

Grzegorz Zieliński

Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu
ORCID: 0000-0001-7517-920X

WYZWANIA I PRZESZKODY W REALIZACJI WSPÓŁPRACY W TRANSGRANICZNEJ ADMINISTRACJI SŁUŻBY ZDROWIA

Wprowadzenie

Katalog podmiotów współpracujących ze sobą w realizacji zadań z dziedziny ochrony zdrowia jest różnorodny. Obejmuje on zarówno organy władzy publicznej oraz podmioty prywatne. Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP władza publiczna została zobowiązana do zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE)¹ w art. 9 stanowi, że przy określaniu i realizacji swoich polityk i działań Unia Europejska bierze pod uwagę wymogi związane z wysokim poziomem ochrony zdrowia ludzkiego. Ten przepis uzupełnia art. 168 ust. 1 akapit 1 TFUE, który nakłada obowiązek zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii². Kompetencja Unii Europejskiej w ochronie zdrowia polega zatem na koordynowaniu, wspieraniu i uzupełnianiu działania państw członkowskich.

Dodatkowo do ratyfikowanych przez Polskę umów międzynarodowych z zakresu praw człowieka i określających standardy zdrowotne należą przede wszystkim: Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych ONZ z 19 grudnia 1966 r., Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych ONZ z 19 grudnia 1966 r. czy Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet ONZ z 18 grudnia 1979 r.³ Konieczna zatem jest wzajemna

¹ Dz. Urz. UE C 202 z 2016 r., s. 47.

² M. Malczewska, *Odpowiedzialność przed Trybunałem Sprawiedliwości Unii Europejskiej* [w:] *Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznymi*, red. T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska, Warszawa 2021, s. 1063.

³ B. Namysłowska-Gabrysiak, *Odpowiedzialność państwa przed międzynarodowymi organami praw człowieka w zakresie ochrony zdrowia* [w:] *Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznymi*, red. T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska, Warszawa 2021, s. 1058.

kooperacja na poziomie krajowym i wspólnotowym zarówno organów władzy publicznej, jak i poszczególnych państw członkowskich.

Warunki i zakres udzielania świadczeń będących często owocem współdziałania organów administracji i służby zdrowia określa w Polsce ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴ oraz ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵. Akty te precyzują ramy funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, w tym zadania i kompetencje organów administracji publicznej oraz innych podmiotów realizujących wzajemną współpracę w sferze opieki zdrowotnej w Polsce. Transgraniczna opieka zdrowotna natomiast jest zdrowotną opieką medyczną świadczoną w państwie członkowskim innym niż państwo członkowskie ubezpieczenia.

Celem niniejszego artykułu jest omówienie przeszkód, aktualnych stanów prawnych i sformułowanie wniosków dotyczących rozwiązań ustawodawczych *de lege ferenda* w efektywnej realizacji zadań stających przed administracją współpracującą w obszarze służby zdrowia.

Zadania polskich władz publicznych w opiece medycznej

Elementarne zadania władz publicznych wyrażają się głównie w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Ustawowo zadania te obejmują w pierwszej kolejności: tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, stałą analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany. Istotnymi wyzwaniem są także: promocja zdrowia i profilaktyka oraz przede wszystkim finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie i na zasadach określonych ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶. W akcie normatywnym zdefiniowane są zasady i tryb finansowania świadczeń oraz zasady ubezpieczenia zdrowotnego, którego podstawą jest solidaryzm społeczny. Oznacza to, że każdy ubezpieczony, bez względu na to, jak wysoka jest składka, którą płaci, otrzymuje takie same świadczenia opieki zdrowotnej. Podstawową instytucją wskazaną w ustawie, zapewniającą i finansującą świadczenia opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej, jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

Artykuł 15 ustawy określa tzw. koszyk świadczeń gwarantowanych. Pacjent-świadczeniobiorca, który zwraca się o udzielenie lub korzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie, ma zagwarantowane prawo do wskazanych w art. 15 ust. 2 ustawy świadczeń

⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021, poz. 1285 ze zm.), dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁵ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2021, poz. 711 ze zm.).

⁶ Art. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie⁷.

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych obejmują przede wszystkim świadczenia zdrowotne, czyli wszelkie czynności służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia. Ze środków publicznych pacjent ma też prawo do świadczeń zdrowotnych rzeczowych (typu leki, wyroby medyczne, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze związane z procesem leczenia), a także do świadczeń towarzyszących (typu zakwaterowanie i wyżywienie w placówce całodobowej, transport sanitarny).

