

Agnieszka Kowalska

Dyrektywa w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej a limitowanie świadczeń zdrowotnych

Studia Prawnoustrojowe nr 18, 77-88

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Agnieszka Kowalska

Katedra Prawa Cywilnego

Wydział Prawa i Administracji UWM

Dyrektywa w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej a limitowanie świadczeń zdrowotnych

Limitowanie świadczeń zdrowotnych jest problemem złożonym i wielowątkowym i dotyczy praktycznie wszystkich państw. W żadnym bowiem systemie nie ma dostatecznej ilości środków finansowych, które mogłyby zabezpieczyć potrzeby zdrowotne wszystkich obywateli. W Polsce problem ten, mimo licznych zmian w obowiązujących przepisach, jest stale aktualny. Trudno bowiem znaleźć rozwiązanie, które w jednoznaczny sposób wskazałoby wyjście z limitów, z którymi borykały się już kasy chorych. Bez wątpienia główną przyczyną racjonowania świadczeń są ograniczone środki finansowe w zakresie ochrony zdrowia. Przy czym nie jest to jedyny powód, gdyż obok braków finansowych istotnych jest również wiele innych przyczyn leżących po stronie samych pacjentów, a także świadczeniodawców i Narodowego Funduszu Zdrowia¹. Z punktu widzenia niniejszego opracowania najistotniejsze są jednak ograniczenia dostępności wynikające z niedostatecznych środków przeznaczanych na opiekę zdrowotną.

Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP², władza publiczna winna zapewnić obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Ewentualne ograniczenia mogą wynikać z ustawy określającej warunki i zakres udzielania tych świadczeń³. Istotne, że „konstytucyjna zasada równości wobec prawa nie może być rozumiana jako wartość bezwzględna. Jej granice wyznaczają też inne zasady konstytucyjne oraz przepisy szczególne. O naruszeniu konstytucyjnej zasady można mówić gdy w tożsamej sytuacji różnicuje się prawa jednostki”⁴. Podobnie traktuje poję-

¹ Zob. A. Musiałowicz, J. Stępień, *Ograniczona dostępność do świadczeń zdrowotnych – analiza potencjalnych przyczyn*, „Antidotum” 2000, nr 9, s. 3.

² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

³ Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

⁴ Wyrok NSA w Warszawie z 14 marca 2006 r., I OSK 67/06, LEX 198281.

cie równości K. Tymowska, która twierdzi, iż równość oznacza jednolitość szans dostępu dla każdego obywatela, niezależnie od jego sytuacji materialnej⁵. Zgodnie z wyrokiem sądu, „Równość wobec prawa należy rozumieć tak, iż wszystkie podmioty charakteryzujące się daną cechą istotną w stopniu równym mają być traktowane równo, a więc według jednakowej miary, bez różnicowań dyskryminujących czy też faworyzujących. Jeśli określona norma prawna traktuje odmiennie adresatów, którzy odznaczają się określoną cechą wspólną, wówczas mamy do czynienia z odstępstwem od zasady równości. Odstępstwo takie nie jest tożsame z naruszeniem art. 32 Konstytucji. Niezbędna staje się wówczas ocena przyjętego kryterium różnicowania. Równość wobec prawa to także zasadność wybrania takiego, a nie innego kryterium różnicowania podmiotów prawa”⁶.

W związku z powyższym należy przyjąć, iż chodzi o taką interpretację sytuacji, w której prawo do dochodzenia świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje wszystkim podmiotom na przejrzystych i wspólnych zasadach⁷. Zgodnie z tym, co sygnalizowano powyżej, warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Oczywiście te warunki i zakres świadczeń są ściśle uzależnione od kondycji majątkowej państwa i obywateli. „Ustawodawca jednak nie może zrezygnować w ogóle z określenia warunków i zakresu świadczeń. Norma zawarta w art. 68 ust. 2 zd. drugie nie jest jedynie upoważnieniem ustawodawcy zwykłego do określenia warunków i zakresu świadczeń, lecz nakłada na ustawodawcę taki obowiązek. Ustawodawca może swobodnie określić warunki i zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Nie może w ogóle zrezygnować z finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z tych źródeł. [...] Art. 68 Konstytucji dotyczy obowiązków państwa w zakresie organizacji służby zdrowia i tym samym umożliwienia konkretnemu pacjentowi realizacji jego prawa do ochrony zdrowia”⁸. W związku z tym po stronie państwa pozostaje prawo do ustalenia warunków i zakresu udzielania świadczeń. Konieczne jest, aby nie czynić tego w sposób arbitralny czy zagrażający życiu lub zdrowiu obywateli. Istotne, że „równości z art. 68 ust. 2 nie należy utożsamiać z nieograniczonym prawem pacjenta do uzyskania w dowolnym momencie każdego rodzaju świadczenia”⁹.

