

Rynek turystyki medycznej w Polsce w aspekcie regulacji prawnych

Medical tourism market in Poland in context of legislative regulations

URSZULA RELIGIONI

Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Turystyka medyczna obejmuje wyjazdy pacjentów poza granice kraju w celach leczniczych. Rynek turystyki medycznej rozwija się najszybciej w Indiach, Singapurze, Tajlandii, Turcji, czy na Węgrzech. Rozwój sektora turystyki medycznej obserwuje się również w Polsce. Szacuje się, że w 2012 roku osiągnął on wartość 800 mln zł dzięki 300 tys. pacjentów z innych krajów. Z usług polskich placówek ochrony zdrowia w ramach turystyki medycznej najczęściej korzystają obywatele Niemiec, Wielkiej Brytanii i krajów skandynawskich. Jednym z głównych problemów w dalszym rozwoju polskiej turystyki medycznej jest jednak brak wdrożenia Europejskiej Dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.

W artykule zdefiniowano zjawisko turystyki medycznej, dokonano analizy trendów rynkowych turystyki medycznej, a także zaprezentowano istniejące oraz planowane rozwiązania prawne, regulujące przepływ pacjentów pomiędzy krajami w celu skorzystania ze świadczeń zdrowotnych.

Słowa kluczowe: *turystyka medyczna, turystyka zdrowotna, dyrektywa transgraniczna*

Medical tourism involves patients' trips outside their country aimed to obtain medical services. Medical tourism market is growing the most rapidly in India, Singapore, Thailand, Turkey and Hungary. The development of medical tourism is also observed in Poland. It is estimated that in 2012 it reached the value of 800 million PLN due to visits of 300 thousand patients from other countries. The citizens of Germany, Great Britain and the Scandinavian countries use the services offered in Polish medical institutions most frequently. One of the main problems in the further development of Polish medical tourism is the lack of implementation of the European Directive on the application of patients' rights in cross-border healthcare.

This paper describes the phenomenon of medical tourism. The author analyzed trends of medical tourism market and presented existing and planned legal arrangements concerning the flow of patients between countries in order to benefit from health services.

Key words: *tourist, medical, health tourism, trans-border Directive*

© Hygeia Public Health 2014, 49(4): 742-746

www.h-ph.pl

Nadesłano: 10.10.2014

Zakwalifikowano do druku: 13.11.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

mgr Urszula Religioni

Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego

ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa

tel. 22 599 21 80, e-mail: urszula.religioni@gmail.com

Wstęp

W dobie wszechobecnej globalizacji, łatwo dostępnego międzynarodowego transportu, zanikania barier językowych oraz większej świadomości pacjentów o nowych możliwościach i dostępności opieki zdrowotnej, turystyka medyczna staje się zjawiskiem coraz powszechniejszym.

Mianem turystyki medycznej określa się podróże pacjentów do zagranicznych krajów w celu otrzymania pomocy medycznej, często w połączeniu z wypoczynkiem. Początki turystyki medycznej sięgają starożytności. Podróżowano w celach religijnych, militarnych, czy handlowych, ale też aby poprawić swój stan psychofizyczny [1]. Jednak dopiero w XXI wieku dzięki przyspieszającej globalizacji, wzmocnieniu oddziaływania mass-mediów, czy rozkwitowi branży turystycznej, turystyka medyczna rozwija się w sposób dotąd

nieznany. Ludzie, chcąc dbać o swoje zdrowie i kondycję psychiczną, są w stanie przemierzyć niemalże cały świat w poszukiwaniu zaspokojenia tych braków.

Turystyka medyczna wymaga jednak od pacjentów znacznych nakładów finansowych. W celu zwiększenia dostępu do usług medycznych poza granicami kraju, Unia Europejska (UE) wdrożyła dyrektywę w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, której jednym z głównych założeń jest finansowanie świadczeń medycznych realizowanych na terenie dowolnych krajów członkowskich przez fundusz zdrowia kraju zamieszkania pacjenta. W krajach członkowskich UE zauważyć można jednak trudności wynikające z konieczności dostosowania tych przepisów do krajowych regulacji. Przykładem może być Polska, która miała wdrożyć wyżej wspomnianą dyrektywę do 25 października 2013 r.

Definicja

Każdy człowiek dąży to osiągnięcia lub chociaż przybliżenia się to stanu pełnego zdrowia. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje je jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby lub niedomagania [2].