Ustawa zatem zakłada skoordynowaną współpracę, gdyż w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Staje się to możliwe jedynie przy podjęciu zintegrowanych zadań wielu podmiotów współpracujących ze sobą.

Aktualnie działania podejmowane w zakresie zwalczania rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 i choroby nim wywołanej COVID-19 mobilizują administrację publiczną do poszerzania możliwości wykorzystania środków teleinformatycznych w ochronie zdrowia. Ich stosowanie w ramach medycyny prywatnej nie budzi wątpliwości, ponieważ wynika to wprost z art. 3 ust. 1 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie z którym działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Natomiast w zakresie świadczeń wykonywanych w ramach umów z płatnikiem publicznym konieczne jest wprowadzenie rozwiązań prawnych wprowadzających tę formę do tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych⁸.

Środki na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, które są udzielane osobom ubezpieczonym, pochodzą w większości ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Leczenie pozostałych osób, innych niż ubezpieczone, pokrywane jest z budżetu państwa. Należy przy tym zauważyć, że zapewnienie przez państwo prawa do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie jest równoznaczne z gwarancją realizowania wszystkich rodzajów świadczeń. Nie oznacza również ich pełnej bezpłatności. Niefinansowane przez NFZ są te świadczenia, które nie znajdują się w wykazach świadczeń gwarantowanych określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia. Z poniesieniem kosztów przez pacjenta może się wiązać także

⁷ Art. 15 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁸ D. Biadun, *Teleporady – co można w ramach umowy z NFZ*, Lex/el. 2020.

wykupienie zleconych przez lekarza leków, środków pomocniczych czy też przedmiotów ortopedycznych. Świadczeniobiorca może być zobowiązany dopłacić do zakwaterowania i wyżywienia w sanatorium oraz zakładzie opiekuńczo-lecznicznym. Na tej samej zasadzie pacjent może też zostać obciążony kosztami niektórych usług transportu sanitarnego⁹.

Każdy świadczeniobiorca korzystający ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych jest przyporządkowany do oddziału wojewódzkiego NFZ. Przynależność do konkretnego oddziału zależy od miejsca zamieszkania i zgłoszenia. Osoba, która zamierza skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawców, którzy mają podpisaną umowę z NFZ, ma obowiązek przedstawić potwierdzenie prawa do ich uzyskania. Dla osoby ubezpieczonej w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) będzie to poświadczenie wydane przez NFZ – w przypadku zamieszkiwania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, a także Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) lub certyfikat ją zastępujący wydana przez inny niż Polska kraj członkowski Unii lub EFTA w przypadku pobytu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Osoby ubezpieczone w innym państwie Unii, ale mieszkające w Polsce, składają deklaracje do POZ na podstawie poświadczeń wydanych przez właściwy terytorialnie oddział Funduszu.

31 stycznia 2020 r. Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej opuściło Unię Europejską. Oznacza to zmianę zasad korzystania z opieki zdrowotnej i systemu współpracy pomiotów administracji w służbie zdrowia. Do 31 grudnia 2020 r. obowiązywał okres przejściowy, w którym utrzymane zostały wszystkie dotychczasowe przywileje i obowiązki wynikające ze stosowania przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Od 1 stycznia 2021 r. prawo do korzystania z opieki zdrowotnej przysługuje wyłącznie na zasadach uregulowanych w dwóch dokumentach: umowie o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej oraz umowie o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z drugiej strony¹⁰. Na podstawie powyższych umów osoby mające EKUZ nadal mogą korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej w czasie tymczasowego pobytu w Zjednoczonym Królestwie na dotychczasowych zasadach. Świadczenia zostaną im jednak udzielone w razie nagłego zachorowania, wypadku, zaostrzenia objawów choroby przewlekłej itp.

⁹ *Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych*, red. N. Tyszko, Warszawa 2012, s. 6.

¹⁰ Zmiany w prawie do świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie zostały szczegółowo omówione przez NFZ: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/nasze-zdrowie-w-ue/brexit/> (30.05.2021).

