

MARTYNA ŁASZEWSKA-HELLRIEGEL

Prawa pacjentów na wspólnym rynku Unii Europejskiej według nowej dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady UE

Dnia 2 lipca 2008 r. Komisja Europejska, korzystając z inicjatywy ustawodawczej zgodnie z art. 293 (Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej) TFUE, przedłożyła Parlamentowi Europejskiemu i Radzie projekt dyrektywy w sprawie wykonywania praw pacjenta w transgranicznym zaopatrzeniu zdrowotnym¹. Projekt ten po dość długim okresie oczekiwania został przyjęty przez Radę Unii Europejskiej podczas jej szczytu w dniach 16-17 grudnia 2010 r. Osiągnięto tam kompromis dotyczący ostatecznego kształtu dyrektywy. Następnie Parlament Europejski i Rada Unii Europejskiej przyjęli ten projekt w ostatecznej wersji 9 marca 2011 r. Celem dyrektywy, mającej swój początek w orzeczeniach Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości (TS), jest stworzenie przejrzystych ram do transgranicznego świadczenia usług medycznych wewnątrz Unii Europejskiej oraz stworzenie opieki medycznej o wysokim standardzie, która jednocześnie byłaby wydajna i bezpieczna.

Wprowadzenie

Transgraniczne zaopatrzenie medyczne wewnątrz Unii Europejskiej napotyka, na pierwszy rzut oka, na dwie zasady prawne, które nie dają się ze sobą połączyć. Po jednej stronie zasada wyłącznej odpowiedzialności państw członkowskich za kształtowanie swoich systemów zabezpieczeń społecznych i zdrowotnych, a po drugiej stronie prawo gospodarcze zawarte w Traktacie o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE) dające wszystkim osobom fizycznym i prawnym prawa i wolności gospodarcze i jednocześnie zobowiązujące państwa członkowskie do takiego stanowienia prawa, aby chronić te wolności.

Samodzielność państw członkowskich UE w kształtowaniu swoich systemów zabezpieczeń społecznych oznacza w szczególności wolność do podjęcia decyzji o obowiązywaniu

1. Dziennik Urzędowy UE 4.04.2011, L88/45. W dalszej części opracowania nazywana dyrektywą medyczną. Projekt ten w jego skonsolidowanej wersji z dnia 19.01.2011 r. jest dostępny pod adresem: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+20110119+SIT+DOC+PDF+V0//PL&language=PL>.

zasady świadczeń rzeczowych, a jednocześnie możliwość niestosowania zasady zwrotu kosztów leczenia. Prawo wspólnotowe powinno respektować tę suwerenną decyzję danego państwa członkowskiego. Zgodnie z art. 168 ust. 5 TFUE odpowiedzialność państw członkowskich za organizację systemu zdrowotnego należy tylko i wyłącznie do nich.

Utworzona w ten sposób możliwość kształtowania prawa ubezpieczeń zdrowotnych państw członkowskich jest szeroka, ale jednocześnie niepozbawiona granic. Granica przebiega tam, gdzie pod względem prawnym ubezpieczenia zdrowotne mogą zostać zakwalifikowane jako sprawy dotyczące rynku wewnętrznego. Tu z kolei obowiązują wolności gospodarcze. Wartością, która ma w tym kontekście duże znaczenie i będzie miała zastosowanie jest zasada solidarności. TFUE będzie stosowany tam, gdzie ubezpieczenie zdrowotne pozbędzie się swojego socjalnego charakteru. Tutaj, obok myśli, że zainteresowane osoby poruszają się w systemie świadczeń zdrowotnych jako prywatne podmioty prawne, pojawia się aspekt zorganizowanego systemu zabezpieczenia w razie choroby, jako części państwowej opieki.

1. Orzecznictwo ETS w sprawach transgranicznego świadczenia usług medycznych

Państwa członkowskie przy wykonywaniu upoważnienia do samodzielnego kształtowania swoich systemów zabezpieczeń społecznych muszą jednocześnie podporządkowywać się prawu wspólnotowemu². Zgodnie z orzeczeniami TS, świadczenie usług medycznych i handel artykułami medycznymi podlegają zasadom wolności zawartym w TFUE³. TS uznał, iż co do zasady ani szczególny charakter, ani sposób organizacji lub finansowania opieki zdrowotnej nie powodują wyłączenia jej z zakresu podstawowej zasady swobody świadczenia usług. Miejsce świadczenia usługi, a więc rozróżnienie pomiędzy leczeniem, które wykonywane jest w szpitalu i leczeniem pozaszpitalnym, nie ma tu znaczenia⁴.