Posiadanie przez ludzi tak zdefiniowanego zdrowia sugeruje, że udostępnienie turystyki medycznej i jej promocja powinna być interesem nie tylko poszczególnych placówek przyjmujących turystów, ale też całych państw, abstrahując od korzyści majątkowych płynących z zagranicy zarówno w skali mikro jak i makro.

Należy zwrócić uwagę, że obok turystyki medycznej wyróżnić można turystykę spa i wellness oraz turystykę uzdrowiskową. Wszystkie te trzy zjawiska określane są mianem turystyki zdrowotnej:

- turystyka medyczna – obejmuje podróże w celu uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej czy pozyskania lepszego stanu zdrowia. Mianem turystyki medycznej określa się nie tylko wyjazdy do innych krajów, ale także wewnątrz kraju macierzystego w poszukiwaniu lepszych świadczeń zdrowotnych. N. Lunt i P. Carrera z Uniwersytetu w Yorku definiują bowiem turystykę medyczną jako zorganizowaną wyprawę poza stałe środowisko naturalne w celu poprawy lub przywrócenia zdrowia jednostek [3],
- turystyka spa i wellness – obejmuje m.in. zabiegi upiększające, masaże, gimnastykę i inne, a także typowe produkty wellness takie, jak metody walki ze stresem, czy warsztaty motywacyjne,
- turystyka uzdrowiskowa – odnosi się do usług lecznictwa uzdrowiskowego obejmującego leczenie chorób przewlekłych, rehabilitację, profilaktykę, edukację i promocję zdrowia.

Charakterystyczne dla turystyki zdrowotnej jest łączenie głównego celu wyjazdu, czyli poprawy stanu zdrowia, zabiegów spa czy leczenia uzdrowiskowego z regeneracją sił fizycznych i psychicznych, zwiedzaniem i rozrywką [4]. Wyjazdy są często zorganizowane, posiadają zaplanowany program wycieczek i dodatkowych zajęć.

Na skutek złożoności świadczonych usług należy właściwie zdefiniować osobę uczestniczącą w turystyce medycznej. W publikacjach występują pojęcia takie, jak: klient, turysta, konsument, pacjent, turysta-pacjent, pacjent-turysta [5]. Jednak najbardziej trafnym wydaje się nazwanie osoby korzystającej z turystyki medycznej turystą medycznym, bowiem najczęściej osoba taka nie podróżuje sama i w dużej mierze łączy wyjazd w celu poprawy stanu zdrowia ze zwykłą podróżą turystyczną.

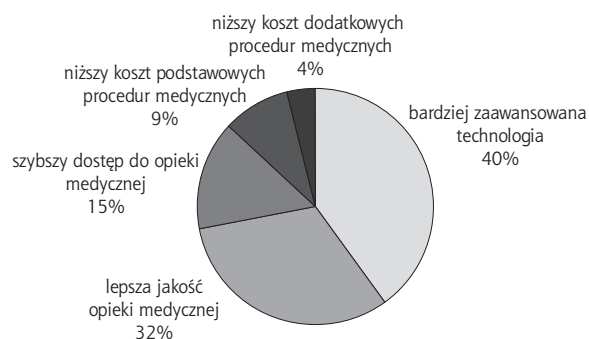
Turystykę medyczną można również rozpatrywać w kontekście ekonomicznym, wyróżniając jej dwa rodzaje:

1. zorientowaną na jakość – w odniesieniu do turystów medycznych pochodzących z krajów słabo rozwiniętych gospodarczo, którzy poszukują usług medycznych w innych krajach na wyższym poziomie jakości bądź z lepszą ofertą leczenia, albo chcą zaakcentować swój status społeczno-zawodowy,
2. zorientowaną na koszt – w odniesieniu do turystów medycznych pochodzących z rozwiniętych gospodarczo i zamożnych krajów, poszukujących usług podobnej jakości o niższej cenie [6].

Jeszcze inny podział czynników sprzyjających rozwojowi turystyki medycznej wyróżnia Światowa Organizacja Zdrowia, wymieniając w pierwszej kolejności bardziej zaawansowaną technologię i lepszą jakość opieki medycznej (ryc. 1).