⁵ K. Tymowska, *Zasady finansowania a dostępność*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 4, s. 85.

⁶ Wyrok WSA z 20 lipca 2005 r., VI SA/Wa 616/05, LEX 190562.

⁷ M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Wyd. 2, Toruń 2010, s. 80. Podobnie J. Jończyk, *Publiczna opieka zdrowotna*, „Prawo i Medycyna” 2007, nr 1, s. 13.

⁸ A. Zoll, *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8, s. 8–9.

⁹ M. Śliwka, op.cit., s. 81. Podobnie T. Zimna, *Zawieranie umów na świadczenia zdrowotne*, Warszawa 2004, s. 15.

Analizując problematykę limitowania dostępu do świadczeń zdrowotnych, na wstępie należy zauważyć, iż żadne normy – ani konstytucyjne, ani ustawowe – takiej możliwości nie wyłączają. Obecnie obowiązująca ustawa o świadczeniach nakłada na NFZ, który działa na rzecz ubezpieczonych, obowiązek utrzymania dyscypliny finansowej. Liczne zapisy ustawy nie tylko umożliwiają, ale wręcz nakładają na NFZ obowiązek limitowania dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej¹⁰. Przemawia za tym m.in. treść art. 97 ust. 3 pkt 1 ww. ustawy, zgodnie z którym do zakresu działań NFZ należy określenie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Poza tym art. 113-131 nakładają na NFZ obowiązek prowadzenia działalności zrównoważonej w zakresie przychodów i kosztów, natomiast art. 132 ust. 4 wskazuje, iż świadczenia nieokreślone w zawartej umowie mogą zostać sfinansowane przez NFZ tylko w przypadkach określonych w ustawie. Istotny w omawianym zakresie art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach wskazuje, że wysokość łącznych zobowiązań NFZ, które wynikają z umów zawartych ze świadczeniodawcami, nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym NFZ. W związku z powyższym przyjmuje się, że strony umowy zawartej między NFZ a świadczeniodawcami, działając w ramach zasady swobody umów, mogą wskazać zakres oraz ilość finansowanych świadczeń.

Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 13 lipca 2005 r.¹¹ stwierdził, że ogólnie rzecz biorąc nie ma przeszkód co do umownego ustalania limitów świadczeń. Wskazał wręcz, że umowy między kasą chorych a świadczeniodawcami powinny określać maksymalną kwotę zobowiązania kasy wobec świadczeniodawcy. W innym orzeczeniu¹² podniósł, iż obowiązujące przepisy dawały podstawę do stwierdzenia, że prawo do ochrony zdrowia było i jest limitowane, choćby ze względów finansowych. Nie może zatem być traktowane jako prawo absolutne.

Podkreślić należy, jak wskazano na wstępie, iż podnoszony problem nie dotyczy tylko Polski. W każdym społeczeństwie, bez względu na stopień zamożności, nie ma możliwości spełnienia świadczeń zdrowotnych w takim zakresie, jakiego oczekivaliby obywatele, bowiem zawsze będą one miały charakter deficytowy, a tym samym są i będą dobrem limitowanym.

Limity są zatem faktem. Mimo wykazania ich dopuszczalności w świetle obowiązujących przepisów, nie ulega wątpliwości, że wprowadzanie limitów może naruszać dobro pacjenta. Stale więc poszukuje się rozwiązań, które pozwoliłyby na ograniczenie racjonowania świadczeń zdrowotnych. Trzeba

¹⁰ M. Śliwka, op.cit., s. 80.

¹¹ Wyrok SN z 13 lipca 2005 r., I CK 18/05, OSP 2006, nr 6, poz. 70 z głosem M. Nesterowicza, „Prawo i Medycyna” 2006, nr 2, s. 146.

¹² Wyrok SN z 1 grudnia 1998 r., III CKN 741/98, OSN 1999, nr 6, poz. 112.

bowiem zdać sobie sprawę, że całkowite wyeliminowanie problemu jest po prostu niemożliwe.