1.1. MOŻLIWOŚCI OGRANICZENIA SWOBODY ŚWIADCZENIA USŁUG MEDYCZNYCH

Państwo członkowskie ubezpieczenia może zdecydować, że ograniczy zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej z powodów związanych z jakością i bezpieczeństwem świadczonej opieki zdrowotnej, gdy jest to uzasadnione nadrzędnymi względami podyktowanymi interesem ogólnym dotyczącym zdrowia publicznego. Państwo członkowskie ubezpieczenia może również przyjąć dodatkowe środki oparte na innych przesłankach, jeżeli jest to uzasadnione nadrzędnymi względami podyktowanymi interesem ogólnym. Pojęcie „nadrzędnych względów podyktowanych interesem ogólnym”, do którego odnoszą się niektóre przepisy projektu dyrektywy, zostało ukształtowane przez TS w orzecznictwie dotyczącym art. 49 i 56 TFUE i może podlegać dalszej ewolucji. Trybunał wielokrotnie orzekał, że nadrzędne względy podyktowane interesem ogólnym

2. TS, sprawa C-120/95 (Decker).

3. TS, sprawa C-158/96 (Kohll); TS, sprawa C-120/95 (Decker.); TS, sprawa C-157/99 (Smits and Peerbooms); TS, sprawa C-385/99 (Müller-Fauré and Van Riet).

4. TS, sprawa C-385/99 (Müller-Fauré and Van Riet); TS, sprawa C-157/99 (Smits and Peerbooms).

nym mogą uzasadniać ograniczenie swobody świadczenia usług. Takimi względami są np. wymogi planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia o wysokiej jakości w danym państwie członkowskim lub dotyczące woli kontrolowania i unikania, na ile to możliwe, wszelkiego marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich. TS uznał również, że cel jakim jest utrzymanie – w interesie zdrowia publicznego – zrównoważonej i dostępnej dla wszystkich opieki medycznej i szpitalnej, może także być objęty jednym z odstępstw przewidzianych w art. 52 TFUE, jeżeli przyczynia się do osiągnięcia wysokiego poziomu ochrony zdrowia. TS stwierdził też, że postanowienia Traktatu umożliwiają państwom członkowskim ograniczenie swobody świadczenia usług medycznych i szpitalnych w takim zakresie, w jakim uznanie zdolności do leczenia lub kompetencji medycznych na terytorium krajowym jest niezbędne dla zdrowia publicznego.

1.2. ZWROT KOSZTÓW LECZENIA I WPROWADZENIE OBOWIĄZKU UZYSKANIA ZGODY W ORZECZENIACH TS

TS w swoim orzecznictwie⁵ uznał prawo pacjentów, jako ubezpieczonych, do zwrotu, w ramach ustawowego systemu zabezpieczenia społecznego, kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w innym państwie członkowskim. Jednocześnie zauważył, że obowiązek zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej powinien być ograniczony jedynie do opieki, do której jest uprawniona osoba ubezpieczona zgodnie z przepisami państwa członkowskiego ubezpieczenia.

W świetle orzecznictwa TS, uzależnienie pokrycia kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w innym państwie członkowskim przez ustawowy system zabezpieczenia społecznego lub krajowy system opieki zdrowotnej od uprzedniej zgody, jest ograniczeniem w swobodnym przepływie usług. Zatem, co do zasady, państwo członkowskie ubezpieczenia nie powinno uzależniać pokrycia kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w tym państwie członkowskim od uprzedniej zgody, w przypadku gdy koszty tej opieki – jeżeli udzielono by jej na terytorium tego państwa – zostałyby sfinansowane przez jego system zabezpieczenia społecznego lub krajowy system opieki zdrowotnej. TS zauważył również, iż uzasadnione jest takie ograniczenie możliwości korzystania ze świadczenia osoby ubezpieczonej, które polegałoby na konieczności uzyskania zgody na przeprowadzenie usług poza macierzystym systemem świadczeń zdrowotnych. W dziedzinie leczenia szpitalnego jest to, zdaniem Trybunału, uzasadnione tym, że liczba szpitali, ich geograficzne położenie, ich rozbudowa i podległe im jednostki, jak również rodzaj specjalizacji usług medycznych, które świadczą z uwagi na cel ich działalności – czyli zapewnienia wysokiej jakości standardu usług w sposób wystarczalny dla mieszkańców – musi być „jawni” względnie „powszechnie znany”⁶. W dziedzinie leczenia ambulatoryjnego TS nie przewidział takiego ograniczenia i stwierdził, iż nie jest udowodnione, aby określone ograniczenia były konieczne do utrzymania świadczeń na odpowiednim poziomie⁷.