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w innym kraju Unii Europejskiej

Dostęp do możliwie wysokiego poziomu ochrony zdrowia jest jednym z podstawowych praw człowieka. Nie może ono być warunkowane ze względu na rasę, przynależność polityczną, ekonomiczną¹¹ i jakiegokolwiek inne czynniki dyskryminujące. Koordynacja w zakresie świadczeń zdrowotnych dotyczy nie tylko pracowników przemieszczających się w obrębie Unii Europejskiej, ale i turystów, którzy przejściowo przebywają na terytorium innego państwa członkowskiego, a także osób, które zdecydowały się zamieszkiwać na stałe w innym niż narodowe państwach. Dodatkowo systemy świadczeń zdrowotnych poszczególnych państw członkowskich oparte są na różnych założeniach konstrukcyjnych, co musi być uwzględnione we wspólnotowej koordynacji. Zatem można mówić o systemie zwrotu kosztów (np. Belgia, Luksemburg czy Francja), świadczeń rzeczowych (np. Niemcy, Holandia) i o narodowej służbie zdrowia (np. Grecja, Irlandia, Anglia)¹².

Polska ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej precyzuje zasady finansowania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju. Fundusz finansuje koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju na podstawie tzw. przepisów o koordynacji. Jest to katalog spójnych norm służący realizacji współpracy w transgranicznej administracji służby zdrowia. Są one źródłem i fundamentem koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych określonych w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego¹³, w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z 16 września 2009 r. dotyczącym wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego¹⁴ oraz w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1231/2010 z 24 listopada 2010 r. rozszerzającym rozporządzenie (WE) nr 883/2004¹⁵ i rozporządzenie (WE) nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo oraz decyzje wydane na podstawie przepisów powyższych rozporządzeń¹⁶.

Polska ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej jasno stanowi, że pacjent „jest uprawniony do otrzymania od Funduszu zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, będącego świadczeniem gwarantowanym, udzielonego na terytorium

¹¹ U. Drozdowska, *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, Warszawa 2007, s. 35.

¹² K. Ślebzak, *Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 264.

¹³ Dz.U. L 166, 30 kwietnia 2004 r., p. 1.

¹⁴ Dz.U. L 284/1.

¹⁵ Dz.U. L 344/1.

¹⁶ Art. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EOG”¹⁷. Ponadto polski ustawodawca rozszerza zakres transgranicznej opieki zdrowotnej do otrzymania przez świadczeniobiorcę zwrotu kosztów leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego¹⁸, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych¹⁹, który został zakupiony w aptece działającej na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub EOG na podstawie recepty wystawionej na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii lub EOG przez osobę uprawnioną do wystawiania recept zgodnie z przepisami tego państwa²⁰.

Przykładem właściwie funkcjonującej i skoordynowanej współpracy w zakresie administracji służby zdrowia jest również recepta transgraniczna. Daje ona prawo świadczeniobiorcy do otrzymania leku na terenie Unii Europejskiej w innym państwie członkowskim niż państwo jej wystawienia. Lekarz może wystawić taką receptę wyłącznie na wniosek pacjenta, który zamierza ją zrealizować w innym niż Polska państwie członkowskim Unii. Zasady wystawiania takich recept zostały określone w art. 95b ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne²¹. Aktualnie można ją zrealizować tylko za pełną odpłatnością niezależnie od uprawnień przysługujących w Polsce. Wydaje się, że pożytecznym rozwiązaniem dla systemów zabezpieczenia społecznego Unii Europejskiej stałoby się wzajemne uznawanie refundacji na podstawie krajowych dokumentów uprawniających do otrzymania recept refundowanych.

Polski ustawodawca zabezpieczył również sposób dochodzenia roszczeń w przypadku, gdy rozpatrzenie wniosku o zwrot kosztów wymaga przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego przy udziale krajowego punktu kontaktowego ds. transgranicznej opieki zdrowotnej działającego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub EOG. Zwrot kosztów albo wydanie decyzji odmawiającej zwrotu kosztów następuje w terminie 6 miesięcy od dnia wszczęcia postępowania. Jeżeli w powyższym terminie nie dokonano ustaleń pozwalających na jednoznaczne określenie kwoty zwrotu kosztów należnej świadczeniobiorcy, zwrot kosztów następuje niezwłocznie po upływie tego terminu w wysokości odpowiadającej kwocie, którą należy uznać w danym przypadku za najbardziej prawdopodobną podstawę zwrotu kosztów²². Ważną normą semiimperatywną wynikającą z przepisów ustawy jest ochrona słabszej strony tego stosunku

¹⁷ Art. 42b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

¹⁸ Zawartego w danym wskazaniu w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, w zakresie dotyczącym leków. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2021, poz. 523).

