racjonowania dostępu do nich¹².

2. Transgraniczna opieka zdrowotna jako nowe rozwiązanie polityki zabezpieczenia społecznego UE

Przedstawione wyżej rozwiązania w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych w innym niż macierzyste państwie członkowskim Unii Europejskiej oceniano już od dawna jako niewystarczające i skutkujące niską mobilnością pacjentów, spowodowaną przede wszystkim utrudnieniami natury proceduralnej (jak np. wskazana wyżej konieczność uzyskania uprzedniego zezwolenia na leczenie w innym państwie członkowskim). Zwracano także uwagę na fakt, iż poza unormowanymi już sytuacjami udzielania świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim UE pojawiają się także inne uwarunkowania chęci skorzystania z takiej opieki, jak np. zamieszkiwanie w regionie przygranicznym,

¹¹ Problematykę dotyczącą możliwości uzyskania zgody na planowane leczenie poza granicami kraju w przypadku Polski normują przepisy art. 25-26a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz.U. 2008, nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu. Dz.U. 2007, nr 249, poz. 1867 z późn. zm. Należy dodać, iż jak wynika z danych Narodowego Funduszu Zdrowia liczba wydanych w ostatnich latach zezwoleń na leczenie obywateli naszego kraju za granicą, kształtowała się następująco: w 2009 r. – 157 zezwoleń; w 2010 r. – 167 zezwoleń; w 2011 r. – 228 zezwoleń. Zainteresowane osoby prosiły najczęściej o zgodę na leczenie onkologiczne, z zakresu genetyki klinicznej, ortopedii i traumatologii ruchu, a także okulistyki oraz hematologii dziecięcej. Por. K. Klinger: *Leczenie za granicą wciąż pod kontrolą funduszu zdrowia*. „Gazeta Prawna” 2012, nr 154, s. B5.

¹² Por. D. E. Lach: *Spełnianie świadczeń zdrowotnych na terytorium UE – kolejki a „turystyka zdrowotna” w świetle orzecznictwa ETS*. „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2007, nr 5, s. 9 i nast.; N. Lunt, R. Smith, M. Exworthy, S. Green, D. Horsfall, R. Mannion: *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A Scoping Review*. OECD, Paris 2011, s. 6 i nast.

w którym najbliższe instytucje opieki zdrowotnej mieszczą się tuż za granicą¹³. Jednocześnie, w raportach z badań przeprowadzonych na zlecenie Komisji Europejskiej, a dotyczących gotowości skorzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej w UE, podniesiono, iż najczęściej wymieniane przyczyny zainteresowania transgraniczną opieką zdrowotną to:

- zbyt długi czas oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych w państwie macierzystym (kolejki oczekujących),
- przekonanie, że w innym państwie członkowskim UE otrzyma się opiekę zdrowotną lepszej jakości,
- chęć dostępu do innych metod leczenia niż realizowane w państwie macierzystym,
- chęć przebywania w trakcie odbywanego leczenia blisko członków rodziny zamieszkujących w innym państwie członkowskim UE¹⁴.

Zawarte w dyrektywie nr 2011/24/UE nowe rozwiązania (które należy implementować do dnia 25 października 2013 r.) mają na celu, jak wskazano wyżej, umożliwienie lepszej niż dotąd mobilności pacjentów w Unii Europejskiej oraz zapewnienie bezpiecznej i wysokiej jakości transgranicznej opieki zdrowotnej, którą zdefiniowano jako opiekę świadczoną lub przepisaną w państwie członkowskim Unii Europejskiej innym niż państwo członkowskie ubezpieczenia¹⁵. Odnosząc się do zakresu gwarantowanej opieki, w akapicie 16 preambuły do wskazanej wyżej dyrektywy, stwierdzono, iż jej postanowienia powinny dotyczyć nie tylko sytuacji, w której pacjent uzyskuje opiekę zdrowotną w innym państwie członkowskim UE niż państwo ubezpieczenia, ale także przepisywania, wydawania i udostępniania produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych dostarczanych w ramach usług zdrowotnych. Definicja transgranicznej opieki zdrowotnej powinna przy tym objąć zarówno sytuacje, w których pacjent nabywa takie produkty lecznicze lub wyroby medyczne w innym państwie członkowskim niż państwo ubezpieczenia, jak i sytuacje, w których pacjent na-

¹³ Por. *Patient Mobility in the European Union: Learning from Experience*. Ed. M. Rosenmøller, M. McKee, R. Baeten. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2006; A. Vassiliou: *Proposal for a Directive on the Application of Patients' Right in Cross – Order Healthcare*. European Commission, Brussels 2008, s. 2.