5. TS, sprawa C-158/96 (Kohll); TS, sprawa C-120/95 (Decker.); TS, sprawa C-157/99 (Smits and Peerbooms); TS, sprawa C-385/99 (Müller-Fauré and Van Riet).

6. TS, sprawa C-385/99 (Müller-Fauré and Van Riet).

7. TS, sprawa C-158/96 (Kohll); TS, sprawa C-385/99 (Müller-Fauré and Van Riet).

2. Cele dyrektywy

Po tym jak nie udało się zawrzeć orzecznictwa ETS w ramach dyrektywy o świadczeniu usług⁸, Komisja wszczęła proces konsultacji do uregulowań sektorowych⁹. Wynikiem tych prac jest omawiana dyrektywa medyczna. W uzasadnieniu do dyrektywy Komisja konkretyzuje cel, jakim jest stworzenie w ramach Wspólnoty Europejskiej systemu transgranicznej bezpiecznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości. W ten sposób ma zostać stworzona wspólna podstawa dla wszystkich wspólnotowych systemów zdrowotnych, specjalne ramy transgranicznej opieki zdrowotnej i współpraca w zakresie opieki zdrowotnej między państwami członkowskimi, z pełnym poszanowaniem kompetencji krajowych w zakresie organizacji i świadczenia opieki zdrowotnej¹⁰. Ta wspólna podstawa prawna powinna przynieść wyjaśnienie systemu refundowania kosztów leczenia w innym niż własne państwie członkowskim, a również stworzyć warunki do powstania systemu zdrowotnego o wysokim standardzie usług.

3. Budowa i treść dyrektywy

Dyrektywa medyczna jest podzielona na 5 rozdziałów. Pierwszy rozdział dotyczący przepisów ogólnych w art. 1 ust. 1 zawiera cel dyrektywy. Jest nim ustanowienie przepisów ułatwiających dostęp do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości i promocja współpracy w zakresie opieki zdrowotnej między państwami członkowskimi z pełnym poszanowaniem kompetencji krajowych w zakresie organizacji i świadczenia opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 1 ust. 2, dyrektywa ma zastosowanie niezależnie od rodzaju organizacji systemu i finansowania opieki zdrowotnej. Przy zastosowaniu przepisów dyrektywy nie ma znaczenia czy chodzi o publiczny, czy prywatny system opieki zdrowotnej. Art. 1 ust. 3 spod regulacji dyrektywy wyłącza świadczenia w dziedzinie opieki długoterminowej, prawo do otrzymywania przeszczepów oraz programów powszechnych szczepień przeciw chorobom zakaźnym. Art. 2 reguluje związek projektu z innymi przepisami Wspólnoty.

3.1. OBOWIĄZKI PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO LECZENIA

Państwo członkowskie leczenia oznacza państwo członkowskie, na terenie którego faktycznie świadczona jest opieka zdrowotna (art. 3 lit. C). Aby zapewnić bezpieczeństwo leczenia, państwo leczenia powinno zapewnić odpowiednie standardy jakości (art. 4 ust. 1), a także dostęp pacjentów do informacji pomagających im w dokonywaniu świadomego wyboru, w tym informacje na temat możliwości leczenia. Dalej, państwo leczenia powinno zapewnić podstawowe prawo do prywatności w odniesieniu do przetwarzania danych osobowych, a także przejrzyste procedury i mechanizmy umożliwiające pacjentom składanie reklamacji w celu dochodzenia odszkodowań. Obowiązkiem państwa leczenia jest również zapewnienie pacjentom w celu zapewnienia kontynuacji opieki do pisemnej lub elektronicznej dokumentacji medycznej (art. 4 ust. 2). Państwo członkowskie leczenia

8. Kom (2004) 2.

9. Kom Sek (2006) 1195/4.

10. KOM (2008), 414, s. 4; oraz art. 1 proj. Dyrek.

zobligowane jest do zapewnienia stosowania przez świadczeniodawców tej samej skali opłat, skalkulowanej zgodnie z obiektywnymi niedyskryminacyjnymi kryteriami, jeżeli nie istnieje porównywalna cena dla pacjentów krajowych (art. 4 ust. 4).