¹⁹ O których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 ustawy o refundacji lub mających w tym wykazie swój odpowiednik refundowany w danym wskazaniu w rozumieniu art. 2 pkt 13 ustawy o refundacji.

²⁰ Art. 42b ust. 10 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

²¹ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2021, poz. 974 ze zm.).

²² Art. 42d ust. 15 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

prawnego sprowadzająca się do reguły, że w takim postępowaniu wątpliwości rozstrzyga się na korzyść świadczeniobiorcy.

Budzące wątpliwości natomiast może stać się ujęte w ustawie kryterium wyłączenia stosowania przepisów dotyczących zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej dla osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16, oraz członków ich rodzin, posiadających miejsce zamieszkania na terytorium państwa członkowskiego. Są nimi: osoby pobierające emeryturę lub rentę, osoby w stanie spoczynku pobierające uposażenie lub uposażenie rodzinne oraz osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze²³. Bez wątplenia osoby te często potrzebują opieki geriatrycznej zajmującej się schorzeniami wieku podeszłego i ochrona ich zdrowia winna stać się przedmiotem troski całej wspólnoty Unii Europejskiej, a nie podlegać dyskryminującym ograniczeniom. Zamiany rozwiązań ustawodawczych *de lege ferenda* w efektywnej realizacji zadań stających przed administracją współpracującą w obszarze służby zdrowia w tym zakresie wydają się konieczne.

Procedura zwrotu kosztów na podstawie przepisów implementujących dyrektywę transgraniczną realizowana jest w trybie administracyjnym, z uwzględnieniem przepisów szczególnych, w drodze decyzji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia²⁴. Wszczęcie procedury następuje na wniosek świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego, którego wzór został określony w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 września 2020 r. w sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju²⁵. Z całą pewnością podanie wzoru wniosku upraszcza postępowanie administracyjne i jest wyrazem właściwie realizowanej współpracy narodowego systemu zdrowia i pacjenta w transgranicznej administracji służby zdrowia.

Krajowy Punkt Kontaktowy ds. Transgranicznej Opieki Zdrowotnej

Polski ustawodawca określił, że do zakresu działania Funduszu należy w szczególności wykonywanie zadań Krajowego Punktu Kontaktowego ds. Transgranicznej Opieki Zdrowotnej (KPK). Na mocy udzielonych mu kompetencji współpracuje on z Komisją Europejską i krajowymi punktami kontaktowymi ds. transgranicznej opieki zdrowotnej działającymi w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej lub EOG, w szczególności w zakresie wymiany informacji. Powołanie tej instytucji stanowi więc widzialny znak współpracy państwa z instytucjami Unii w transgranicznej administracji służby zdrowia.

²³ Art. 66 ust. 1 pkt 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

²⁴ Art. 42d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

²⁵ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 września 2020 r. w sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju (Dz.U. 2020, poz. 1557).

Ustawa przewiduje, że na wniosek krajowych punktów kontaktowych ds. transgranicznej opieki zdrowotnej działających w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich Unii lub EOG KPK we współpracy z oddziałami wojewódzkimi Funduszu „udziela niezbędnej pomocy w wyjaśnianiu zawartości rachunków i innych dokumentów wystawionych pacjentom z innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich UE lub EOG przez polskich świadczeniodawców, apteki i dostawców wyrobów medycznych”²⁶. Realizując swoje zadania, KPK kieruje do krajowych punktów kontaktowych ds. transgranicznej opieki zdrowotnej działających w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich Unii lub EOG zapytania dotyczące zawartości rachunków i innych dokumentów wystawionych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, apteki i dostawców wyrobów medycznych działających na terytorium tych państw.

Ponadto „KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają pacjentom informacji dotyczących niezbędnych elementów recepty transgranicznej”²⁷. Ważnym elementem kooperacji w zakresie zdefiniowanych zadań KPK jest zamieszczanie na stronie internetowej oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu aktualnych informacji o danych teleadresowych krajowych punktów kontaktowych ds. transgranicznej opieki zdrowotnej działających w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej lub EOG. W tym celu KPK zamieszcza na swojej stronie internetowej na wniosek zainteresowanych podmiotów hiperłącza do stron internetowych stowarzyszeń i fundacji działających na rzecz promocji polskiego sektora usług medycznych, które funkcjonują na terytorium tych państw²⁸.

