

Małgorzata Makuch

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

e-mail: malgorzata.makuch@ue.poznan.pl

**KONTROWERSJE WOKÓŁ WDROŻENIA
DYREKTYWY TRANSGRANICZNEJ
PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO
I RADY UNII EUROPEJSKIEJ W POLSCE**

**CONTROVERSY AROUND THE IMPLEMENTATION
OF THE EUROPEAN PARLIAMENT
AND THE COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION
CROSSBORDER HEALTHCARE DIRECTIVE
IN POLAND**

DOI: 10.15611/e21.2016.3.24

Streszczenie: Wprowadzenie dyrektywy transgranicznej miało na celu urzeczywistnienie działań Unii Europejskiej i zapewnienie wysokiego poziomu ochrony zdrowia obywateli. Był to impuls do przeprowadzenia reform krajowych systemów opieki zdrowotnej. Dyrektywa transgraniczna stworzyła możliwość do powstania jednolitego systemu ochrony zdrowia Unii Europejskiej. Głównym celem pracy jest wykazanie implikacji wdrożenia dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej oraz weryfikacja jej skutków dla polskiego systemu ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: dyrektywa transgraniczna, ochrona zdrowia w Unii Europejskiej, świadczenia medyczne, usługi zdrowotne.

Summary: The purpose of introduction of crossborder healthcare directive was materializing European Union actions and providing high level of healthcare for its citizens. It was an impulse to perform reforms of national healthcare systems. Crossborder healthcare directive gives an opportunity to create homogeneous EU healthcare system. The main aim of this paper is proving an implication of introduction of crossborder healthcare directive in case of using patients laws in crossborder health care and verification of its results for the Polish health care system.

Keywords: crossborder healthcare directive, European Union healthcare, medical services, healthcare services.

1. Wstęp

Zdrowie jest jedną z podstawowych potrzeb i wartości człowieka, stąd działania na rzecz ochrony, profilaktyki i promocji zdrowia są celem postulatów i działań wielu instytucji międzynarodowych. Według Światowej Organizacji Zdrowia jawna bądź ukryta dyskryminacja w świadczeniu usług zdrowotnych narusza podstawowe prawa człowieka [WHO 2015].

Systemy opieki zdrowotnej państw członkowskich Unii Europejskiej stanowią zasadniczy element działań w zakresie ochrony socjalnej [Wengler i in. 2013]. W Polsce, zgodnie z art. 68 ust. 1 Konstytucji, każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia, niezależnie od sytuacji materialnej, a władze publiczne są zobowiązane zapewnić równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, określonych ustawowo. Ze względu na przynależność do UE Polska ma również obowiązek wdrożenia i przestrzegania wspólnotowych regulacji w zakresie ochrony zdrowia. Przedmiotem rozważań podjętych w artykule jest właśnie jedna z takich regulacji.

Na podstawie analizy piśmiennictwa i dostępnych statystyk dokonana została analiza implementacji Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, nazywanej „dyrektywą transgraniczną”. Zasadniczym problemem badawczym są kontrowersje i problemy powstałe wokół wdrożenia tej dyrektywy w Polsce. Wprowadzenie jej miało na celu urzeczywistnienie działań Unii Europejskiej i zapewnienie wysokiego poziomu ochrony zdrowia obywateli, jednak opieszałość w zakresie transpozycji rozwiązań przewidzianych dyrektywą na prawo polskie, jak również bariery w korzystaniu ze świadczeń i trudności w zakresie ich rozliczania pozostały nierozwiązane. W kolejnych częściach artykułu omówiona została istota i potrzeba świadczenia usług transgranicznych na rzecz polskich pacjentów. Przeanalizowano również stan wdrożenia dyrektywy w innych państwach członkowskich celem porównania sytuacji w Polsce do średniej unijnej.

2. Usługi transgraniczne jako antidotum na problemy w realizacji świadczeń medycznych w Polsce

Dyrektywa 2011/24/UE (nazywana „dyrektywą transgraniczną” czy „dyrektywą o leczeniu transgranicznym”) w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej weszła w życie 24 kwietnia 2011 r. Państwa członkowskie miały ją przystosować do swoich przepisów krajowych do 25 października 2013 roku. Dyrektywa transgraniczna określa prawa pacjentów do zwrotu kosztów poniesionych w zakresie opieki zdrowotnej świadczonej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej. „Głównym celem dyrektywy jest zapewnienie realizacji zasady swobody świadczenia usług w sferze opieki zdrowotnej – zgodnie z dorob-

kiem orzecznictwem Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości – tj. stworzenie przejrzystych ram prawnych w zakresie korzystania przez pacjentów ze świadczeń opieki zdrowotnej w innych państwach członkowskich, z możliwością zrefundowania kosztów tych świadczeń przez publiczny system ubezpieczenia zdrowotnego, któremu dana osoba podlega. Kluczowe dla dyrektywy pojęcie transgranicznej opieki zdrowotnej obejmuje wszelkie usługi zdrowotne świadczone pacjentom przez pracowników opieki zdrowotnej w państwie członkowskim Unii Europejskiej, innym niż ich państwo ubezpieczenia, w celu oceny, zachowania lub poprawy ich stanu zdrowia, łącznie z przepisywaniem i wydawaniem produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Za świadczenie transgranicznej opieki zdrowotnej należy przy tym uznać także produkt leczniczy lub wyrób medyczny, który został jedynie przepisany na terytorium innego państwa członkowskiego, a jego zakup nastąpił już w kraju ubezpieczenia pacjenta. Jako generalną zasadę przyjęto, że pacjent podlegający systemowi ubezpieczenia zdrowotnego jednego z państw członkowskich Unii Europejskiej będzie mógł otrzymać zwrot poniesionych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej uzyskanych w innym państwie członkowskim, według stawek stosowanych przez jego rodzimą instytucję ubezpieczeniową, bez potrzeby występowania do tej instytucji o wydanie uprzedniej zgody na skorzystanie z tych świadczeń za granicą, pod warunkiem że dane świadczenie jest świadczeniem gwarantowanym w kraju ubezpieczenia (w przypadku gdy krajem ubezpieczenia jest Rzeczpospolita Polska – świadczeniem opieki zdrowotnej finansowanym w całości lub części ze środków publicznych)” [Ministerstwo Zdrowia 2013].