Aktualnie coraz częściej wskazuje się, że rozwiązaniem może być dyrektywa znana pod nazwą „Pacjenci bez granic”, która ma ujednoczyć kwestie związane z leczeniem w krajach UE. W momencie przystąpienia Polski do Unii Europejskiej, tj. w maju 2004 r., obywatele polscy uzyskali prawo do świadczeń zdrowotnych wykonywanych poza terytorium RP. Kwestię tą reguluje zarówno Traktat, jak i Rozporządzenie Rady EWG w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się w granicach Wspólnoty¹³. Wspomnieć również należy o Rozporządzeniu Rady EWG w sprawie wykonywania ww. rozporządzenia¹⁴. Obecnie aby skorzystać z możliwości leczenia za granicą, trzeba spełnić dwa warunki jednocześnie – konieczne jest posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego w powszechnym systemie ubezpieczeniowym któregośkolwiek z państw członkowskich, a dodatkowo korzystanie z prawa swobodnego przemieszczania się po terytorium tych państw¹⁵.

Podkreślić również należy, iż jeżeli obywatel posiada wspomniane wyżej ubezpieczenie zdrowotne w dowolnym kraju UE, to prawo do opieki zdrowotnej „podróżuje” razem z nim. Wynika to z tego, iż każdy obywatel państwa członkowskiego UE ma prawo do swobodnego podróżowania, podejmowania pracy, studiowania i zamieszkania w wybranym przez siebie państwie Wspólnoty. Zasady związane z udzielaniem opieki zdrowotnej oraz jej zakres regulują przepisy UE o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Wyraźnie trzeba wskazać, iż każde państwo członkowskie posiada własny system ubezpieczenia zdrowotnego i tym samym samo decyduje o podmiotach i zasadach podlegania ubezpieczeniu oraz określa zakres świadczeń, które w ramach ubezpieczenia będą przysługiwały (w Polsce wprowadzono tzw. koszyk świadczeń gwarantowanych). Koordynacja w tym zakresie polega na wprowadzeniu i stosowaniu wspólnych dla wszystkich państw członkowskich zasad i reguł dotyczących warunków otrzymania pomocy przez pacjenta (ubezpieczonego) w innym kraju członkowskim UE¹⁶.

Na gruncie polskiego ustawodawstwa kluczową rolę w kwestii świadczeń zdrowotnych udzielanych poza granicami kraju odgrywa art. 25 ustawy

¹³ Rozporządzenie Rady EWG 1408/71 z 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się w granicach Wspólnoty, Dz.U. L 28, 30.1.1997 (tekst skonsolidowany).

¹⁴ Rozporządzenie Rady EWG 574/72 z 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się w granicach Wspólnoty, Dz.U. L 28, 30.1.1997 (tekst skonsolidowany).

¹⁵ M. Paszkowska, *Prawo pacjenta do planowanego leczenia w innym państwie Unii Europejskiej*, „Prawo i Medycyna” 2007, nr 3, s. 112.

¹⁶ M. Paszkowska, *Ochrona zdrowia w Unii Europejskiej*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 3, s. 113.

o świadczeniach. Zgodnie ze wskazanym przepisem, zasadą jest, że NFZ nie finansuje kosztów leczenia ubezpieczonego czy też badań diagnostycznych poza granicami kraju, poza kosztami świadczeń, które udzielane są zgodnie z przepisami o koordynacji.

Przepisy wspólnotowe przewidują natomiast:

- 1) świadczenia w pełnym zakresie oraz
- 2) natychmiast konieczne¹⁷.

Świadczenia w pełnym zakresie dotyczą wszelkich świadczeń leczniczych, jakie przysługują w procesie leczenia i powrotu do zdrowia, przewidzianych przez ustawodawstwo państwa członkowskiego. W przypadku świadczeń natychmiast koniecznych chodzi o świadczenia niezbędne do ratowania życia i zdrowia. Są one udzielane w przypadku nieszczęśliwych wypadków, urazów oraz nagłych zachorowań.