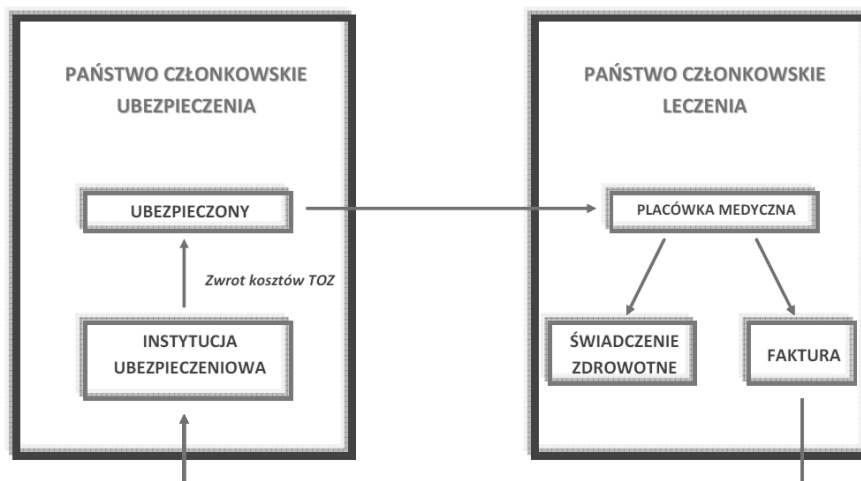
¹⁴ Por. *Cross – Border Health Services in the EU. Analytical Report*. The Gallup Organization, Flash EB nr 210, June 2007, s. 11 i nast.; *Cross – Border Health Care in the European Union. Mapping and Analysing Practices and Policies*. Ed. M. Wismar, W. Palm, J. Figueras, K. Ernst, E. van Ginneken. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2008, s. 23 i nast. Należy dodać, iż wyniki przedmiotowych badań znalazły swoje odzwierciedlenie także w treści preambuły do Dyrektywy nr 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.

¹⁵ Niezbyt fortunne w tym przypadku określenie *państwo członkowskie ubezpieczenia* odnosi się oczywiście także do państw posiadających inne niż ubezpieczeniowe systemy opieki zdrowotnej.

bywa je w innym państwie członkowskim niż państwo wystawienia recepty. Należy przy tym podkreślić, iż z zakresu przedmiotowego tak rozumianej transgranicznej opieki zdrowotnej wyłączono:

1. Świadczenia w zakresie opieki długoterminowej, której celem jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności dnia codziennego.
2. Przydział narządów przeznaczonych do przeszczepów oraz dostęp do tych narządów.
3. Programy powszechnych szczepień przeciw chorobom zakaźnym, mające na celu wyłącznie ochronę zdrowia ludności na terytorium danego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, objęte szczegółowymi środkami planistycznymi i wykonawczymi; z wyjątkiem programów realizowanych w ramach współpracy państw członkowskich w dziedzinie opieki zdrowotnej¹⁶.

Fundamentalne znaczenie w zakresie poruszanej materii posiadają rozwiązania dotyczące zasad finansowania transgranicznej opieki zdrowotnej. Polegają one na tym, że osoba zainteresowana uzyskaniem określonego świadczenia zdrowotnego w innym, niż macierzyste państwie członkowskim UE, ponosi jego koszt z własnych środków, a następnie na podstawie faktury wystawionej przez świadczeniodawcę z państwa leczenia, państwo członkowskie ubezpieczenia zapewnia zwrot kosztów poniesionych przez daną osobę korzystającą z transgranicznej opieki zdrowotnej (rys. 1), pod warunkiem jednak, że dana opieka mieści się w zakresie świadczeń, do których osoba zainteresowana jest uprawniona w tym państwie.



Rys. 1. Mechanizm funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej w UE

¹⁶ Por. art. 1 ust. 3 Dyrektywy nr 2011/24/UE.