Dzięki dyrektywie transgranicznej pacjenci mają prawo do otrzymania zwrotu kosztów poniesionych za świadczenie medyczne w wysokości kwoty tego świadczenia według cennika, jaka odpowiada temu świadczeniu w kraju ubezpieczenia, o ile jest ono jednym ze świadczeń gwarantowanych w państwie ubezpieczenia. Oznacza to, że koszty świadczenia medycznego w innym państwie członkowskim powinny być pokryte przez państwo członkowskie ubezpieczenia w kwocie, jaka występuje w cenniku w przypadku takiej samej opieki zdrowotnej udzielonej w państwie członkowskim ubezpieczenia [Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r...].

Biorąc pod uwagę, że Polaków męczą kolejki do rejestracji, korupcja w szpitalach publicznych czy długi czas oczekiwania na świadczenie medyczne, dyrektywa w najbliższej przyszłości może doprowadzić do intensyfikacji turystyki medycznej. Stymulować ją będą:

- niezadowolenie z krajowego systemu ochrony zdrowia,
- ograniczony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej i lekarzy specjalistów,
- wysokie koszty prywatnych świadczeń,
- bardzo dobre kwalifikacje i wysoka jakość świadczonych usług przez lekarzy specjalistów z innych krajów członkowskich,
- niedostępność pewnych zabiegów ze względu na ograniczenia prawne (np. aborcje czy transplantacje organów),

- bardzo dobrze rozwinięta infrastruktura komunikacyjna i transport międzynarodowy.

Podróżowanie w celu uzyskania świadczeń w zakresie opieki zdrowotnej nie jest obecnie dla polskich obywateli barierą, a przy bardzo dobrze rozwiniętej sieci współpracy pomiędzy chętnymi na usługi medyczne a zagranicznymi szpitalami i klinikami staje się coraz bardziej osiągalne i realne. Modne stało się również prowadzenie przez szpitale i kliniki zagraniczne stron internetowych w języku angielskim, a coraz częściej w języku najbliższego „sąsiada”, dzięki czemu pacjenci mają możliwość uzyskania wszelkich niezbędnych informacji.

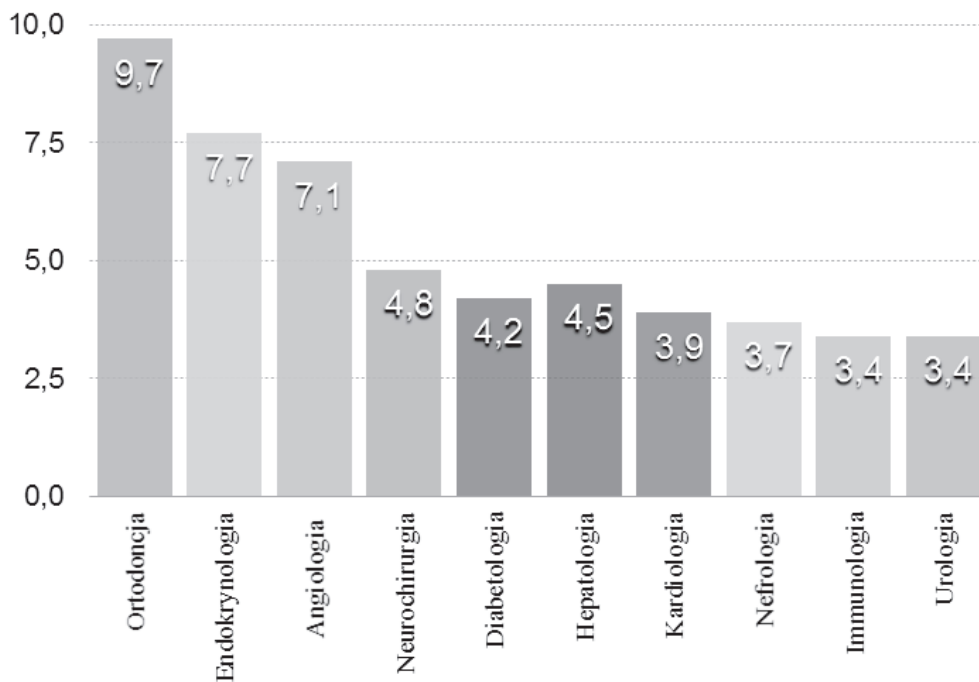
W Niemczech coraz bardziej popularne są porody prywatne, aborcje, zabiegi artroskopii, endoprotezoplastyki stawu kolanowego czy stawu biodrowego. W Czechach najpopularniejszym zabiegiem, oferowanym Polakom są operacje zaćmy i inne zabiegi okulistyczne. Jak podaje RynekZdrowia.pl, 629 wniosków (80,96% ze wszystkich, jakie zostały złożone) dotyczyło zwrotu kosztów właśnie operacji zaćmy. Jest to świadczenie medyczne, na które w Polsce czeka się najdłużej, bo około dwóch lat [Rynek Zdrowia 2015]. Kolejki utrzymują się już od dawna, a w ciągu ostatnich lat sytuacja systematycznie się pogarsza. Główną tego przyczyną jest starzejące się społeczeństwo oraz niewielka liczba klinik, które takie operacje przeprowadzają. Nie dziwi więc, że operacje usunięcia zaćmy zyskały ogromną popularność za granicą, w ramach analizowanej dyrektywy transgranicznej. Dla przykładu w Czechach czas oczekiwania na taką operację wynosi dwa dni. Z oficjalnych danych Departamentu Współpracy Międzynarodowej Centrali NFZ wynika, że na wykonanie takiego zabiegu u sąsiada od roku 2008 do roku 2013 na podstawie przepisów o koordynacji wydano Polakom 958 zgód (przy 154 odmowach). Leczenie kosztowało rocznie (nie licząc kosztu transportu chorych) od ponad sześciu do kilkunastu milionów złotych (najwięcej w 2011 r. – prawie 17,7 mln zł, natomiast w 2013 r. było to nieco ponad 15 mln zł – 140 zgód i 26 odmów). Rocznie wydawano po sto kilkadziesiąt zgód na zagraniczne leczenie, a w rekordowym 2011 r. – nawet 228 [Rynek Zdrowia 2015].