Wraz z ciągłym rozwojem turystyki medycznej rosną wymagania turystów medycznych co do miejsca, dodatkowych atrakcji, udogodnień i wielu innych czynników związanych z wyjazdem. Kraje i placówki będące miejscem docelowym turystów medycznych stosują coraz to nowe narzędzia marketingowe by stworzyć jak najatrakcyjniejszą ofertę dla obecnych i potencjalnych klientów. Podmioty te stosują wszelkie charakterystyczne dla branży turystycznej narzędzia marketingowe, ale by jeszcze lepiej dostosować się do potrzeb klientów powstała nowa profesja w tej branży – *medical tourism facilitator* [7], czyli pośrednik organizujący i obsługujący ruch turystów medycznych. Do głównych obowiązków tej osoby należą: kontakt, obsługa i pomoc turyście na poszczególnych etapach jego wycieczki, począwszy od decyzji o wyborze placówki i zakwaterowania, przez wszelkie dodatkowe zajęcia w trakcie pobytu, po powrót do miejsca zamieszkania i organizację opieki zdrowotnej w celach kontrolnych.

W Polsce zawód taki określany jest jako specjalista z zakresu turystyki medycznej i staje się on na tyle potrzeby, że wiele krajowych uczelni utworzyło specjalne kierunki studiów w tym zakresie (m.in. Szkoła Główna Handlowa w Warszawie z kierunkiem Menedżer Turystyki Zdrowotnej, Uczelnia Łazarskiego z kierunkiem Turystyka Medyczna, czy Krakowska Wyższa Szkoła Promocji Zdrowia).



Ryc. 1. Główne czynniki występowania turystyki medycznej

Fig. 1. Main factors of medical tourism occurrence

Źródło: opracowanie własne na podstawie Kelley E, WHO Patient Safety Programme, 2013

Rynek turystyki medycznej w Polsce i w Europie

Jednym z pierwszych krajów, który dostrzegł i zaczął wykorzystywać potencjał turystyki medycznej, były Indie. Kolejnymi wiodącymi krajami w leczeniu zagranicznych turystów są Singapur, Tajlandia, Meksyk. Liderami europejskimi są Turcja, Węgry i Czechy.

W związku z zatwierdzeniem Dyrektywy Unii Europejskiej w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dyrektywa 2011/24/UE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 marca 2011 r.) pacjenci uzyskali swobodę wyboru opieki zdrowotnej na terenie całej UE. Dzięki temu szpitale prywatne i publiczne w krajach UE mogą przyjmować cudzoziemców, a koszty leczenia pokrywają narodowe fundusze zdrowia z ich kraju pochodzenia do wysokości sumy, jaką wartość ma taki sam zabieg w kraju pochodzenia pacjenta. Poza UE krajem o dużym rozwoju turystyki medycznej jest Turcja. W latach 2010-2014 w Turcji odnotowano 32% wzrost rynku turystyki medycznej, a celem tureckiego rządu jest osiągnięcie w 2016 r. wartości 10 mld USD dzięki obsłudze 1 mln pacjentów [8].

Rozwój sektora turystyki medycznej obserwuje się również w Polsce. Szacuje się, że w 2012 roku osiągnął on wartość 800 mln zł dzięki 300 tys. pacjentów z innych krajów.

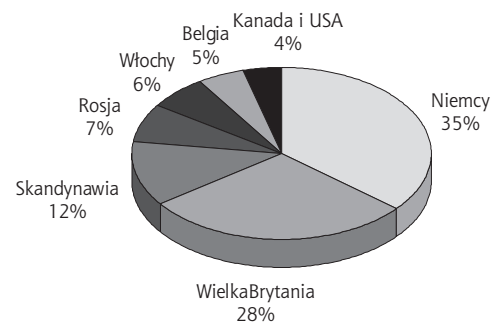
Z usług polskich placówek ochrony zdrowia w ramach turystyki medycznej najczęściej korzystają obywatele Niemiec, Wielkiej Brytanii i krajów Skandynawskich. Warte uwagi jest również zestawienie świadczeń realizowanych w ramach opieki transgranicznej wyłącznie wewnątrz UE. W 2011 roku dzięki tej możliwości, wartość świadczeń udzielonych pacjentom z zagranicy w ramach Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego wyniosła ponad 153 mln złotych (ryc. 2).

