

Transgraniczny przepływ pacjentów – proces implementacji dyrektywy o stosowaniu praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej w Polsce

Cross-border movement of patients – process of implementation of the Directive on the application of patients' rights in cross-border healthcare in Poland

DOMINIKA M. PIOTROWSKA ^{1/}, PAWEŁ SOWA ^{1/}, BARTOSZ PĘDZIŃSKI ^{1,2/}, ANDRZEJ SZPAK ^{1/}

^{1/} Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

^{2/} Łomżyńskie Centrum Medyczne sp. z o.o.

W marcu 2011 roku, decyzją Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej, przyjęta została Dyrektywa w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Zdecydowano, że terminem jej transpozycji do porządków prawnych poszczególnych państw członkowskich będzie 25 października 2013 r. W niniejszym artykule przedstawiono postanowienia Trybunału Sprawiedliwości UE, który za pośrednictwem swoich wyroków wywarł znaczący wpływ na uregulowanie transgranicznej opieki zdrowotnej. Omówiono również główne założenia Dyrektywy, m.in. jej podstawowe cele, zasady zwrotu kosztów poniesionych w związku z uzyskaniem świadczenia zdrowotnego w innym Państwie Unii oraz mechanizm uzyskania uprzedniej zgody na skorzystanie z transgranicznej opieki zdrowotnej. Opracowanie uwzględniło opis procesu implementacji postanowień Dyrektywy do polskiego systemu prawnego, w tym konsultacje założeń projektu ustawy, jak i przedstawiony w październiku 2013 roku projekt ustawy, który modyfikuje rodzime ustawodawstwo.

Słowa kluczowe: *transgraniczna opieka zdrowotna, dyrektywa transgraniczna, uprzednia zgoda, turystyka medyczna, zwrot kosztów leczenia*

In March 2011, the Directive on the application of patients' rights in cross-border healthcare was adopted by a decision of the European Parliament and the Council of the European Union. The deadline for its implementation in the legal systems of the Member States was set for 25 October 2013. This article presents the case law of the Court of Justice of the EU, which, through its judgments has a significant impact on the regulation of cross-border healthcare. The main objectives of the Directive were discussed, including its primary objectives, the reimbursement of the use of health services in another EU Member State and the mechanism of prior authorization for cross-border healthcare. The paper takes into account the process of implementation of the Directive into the Polish legal system, including consultations of assumptions for draft legislation and a bill presented in October 2013 that modifies the native legislation.

Key words: *cross-border healthcare, Directive on cross-border healthcare, prior authorization, medical tourism, reimbursement of treatment*

© Hygeia Public Health 2014, 49(1): 6-11

www.h-ph.pl

Nadesłano: 04.02.2014

Zakwalifikowano do druku: 25.02.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Mgr Dominika M. Piotrowska
Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Szpitalna 37, 15-295 Białystok
tel. 85 686 50 51, e-mail: dm.piotrowska@interia.pl

Prawne podstawy transgranicznej opieki zdrowotnej w UE

Konieczność zapewnienia ochrony zdrowia mieszkańcom Unii Europejskiej wynika z postanowień art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE). Artykuł ten stanowi nie tylko o potrzebie poprawy zdrowia publicznego, czy zapobieganiu chorobom, ale także o koordynacji działań pomiędzy państwami w tej dziedzinie, w szczególności sposób akcentując rolę współpracy w regionach przygranicznych [1]. Należy podkreślić, że – zgodnie z art. 6

TFUE – Unia Europejska ma możliwość wspierania, koordynowania lub uzupełniania działań państw członkowskich w zakresie poprawy i ochrony zdrowia ludzkiego, natomiast przysługuje jej pierwszeństwo działania w kwestii wspólnych problemów bezpieczeństwa z zakresu zdrowia publicznego w ramach kompetencji dzielonych i w poszanowaniu zasady pomocniczości (art. 4 ust. 1 i 2 TFUE). W związku z powyższym, kwestie związane z organizacją świadczeń zdrowotnych w poszczególnych krajach Unii należą do kompetencji państw członkowskich.