Jak można przeczytać w najnowszym raporcie na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce „Barometr Fundacji Watch Health Care nr 12/3/12/2015”, „średni czas oczekiwania na pojedyncze gwarantowane świadczenia zdrowotne w Polsce (niezależnie od ich charakteru: diagnostyczne i lecznicze bez uwzględnienia w tej ocenie kompleksowości i niezbędnej etapowości leczenia) wynosił w październiku oraz listopadzie 2015 roku ok. 2,97 miesiąca” [Raport na temat zmian... 2015]. Jest to około 12 tygodni, a w porównaniu z wcześniejszymi danymi zebranymi w czerwcu i lipcu 2015 roku, opublikowanymi w sierpniowej edycji „Barometru”, czas ten uległ wydłużeniu. Analizując dane uśrednionego czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne, można w sposób jednoznaczny stwierdzić, że od 2012 roku, tj. od kiedy fundacja Watch Health Care rozpoczęła projekt analizowania kolejek, stan opieki zdrowotnej w Polsce konsekwentnie się pogarsza.

W dalszym ciągu najdłuższy czas oczekiwania na świadczenie występuje w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu i wynosi średnio 14,7 miesiąca. Przedstawione w raporcie wyniki pokazują, że kolejki nie maleją, a porównując rok do roku, należy stwierdzić, że czas oczekiwania na świadczenia wzrasta, co jest niedopuszczalne, jeśli mowa o dostępie do „świadczeń gwarantowanych”.

Najdłuższe kolejki odnotowuje się w odniesieniu do wizyty u specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Przykładowo 56-letni mężczyzna ze zwyrodnieniem stawu kolanowego, który okresowo nie może chodzić, a także cierpi z powodu bólu, na zabieg endoprotezoplastyki stawu kolanowego musi czekać średnio 45,5 miesiąca. Podobnie – na endoprotezoplastykę stawu biodrowego czeka się około 44 miesiące. Aktualny czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia z zakresu omawianej wcześniej okulistyki to 3,4 miesiąca, a czas oczekiwania na zabieg usunięcia zaćmy wynosi 18,5 miesiąca. Na jakąkolwiek konsultację specjalistyczną średnio czeka się dwa i pół miesiąca, a ten uśredniony wynik nie odzwierciedla w pełni problemu, z jakim borykają się pacjenci, dla których upływ czasu każdorazowo zwiększa ryzyko rozwoju choroby lub nieodwracalnej utraty zdrowia.

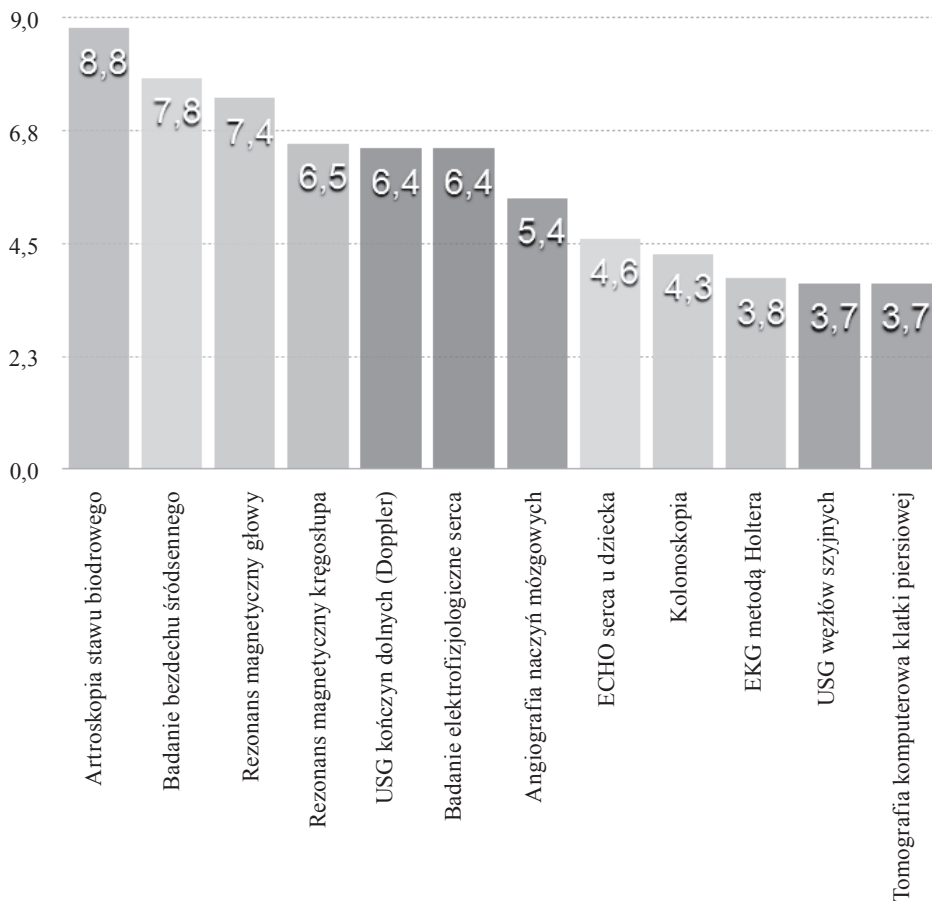
Na rysunku 1 przedstawiono średni czas oczekiwania na wybrane konsultacje specjalistyczne.



Rys. 1. Czas oczekiwania na konsultacje (w miesiącach)

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Raport na temat zmian... 2015].