Należy przy tym podkreślić, iż koszty transgranicznej opieki zdrowotnej są zwracane przez państwo członkowskie ubezpieczenia do poziomu, na którym byłyby pokryte przez to państwo, gdyby ta sama opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium i w takiej wysokości, aby nie przekroczyć rzeczywistego kosztu otrzymanej opieki zdrowotnej.

Zasadniczo państwo członkowskie ubezpieczenia **nie może** uzależnić zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej od uzyskania uprzedniej zgody, z wyjątkiem przypadków określonych w art. 8, ust. 2 powołanej wyżej dyrektywy. Zgodnie z jego postanowieniami, opieka zdrowotna, która może wymagać uprzedniej zgody została **ograniczona** do opieki która:

1. Podlega wymogom planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie członkowskim lub dotyczącym woli kontrolowania kosztów i uniknięcia, na ile jest to możliwe, marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich oraz:
 - a) obejmuje pobyt danego pacjenta w szpitalu przez co najmniej jedną noc, lub
 - b) występuje konieczność użycia wysoce specjalistycznej infrastruktury medycznej lub aparatury medycznej.
2. Obejmuje leczenie stwarzające szczególne ryzyko dla pacjenta lub dla społeczeństwa.
3. Jest świadczona przez świadczeniodawcę, który w poszczególnych przypadkach może budzić poważne i szczególne wątpliwości związane z jakością lub bezpieczeństwem opieki, z wyłączeniem opieki zdrowotnej, która podlega prawodawstwu unijnemu zapewniającemu minimalny poziom bezpieczeństwa i jakości w całej Unii.

Oznacza to, że w pozostałych przypadkach, świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej powinny być dostępne bez konieczności uzyskania przez osobę zainteresowaną uprzedniej zgody, co w porównaniu do przedstawionych wyżej rozwiązań koordynacyjnych, stanowi istotną zmianę na korzyść obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej. Przedstawiony wyżej katalog rodzajów opieki zdrowotnej, w przypadku których może być wymagana uprzednia zgoda, częściowo wzbudza pewne kontrowersje. O ile uzasadniona potrzebami planowania konieczność udzielania uprzedniej zgody w przypadkach wymienionych w punkcie 1 nie budzi większych zastrzeżeń, nawiązując zresztą do stosownego orzecznictwa Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, przywołanego w akapitach 12, 40 i 41 preambuły do dyrektywy nr 2011/24/UE¹⁷, to już w przypadku leczenia stwarzającego szczególne ryzyko dla pacjenta lub dla społeczeństwa pojawia się

¹⁷ Zob. też pozycje powołane w przypisie 2 oraz M. Śliwka: *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle porównawczym*. Dom Organizatora, Toruń 2008, s. 104 i nast.

pytanie, jakie leczenie może stwarzać takie ryzyko. Być może chodzi tu o zwalczanie chorób zakaźnych i epidemii, lecz tak naprawdę nie zostało to nigdzie wyjaśnione. W odniesieniu do warunku uprzedniej zgody w przypadku opieki świadczonej przez świadczeniodawcę, który w poszczególnych przypadkach może budzić poważne i szczególne wątpliwości związane z jakością lub bezpieczeństwem owej opieki, pojawia się z kolei pytanie o kryteria, źródło oraz wiarygodność oceny realizowanej przez danego świadczeniodawcę opieki zdrowotnej.

Do obowiązków państwa członkowskiego ubezpieczenia w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej, poza wskazanym wyżej zapewnieniem zwrotu kosztów zrealizowanych świadczeń, należy także zapewnienie:

- stosownej informacji na temat praw świadczeniobiorców w odniesieniu do uzyskania transgranicznej opieki zdrowotnej oraz warunków zwrotu jej kosztów, w przypadku gdy pacjent z niej skorzystał;
- dostępu do takiej samej obserwacji medycznej, jaka byłaby zapewniona w przypadku skorzystania z opieki zdrowotnej na jego terytorium w sytuacji, gdy pacjent skorzystał z transgranicznej opieki zdrowotnej i gdy konieczna jest dalsza obserwacja medyczna;
- co najmniej jednej kopii dokumentacji medycznej lub zdalnego dostępu do niej w przypadku pacjentów, którzy chcą skorzystać lub korzystają z transgranicznej opieki medycznej.