Najpopularniejsze w Polsce wśród turystów zagranicznych są zabiegi stomatologiczne, chirurgia plastyczna i leczenie uzdrowiskowe. Rozwój i promocja turystyki medycznej są w dużej mierze dofinansowane ze środków UE w ramach działania Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka „Promocja polskiej gospodarki na rynkach międzynarodowych”. Projekt o wartości 4 mln zł, wdrażany w latach 2012-2015, skierowany jest głównie na rynki Danii, Szwecji, Norwegii, Niemiec, Rosji, Wielkiej Brytanii i USA. W ramach projektu możliwa jest w tych krajach promocja polskiej turystyki medycznej, a także uczestnictwo w międzynarodowych targach, dystrybucja materiałów promocyjnych, czy zaproszenia na wizyty do polskich placówek ochrony zdrowia zagranicznych dziennikarzy i podmiotów biznesowych.

Ze względu na postępującą globalizację oraz stale rosnące ceny usług, rynek turystyki medycznej w najbliższych latach z pewnością będzie się rozwijał. Dodatkowo wpłynąć na to będą takie czynniki jak refor-

my systemów opieki zdrowotnej przewidujące dopłaty za wykonanie określonych usług poza granicami kraju, możliwość polepszenia rentowności i obłożenia szpitali państw przyjmujących turystów, czy słabo rozwinięta opieka medyczna w niektórych krajach [9]. W przypadku Polski jednak należy dodatkowo wspomnieć stale rosnące koszty opieki zdrowotnej w krajach UE, silniejsze poszukiwanie oszczędności przez obywateli innych krajów na skutek efektów kryzysu ekonomicznego i dogodne położenie Polski [10] w sąsiedztwie, czy niedalekiej odległości od krajów rozwiniętych z wyraźnie starzejącymi się społeczeństwami.

Rozważając przyszłość turystyki medycznej należy przewidywać także, że w ramach wzmożonej konkurencji nastąpi rozwój dodatkowych usług unikalnych, takich jak:



Ryc. 2. Kraje z jakich pacjenci najczęściej przyjeżdżają na leczenie do Polski

Fig. 2. Countries from which patients come to Poland most often

Źródło: Turystyka medyczna, www.medi-tour.pl (dostęp 27.09.2014.)



Ryc. 3. Wartość świadczeń medycznych zapewnionych w ramach Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (mln zł)

Fig. 3. Value of medical services within the framework of European Health Insurance Card

Źródło: Klinger K, Niemcy leczą się w Polsce, bo szybciej i taniej, www.gazetaprawna.pl (dostęp 27.09.2014)

- upowszechnienie medycyny naturalnej,
- zwiększenie popularności produktów ekologicznych i ekologicznego podejścia do prowadzonej działalności przez placówki zdrowotne,
- rozwój turystyki medycznej, promującej holistyczny model zdrowia,
- rozwój gastro-turystyki, edukującej i promującej zdrowe odżywianie,
- bardziej elastyczne możliwości świadczenia usług zdrowotnych w różnych miejscach wskazanych przez pacjenta [11] – w domu, hotelu, miejscu pracy, itp.

Obowiązujące regulacje prawne i projektowane rozwiązania w Polsce

W marcu 2011 roku Parlament Europejski i Rada Unii Europejskiej przyjęły Dyrektywę w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Głównymi celami Dyrektywy są:

- ustanowienie zasad ułatwiających dostęp pacjentów do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej,
- zapewnienie mobilności pacjentów zgodnie z zasadami ustalonymi przez Trybunał Sprawiedliwości poprzez ustanowienie ram prawnych określających korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwach członkowskich niż państwo członkowskie ubezpieczenia, z możliwością zwrotu kosztów tych świadczeń,
- promowanie współpracy w zakresie opieki zdrowotnej między państwami członkowskimi, z pełnym poszanowaniem kompetencji państw członkowskich w zakresie organizacji i świadczenia opieki zdrowotnej [12].

Dyrektywa nie ma jednak zastosowania w kwestiach opieki długoterminowej, szczepień ochronnych i przeszczepów tkanek, komórek czy narządów.