Kolejki w ochronie zdrowia są długie także w zakresie diagnostyki, która przyczynia się do powodzenia wyjścia z choroby czy postawienia właściwej diagnozy. Średnio na badanie pacjent oczekuje około dziesięciu tygodni. Spośród dostępnych świadczeń zweryfikowanych przez fundację największa kolejka występuje w przypadku badania artroskopii stawu biodrowego – ponad 8 miesięcy. Na rysunku 2 przedstawiono średni czas oczekiwania na konsultacje diagnostyczną.



Rys. 2. Czas oczekiwania na diagnostykę (w miesiącach)

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Raport na temat zmian... 2015].

Należy zwrócić uwagę, że samo odbycie konsultacji specjalistycznej nie jest jeszcze równoznaczne z postawieniem diagnozy. Jako przykład może tu posłużyć czterdziestoletnia pacjentka, która skarży się na długotrwałe uczucie dyskomfor-

tu podczas siedzenia, pieczenie kończyn dolnych, obrzęki oraz trudności podczas chodzenia. Pierwszy etap procesu rozpoczyna od konsultacji u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Lekarz POZ daje skierowanie do lekarza z dziedziny angiologii. Przeciętnie na konsultację specjalistyczną trzeba czekać około siedmiu miesięcy. Kolejnym etapem jest USG Dopplera kończyn dolnych, na które przykładowa pacjentka oczekuje średnio kolejne sześć miesięcy. Następnie konieczna jest wizyta u specjalisty w dziedzinie chirurgii naczyniowej, co oznacza kolejne trzy-miesięczne oczekiwanie w kolejce. W sytuacji, kiedy chirurg naczyniowy stwierdzi konieczność operacyjnego usunięcia żyłaków kończyn dolnych, dla pacjentki oznacza to czekanie kolejnych około 10 miesięcy na zabieg. Czas oczekiwania przez pacjentkę od pierwszej wizyty u lekarza POZ aż do operacji wynosi więc łącznie ponad dwa lata.

Zasadność skrócenia czasu oczekiwania na diagnozę dzięki zastosowaniu możliwości oferowanych dzięki dyrektywie transgranicznej potwierdza także wcześniej zasygnalizowany przykład przypadku 56-letniego mężczyzny, cierpiącego na zwyrodnienie stawu kolanowego. Objawy obejmują przede wszystkim ból kolana, uniemożliwiający chodzenie. Pacjent porusza się o kulach. Czas oczekiwania na konsultację ortopedyczną wynosi około trzy miesiące. Czekanie na rezonans magnetyczny stawu kolanowego trwa kolejnych pięć miesięcy. Kiedy zalecona rehabilitacja okaże się niewystarczająca, pacjent będzie musiał przejść operację, tj. endoprotezoplastykę stawu kolanowego. Oczekiwanie na tego typu operację trwa około 45,5 miesiąca. Zsumowanie wszystkich okresów oczekiwania pacjenta ze zwyrodnieniem stawu kolanowego daje wynik prawie 54 miesięcy, czyli około 4,5 roku [Raport na temat zmian... 2015], i to przy założeniu niezwłocznie uruchomionej rehabilitacji. Niestety, im dłużej choroba ignorowana, nieleczona i nieoperowana, tym większe są jej negatywne skutki, ponieważ może wystąpić deformacja stawu, co przekłada się w zasadzie na nieodwracalne zmiany w stanie chorego.

W świetle powyższych ustaleń zapotrzebowanie na świadczenia transgraniczne jest w rzeczywistości duże. Jak wynika z opublikowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia dokumentu opisującego aktualny stan realizacji zadań ustawowych z zakresu ochrony zdrowia przez płatnika publicznego w ramach dyrektywy transgranicznej i koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, według stanu na dzień 30 października 2015 r. łączna wypłacona kwota zwrotu za świadczenia zdrowotne w zakresie dyrektywy transgranicznej wyniosła 470 311,64 zł [NFZ 2015].

Naukowcy nie mają dostępu do szczegółowych danych w przekroju wszystkich oddziałów NFZ, jednak na podstawie informacji z kilku województw można ustalić pewne przybliżone proporcje liczby zgłoszeń i refundacji poczynionych w ramach dyrektywy. Przykładowo do Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (OOWNFZ) od dnia, kiedy osoba ubezpieczona w Polsce może ubiegać się o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, które są gwarantowane na terytorium Rzeczypospolitej Polski, tj. od 15 listopada 2014 r. do 30 października 2015 r., złożono 356 wniosków o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, które

wpisują się w ramy świadczeń gwarantowanych RP i zostały udzielone w państwie członkowskim Unii Europejskiej – na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jak można przeczytać w raporcie, łączna kwota wnioskowanego zwrotu to ponad milion złotych. „Wnioski głównie dotyczyły zwrotu za operację zaćmy na łączną kwotę 972 404,74 złotych. W OOWNFZ do dnia 30 października 2015 r. zakończono 309 postępowań, wydano 298 decyzji Dyrektora. (...) Do dnia 30 października 2015 r. dokonano 267 zwrotów kosztów na łączną kwotę 719 852,87 złotych” [NFZ 2015]. Wynika z tego, że 75% wniosków o zwrot kosztów takich świadczeń zostało rozpatrzone pozytywnie, co stanowiło 55% łącznej wnioskowanej kwoty zwrotu w okresie 15.11.2014-30.10.2015.

Do Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia od stycznia 2015 do października 2015 roku wpłynęło 17 wniosków o zwrot kosztów. Jedenaście z nich zostało rozpatrzonych pozytywnie, co stanowi około 65% wszystkich wniosków. Ponadto, jak wynika z raportu, dwa wnioski zostały negatywnie rozpatrzone, a cztery wnioski nie zostały wcale rozpoznane.