Znacznie obszerniejszy zakres obowiązków w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej ma realizować państwo członkowskie leczenia. Zgodnie z art. 4 dyrektywy nr 2011/24/UE do obowiązków wskazanego państwa należy zapewnienie aby:

- a) świadczeniodawcy przekazywali odpowiednie informacje pomagające pacjentom w dokonaniu świadomego wyboru w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej oraz aby wystawiali jasne faktury i przekazywali jasne informacje o cenach realizowanych świadczeń;
- b) istniały przejrzyste procedury i mechanizmy umożliwiające pacjentom składanie reklamacji;
- c) istniały systemy ubezpieczenia w zakresie odpowiedzialności zawodowej lub gwarancje równoważne pod względem celu;
- d) podstawowe prawo do prywatności w odniesieniu do przetwarzania danych osobowych było chronione zgodnie z prawem Unii Europejskiej;
- e) pacjenci, którzy skorzystali z leczenia byli uprawnieni do pisemnej lub elektronicznej dokumentacji medycznej tego leczenia oraz mieli dostęp do co najmniej jednej kopii tej dokumentacji.

Ponadto, do obowiązków państwa członkowskiego leczenia należy stosowanie w odniesieniu do pacjentów z innych państw członkowskich Unii Europejskiej zasady niedyskryminacji ze względu na przynależność państwową oraz

zapewnienie, aby świadczeniodawcy stosowali wobec pacjentów z innych państw członkowskich tę samą skalę opłat za opiekę zdrowotną, która jest stosowana wobec pacjentów krajowych w porównywalnej sytuacji zdrowotnej lub pobierali opłatę skalkulowaną zgodnie z obiektywnymi, niedyskryminacyjnymi kryteriami, jeżeli nie istnieje porównywalna cena dla pacjentów krajowych.

Podkreślenia wymaga, iż za bezpieczeństwo oraz jakość leczenia w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej odpowiada kraj, w którym przeprowadzono owo leczenie, zaś pacjenci korzystający z niego powinni wiedzieć jak domagać się zadośćuczynienia i odszkodowania w przypadku uzasadniających ich dochodzenie.

Podsumowanie

Oceniając przedstawione wyżej rozwiązania w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej z perspektywy polskich pacjentów, należy zauważyć, iż ich transgraniczną mobilność można będzie osiągnąć głównie w odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej i to przede wszystkim w regionach przygranicznych. W stosunku do leczenia specjalistycznego, a zwłaszcza szpitalnego, wskazane wyżej *wymogi planowania* spowodują zapewne, iż niezbędne będzie uzyskanie zgody Narodowego Funduszu Zdrowia na skorzystanie ze świadczeń zdrowotnych poza systemem właściwym, a więc w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej.

Na wprowadzeniu w życie nowych rozwiązań skorzystają natomiast obywatele RP zatrudnieni i ubezpieczeni w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, którzy spędzając w Polsce np. urlop i nie posiadając wyrobionej Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, nie mogli bezpłatnie korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej.

Istotne znaczenie może mieć również ustanowiona w art. 11 dyrektywy nr 2011/24/UE instytucja uznawania recept na produkty lecznicze i wyroby medyczne wystawianych w innym państwie członkowskim UE, oznaczająca w praktyce – także w przypadku polskich pacjentów – możliwość ich realizacji w państwie członkowskim dowolnie wybranym przez pacjenta. Nie do przecenienia jest także inicjatywa rozwoju europejskich sieci referencyjnych, współpracy w zakresie opracowania wspólnej oceny technologii medycznych oraz natężenia działań w zakresie upowszechnienia w opiece zdrowotnej państw członkowskich UE technologii informacyjno-komunikacyjnych (e-zdrowie)¹⁸, tak aby pomóc poprawie jakości, bezpieczeństwa i skuteczności opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej.

¹⁸ W tym ostatnim przypadku szczególne znaczenie przypisuje się kwestiom związanym z odczytywaniem obrazów diagnostycznych na odległość, konsultacjami, monitorowaniem chorób przewle-

Należy przy tym zaznaczyć, iż obowiązujące dotychczas zasady realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach wspólnotowej koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego pozostają bez zmian, znajdując zastosowanie we wszystkich wskazanych wyżej przypadkach.