Aby skorzystać ze świadczeń zdrowotnych poza granicami kraju, obywatel polski musi złożyć wniosek w Oddziale Wojewódzkim NFZ o wydanie mu Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego. Chodzi o sytuacje, w których pacjent przebywający za granicą po prostu wymaga spełnienia określonego świadczenia zdrowotnego na swoją rzecz. Wspomniana karta nie pozwala jednak na celowe udanie się na terytorium państwa obcego w celu uzyskania świadczenia zdrowotnego¹⁸. W takim przypadku pacjent może skorzystać ze świadczenia zdrowotnego jedynie po uzyskaniu zgody, którą wyraża Prezes NFZ (art. 25 ustawy o świadczeniach). Brak jednak uzasadnienia prawnego dla uznania, że decyzja o zgodzie na finansowanie leczenia za granicą nie może być wydana także po jego przeprowadzeniu. Jeżeli bowiem ponad wszelką wątpliwość wykazane zostanie, że leczenie za granicą było zasadne, to fakt, że już je przeprowadzono, nie stoi na przeszkodzie podjęciu decyzji o jego sfinansowaniu ze środków publicznych¹⁹. Kwestia zgody wyrażanej przez Prezesa NFZ została doprecyzowana w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r.²⁰ Zwrócić również trzeba uwagę, że w państwach członkowskich UE od 1 maja 2010 r. obowiązują nowe podstawy prawne²¹, które poszerzyły możliwości składania wniosku

¹⁷ Por. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Twoje prawa i obowiązki podczas poruszania się po terytorium Unii Europejskiej. Opieka zdrowotna*, Warszawa 2002, s. 19–20.

¹⁸ Szerzej: M. Śliwka, A. Gałęska, *Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych w prawie Unii Europejskiej*, „Prawo i Medycyna” 2006, nr 4, s. 42 i nast.

¹⁹ Wyrok NSA w Warszawie z 6 grudnia 2011 r., II GSK 82/11, LEX nr 1151729.

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 grudnia 2007r. w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz.U. nr 249, poz. 1867 z późn. zm.).

²¹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.U. UE. L. 04.166.1 z późn. zm.) oraz Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 (Dz.U. UE. L. 09.284.1).

o leczenie planowane poza granicami kraju przez polskich ubezpieczonych oraz członków ich rodzin za pośrednictwem instytucji miejsca zamieszkania.

Prezes NFZ, zgodnie z art. 22 ust. 2 rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71, ma obowiązek wyrażenia zgody na leczenie w innym państwie członkowskim, gdy spełnione są kumulatywnie dwa warunki:

- 1) świadczenie jest przewidziane przez ustawodawstwo Polski,
- 2) zainteresowany nie może być poddany leczeniu w kraju w terminie zwykle koniecznym²².

Zgodnie z wyrokiem NSA z dnia 7 lipca 2010 r., podejmując decyzję o zezwoleniu na przeprowadzenie badań za granicą w ściśle określonym ośrodku medycznym, należy ocenić, czy nie będzie to bardziej efektywne od leczenia krajowego i rozważyć wszystkie argumenty wnioskodawcy przytoczone we wniosku²³.

Świadczenia zdrowotne udzielane poza granicami RP rozliczane są według kosztów rzeczywistych lub stawek zryczałtowanych. Podmiotem zobligowanym do dokonania powyższych rozliczeń jest NFZ, który pełni funkcję tzw. instytucji łącznikowej w systemie koordynacji zabezpieczenia społecznego w zakresie świadczeń zdrowotnych. Pamiętać jednak trzeba, iż obywatele polscy korzystający ze świadczeń w innym państwie są tak samo traktowani jak obywatele tego państwa. Jeżeli są więc dopłaty do świadczeń, to obowiązują one również naszych obywateli. Ze strony NFZ szczególnie istotną kwestią jest fakt, że te same świadczenia w innym państwie członkowskim są z reguły zdecydowanie droższe niż analogiczne świadczenia realizowane przez świadczeniodawców na terenie RP. Powoduje to więc znaczne obciążenie dla budżetu NFZ, a z drugiej strony wpływa bez wątpienia na powściągliwość w wydawaniu zgody na leczenie za granicą²⁴.

Sytuacja związana z leczeniem poza granicami kraju może ulec zmianie w oparciu o dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, która została przyjęta przez ministrów zdrowia 8 czerwca 2010 r. Już wtedy mówiono o niej jako o drugim po Schengen wielkim otwarciu granic. Wiązało się to z faktem, iż wszystkie kliniki, szpitale i przychodnie, bez względu na to, czy prywatne, krajowe, czy zagraniczne, miały być dostępne dla każdego obywatela UE.

Prace nad dyrektywą trwały już znacznie wcześniej. Jednak w listopadzie 2009 r. Polska wraz z innymi państwami skutecznie zablokowała przyjęcie dyrektywy. Później jednak grupa przeciwników nowych rozwiązań znacz-

²² J. Nowak-Kubiak, B. Łukasik, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Łódź 2006, s. 59. Podobnie M. Paszkowska, *Prawo pacjenta...*, s. 117.