Ważnym zapisem jest art. 4 ust. 3 dyrektywy wprowadzający możliwość przyjęcia przez państwo leczenia – jeżeli jest to uzasadnione nadrzędnymi względami dobra ogólnego¹¹ – środków dotyczących dostępu do leczenia. Środki te muszą być ograniczone do tego, co jest konieczne i proporcjonalne, nie mogą stanowić arbitralnej dyskryminacji oraz są z wyprzedzeniem podawane do publicznej wiadomości.

3.2. RODZAJE I GRANICE KORZYSTANIA Z TRANSGRANICZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Zwrot kosztów leczenia

W rozdziale III, w art. 7 - 9 dyrektywy zostały zawarte przepisy regulujące korzystanie z transgranicznej opieki zdrowotnej. Art. 7 ust. 1 dyrektywy formułuje zasadę zwrotu kosztów stanowiącą, że państwo członkowskie ubezpieczenia¹² zapewnia zwrot kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, który korzysta z transgranicznej opieki zdrowotnej, jeżeli dana opieka mieści się w zakresie świadczeń, do których ubezpieczony jest uprawniony w państwie członkowskim ubezpieczenia. Jeżeli chodzi o wysokość, do której koszty te będą pokrywane, to zasada znajduje się w art. 4 ust. 4. Stanowi on, że koszty transgranicznej opieki zdrowotnej są zwracane lub płacone bezpośrednio przez państwo ubezpieczenia 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. Pozostałymi kosztami zostanie obciążona osoba korzystająca z leczenia zagranicznego. Oczywiście, jeżeli państwo ubezpieczenia uzna to za słuszne, może zdecydować o zwrocie kosztów w pełnej wysokości lub zwrócić inne koszty związane z leczeniem, jak np. koszty noclegu i podróży (art. 7 ust 4). Państwa członkowskie zobowiązane są do wprowadzenia procedur administracyjnych zwrotu kosztów opieki zdrowotnej opartych na obiektywnych i niedyskryminujących kryteriach i proporcjonalnych do celu, jakie mają osiągnąć (art. 4 ust. 6 i art. 9 ust. 1).

Art. 7 ust. 8 dyrektywy zawiera zasadę stanowiącą, że państwo członkowskie ubezpieczenia nie może uzależnić zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej od uzyskania uprzedniej zgody. Od tej jasnej zasady istnieją jednak wyjątki zawarte w art. 8 dyrektywy. Ponadto zgodnie z art. 7 ust. 9 dyrektywy, państwo członkowskie może ograniczyć stosowanie przepisów dotyczących zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej na podstawie nadrzędnych względów podyktowanych wspomnianym już interesem ogólnym¹³.

11. Takimi jak 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 wszelkiego marnotrawstwa zasobów finansowych i ludzkich.
12. Czyli to państwo członkowskie, w którym dana osoba jest ubezpieczona lub w którym jest uprawniona do świadczeń chorobowych zgodnie z prawodawstwem tego państwa (art. 3 lit. C).
13. Dyrektywa wymienia przykładowo dwa wypadki: wymogi planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia lub dotyczące woli

System uprzedniej zgody

W drodze wyjątku od zasady zwrotu kosztów leczenia transgranicznego, w określonych przypadkach, państwo członkowskie może przewidzieć konieczność wprowadzenia systemu udzielania uprzedniej zgody na zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej. Państwo członkowskie wprowadzając taki system jest zobowiązane do podania do publicznej wiadomości jaki rodzaj opieki zdrowotnej podlega obowiązkowi uzyskania poprzedniej zgody (art. 8 ust.7). W art. 8 ust. 2 dyrektywy zostały przewidziane trzy takie przypadki. Wprowadzenie systemu udzielania uprzedniej zgody jest możliwe, gdy:

- opieka zdrowotna wymaga zaplanowania w celu wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie lub woli kontrolowania kosztów i uniknięcia marnotrawstwa zasobów finansowych technicznych i ludzkich oraz:
 - obejmuje pobyt danego pacjenta w szpitalu przez co najmniej jedną noc lub
 - występuje konieczność użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury medycznej lub aparatury medycznej,
- obejmuje leczenie stwarzające szczególne ryzyko dla pacjenta lub dla społeczeństwa,
- jest świadczone przez świadczeniodawcę, który w poszczególnych przypadkach może budzić poważne i szczególne wątpliwości związane z jakością lub bezpieczeństwem opieki podlegającej prawodawstwu unijnemu.