Dokumentem, który przyczynił się do koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, a zatem uregulował kwestie związane z możliwością uzyskania opieki zdrowotnej w innym kraju UE, było rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie [2]. Powyższy akt nie umożliwił jednak pełnego dostępu do świadczeń zdrowotnych w innym kraju członkowskim, co skutkowało niechęcią państw do pokrywania kosztów usług medycznych uzyskanych za granicą. W związku z tym pojawiło się wiele wątpliwości odnośnie transgranicznego świadczenia usług zdrowotnych, które znalazły swoje wyjaśnienie w postanowieniach Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości (ETS), obecnie Trybunału Sprawiedliwości UE (TSUE).

Transgraniczna opieka zdrowotna została w dużym stopniu uregulowana za pośrednictwem orzecznictwa TSUE. Opowiedział się on za zwrotem kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w państwie członkowskim innym niż kraj zamieszkania osoby korzystającej z opieki. Przełomowymi wyrokami w tym obszarze stały się sprawy obywateli Luksemburga – Kohlla [3] i Deckera [4] z 1998 r.

Raymond Kohll wystąpił do Trybunału przeciwko Zjednoczeniu Kas Chorych w Luksemburgu. Sprawa dotyczyła przeprowadzenia leczenia ortodontycznego jego córki w Niemczech. W tym celu zwrócił się do kasy chorych w swoim kraju, aby jako jego ubezpieczyciel wydała zgodę na leczenie za granicą. Kasa chorych odmówiła zgody na refundację, uzasadniając, że leczenie ortodontyczne nie jest nagłym przypadkiem i możliwe jest przeprowadzenie go w Luksemburgu. Pomimo tego Kohll podjął decyzję o leczeniu poza granicami państwa.

Sprawa Nicolasa Deckera skierowana była przeciwko Kasie Chorych Pracowników Prywatnych. W tym przypadku obywatel Luksemburga bez wnioskowania o uprzednią zgodę kupił w Belgii okulary korekcyjne, a po powrocie bezskutecznie ubiegał się o zwrot kosztów zakupu.

W sprawie Raymonda Kohlla Trybunał orzekł, iż ma on prawo do zwrotu kosztów leczenia w innym kraju, a na podstawie art. 49 oraz kolejnych Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską (TWE), a obecnego art. 56 i następnych Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE), usługi zdrowotne podlegają swobodzie świadczenia usług [3].

Z kolei, w sprawie Nicolasa Deckera, Europejski Trybunał Sprawiedliwości orzekł, że Państwa Członkowskie UE nie mogą ograniczać swobodnego przepływu towarów pomiędzy Państwami Członkowskimi (art. 28 TWE, a obecny 34 TFUE) [4].

W obu przypadkach, decyzją Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, poniesione przez Luksemburczyków koszty zostały zwrócone. Najważniejszym skutkiem obu orzeczeń było zastosowanie prawa o swobodnym przepływie towarów i usług do świadczenia usług zdrowotnych, dzięki czemu obywatele państw członkowskich Unii Europejskiej nie musieli zyskać uprzedniej zgody, aby poddać się leczeniu w innym kraju Unii [5]. Należy przy tym zauważyć, że w 2010 r. Trybunał orzekł w sprawie Komisja Europejska przeciwko Republice Francuskiej [6] (C-512/08), że wydanie uprzedniej zgody na leczenie w innym państwie członkowskim może mieć miejsce jeśli zachodzi ryzyko zakłócenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w państwie udzielającym zgody.

Pomimo wydanych przez ETS orzeczeń w dalszym ciągu brakowało przejrzystych przepisów regulujących te kwestie. Co prawda w 2004 r. pojawiło się nowe rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, ale nadal nie było jasnych reguł związanych ze świadczeniem transgranicznej opieki zdrowotnej. Aby zmienić tę sytuację i uregulować wszelkie kwestie w tym zakresie, 2 lipca 2008 r. Komisja Europejska przedstawiła Parlamentowi Europejskiemu i Radzie projekt Dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej [7]. Rada Europejska przyjęła projekt w 2010 r., natomiast Parlament Europejski opowiedział się za dyrektywą 19 stycznia 2011 r. Ostatecznie dyrektywa transgraniczna została przyjęta przez oba ciała 9 marca 2011 r., a termin jej transpozycji do systemów prawnych państw członkowskich wyznaczono na 25 października 2013 r. (art. 21 Dyrektywy)