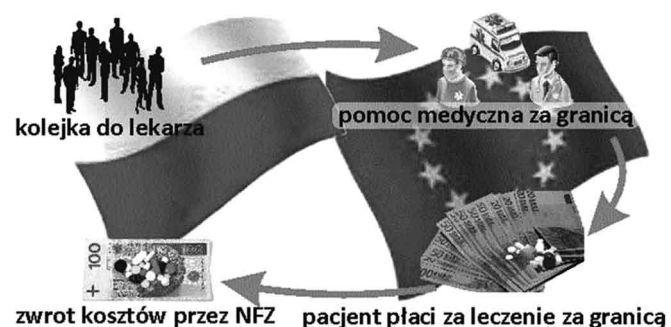
Przyjęte cele Dyrektywy w praktyce polskiej ochrony zdrowia powinny przełożyć się na możliwość leczenia się we wszystkich krajach UE nie tylko w nagłych przypadkach (o ile wymagane świadczenie znajduje się w koszyku świadczeń gwarantowanych) oraz brak oczekiwania w kolejkach do lekarzy czy na badania. Pacjent musi jednak początkowo zapłacić za pobrane w innym kraju świadczenie zdrowotne i następnie wystąpić do Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) o zwrot poniesionych kosztów. Istnieje jednak zastrzeżenie, że zwracana kwota nie może być wyższa niż wartość tego samego świadczenia w Polsce. Dodatkowo, w przypadku porad specjalistycznych, procedur jednodniowych, czy badań diagnostycznych, nie jest wymagana wcześniejsza zgoda NFZ, więc z tych świadczeń, które są w Polsce najbardziej powszechne, można będzie korzystać bez limitów za granicą.

Ostateczny termin wdrożenia postanowień Dyrektywy do prawa krajów UE minął 25 października 2013 r. Wiele spośród nich, w tym Polska, nie zmieniła jeszcze swojego prawodawstwa. Według Komisji Euro-

pejskiej do lipca 2014 roku Dyrektywa o transgranicznej opiece zdrowotnej została tylko częściowo wdrożona przez Polskę, Austrię, Belgię, Bułgarię, Estonię, Finlandię, Francję, Grecję, Niemcy i Wielką Brytanię. Kraje takie jak Irlandia, czy Luksemburg, nie przekazały Komisji Europejskiej żadnych informacji o jakichkolwiek poczynaniach mających na celu zmianę miejscowego prawa [13]. Z pozoru nie najgorsza sytuacja Polski pod tym względem nadal jednak uniemożliwia polskim pacjentom korzystanie z pełni praw przysługujących im w ramach Dyrektywy transgranicznej.

Aktualnie obowiązujące przepisy polskiego prawa nie przewidują możliwości uzyskania zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej uzyskanych odpłatnie poza granicami Polski, w tym także na terytorium innych państw członkowskich UE. Wyjątek stanowi sytuacja, gdy świadczenia zdrowotne niezbędne z medycznego punktu widzenia zostały udzielone w trakcie tymczasowego pobytu za granicą, a osoba uprawniona do ich otrzymania pokryła ich koszt [14], na przykład z uwagi na brak okazania Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego. NFZ finansuje również koszty leczenia planowego, jednak nie te poniesione przez pacjenta, lecz pokrywa te koszty za pośrednictwem płatnika innego państwa członkowskiego UE, po uprzedniej każdorazowej indywidualnej zgodzie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia [15].

Obecny Projekt założeń projektu ustawy o zmianie Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych oraz Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w związku z transpozycją dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24 w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, został zgłoszony do konsultacji społecznych. Projekt spotkał się z licznymi zastrzeżeniami, na przykład co do założeń ustanowienia maksymalnej kwoty wydatków przeznaczonych na zwroty leczenia pacjentów zagranicą, po osiągnięciu której NFZ będzie mógł zawiesić w danym roku kalendarzowym wypłaty



Ryc 4. Schemat przepływów pacjentów i płatności w transgranicznej opiece zdrowotnej

Fig. 4. Diagram of flow of patients and payments in trans-border health care

Źródło: Dudko U, Siwkowski L Fundacja MY Pacjenci, www.mypacjenci.org (dostęp 23.09.2014)

z tytułu zwrotu kosztów za korzystanie ze świadczeń medycznych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej [13]. Wprawdzie Dyrektywa wyjątkowo dopuszcza ograniczenie prawa pacjenta do refundacji kosztów, nie może ono zostać jednak zwieszane. Inne ważne zastrzeżenia dotyczą między innymi mechanizmów zwrotu kosztów leczenia transgranicznego. Dyrektywa nakazuje, by system ten był przejrzysty i zrozumiały dla pacjenta, natomiast zgodnie z założeniami projektu, NFZ będzie zwracał pacjentom poniesione przez nich wydatki według stawek, które stosuje w rozliczeniach ze świadczeniodawcami, co z kolei jest od dawna krytykowane za dowolność i niejasność kryteriów wyceny świadczeń [16]. Oznacza to w praktyce, że system refundacji kosztów nie będzie czytelny dla pacjentów, a to w głównej mierze może być czynnikiem decydującym o podjęciu leczenia za granicą.