Uregulowanie art. 8 ust. 2 dyrektywy kodyfikuje stworzone przez TS zasady wewnątrzpaństwowego leczenia szpitalnego. W orzeczeniu *Smits/Peerboom*¹⁴ sędziowie uznali wprowadzenie systemu zezwoleń na leczenie transgraniczne w przypadku leczenia szpitalnego za zgodne z prawem europejskim¹⁵. W orzeczeniu tym TS argumentuje potrzebę wprowadzenia systemu pozwoleń w przypadku leczenia szpitalnego. Faktem jest, iż leczenie to jest kosztowniejsze, a państwo w celu zapewnienia odpowiednich standardów opieki zdrowotnej musi zachować możliwość planowania¹⁶. W orzeczeniach *Müller-Faure/van Riet* i *Vanbrakel* TS odniósł się do innych kryteriów dotyczących wprowadzenia systemu pozwoleń¹⁷.

Państwo członkowskie z kolei, zgodnie z art. 8 ust. 5 dyrektywy, nie może odmówić wydania uprzedniej zgody, jeżeli taka opieka nie może być świadczona na jego terytorium w terminie uzasadnionym przesłankami medycznymi, w oparciu o obiektywną ocenę stanu zdrowia pacjenta, historii i prawdopodobnego przebiegu jego choroby, stopnia bólu oraz charakteru jego niepełnosprawności w chwili składania lub ponawiania wniosku i udzielenie zgody.

Państwo członkowskie ubezpieczenia może odmówić wydania uprzedniej zgody w następujących przypadkach:

- jeżeli bezpieczeństwo pacjenta będzie narażone na ryzyko, którego nie można zaakceptować,

kontrolowania kosztów i unikania marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich.

14. TS, sprawa C-157/99, (*Smits/Peerbooms*).

15. TS, sprawa C-157/99, (*Smits/Peerbooms*).

16. TS, sprawa C-157/99, (*Smits/Peerbooms*).

17. TS sprawa C-385/99, (*Müller-Faure/van Riet*); TS sprawa C-386/98, (*Vanbraeckel*).

- jeżeli istnieje dostateczna pewność, że społeczeństwo zostanie narażone na znaczne zagrożenie bezpieczeństwa w wyniku świadczenia danego rodzaju transgranicznej opieki zdrowotnej,
- jeżeli dany rodzaj opieki zdrowotnej jest udzielany przez świadczeniodawcę, który budzi poważne i szczególnie wątpliwości związane z poszanowaniem norm i wytycznych odnośnie jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów,
- jeżeli taka opieki zdrowotna może być świadczona na jego terytorium w terminie uzasadnionym przesłankami medycznymi z uwzględnieniem aktualnego stanu zdrowia i prawdopodobnego przebiegu choroby.

Inaczej zostali potraktowani pacjenci cierpiący na choroby rzadkie. I tak zgodnie z art. 8 ust. 4 dyrektywy, gdy występują oni o udzielenie uprzedniej zgody, eksperci w tej dziedzinie mogą przeprowadzić ocenę kliniczną. Jeżeli w państwie ubezpieczenia nie ma takich ekspertów, to państwo członkowskie ubezpieczenia może wystąpić o poradę naukową (art. 8 ust. 4).

3.3. PRAWO PACJENTA DO INFORMACJI

Przepisy dotyczące obowiązków informacyjnych świadczonych przez usługodawcę i prawo do informacji pacjenta dotyczące jego praw wynikających z transgranicznej opieki zdrowotnej, zostały porozrzucone po całym tekście projektu dyrektywy¹⁸. Dyrektywa medyczna formułuje zobowiązanie państw członkowskich do sprecyzowania postępowania administracyjnego dotyczącego otrzymywania zezwoleń tak, aby było ono wystarczająco przejrzyste (art. 9). W celu osiągnięcia tego skutku państwa członkowskie zostały zobowiązane do utworzenia punktów kontaktowych. Ich zadaniem jest udzielanie informacji dotyczących transgranicznej opieki zdrowotnej, jak i również postępowania w jej zakresie (art. 6).