Główne założenia Dyrektywy

Dyrektywa definiuje transgraniczną opiekę zdrowotną jako opiekę zdrowotną świadczoną lub przepisaną w państwie członkowskim innym niż państwo członkowskie ubezpieczenia (art. 3e), rozumiane jako właściwe do udzielenia zgody na dane świadczenie (art. 3c) [8]. Zakres regulacji Dyrektywy można podzielić na 3 główne obszary tematyczne: ramy i zasady zwrotu kosztów poniesionych z tytułu uzyskania świadczenia zdrowotnego w innym państwie członkowskim UE, kwestie związane z odpowiedzialnością państw członkowskich w związku z transgranicznym świadczeniem zdrowotnym oraz formy współpracy państw członkowskich w ramach opieki zdrowotnej [9, 10]. Zgodnie z treścią Dyrektywy, jej podstawowym celem jest zapewnienie w sferze opieki zdrowotnej powszechnego i skutecznego stosowania zasad określonych przez Trybunał Sprawiedliwości UE oraz promowanie współpracy w tym zakresie pomiędzy państwami członkowskimi. Dyrektywa ma zastosowanie do

świadczeń opieki zdrowotnej niezależnie od tego jak są one zorganizowane, udzielane lub finansowane (art. 1 ust. 2), a w związku z tym świadczeń takich mogą udzielać także podmioty spoza publicznego systemu opieki zdrowotnej danego państwa członkowskiego. Art. 1 ust. 4 Dyrektywy uzupełnia tę kwestię stanowiąc, że żaden jej przepis nie zobowiązuje państwa członkowskiego do zwrotu kosztów opieki zdrowotnej świadczonej na jego terytorium przez podmioty należące do prywatnego sektora. Należy zaznaczyć, że przedmiotem Dyrektywy nie są świadczenia opieki długoterminowej, kwestie związane z przeszczepami narządów oraz programami powszechnych szczepień przeciw chorobom zakaźnym (art. 1 ust. 3).

Najistotniejszą z punktu widzenia motywacji pacjenta do podjęcia leczenia poza granicami swojego kraju kwestią regulowaną przez Dyrektywę wydaje się być zwrot kosztów leczenia przez publicznego płatnika [11]. Koszty transgranicznej opieki zdrowotnej zwracane są przez państwo członkowskie w sytuacji gdy dana opieka zdrowotna mieści się w zakresie świadczeń, do których ubezpieczony jest uprawniony w państwie członkowskim ubezpieczyciela (art. 7 ust. 1), z zastrzeżeniem, że mogą być one pokryte jedynie do takiego poziomu, jaki miałby miejsce gdyby to samo świadczenie było zrealizowane na jego terytorium (art. 7 ust. 4). Państwo członkowskie ubezpieczenia może ograniczyć (art. 7 ust. 9) stosowanie przepisów dotyczących zwrotu kosztów, a w określonych przypadkach wprowadzić mechanizm uzyskania uprzedniej zgody na skorzystanie z transgranicznej opieki zdrowotnej (art. 8 ust. 1). Sytuacje, w których państwo członkowskie może wprowadzić taki mechanizm dotyczą opieki zdrowotnej podlegającej wymogom planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia lub woli kontrolowania kosztów i uniknięcia marnotrawstwa zasobów finansowych technicznych i ludzkich oraz obejmującej pobyt danego pacjenta w szpitalu przez co najmniej 1 noc lub wymagającej użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej aparatury medycznej (art. 8 ust. 2). Państwo członkowskie może odmówić udzielenia takiej zgody w czterech przypadkach (art. 8 ust. 6). Po pierwsze, wtedy, gdy ocena kliniczna daje dostateczną pewność, że bezpieczeństwo pacjenta będzie narażone na ryzyko, którego nie można zaakceptować. Po drugie, gdy istnieje pewność, że społeczeństwo zostanie narażone na zagrożenie bezpieczeństwa w wyniku danego rodzaju transgranicznej opieki zdrowotnej. Po trzecie, gdy istnieją poważne wątpliwości wobec świadczeniodawcy co do poszanowania norm i jakości opieki. Po czwarte, w sytuacji, gdy opieka zdrowotna może być świadczona na terytorium państwa członkowskiego ubezpieczyciela w terminie uzasadnionym przesłankami medycznymi.