Dla porównania w przypadku Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło 209 wniosków o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, które były świadczeniami gwarantowanymi i zostały udzielone na terytorium innym niż RP. Jak wynika z dokumentu opublikowanego przez NFZ, wydano 171 decyzji Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego, natomiast łączna wartość wnioskowanej kwoty wynosiła ponad 1 mln złotych, a wypłacono jedynie 453 tys. złotych. Oznacza to, że pomimo pozytywnego rozpatrzenia ponad 81% wniosków, sfinansowano mniej niż połowę wnioskowanej kwoty, tj. 43% rachunków [NFZ 2015]. Jeśli chodzi o przeszczepy u dzieci w ramach dyrektywy transgranicznej, są możliwe tylko w sytuacji, gdy dany przeszczep nie jest wykonywany u dzieci w Polsce. Przykładem tego rodzaju świadczenia jest przeszczep płuc. Niestety, w publicznych statystykach nie sposób odnaleźć żadnych informacji, czy ktoś już z tego rodzaju świadczenia skorzystał czy też starał się uzyskać zwrot kosztów [Prawowtransplantacji.pl 2015].

Procedury i przepisy dotyczące zwrotów kosztów leczenia przez NFZ powinny być bardziej transparentne, a ogólnopolski jednolity cennik świadczeń medycznych jasny i ogólnodostępny. Ponad 80% uczestników konsultacji społecznych wskazuje, że wymaganie dodatkowych pozwoleń na uzyskanie świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest zasadne [Rynek Zdrowia 2015].

Dyrektywa miała przede wszystkim na celu usprawnienie systemu ochrony zdrowia i zredukowanie czasu oczekiwania na niezbędne świadczenia medyczne. Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził wiele niejasnych procedur, zapisów i wymogów, konieczności składania kilku wniosków, zniechęcając tym samym pacjentów do korzystania z możliwości uzyskania zwrotu kosztów. Pacjenci licznie zgłaszali się do Rzecznika Praw Pacjenta, który skierował pisma z prośbą o transparentne i czytelne wymogi dotyczące wymaganej dokumentacji, a także zasad postępowania w celu otrzymania zwrotu kosztów za świadczenia medyczne

w ramach dyrektywy transgranicznej [RPP 2013]. Dyrektywa transgraniczna działa bowiem zgodnie z przepisami prawa unijnego i w związku z tym powinna mieć prymat ponad ustawą. Tym samym NFZ jest zobowiązany pokrywać koszty świadczeń zrealizowanych za granicami Polski, w krajach członkowskich Unii Europejskiej [Samoliński i in. (red.) 2013].

Wobec braku satysfakcjonujących rozstrzygnięć ze strony NFZ pacjentom przysługuje oczywiście możliwość dochodzenia swoich praw na drodze sądowej, jednak trudno spodziewać się, by osoby schorowane i w większości zaawansowane wiekiem decydowały się na ten sposób realizacji roszczeń.

Jak wynika z przedstawionych wcześniej danych, obecnie w Polsce nie ma takiej dziedziny w medycynie, w której chorzy nie czekaliby w kolejkach do uzyskania ważnego, niezbędnego im świadczenia medycznego. Nawet w ramach operacji w trybie pilnym czas oczekiwania jest skrócony, ale dalej może to oznaczać 20 miesięcy, co w niektórych przypadkach bardzo negatywnie wpływa na rozwój choroby. Rozwiązaniem może być skorzystanie z niezbędnego świadczenia w kraju sąsiedzkim, na przykład w Niemczech czy Czechach, jednak w przypadku odmowy refundacji ze strony NFZ oznaczać to będzie pokrycie kosztów z własnych środków, a często są to bardzo znaczne sumy. Może się też zdarzyć, że refundacja będzie miała miejsce, ale sięgnie jedynie poziomu ceny tego świadczenia w Polsce, co dla pacjenta równoznaczne będzie z dopłaceniem około 10-15% jego wartości. Niemniej jednak należy podkreślić, że jest to i tak relatywnie niska kwota w porównaniu z jakością uzyskanego świadczenia i czasu oczekiwania. W Niemczech w ciągu jednego tygodnia można zapisać się na konsultację i ustalić szczegóły na przykład w odniesieniu do endoprotezoplastyki stawu, a następnie wspólnie z lekarzem uzgodnić dogodny termin operacji. Dlatego mimo trudności proceduralnych i ryzyka pokrycia przynajmniej części kosztów samodzielnie popyt na świadczenia medyczne za granicą znacznie wzrósł i stale się zwiększa.

Dyrektywa transgraniczna wskazuje również, że podmioty lecznicze udzielające świadczeń w ramach opieki transgranicznej nie mają prawa różnicowania cen udzielanych świadczeń w zależności od obywatelstwa czy miejsca zamieszkania pacjentów. Zawarte zostały również limity kosztów świadczeń dla wydatków NFZ na lata 2014-2023. Zastrzeżono także, że w sytuacji, gdy poziom wpływów do Narodowego Funduszu Zdrowia będzie niższy, niż zakładano, odpowiednio o tyle samo niższy będzie limit wydatków. Zaplanowany limit na świadczenia wynosi obecnie 940 mln zł z uwzględnieniem tendencji wzrostowej, tak by do roku 2023 podniósł się do poziomu 1,36 mld zł. W przypadku wyczerpania limitu przez Narodowego Funduszu Zdrowia będzie zawieszal do końca danego roku system zwrotu kosztów leczenia. Jeśli dojdzie do przekroczenia, na początku nowego roku spłacone zostaną opóźnienia i wszelkie zaległości, umniejszając tym samym wielkość limitu na świadczenia w bieżącym roku kalendarzowym. Nie wyklucza się sytuacji, że może powstać „kolejka” pretendentów czekających na zwrot kosztów za leczenie [Neovize.pl 2014].

3. Dyrektywa transgraniczna w Polsce na tle rozwiązań w innych krajach UE

Od wejścia w życie dyrektywy transgranicznej państwa członkowskie UE miały ponad dwa lata na dostosowanie krajowego prawodawstwa do nowych regulacji. Jak już wspomniano, dyrektywa zaczęła obowiązywać 25 października 2013 r., jednak polskie władze zdecydowanie zbyt późno przygotowały projekt ustawy implementującej przewidziane w niej rozwiązania. Dopiero w kwietniu 2014 projekt trafił do parlamentu, w październiku 2014 Sejm przyjął poprawki zgłoszone przez Senat, a 15 listopada 2014 r. (a więc z rocznym opóźnieniem) dyrektywa ostatecznie weszła w życie [Zdrowie.abc.com.pl 2014].