3.4. INNE PRZEPISY

Obok stojących w centrum dyrektywy medycznej problemów związanych z ponoszeniem kosztów, projekt zawiera regulacje dotyczące współpracy państw członkowskich w świadczeniu usług medycznych (art. 10 i nast.) jak np. stworzenie europejskiej sieci referencyjnej (art. 12), za pomocą której świadczący usługi medyczne, spełniając wymogi postawione przez Komisję, mogą się łączyć w celu tworzenia transgranicznego *know-how*, aby wszyscy obywatele państw członkowskich mieli do nich dostęp do odpowiednich usług medycznych.

4. Ocena projektu dyrektywy

Po analizie dyrektywy i uzasadnienia dotyczących praw pacjenta odnosi się wrażenie lektury streszczenia orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości. Jest to, jak pisze Komisja w uzasadnieniu, rzeczą zamierzoną¹⁹. Nasuwa się więc pytanie – co nowego przyniesie nam ta dyrektywa i czy była w ogóle konieczna skoro istniało już orzecznictwo?

18. Odnosi się to też do informacji dotyczących otrzymywania odszkodowań.

19. KOM (2008) 414, s. 1.

Zasadniczo należy powiedzieć iż dyrektywa likwiduje problem wprowadzenia odpowiednich regulacji do przepisów prawnych państw członkowskich. Dyrektywa zobowiązuje wszystkie państwa członkowskie do wprowadzenia odpowiednich przepisów umożliwiających i ułatwiających korzystanie pacjentów z transgranicznej opieki medycznej. Projekt dyrektywy porządkuje te przepisy i wprowadza przejrzystość postępowania w sprawach dotyczących zagranicznego leczenia, a jednocześnie przyczynia się do umocnienia praw pacjentów.

Zasadniczo, pozytywnie należy ocenić propozycję Komisji, aby transgraniczna opieka zdrowotna, co do zasady, umożliwiała całe leczenie na terenie Unii Europejskiej bez ograniczeń. Dalsze rozważanie dotyczące możliwości wprowadzenia ograniczeń w określonych przypadkach polegających na wprowadzeniu systemu uzyskiwania uprzedniej zgody przy spełnianiu określonych warunków, są już odstępstwem od reguły.

Pozytywnie należy również ocenić to, że Komisja uregulowała aspekt zapewnienia jakości transgranicznego świadczenia usług medycznych. Komisja poszła śladami wyznaczonymi przez Trybunał Sprawiedliwości ustanawiając regułę zharmonizowanego dostępu do wykonywania zawodu i zapewnienia równego standardu. Zapewnienie równego standardu usług medycznych oznacza poza zrównaniem zasad wykonywania zawodu również planowanie przedsięwzięć lekarskich, sposobu i metod leczenia, prowadzenia dokumentacji i kontroli, jak i również pomiaru zmiany stanu zdrowia, zadowolenia pacjenta i rodzaju komplikacji.

5. Czego można się spodziewać w przyszłości

Przedłożony projekt dyrektywy wprowadza w życie orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości w związku z transgranicznym świadczeniem usług i zobowiązuje państwa członkowskie w art. 21 projektu dyrektywy do odpowiedniego dostosowania krajowych systemów ubezpieczeń zdrowotnych. Ma to nastąpić w terminie 30 miesięcy od daty wejścia w życie niniejszej dyrektywy. Zgodnie z art. 22 dyrektywa wchodzi w życie dwudziestego dnia po jej opublikowaniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej. Publikacja miała miejsce 4 kwietnia 2011 r., a zatem dyrektywa zacznie funkcjonować od 25 października 2013 r.