Przepisy Dyrektywy zobowiązują ponadto państwa członkowskie do zapewnienia przejrzystych, obiektywnych i niedyskryminujących procedur administracyjnych mających odniesienie do transgranicznych świadczeń opieki zdrowotnej (art. 9), rozpatrywania spraw w tym zakresie w odpowiednim terminie z uwzględnieniem określonego stanu chorobowego jak również okoliczności indywidualnych i związanej z nimi pilności. W rozdziale dotyczącym współpracy w dziedzinie opieki zdrowotnej akcentowane są aspekty wzajemnej kooperacji państw członkowskich w realizacji treści dyrektywy transgranicznej, zachęta do nawiązywania umów między państwami sąsiadującymi ze sobą w tej kwestii, jak również zobowiązanie do udzielenia informacji nt. prawa do wykonywania zawodów medycznych oraz poszanowania uinijnych przepisów o ochronie danych osobowych (art. 10). Ponadto rozdział ten podejmuje zagadnienie uznawalności recept wystawionych w innym państwie członkowskim uznając, że recepta taka powinna być zrealizowana w innym państwie Unii, jeśli tylko dotyczy produktu leczniczego dopuszczonego do obrotu w tym państwie, przy założeniu ograniczeń tego przepisu, jak również dodatkowych środków zwiększających funkcjonalność systemu (art. 11). W odniesieniu do współpracy między państwami członkowskimi w dziedzinie opieki transgranicznej wskazuje się w dyrektywie potrzebę utworzenia Europejskich sieci referencyjnych pełniących rolę banku wiedzy nt. systemów zdrowotnych w Unii, inicjatora działań na rzecz zwiększenia jakości opieki zdrowotnej i mobilności sił fachowych (art. 12). Dyrektywa wskazuje także konieczność współdziałania państw i Komisji na rzecz poprawy diagnostyki chorób rzadkich (art. 13), tworzenia sieci e-Zdrowie oraz wymiany informacji naukowych w celu lepszej oceny technologii medycznych (art. 14 i 15).

Implementacja Dyrektywy w Polsce

Dyrektywa nr 2011/24 nie wpływa na zmianę pełnionych przez kraje UE funkcji w obszarze zdrowia - nadal samodzielnie mogą one organizować krajowe systemy opieki zdrowotnej oraz wyznaczać rodzaje leczenia objęte ubezpieczeniem. Jednakże jej wejście w życie 25 października 2013 r. wymagało wprowadzenia odpowiednich regulacji prawnych na poziomie państw członkowskich, które umożliwią osiągnięcie stawianych w niej celów. W związku z tym, przedstawiciele polskich władz zobowiązani byli do przygotowania ustawy, która dokona transpozycji norm dyrektywy do polskiego porządku prawnego. Niestety w Polsce nie udało się implementować Dyrektywy w ustalonym terminie. Nie znaczy to, że jej przepisy nie obowiązują Polaków, wręcz przeciwnie, zgodnie z koncepcją bezpośredniej wertykalnej skuteczności

dyrektyw unijnych w krajowym porządku prawnym oraz z faktem przejrzystości i czytelności przepisów dyrektywy transgranicznej należy stwierdzić, że posiada ona moc obowiązującą w polskim systemie prawnym [12].

W dniu 7 lutego 2013 r. Ministerstwo Zdrowia sformułowało propozycję założeń projektu Ustawy o zmianie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Projekt ten został przekazany do zewnętrznych uzgodnień 8 lutego 2013 r. [13].