²³ Wyrok NSA w Warszawie z 7 lipca 2010 r., II GSK 587/10, LEX nr 716129.

²⁴ Szerzej: M. Paszkowska, *Prawo pacjenta...*, s. 121; eadem, *Ochrona zdrowia...*, s. 119–120.

nie zmalała, co spowodowało, iż dyrektywa dotycząca transgranicznej opieki medycznej – przy sprzeciwie Polski, Portugalii i Słowacji – została przyjęta. Dnia 19 stycznia 2011 r. podczas sesji plenarnej w Strasburgu dyrektywa została poddana głosowaniu i przyjęta przez europosłów w drugim czytaniu w wyniku kompromisu zawartego uprzednio z państwami członkowskimi. Dyrektywa ustanawia przepisy ułatwiające dostęp do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości i promuje współpracę w zakresie opieki zdrowotnej między państwami członkowskimi, z pełnym poszanowaniem kompetencji krajowych w zakresie organizacji i świadczenia opieki zdrowotnej. Dyrektywa ma zastosowanie do świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów, niezależnie od tego, jak jest ona zorganizowana, udzielana i finansowana (art.1 ust. 2). Art. 21 przewiduje wprowadzenie w życie przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych niezbędnych do wykonania dyrektywy. O powyższym państwa członkowskie zobligowane są powiadomić Komisję i przekazać teksty podstawowych przepisów prawa krajowego przyjętych w dziedzinie objętej niniejszą dyrektywą. Powyższe przepisy mają zostać wprowadzone do dnia 25 października 2013 r.

Początkowo zakładano, że dyrektywa umożliwi pacjentom korzystanie ze świadczeń zdrowotnych oferowanych przez dowolną placówkę w dowolnym kraju członkowskim. Chodziło zatem o leczenie poza terytorium Polski, jak też o możliwość korzystania z usług prywatnych podmiotów na terenie kraju, które nie mają zawartej umowy z NFZ. Już w ubiegłym roku Minister Zdrowia wskazywała, że konsekwencje proponowanych rozwiązań mogą być dramatyczne. Podkreślano wówczas, że obawy dotyczą przede wszystkim możliwości realizowania zagwarantowanego prawa u dowolnego podmiotu spełniającego świadczenia zdrowotne na terenie kraju, niezależnie od kontraktu zawartego z NFZ. Zakładano bowiem, że po wprowadzeniu zmian pacjent będzie miał zupełną dowolność w wyborze świadczeniodawcy, czyli będzie mógł skorzystać z usług poza granicami kraju, w tym z usług prywatnych gabinetów, a potem domagać się refundacji od NFZ. Taka perspektywa budziła strach przed konsekwencjami finansowymi, jako że obecnie na początku każdego roku NFZ, znając swoje możliwości finansowe, kontraktuje świadczenia zdrowotne na tyle, na ile go stać, co prowadzi do limitowania tychże świadczeń. Dzięki limitom panuje jednocześnie nad wydatkami. Sytuacja, w której pacjent skorzystałby ze świadczeń zdrowotnych u dowolnego świadczeniodawcy i zażądałby refundacji, sprawiłaby, że cały system byłby „nieprzewidywalny”, a NFZ nie wytrzymałaby tego finansowo²⁵.

W związku z powyższym już w czerwcu 2010 r. Ministerstwo Zdrowia sygnalizowało, że zwróci się do eurodeputowanych, aby próbowali przeforsować poprawki mające zminimalizować ewentualne negatywne konsekwencje

²⁵ „Newsweek” z 28 czerwca 2010 r.

dla NFZ, który będzie zobowiązany do pokrycia kosztów leczenia poza granicami kraju. Dyrektywa przyjęta przez Parlament Europejski uwzględnia powyższe zastrzeżenia i przewiduje zastosowanie omawianych przepisów do transgranicznej opieki zdrowotnej, która zgodnie z art. 3 lit. e oznacza opiekę zdrowotną świadczoną lub przepisaną w państwie członkowskim innym niż państwo członkowskie ubezpieczenia. Jednocześnie art. 1 ust. 4 dyrektywy, prezentujący stanowisko Parlamentu Europejskiego, wyraźnie wskazuje, iż dyrektywa nie narusza przepisów ustawowych ani wykonawczych państw członkowskich dotyczących organizacji i finansowania opieki zdrowotnej w sytuacjach niezwiązanych z transgraniczną opieką zdrowotną. W szczególności żaden przepis dyrektywy nie zobowiązuje państwa członkowskiego do zwrotu kosztów opieki zdrowotnej świadczonej przez świadczeniodawców działających na jego terytorium, jeżeli tacy świadczeniodawcy nie są częścią systemu zabezpieczenia społecznego lub publicznego systemu opieki zdrowotnej tego państwa członkowskiego. Powyższe rozwiązanie rozwiało główne obawy Polski dotyczące konsekwencji wprowadzenia dyrektywy.