Literatura

- 50 Years of Social Security Coordination. Past – Present – Future.* Ed. Y. Jorens. European Commission, Brussels 2009.
- Bińczycka-Majewska T.: *Pomoc medyczna udzielana na obszarze UE.* W: *Stosunki zatrudnienia w dwudziestoleciu społecznej gospodarki rynkowej.* Red. A. Sobczyk. Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Cremers J.: *Coordination of National Social Security in the EU.* AIAS, Amsterdam 2010.
- Cross – Border Health Services in the EU. Analytical Report.* The Gallup Organization, Flash EB nr 210, June 2007.
- Cross – Border Health Care in the European Union. Mapping and Analysing Practices and Policies.* Ed. M. Wismar, W. Palm, J. Figueras, K. Ernst, E. van Ginneken. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2008.
- Decyzja nr S3 Komisji Administracyjnej ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego z dnia 12 czerwca 2009 r.
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.
- Dz. Urz. UE L 88/45 z 4 kwietnia 2011 r.
- Dzienisiuk D.: *Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej.* W: *Polityka społeczna w procesie integracji Europejskiej. Przegląd problemów.* Red. A. Rączaszek, W. Koczur. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2009.
- Gevers S.: *The Right to Health Care.* „European Journal of Health Law” 2004, No. 11.
- Klinger K.: *Leczenie za granicą wciąż pod kontrolą funduszu zdrowia.* „Gazeta Prawna” 2012, nr 154.
- Koczur W., Rubel K.: *Wspólnotowa koordynacja zabezpieczenia społecznego.* W: *System ubezpieczeń społecznych. Zagadnienia podstawowe.* Red. G. Szpor. LexisNexis, Warszawa 2011.

kłych oraz koordynacją działań różnych podmiotów w celu zapewnienia zintegrowanych pakietów opieki zdrowotnej. Por. I. Nakajima: *Cross-Border Medical Care and Telemedicine.* „International Journal of E-Health and Medical Communications” 2012, No. 3, s. 46 i nast.

- Lach D.E.: *Problematyka dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium UE w świetle orzecznictwa ETS*. W: *Ochrona praw człowieka w świetle przepisów prawa pracy i zabezpieczenia społecznego*. Red. A.M. Świątkowski. C.H. Beck, Warszawa 2009.
- Lach D.E.: *Spełnianie świadczeń zdrowotnych na terytorium UE – kolejki a „turystyka zdrowotna” w świetle orzecznictwa ETS*. „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2007, nr 5.
- Lunt N., Smith R., Exworthy M., Green S., Horsfall D., Mannion R.: *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A Scoping Review*. OECD, Paris 2011.
- Mossialos E., Palm W.: *The European Court of Justice and Free Movement of Patients in the European Union*. „International Social Security Review” 2003, No. 2.
- Nakajima I.: *Cross-Border Medical Care and Telemedicine*. „International Journal of E-Health and Medical Communications” 2012, No. 3.
- Patient Mobility in the European Union: Learning from Experience*. Ed. M. Rosenmøller, M. McKee, R. Baeten. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2006.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu Dz.U. 2007, nr 249, poz. 1867 z późn. zm.
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Dz. Urz. UE L 200 z 7. 06.2004 r. z późn. zm.
- Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników, osób pracujących na własny rachunek oraz do członków ich rodzin, którzy zmieniają miejsce pobytu na obszarze Wspólnoty. Dz. Urz. WE L 28 z 30 stycznia 1997 r. z późn. zm.
- Sidorko A.: *Świadczenia zdrowotne w Unii Europejskiej*. „Służba Pracownicza” 2011, nr 4.
- Śliwka M.: *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle porównawczym*. Dom Organizatora, Toruń 2008.
- Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2008, nr 164, poz. 1027 z późn. zm.
- Vassiliou A.: *Proposal for a Directive on the Application of Patients’ Right in Cross – Order Healthcare*. European Commission, Brussels 2008.

CROSS-BORDER MEDICAL CARE IN THE EUROPEAN UNION – SELECTED ISSUE

Summary

On 24 April 2011 entered into force the directive of the European Parliament and of the Council No 2011/24/UE of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. The article analyses the duty of Member States connected with cross-border medical care, types and limits of using cross-border medical care and problems evoked by refund of medical expenses. The subject of this study is also evaluation of the preamble and the normative text of the directive No 2011/24/UE against the regulation of the European Parliament and Council (EC) No 883/2004 of 29 April 2004 on the coordination of social security systems. The new directive provides clarity about the rights of patients who seek healthcare in another Member States and supplements the rights that patients already have at European Union level through the legislation on the coordination of social security systems.