Opóźnienia w implementacji dokumentu mogły być zamierzone, ponieważ dyrektywa, mimo iż jawi się jako jest bardzo dobre rozwiązanie problemu kolejek, ze względu na kondycję systemu finansów publicznych nie może być wykorzystana w pełnym zakresie [Neovize.pl 2014]. Przepuszczalnie z tego właśnie powodu o dobrodziejstwach z niej płynących nie informuje się powszechnie. Środowisko lekarskie podkreśla, że nie wszyscy pacjenci mają świadomość faktu wdrożenia dyrektywy transgranicznej i korzyści, jakie im oferuje. Informacje bezpośrednio przekazywane przez zagraniczne podmioty lecznicze trafiają w większości do mieszkańców województw leżących przy granicy.

Nie da się w pełni przewidzieć, czy i kiedy dojdzie do upowszechnienia omijania kolejek przez realizowanie świadczeń medycznych w podmiotach leczniczych za granicą. Prócz ograniczeń w zakresie informowania pacjentów, publiczny płatnik, wdrażając w życie unijną dyrektywę, istotnie utrudnił aktywne z niej korzystanie. Jednym z głównych ograniczeń są uwarunkowania uzyskania zgody NFZ na refundację planowanego leczenia. Zwrot kosztów za świadczenie możliwy jest bowiem pod warunkiem, że nie będzie można przeprowadzić wnioskowanego świadczenia w Polsce, w terminie nieprzekraczającym dopuszczalnego czasu oczekiwania. Nie można jednak niestety przewidzieć, ile ten dopuszczalny czas oczekiwania wynosi, gdyż każdorazowo jest on uznaniowo ustalany przez NFZ. Kolejne ograniczenie to wymóg uzyskania pozwolenia na zakup leków za granicą, jeśli tam są one tańsze lub łatwiej dostępne niż w kraju, a terapia i konieczność ich stosowania droga [Medexpress.pl 2014].

W sytuacji, gdy koszty realizacji zadań w zakresie zwrotów kosztów, w danym roku kalendarzowym osiągną kwotę ustalonego limitu, NFZ zastrzega sobie zawieszenie wypłat kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów do końca danego roku kalendarzowego. Jeśli natomiast już w pierwszym półroczu zwroty kosztów w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej przekroczą 50% ustalonego limitu, informacja o planowanym czasie zawieszenia zwrotów kosztów zostanie niezwłocznie upubliczniona na stronie internetowej centrali i oddziałów wojewódzkich NFZ, a także w Biuletynie Informacji Publicznej Narodowego Funduszu Zdrowia [KPK NFZ

2016]. Jak przewidują analitycy rynku medycznego, największa szansa na otrzymanie zwrotu będzie w przypadku złożenia rachunków za świadczenie w okresie zimowym. Jak tylko ten trend się upowszechni, NFZ w ciągu dwóch pierwszych miesięcy nowego roku będzie miał bardzo dużo wniosków, co spowoduje, że marcu zaplanowana pula pieniędzy może się wyczerpać [Medonet 2016].

W eksperckich wypowiedziach wielokrotnie podkreślano, że władze odpowiedzialne za implementację dyrektywy transgranicznej w Polsce celowo starały się zniechęcić pacjentów. Między innymi poprzez działania, takie jak usztywniony budżet na leczenie poza granicami kraju, wyłączenie świadczeń szpitalnych oraz „polityka administracyjnych utrudnień” podczas próby uzyskania zgody na leczenie za granicą. Ponadto, co również można zarzucić odpowiedzialnym za wdrożenie dyrektywy, w żaden sposób oni sami nie starają się stworzyć warunków, aby placówki krajowe skorzystały z transgranicznej opieki medycznej. Brak jest obecnie odpowiedniego systemu informacji dla obcokrajowców, który pokrótce przedstawiłby możliwości, ofertę i cennik świadczonych usług w zakresie ochrony zdrowia [Termedia.pl 2016].

Sprawozdanie na temat stanu wdrożenia dyrektywy transgranicznej opieki zdrowotnej Cross-Border Healthcare Directive (CBHC), opublikowane przez Komisję Europejską 4 września 2015 roku, wyraźnie pokazuje, że świadomość obywateli europejskich w zakresie ich praw do skorzystania z opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim UE utrzymuje się na niskim poziomie [Activecitizenship.net 2016].

Postępowanie w sprawie niedotrzymania zobowiązań wszczęto wobec 26 państw członkowskich. W sprawozdaniu dokonano również analizy i oceny stanu transpozycji dyrektywy w krajach członkowskich, mobilności pacjentów w zakresie planowanego leczenia na podstawie zarówno dyrektywy, jak i obowiązujących rozporządzeń państwowych z zakresu zabezpieczenia społecznego. Przeanalizowano procedurę zwrotu kosztów i administracji, przepływ pacjentów, a także sposób, w jaki funkcjonują krajowe punkty kontaktowe i informacje dla świadczeniobiorców. Nie zapomniano również o ocenie szeroko rozumianej współpracy transgranicznej, jak uznawanie recept, koncepcje rozwoju platformy e-Zdrowie i ocena technologii medycznych (HTA), a także funkcjonowanie europejskich sieci referencyjnych. Sieć e-Zdrowie została przyjęta przez Komisję w dniu 22.12.2011 roku. Jej głównym celem jest wsparcie współpracy pomiędzy instytucjami krajowymi, które zapisuje się w plan działania programu na lata 2012-2020: Innowacyjna opieka zdrowotna w XXI wieku.