Zauważyć należy, iż w odniesieniu do aktualnej regulacji wiele kwestii ulegnie zmianie. Jeszcze raz wymaga podkreślenia, że obecnie mamy prawo do leczenia w innych państwach członkowskich UE, ale w przypadku leczenia planowanego konieczna jest zgoda Prezesa NFZ, natomiast w sytuacjach nagłych istnieje możliwość skorzystania z niezbędnych świadczeń bez wymaganej zgody. Dyrektywa otworzy pacjentom nowe możliwości, które zakładają skorzystanie ze świadczeń zdrowotnych w innych państwach członkowskich bez wymaganej zgody na leczenie. Przy czym w niektórych przypadkach zgoda nadal będzie wymagana. Dotyczy to sytuacji, kiedy leczenie obejmuje pobyt w szpitalu przez co najmniej jedną noc, występuje konieczność użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury medycznej lub aparatury medycznej, leczenie stwarza szczególne ryzyko dla pacjenta lub społeczeństwa, opieka zdrowotna jest świadczona przez świadczeniodawcę, który w poszczególnych przypadkach może budzić poważne i szczególne wątpliwości związane z jakością lub bezpieczeństwem opieki, a także w przypadku opieki zdrowotnej wymagającej zaplanowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie członkowskim lub woli kontrolowania kosztów i uniknięcia, na ile to możliwe, marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich.

Istotne jest również, iż niniejsza dyrektywa, zgodnie z art. 1 ust. 3 nie ma zastosowania do:

- 1) świadczeń w dziedzinie opieki długoterminowej, której celem jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego;
- 2) przydziału narządów i dostępu do narządów przeznaczonych do przeszczepów;

3) programów powszechnych szczepień przeciw chorobom zakaźnym mających na celu wyłącznie ochronę zdrowia ludności na terytorium danego państwa członkowskiego i objętych szczegółowymi środkami planistycznymi i wykonawczymi.

Podkreślić trzeba, iż w każdym przypadku pacjent będzie musiał sam wyłożyć własne fundusze, aby pokryć koszt świadczeń, a dopiero potem żądać refundacji od NFZ. Kwestią bardzo istotną jest, że NFZ będzie zwracał tylko taką kwotę, jaką płaci za dane świadczenie podmiotom, z którymi zawarł kontrakt. Zgodnie bowiem z art. 7 ust. 4 koszty transgranicznej opieki zdrowotnej są zwracane do poziomu, na którym koszty byłyby pokryte przez państwo członkowskie ubezpieczenia, gdyby ta sama opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium i w takiej wysokości, aby nie przekroczyć rzeczywistego kosztu otrzymanej opieki zdrowotnej.

W celu realizacji praw pacjentów gwarantowanych w omawianej dyrektywie państwa członkowskie zobligowane zostaną do stworzenia krajowych punktów kontaktowych do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 6 ust. 1, na terenie konkretnego państwa członkowskiego konieczne będzie utworzenie co najmniej jednego punktu kontaktowego dla organizacji pacjentów, świadczeniodawców i podmiotów oferujących ubezpieczenia zdrowotne.

Ministerstwo Zdrowia zwraca uwagę, że Polska nie będzie musiała wdrażać zapisów dyrektywy, jeżeli uzna, że szkodzą one krajowemu systemowi ochrony zdrowia. Takie rozwiązanie gwarantuje Traktat Lizboński, na który może się powołać Minister Zdrowia, ilekroć uzna, że jest to zgodne z interesem polskiego systemu ochrony zdrowia, a przede wszystkim pacjentów²⁶. Sama dyrektywa przewiduje w art. 7 ust. 9, że państwo członkowskie ubezpieczenia może ograniczyć stosowanie przepisów dotyczących zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej na podstawie nadrzędnych względów politycznych, interesem ogólnym, jak np. wymogi planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie członkowskim lub dotyczące woli kontrolowania kosztów i unikania, na ile to możliwe, wszelkiego marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich

Trudno przewidzieć konsekwencje analizowanej dyrektywy. Zapewne będzie to możliwe dopiero w październiku 2013 r. Jednakże z uwagi na wagę problemu, warto już teraz zastanowić się na jej ewentualnymi konsekwencjami. Dotkną one przede wszystkim NFZ, którego kondycja finansowa już teraz daje dużo do życzenia. Biorąc pod uwagę pierwotną wersję dyrektywy, która zakładała możliwość leczenia również na terenie Polski u podmiotów nie mających kontraktów z NFZ, wskazywano, że skutki są nieprzewidywal-

²⁶ Zob. [online] < www.lex.pl >.

ne i mogą być dramatyczne. Skoro jednak dyrektywa wyłączyła wskazaną możliwość, skutki finansowe nie będą aż tak ogromne. Komentatorzy wskazują bowiem, że z uwagi na koszty świadczeń zdrowotnych w innych państwach członkowskich wyjazd na leczenie za granicę nie będą tak powszechne. Trzeba jednak zdać sobie sprawę, że zapewne znajdą się chętni, którzy z takiej możliwości zechcą skorzystać, zwłaszcza biorąc pod uwagę fakt, że po wejściu w życie dyrektywy będzie to dużo prostsze. W skali kraju koszty tego zjawiska będą znaczne.

Wstępna analiza kosztów wdrożenia dyrektywy została przeprowadzona we wrześniu 2008 r. Zakładano wówczas, że wdrożenie dyrektywy mogłoby kosztować ok. 3,2 mld zł. Dokonując tej symulacji, założono jednak, że NFZ musiałyby pokrywać koszty świadczeń udzielanych przez polskich świadczeniodawców nie mających kontraktu z NFZ. Aktualnie wskazane koszty znacznie się zmniejszyły. Sugeruje się, że koszty związane z transgraniczną opieką zdrowotną obejmują ok. 1% kosztów wszystkich świadczeń finansowanych przez NFZ. Do powyższej kwoty doliczyć trzeba również pewne koszty, rzędu nawet kilkunastu milionów rocznie, związane np. z obowiązkiem utworzenia krajowego punktu do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej.

To, co miało być tak korzystne dla pacjentów, może więc przynieść skutek zupełnie odmienny. Skoro nakłady na świadczenia zdrowotne poza kontraktami zawieranymi przez NFZ mają być znaczne, trzeba będzie szukać środków na ich pokrycie. Wiadomo bowiem, że NFZ nie będzie mógł wydatkować więcej, niż wpłynie do jego kasy. Można zatem przypuszczać, że za jakiś czas konieczne będzie podwyższenie składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Wejście w życie omawianej dyrektywy przełoży się również na kwestie limitowania świadczeń zdrowotnych. Z jednej strony można założyć, że dyrektywa pozytywnie wpłynie na problem racjonowania świadczeń zdrowotnych, ponieważ pacjenci obok świadczeń zakontraktowanych na terenie kraju przez NFZ będą mogli korzystać z większości świadczeń w innych państwach członkowskich. W związku z tym pozycja pacjenta, który często musi czekać kilka miesięcy na dane świadczenie, ulegnie pozytywnej zmianie i będzie mógł on np. skorzystać z opieki zdrowotnej w innym państwie, gdzie czas oczekiwania na konkretną procedurę może być krótszy. Przy czym pamiętać należy, że problem limitowania dotyczy praktycznie wszystkich państw, ale to nie jest jednoznaczne z tym, że czas oczekiwania na dane świadczenie jest podobny. Często wygląda to różnie. Poza tym trzeba wziąć pod uwagę, że poza granicami kraju świadczenia będą mogły być udzielane zarówno przez podmioty publiczne, jak i prywatne. Świadczeniodawcą bowiem, w myśl art. 3 lit. g, jest każda osoba fizyczna lub prawna lub inna jednostka organizacyjna legalnie świadcząca opiekę zdrowotną na terenie państwa członkowskiego. W związku z tym dostępność do świadczeń zdrowotnych na terenie UE będzie szersza niż obecnie. Z uwagi na to, można by