W związku z koniecznością dostosowania polskiego porządku prawnego do postanowień dyrektywy przewidziano wprowadzenie zmian do dwóch ustaw:

- Ustawy z dnia 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Twórcy założenia projektu stwierdzili, że najważniejsze modyfikacje związane z implementacją dyrektywy będą miały miejsce w znowelizowanej ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej. Podkreślono, iż istotne są tu dwie kwestie – pierwsza związana z unormowaniem problemu zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, a druga ze stworzeniem regulacji, które umożliwią funkcjonowanie krajowego punktu kontaktowego.

W procesie konsultacji projektu założeń do ustawy ujawniły się wyrażone przez funkcjonujące w systemie opieki zdrowotnej podmioty zastrzeżenia. Kluczowym zarzutem była sprzeczność części rozwiązań aktu z głównym celem dyrektywy, jakim jest utworzenie mechanizmu, dzięki któremu pacjenci otrzymają zwrot kosztów opieki zdrowotnej uzyskanej w innym kraju Unii. Ograniczeniem tego prawa był m.in. zawarty w założeniach zapis mówiący o braku zwrotu kosztów leków zakupionych w innym kraju członkowskim, które w Polsce objęte są programem lekowym.

Kolejnym krytykowanym pomysłem był sposób obliczania kosztów transgranicznej opieki medycznej, zwracanych ubezpieczonej osobie. Proponowany mechanizm miał uzależnić wysokość zwrotu kosztu opieki od średniej kwoty refundacji, która obowiązuje w wojewódzkim oddziale NFZ. Spowodowałoby to nierówne traktowanie ubezpieczonych. Konsultanci uważali także za sprzeczny z celem dyrektywy pomysł dotyczący konieczności otrzymania uprzedniej zgody Funduszu na leczenie za granicą, wówczas gdy świadczenie może zostać udzielone w kraju w okresie „nieprzekraczającym maksymalnego dopuszczalnego

czasu oczekiwania”. Według nich obecnie nie funkcjonuje klarowny mechanizm, który wskazuje jaki okres oczekiwania uznaje się za dopuszczalny [14].

Zastrzeżenie budził też brak możliwości skierowania skargi do sądu powszechnego w sprawie odmowy zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej. Projekt przewidywał jedynie zwrócenie się do sądu administracyjnego [15].

Podmioty wskazywały ponadto, że przedłożony im do konsultacji dokument nie zawierał planu wprowadzenia regulacji związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej obcokrajowcom, co mogło skutkować pojawieniem się wielu wątpliwości po wejściu ustawy w życie [16].

Z krytyką spotkała się koncepcja realizacji wniosków o zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej po uwzględnieniu kryterium gospodarności i celowości. Podmioty podkreślały, iż wyznaczniki te były niejasne i dawały dużą dowolność w uznawaniu wniosków [17].

Z kolei Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej miało poważne zastrzeżenia do dokonanego w projekcie oceny skutków finansowych, gospodarczych i społecznych ustawy. Przede wszystkim wskazując, iż ocena wydatków, które poniesie NFZ w związku z funkcjonowaniem transgranicznej opieki zdrowotnej jest zaniżona [18].

W dniu 3 października 2013 r., po etapie konsultacji opisanych wyżej założeń, przedstawiono projekt Ustawy zmieniającej Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz Ustawę z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne.

W odniesieniu do treści Dyrektywy ustawodawca przyjął formułę finansowania transgranicznych świadczeń opieki zdrowotnej w oparciu o zwrot kosztów (art. 42b Projektu Ustawy), przy czym zwrot kosztów może być dodatkowo obwarowany zgodą dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) na świadczenie (art. 42e Projektu Ustawy). Listę takich świadczeń, mając na względzie dobro świadczeniobiorców oraz gospodarność i celowość wydatkowania środków publicznych, może przygotować w drodze rozporządzenia minister właściwy do spraw zdrowia (art. 42e ust. 1 Projektu Ustawy). Zgoda udzielana będzie w formie decyzji administracyjnej na wniosek zainteresowanego, a odwołanie od decyzji odmownej będzie można składać do Prezesa NFZ (art. 42d ust. 15 Projektu Ustawy). Art. 42f ust. 2 Projektu Ustawy stanowi o przypadkach, w których dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ może odmówić wydania zgody na świadczenie transgraniczne. Są to sytuacje, w których dane świadczenie:

- nie jest gwarantowane w polskim systemie opieki zdrowotnej,
- może zostać udzielone w kraju w terminie nieprzekraczającym dopuszczalnego czasu oczekiwania (w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej),
- stwarza dla pacjenta ryzyko, nie równoważone potencjalnymi korzyściami zdrowotnymi,
- stwarza znaczne zagrożenie zdrowotne dla społeczeństwa,
- ma zostać udzielone przez podmiot, co do którego zachodzą wątpliwości w kwestii jego jakości i bezpieczeństwa.

Zwrot kosztów leczenia będzie w przypadkach nieobjętych ww rozporządzeniem warunkowany uzyskaniem przed rozpoczęciem leczenia odpowiedniego skierowania albo zlecenia (art. 42b ust. 3 Projektu Ustawy).

Wysokość zwrotu kosztów leczenia będzie dokonywana, zgodnie z propozycjami Projektu Ustawy, jedynie do kwoty, która została przewidziana na dane świadczenie w publicznym systemie finansowania. W przypadku gdy w skali kraju obowiązuje jednolita stawka na dane świadczenie, zwrot kosztów ustala się na poziomie takim, jaki istniał w umowach na dzień 1 stycznia roku, w którym rozpoczęto korzystanie z opieki transgranicznej. Gdy w skali kraju występuje zróżnicowanie co do wyceny danych świadczeń zdrowotnych, do zwrotu kosztów stosuje się średnią ważoną wartości umów na dane świadczenie (art. 43c Projektu Ustawy).

Projekt Ustawy przewiduje także utworzenie całkowicie nowej instytucji zajmującej się przepływem informacji nt. transgranicznej opieki zdrowotnej – Krajowego Punktu Kontaktowego (KPK) działającego przy centrali NFZ (art. 97a Projektu Ustawy). Poza funkcją informacyjną KPK będzie odpowiadał za współpracę z innymi instytucjami tego typu w UE.

Spore kontrowersje budzi art. 42h Projektu Ustawy, w ramach którego dopuszcza się zawieszenie przez NFZ wypłat z tytułu zwrotu kosztów w sytuacji, gdy wydatki poniesione w danym roku osiągną limit przewidziany na ten rok. Rozwiązanie takie daje możliwość uzasadniania odmów udzielania zgody przesłankami budżetowymi.

Podsumowanie

Zarówno sama Dyrektywa o prawach pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej, jak i próby jej implementacji do polskiego systemu prawa budzą szerokie kontrowersje. Trudny do osiągnięcia wydaje się jeden z celów Dyrektywy dotyczący stworzenia przestrzeni równego dostępu do usług zdrowotnych dla wszystkich obywateli UE. Po pierwsze dlatego, że budowaniu nierówności sprzyja duża swoboda państw członkowskich w decydowaniu o systemie zwrotu kosztów świadczeń, po drugie ze względu na fakt mało precyzyjnego zdefiniowania medycznie uzasadnionego czasu oczekiwania na świadczenie, jako przesłanki do ewentualnej odmowy udzielenia zgody na leczenie za granicą. Ponadto nastawienie państw europejskich do problematyki opieki transgranicznej jest znacząco zróżnicowane, czego dowodem może być finansowanie jedynie kosztów samego świadczenia w niektórych państwach lub dodatkowo kosztów transportu, zakwaterowania, etc. w innych [19]. Sytuacja taka może być motywowana przesłankami ekonomicznymi, a co za tym idzie bezpieczeństwem publicznego systemu finansowania świadczeń w państwach członkowskich. W załączonej do Projektu Ustawy ocenie ryzyka finansowego dla polskiego systemu ochrony zdrowia zakłada się, że roczne koszty świadczeń transgranicznych będą się wahać od 367 milionów złotych w 2014 r. do 445 milionów w 2022 r. przy corocznym stabilnym wzroście. Należy zakładać, że wśród państw UE znajdą się takie, dla których koszt świadczeń transgranicznych okaże się niższy, niż koszt świadczeń udzielanych w kraju. W pośredni sposób może to wpływać na nastawienie wobec koncepcji transgranicznej opieki.