Obecnie opracowywane są regulacje i procesy jak najbardziej produktywnego przepływu informacji medycznych w zakresie zdrowia publicznego i badań naukowych. Ocena technologii medycznych (HTA) to również regulacje i przepisy, które dotyczą sieci do spraw oceny technologii medycznych, które zgodnie z art. 15 dyrektywy zostały określone w decyzji wykonawczej Komisji 2013/329/UE [Decyzja wykonawcza Komisji 2013/329/UE 2013]. Głównym celem sieci do

spraw oceny technologii jest zacieśnienie współpracy pomiędzy instytucjami krajowymi oraz ocena krótko- i długookresowej skuteczności technologii medycznych.

Mobilność pacjentów w zakresie opieki planowanej w ogólnej tendencji wciąż utrzymuje się na niskim poziomie, w zakresie opieki nieplanowanej zaś wydaje się wyższa. Odstępstwami od wyżej wspomnianej tendencji są kraje, takie jak Francja, Luksemburg, Dania i Finlandia. Trend pokazuje, że liczba osób korzystających z planowanej opieki medycznej za granicą jest wyraźnie niższa od liczby osób zainteresowanych transgraniczną opieką zdrowotną. Pomimo funkcjonowania krajowych punktów kontaktowych, zainteresowani nie znają swoich praw co do zwrotu kosztów leczenia zagranicznego. Z badań przeprowadzonych przez Eurobarometr wynika, że funkcjonowanie krajowych punktów kontaktowych jest różne. Pacjenci znają zasady, ale nie potrafią ich zastosować bądź też obawiają się ich zastosowania w praktyce. Nie należy zapominać, że kilka krajów członkowskich przystąpiło do realizacji dyrektywy tak, aby w pełni skorzystać z jej dobroci i ułatwić korzystanie z praw pacjentów w transgranicznej opiece medycznej, jednak wciąż jest i kilka krajów członkowskich, w których utrudnienia dla świadczeniobiorców w systemie opieki zdrowotnej są istotne. Istnieją również kraje członkowskie, których polityka wskazuje, że są to działania celowe. Wiele funkcjonujących systemów procedur otrzymania zgody na leczenie za granicą, a także lista świadczeń, w przypadku których niezbędne jest otrzymanie zgody, jest dla pacjentów niejasna i skomplikowana, co ma skutecznie zniechęcać potencjalnych pacjentów. Nie wyklucza się również, że relatywnie niski (względem możliwości, jakie oferuje dyrektywa) popyt na leczenie transgraniczne może wynikać również z innych powodów – jak na przykład duża odległość szpitala od miejscowości rodzinnej, poczucie bycia osamotnionym w chorobie w obcym kraju, niechęć do podróży zagranicznych czy bariery językowe.

Dyrektywa o leczeniu transgranicznym stała się swego rodzaju impulsem do konieczności przeprowadzenia reform krajowych systemów opieki zdrowotnej. Stała się fundamentem transparentności przepisów i idących za tym praw pacjentów, symbolem jakości i poczucia bezpieczeństwa w systemie ochrony zdrowia. Dyrektywa transgraniczna jest krokiem do stworzenia międzynarodowego rynku medycznego i być może stwarza możliwość do wykształcenia się jednolitego systemu ochrony zdrowia Unii Europejskiej, zacieśniając współpracę w zakresie świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej w regionach przygranicznych krajów Unii Europejskiej [Sprawozdanie Komisji... 2015].

4. Podsumowanie

Pomimo świadomości, że poczyniono wiele błędów i opóźniono implementację dyrektywy, poza sztywnym określeniem finansowania zwrotu kosztów i biurokracji związanej z uzyskaniem zgody na planowane leczenie zagraniczne, na tle innych krajów europejskich nie odstajemy od średniej. Warto zaznaczyć, że zakres badania Barometru Fundacji Watch Health Care nie zawiera skarg czy naruszeń regul

i przepisów. Obiektywnie nie można ocenić przepływów pacjentów bez jednolitego wskaźnika biorącego pod uwagę porównywalne wielkości, niemniej wskaźnik tego typu nie został jeszcze opracowany ze względu na niedostępność danych dotyczących mobilności pacjentów czy grupy świadczeń, z których w danych krajach korzystają. Zagrożeniem dla Polski jest ograniczony budżet przeznaczany na ochronę zdrowia. Polska znajduje się w czołówce państw, które przeznaczają najmniej na ochronę zdrowia swoich obywateli. Paradoksalnie, chcąc przeznaczyć część budżetu na opiekę transgraniczną, doprowadzić można automatycznie do ograniczenia finansowania świadczeń na działania w ochronie zdrowia w kraju, co w efekcie dla wielu pacjentów oznaczać będzie wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenie.

Nie należy jednak zapominać, że dyrektywa transgraniczna została wprowadzona z myślą o polepszeniu sytuacji pacjentów, dając im dostęp do międzynarodowego rynku ochrony zdrowia. Prawa, jakie otrzymali, są dla nich szansą na ochronę zdrowia, a w niektórych sytuacjach wręcz życia. Dzięki otwartości placówek europejskich i doprowadzeniu do międzynarodowej wymiany w zakresie usług medycznych powstała wartość dodana w postaci dostępu do nowoczesnych metod leczenia, technologii i sprzętu oraz międzynarodowych usługodawców, zwiększająca szanse na ochronę zdrowia i ratowanie życia ludzkiego nawet w najtrudniejszych przypadkach medycznych. Nie należy tej szansy zmarnować!