przyjąć, że problem limitowania świadczeń zdrowotnych w pewnym zakresie ulegnie ograniczeniu, gdyż pacjenci korzystający ze świadczeń w innych państwach członkowskich „zwolnią” miejsca, które normalnie zajmowałyby w kolekcje medycznej do świadczeniodawców realizujących świadczenia zdrowotne na terenie kraju. Jednakże przyjmując takie założenia, od razu trzeba zwrócić uwagę, o czym była mowa wcześniej, że pacjent będzie współfinansował świadczenia udzielane za granicą. Wynika to z faktu, iż NFZ będzie pokrywał koszty tylko do kwoty, jaką płaci świadczeniodawcom, z którymi zawarł umowę. Różnicę zatem będzie zobligowany pokryć sam pacjent. Powszechnie wiadomo, że nie wszystkich ubezpieczonych będzie na to stać. To może zatem doprowadzić do zupełnie odmiennej sytuacji, a mianowicie skoro NFZ będzie musiał pokryć koszty świadczeń wynikających z omawianej dyrektywy, będzie miał mniej funduszy na świadczenia kontraktowane. To doprowadzić może do zwiększenia już istniejących limitów. Taka sytuacja odbije się więc szczególnie na najuboższych pacjentach, którzy nie będą mieli środków na dopłaty i będą oczekiwać na świadczenia zdrowotne zakontraktowane przez NFZ, z tym, że czas takiego oczekiwania w związku z powyższym znacznie może się wydłużyć. Z uwagi na problemy finansowe, z jakimi zapewne będzie borykał się NFZ po wejściu w życie dyrektywy, może dojść do znacznego ograniczenia zakresu świadczeń mieszczących się w koszyku świadczeń gwarantowanych, co również wpłynie negatywnie na sytuację pacjentów. Limitowanie świadczeń jest bowiem najprostszym narzędziem, jakie posiada NFZ, pozwalającym na wykorzystanie ograniczonych środków finansowych.

Zupełnie inaczej wyglądałaby sytuacja, gdyby pacjent, zgodnie z pierwotnymi założeniami, mógł korzystać ze świadczeń realizowanych na terenie kraju przez podmioty nie posiadające kontraktu z NFZ. Wtedy rzeczywiście można by przyjąć, że problem limitowania mógłby się zdezaktualizować. Jednak nie można wykluczyć sytuacji zupełnie odwrotnej, gdy konieczność pokrywania kosztów praktycznie wszystkich świadczeń realizowanych na terenie kraju całkowicie zachwieje systemem służby zdrowia.

Powyższe rozważania wskazują, że kolejne rozwiązanie, które miało polepszyć sytuację pacjentów, raczej nie przyniesie oczekiwanych rezultatów. Należy zdać sobie sprawę, że „świadczenia medyczne należą do dóbr nieuchronnie deficytowych, tj. takich, których nie ma i nie będzie pod dostatkiem dla wszystkich potrzebujących. [...] Ponieważ racjonowanie świadczeń medycznych jest nieuchronne, podejście do problemu racjonowania nie może polegać na podejmowaniu prób uniknięcia go, lecz na opracowaniu systemu, w którym – nawet jeśli z trudem i niechętnie – racjonowanie będzie moralnie akceptowalne dla lekarzy i pacjentów”²⁷. Konieczne jest więc, aby społeczeń-

²⁷ P. Łuków, *Racjonowanie świadczeń a obowiązek troski o dobro pacjenta*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 2, s. 20 i nast.

stwo zostało uświadomione w kwestii ograniczonego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Do ubezpieczonych powinna dotrzeć rzetelna, pozbawiona zabarwienia politycznego informacja dotycząca tego, że prawo do ochrony zdrowia było i będzie limitowane, a tym samym nie może być traktowane jako dobro absolutne.

Summary

Directive on the application of patients' rights in cross-border healthcare and rationing health services

Key words: patient, medical services, cross-border medical care, treatment abroad.

Limiting medical services is a complex and multi-layered problem. The majority of countries have to struggle with it. Even putting considerable financial outlay on medical care they are not able to assure the amount of services that patients would demand. On the ground of Polish legislation neither constitutional nor legislative norms exclude the possibility to limit the access to the medical services. From the point of a patient's view the consequences of the introduced limits are often dramatic which causes constant searching to solve the above mentioned problem. The Directive about the cross-border medical care accepted by the ministers of health on 8th June 2010 may help solve this question. According to it, all clinics, hospitals and surgeries, no matter if they are private, national or foreign, have to be accessible for every EU citizen. The consequence of the above mentioned solution will be the possibility of treatment abroad, and also in the country of the subject which does not have a signed agreement with the National Fund of Health. Such a solution will probably influence the limitation of medical services. However, until the moment we see the final shape of the mentioned directive it is difficult to univocally forecast its consequences. Taking the issue of the problem into consideration it is worth analyzing the possible results of the suggested solution which is the subject of this study.