Dyrektywa ułatwi obywatelom Unii Europejskiej przede wszystkim równy dostęp do opieki zdrowotnej, zarówno publicznej, jak i prywatnej, na terenie innego państwa UE, ustalając przejrzyste zasady zwrotu kosztów leczenia. Jest skierowana szczególnie do osób z rzadkimi chorobami, którzy mają kłopot ze specjalistyczną opieką w swoim kraju zamieszkania. Dyrektywa przewiduje zwrot kosztów leczenia do poziomu gwarantowanego w kraju ubezpieczenia, a jeśli kwota jest niższa, zwrot faktycznie poniesionych kosztów. Jeśli leczenie jest droższe, to różnicę musi pokryć pacjent z własnej kieszeni, co oznacza, że Polacy będą musieli w wielu przypadkach dopłacać. Zmiana w porównaniu z obecnie obowiązującymi przepisami unijnymi polega na tym, że pacjent nie będzie musiał udowadniać konieczności skorzystania z usługi medycznej za granicą (np. z powodu zbyt długich kolejek osób oczekujących na zabieg w kraju), jeśli w grę nie wchodzi hospitalizacja. Wcześniejsza zgoda NFZ będzie wymagana w przypadku leczenia szpitalnego już od jednej nocy szpitalnej. Wszelka inna forma leczenia nie będzie

wymagała wcześniejszej autoryzacji NFZ pod warunkiem, że jest ona objęta tzw. kosztyem świadczeń gwarantowanych. Jeśli państwo członkowskie nie zezwala pacjentom na specjalistyczne leczenie na poziomie krajowym, niniejsza dyrektywa nie tworzy żadnego nowego prawa pacjentom do otrzymania takiego leczenia za granicą oraz do otrzymania zwrotu kosztów. Wyjątek stanowią przypadki osób z rzadkimi chorobami, ale tu też wymagana jest wcześniejsza zgoda NFZ na leczenie.

Obecnie tylko 1 proc. Europejczyków korzysta ze służby zdrowia za granicą, włączając w to nagłe przypadki, np. wypadki narciarzy. Obecnie najczęściej z leczenia za granicą korzystają osoby mieszkające blisko granicy, pochodzące z małych krajów, przebywające w regionach turystycznych albo osoby cierpiące na rzadkie choroby.

Wykaz źródeł:

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej Dziennik Urzędowy UE 4.4.2011, L88/45.

Konsultacje dotyczące akcji Wspólnoty w sprawie ochrony zdrowia – KOM Sek (2006) 1195/4.

Orzeczenie z dnia 28 kwietnia 1998 r. Nicolas Decker v Caisse de maladie des employes pri-ves - TS, sprawa C-120/95 (Decker).

Orzeczenie z dnia 28 kwietnia 1998 r. Raymond Kohll v Union des caisses de maladie -TS, sprawa C-158/96 (Kohll).

Orzeczenie z dnia 12 lipca 2001 r. B.S.M. Geraets-Smits v. Stichting Ziekenfonds VGZ and H.T.M. Peerbooms v Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen -TS, sprawa C-157/99 (Smits and Peerbooms).

Orzeczenie z dnia 13 maja 2003 r. V.G. Müller-Fauré v. Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA und E.E. - TS, sprawa C-385/99 (Müller-Fauré and Van Riet).

Orzeczenie z dnia 9 marca 200 r. Komisja Europejska v. Republice włoskiej - TS sprawa C-386/98, (Vanbraeckel).

Prawa pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej w wersji skonsolidowanej na dzień 19 stycznia 2011 r., <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+20110119+SIT+DOC+PDF+V0//PL&language=PL>

Projekt dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie wykonywania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, Bruksela 2.7.2008 r. – KOM (2008) 414.

Propozycja Komisji Europejskiej w sprawie dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady o usługach na rynku wspólnotowym – KOM (2004) 2.

Patients' rights on the common European Union market according to the new European Parliament and EU Council directive – SUMMARY

On July 2, 2008 the European Commission, taking advantage of legislative initiative under Article 293 of TFUE (Treaty on the Functioning of the European Union) presented to the European Parliament and the Council the draft directive on the exercising patient's rights in

cross-border provision of healthcare. The draft, after quite a long waiting period, was adopted by the Council of the European Union during its summit on December 16-17, 2010. A compromise on the final form of the directive was reached there. Subsequently, the European Parliament and the Council of the European Union adopted the final version of the draft on March 9, 2011. The aim of the directive, which has its beginnings in judgements of the European Court of Justice, is to establish a transparent framework for cross-border provision of medical services within the European Union and to establish high standard health care, which, at the same time, would be efficient and safe.

Dr MARTYNA ŁASZEWSKA-HELLRIEGEL, LL.M. jest adiunktem w Katedrze Nauk Ekonomicznych WPiA Uniwersytetu Szczecińskiego.

Recenzenci: dr Katarzyna Malinowska, dr Magdalena Osak.