Termin wprowadzenia rozporządzeń do realizacji przepisów Dyrektywy określono w Projekcie 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 na koniec 2015 roku.

Podsumowanie

Turystyka medyczna jest szybko rozwijającym się na całym świecie sektorem rynku ochrony zdrowia, w którym pacjenci podróżują do sąsiednich bądź odległych krajów w celu uzyskania opieki medycznej w ramach globalnego trendu łączenia leczenia, wypoczynku, zwiedzania, czy korzystania z innych, dodatkowych usług.

Zjawisko turystyki medycznej ma znaczące korzyści nie tylko dla pacjentów, ale także dla podmiotów gospodarczych i systemów zdrowotnych. Napływ dodatkowych pieniędzy jest powodem działań instytucji rządowych i podmiotów prywatnych, mających na celu promocję usług zdrowotnych w Polsce wśród innych krajów.

Polska ma możliwość rozwoju swojej gospodarki wykorzystując rozwijający się rynek turystyki medycznej. Istnieją ku temu doskonałe warunki, jednak ograniczeniami mogą być kwestie prawne, które do tej pory nie zostały jeszcze uregulowane. Nie wiadomo także, jak trafnie zostaną ostatecznie zmienione obowiązujące w Polsce przepisy i na ile pozwoli to wykorzystać szanse i korzyści płynące z wprowadzenia przez Unię Europejską Dyrektywy transgranicznej.

Piśmiennictwo / References

- Lubowicki-Vikuk AP. Turystyka medyczna przejawem współczesnych trendów i tendencji w turystyce. *Zesz Nauk Uniw Szczecińskiego* 2012, 699: 553.
- World Health Organization, WHO definition of health. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>, (20.09.2014).
- Lunt N, Carrera P. Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas* 2010, 66(1): 28.
- Lubowicki-Vikuk AP. Demograficzne tendencje i ich wpływ na rozwój turystyki i rekreacji w regionie krajów Europy Środkowo-Wschodniej. *Zesz Nauk WSHiU w Poznaniu* 2010, 19: 93-104.
- Lubowicki-Vikuk AP. Turystyka medyczna przejawem współczesnych trendów i tendencji w turystyce. *Zesz Nauk Uniw Szczecińskiego* 2012, 699: 557.
- Lubowicki-Vikuk AP. Turystyka medyczna przejawem współczesnych trendów i tendencji w turystyce. *Zesz Nauk Uniw Szczecińskiego* 2012, 699: 558.
- Cormany D, Baloglu S. Medical travel facilitator websites: An exploratory study of web page contents and services offered to the prospective medical tourist. *Tour Manag* 2011, 32: 709-716.
- Rutkowska M. Rozwój i potencjał rynku turystyki medycznej w Polsce i na świecie. *Medical Travel Partner, Konferencja Nowe Trendy w Turystyce* 2014.
- Lubowicki-Vikuk AP. Turystyka medyczna przejawem współczesnych trendów i tendencji w turystyce. *Zesz Nauk Uniw Szczecińskiego* 2012, 699: 554-565.
- Łoś A. Turystyka zdrowotna – jej formy i motywy. Czynniki rozwoju turystyki medycznej w Polsce. *Zesz Nauk Uniw Szczecińskiego* 2012, 699: 574-575.
- Puczkó L. Trends and Opportunities of Health and medical Tourism in Europe, Corvinus University of Budapest.
- Rzecznik Praw Pacjenta, Transgraniczna opieka zdrowotna, <http://www.bpp.gov.pl/dla-pacjenta/transgraniczna-opieka-zdrowotna/> (24.09.2014).
- Kobosz T. Komisja Europejska grozi Polsce Trybunałem Sprawiedliwości, <http://www.medexpress.pl/swiat/ke-grozi-polsce-trybunalem-sprawiedliwosci/46315/> (10.09.2014).
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej nr 883/2004 z dnia 24 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. *Dz.U. UE L 166 z 30.04.2004*.
- Projekt 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 (w związku z transpozycją dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24 w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej). *Ministerstwo Zdrowia, www.mz.gov.pl* (10.09.2014).
- Lisowska B. Dyrektywa transgraniczna: Minister chroni NFZ przed wydatkami. <http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/795600,dyrektywa-transgraniczna-minister-chroni-nfz-przed-wydatkami.html> (09.09.2014).