Literatura

- Activecitizenship.net, 2016, *Improving patients' rights in the age of the Cross Border Healthcare Directive*, <http://www.activecitizenship.net/civic-activism/projects/199-improving-patients-rights-in-the-eu-the-case-history-of-cross-border-healthcare-directive.html> (10.03.2016).
- BPP, 2015, *Transgraniczna opieka zdrowotna*, <https://www.bpp.gov.pl/dla-pacjenta/transgraniczna-opieka-zdrowotna/> (19.03.2016).
- Decyzja wykonawcza Komisji 2013/329/UE z dnia 26 czerwca 2013 r. ustanawiająca zasady utworzenia sieci jednostek lub organów krajowych odpowiedzialnych za ocenę technologii medycznych, zarządzania tą siecią i jej przejrzystego funkcjonowania (Dz.U. L 175 z 27.6.2013, s. 71).
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r., Dz.U. UE.L.2011.88.45.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. 1997.78.483.
- KPK NFZ, 2016, *Krajowy Punkt Kontaktowy NFZ do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej*, <http://www.kpk.nfz.gov.pl/leczenie-w-innym-panstwie/zwrot-kosztow-swadczen.html#v-informacja-o-limicie-kosztow-oraz-o-monitorowaniu-poziomu-wykorzystania-srodkow-przez-narodowy-fundusz-zdrowia-przeznaczonych-na-realizacje-zadan-o-ktorych-mowa-w-art-42b-ustawy-o-swiadczeniach-opieki-zdrowotnej> (19.03.2016).
- Medexpress.pl, 2014, *Podsumowanie roku 2014 w ochronie zdrowia*, <http://www.medexpress.pl/system/krzysztof-landa-to-rok-stracony/54246/> (19.03.2016).
- Medonet, 2016, *Dyrektywa transgraniczna w praktyce*, <http://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego/dyrektywa-transgraniczna-w-praktyce,artykul,1708569.html> (06.03.2016).
- Ministerstwo Zdrowia, 2013, Projekt zmiany ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w sprawie traktowania praw pacjentów w

- transgranicznej opiece zdrowotnej, [http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/projza-
loz_siwadczopzdr_20130211.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/projza-
loz_siwadczopzdr_20130211.pdf) (23.05.2013).
- Neovize.pl, 2014, *Opieka transgraniczna – zwrot akcji*, [http://www.neovize.pl/aktualnosc/540-opieka-
-transgraniczna-zwrot-akcji-/](http://www.neovize.pl/aktualnosc/540-opieka-
-transgraniczna-zwrot-akcji-/) (05.03.2016).
- NFZ, 2015, *Raport: Realizacja zadań na rzecz pacjentów. Podsumowanie działań i wyzwania
na przyszłość*, [http://nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultstronaopisowa/349/28/1/nfz_realizac-
ja_zadan_na_rzecz_pacjentow_podsumowanie_dzialan_i_wyzwania_na_przyszlosc..pdf](http://nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultstronaopisowa/349/28/1/nfz_realizac-
ja_zadan_na_rzecz_pacjentow_podsumowanie_dzialan_i_wyzwania_na_przyszlosc..pdf)
(19.03.2016).
- Nojszewska E. (red.), 2011, *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań*, Wolters
Kluwer Polska Sp. z o.o. Warszawa.
- Prawowtransplantacji.pl, 2015, *Przeszczepy wyłączone z dyrektywy transgranicznej*, [http://prawo-
wtransplantacji.pl/przeszczepy-wylaczone-z-dyrektywy-transgranicznej/](http://prawo-
wtransplantacji.pl/przeszczepy-wylaczone-z-dyrektywy-transgranicznej/) (06.03.2016).
- Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, 2015,
„Barometr Fundacji Watch Health Care nr 12/3/12/2015”, www.korektorzdrowia.pl (19.03.2016).
- RPP, 2013, *Transgraniczna opieka zdrowotna*, [https://www.bpp.gov.pl/dla-pacjenta/transgraniczna-
-opieka-zdrowotna](https://www.bpp.gov.pl/dla-pacjenta/transgraniczna-
-opieka-zdrowotna) (11.02.2016).
- Rynek Zdrowia, 2015, [http://www.rynekzdrowia.pl/Ubezpieczenia-zdrowotne/To-nie-dyrektywa-trans-
sgraniczna-ale-budzet-wyznacza-granice-leczenia,150775,4.html](http://www.rynekzdrowia.pl/Ubezpieczenia-zdrowotne/To-nie-dyrektywa-trans-
sgraniczna-ale-budzet-wyznacza-granice-leczenia,150775,4.html) (19.03.2016).
- Samoliński B., Łanda K., Pokorowska K. (red.), 2013, *Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne*, [http://
www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/dodatkowe-ubezpieczenia-zdrowotne-raport-2013.
pdf](http://
www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/dodatkowe-ubezpieczenia-zdrowotne-raport-2013.
pdf) (12.02.2016).
- Sprawozdanie Komisji dotyczące funkcjonowania dyrektywy 2011/24/UE w sprawie stosowania praw
pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, Bruksela, dnia 4.9.2015 r. COM(2015) 421 final,
http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/docs/2015_operation_report_dir201124eu_en.pdf
(09.03.2016).
- Termedia, 2015, *Czy i jaką karę zapłaci Polska za dyrektywę transgraniczną*, [http://www.termedia.pl/
mz/Czy-i-jaka-kare-zaplaci-Polska-za-dyrektywe-transgraniczna,19313.html](http://www.termedia.pl/
mz/Czy-i-jaka-kare-zaplaci-Polska-za-dyrektywe-transgraniczna,19313.html) (08.03.2016).
- Wengler L., Popowski P., Pietrzak P., Gac A., Adrych-Brzezińska I., *Europeizacja prawa ochrony zdro-
wia*, Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2911/24/UE w sprawie stosowania praw pa-
cjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej: wprowadzenie do problematyki [dokument elektro-
niczny], Gdańsk 2013, [http://www.ptpz.pl/images/stories/publikacje1/europeizacja%20prawa%20
ochrony%20zdrowia.pdf](http://www.ptpz.pl/images/stories/publikacje1/europeizacja%20prawa%20
ochrony%20zdrowia.pdf) (19.03.2016).
- WHO, 2015, *Health and human rights*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en>
(19.03.2016).
- Zdrowie.abc.com.pl, 2014, *Wchodzi w życie ustawa transgraniczna*, [http://www.zdrowie.abc.com.pl/
czytaj/-artykul/15-listopada-2014-wchodzi-w-zycie-ustawa-transgraniczna](http://www.zdrowie.abc.com.pl/
czytaj/-artykul/15-listopada-2014-wchodzi-w-zycie-ustawa-transgraniczna) (05.03.2016).