Chociaż Polska nie dotrzymała terminu implementacji Dyrektywy do polskiego porządku prawnego, nie stanowi to przeszkody dla jej skuteczności, a zatem możliwe jest korzystanie z jej regulacji przez polskich pacjentów niezależnie od braku przedmiotowej ustawy. NFZ będzie wobec tego zobowiązany treścią Dyrektywy do zwrotu kosztów leczenia za granicą, a w sytuacjach spornych pacjentowi przysługuje skarga odszkodowawcza do TSUE.

Sama koncepcja Dyrektywy pokazuje nowy kierunek polityczny UE, która w coraz większym stopniu ingeruje w uznawany dotąd za suwerenny obszar opieki zdrowotnej państw członkowskich. Wskazuje także możliwe przyszłe kierunki rozwoju tej dziedziny, tzn. budowę sieci e-zdrowia oraz wzmocnienie współpracy naukowo-badawczej między państwami członkowskimi.

Piśmiennictwo / References

1. Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Dz.Urz. UE C115/47 z 9 maja 2008.
2. Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie. Dz.Urz. WE nr L 149/2 z 05.07.1971.
3. Trybunał Sprawiedliwości UE, sprawa C-158/96.
4. Trybunał Sprawiedliwości UE, sprawa C-120/95.
5. Hermans HEGM. Cross-border health care in the European Union: recent legal implications of 'Decker and Kohll'. *J Eval in Clin Pract* 2000, 6 (4): 431-439.
6. Trybunał Sprawiedliwości UE, sprawa C-512/08.
7. Jarman H, Greer S. Cross-border trade in health services: Lessons from the European Laboratory. *Health Policy* 2010, 94 (2): 158-163.
8. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. *Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej* L088 z 4.04.2011: 45-65.
9. Peeters M. Free Movement of Patients: Directive 2011/24 on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare. *EurJ Health Law* 2012, 19: 29-60.
10. Baeten R, Jelfs E. Simulation on the EU cross-border care directive. *Eurohealth incorporating Euro Observer* 2012, 18(3):18-20.
11. Gilnos IA, Baeten R, Helble M, Maarse H. A typology of cross-border patient mobility. *Health & Place* 2010, 16: 1145-55.
12. Głębocki K. Bezpośrednia skuteczność dyrektyw wspólnotowych w krajowym porządku prawnym. *Studia Europejskie* 1999, 3: 67-77.
13. Ministerstwo Zdrowia. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q491&ms=382&ml=pl&mi=382&mx=0&mt=&my=131&ma=031519> (26.04.2013).
14. Naczelna Izba Lekarska. Transgraniczna opieka zdrowotna – stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22.02.2013 r. <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/transgraniczna-opieka-zdrowotna-stanowisko-naczelnej-rady-lekarskiej-z-22.02.2013-r>. (26.04.2013).
15. Naczelna Izba Lekarska, Transgraniczna opieka zdrowotna – stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22.02.2013 r. <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/transgraniczna-opieka-zdrowotna-stanowisko-naczelnej-rady-lekarskiej-z-22.02.2013-r>. (26.04.2013).
16. Marszałek Województwa Opolskiego. DZD.9024.15.6.2013. MW, Opole, 14.03.2013.
17. Porozumienie 1 Czerwca, Warszawa, 11.03.2013 r. <http://www.porozumienie.1czerwca.pl/index.php/dyrektywa-transgraniczna-informacje/item/172-dyrektywa-transgraniczna-uwagi-porozumienia-do-zalozen-mz>. (25.11.2013).
18. Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Łódź, 08.03.2013 r. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uwaga_projswadcz_22032013_7.pdf (26.11.2013).
19. Legido-Quigley H, Passarani I, Knai C, Busse R, Palm W, Wismar M, McKee M. Cross-border healthcare in the European Union: clarifying patients' rights. *BMJ* 2011, 342: d296.