Dodatkowo w zakresie swoich zadań KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają świadczeniobiorcom oraz osobom wykonującym zawody medyczne, bezpośrednio lub przy użyciu dostępnych środków komunikacji, w szczególności telefonicznie, w formie pisemnej albo przy użyciu poczty elektronicznej, informacji dotyczących procedury uzyskania zwrotu kosztów przysługującego w przypadku uzyskania w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub EOG określonego świadczenia opieki zdrowotnej²⁹.

Europejskie zasady koordynacji transgranicznej opieki medycznej

Postanowienia prawa europejskiego nie narzucają państwom członkowskim zdefiniowanego modelu służby zdrowia³⁰. Opiekę zdrowotną wyłączono z zakresu wspólnotowej koordynacji krajowych systemów zabezpieczenia społecznego.

²⁶ Art. 97a ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

²⁷ Art. 97a ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

²⁸ Art. 97a ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

²⁹ Art. 97a ust. 10 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

³⁰ T. Mróz, U. Drozdowska, *Uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce*, Białystok 2012, s. 137.

Jednak gwarancja realizacji europejskiej zasady swobodnego przemieszczania się na obszarze Unii Europejskiej nie jest w pełni możliwa do zrealizowania bez równoczesnego zapewnienia pomocy medycznej. Konieczne zatem stało się przyjęcie pewnych rozwiązań mających na celu zapewnienie współpracy administracji systemów zabezpieczenia społecznego w trakcie czasowego pobytu w innym państwie członkowskim Unii przy jednoczesnym założeniu, że dana osoba stale mieszka w innym państwie członkowskim Unii niż państwo zatrudnienia oraz w przypadku podjęcia planowanego wcześniej leczenia lub jego kontynuowania poza granicami państwa zamieszkania.

Dorobek orzecznictwa europejskiego w kwestii finansowania transgranicznych świadczeń zdrowotnych został już dostrzeżony w projekcie dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rad z 2 lipca 2008 r. w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej³¹.

Aktualnie podczas czasowego pobytu jednostki w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej przysługują jej świadczenia niezbędne ze wskazań medycznych, a ich udzielenie jest konieczne, aby osoba ubezpieczona nie była zmuszona do skrócenia planowanego w danym kraju pobytu z powodu nagłej konieczności powrotu do państwa właściwego w celu uzyskania niezbędnego leczenia. Zaistniała sytuacja staje się złożona, gdyż wymaga nie tylko indywidualnej oceny stanu zdrowia danej osoby, ale również okoliczności jej pobytu poza krajem właściwym, w którym posiada ubezpieczenie zdrowotne. Do tych okoliczności z całą pewnością należy zaliczyć czas pobytu w innym państwie członkowskim Unii i planowany termin powrotu. Taka ocena należy do lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w danym państwie Unii Europejskiej. Dostęp do świadczenia medycznego powinien być zagwarantowany nie tylko z powodu wypadku komunikacyjnego lub nagłego wystąpieniem pogorszenia stanu zdrowia, ale – na podstawie Decyzji Komisji Administracyjnej ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego – także w związku z chorobą już istniejącą, chorobą przewlekłą, ciążą i porodem³². Oczywiście staje się wymóg posiadania uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej w państwie właściwym, co zostaje potwierdzone EKUZ.

Powyższe pierwsze rozwiązania w zakresie współpracy europejskich instytucji zabezpieczeń społecznych oceniano jako niewystarczające i skutkujące niską mobilnością świadczeniobiorców spowodowaną głównie utrudnieniami proceduralnymi. Konieczność uzyskania uprzedniego zezwolenia na leczenie w innym państwie członkowskim czy ustalenie ewentualnej niemożności leczenia krajowego w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia pozostawały i nadal pozostają trudne do określenia w oparciu o polskie i europejskie procedury.

³¹ M. Safjan, *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, Warszawa 2011, s. 146.

³² Decyzja nr S3 Komisji Administracyjnej ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego z 12 czerwca 2009 r.

Obecnie stale wzrasta zainteresowanie transgraniczną opieką zdrowotną będące konsekwencją przekonania, że w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej otrzyma się opiekę zdrowotną lepszej jakości. Nie bez znaczenia jest usprawiedliwiona chęć dostępu do innych metod leczenia niż realizowane w państwie macierzystym czy też zbyt długi czas oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych w państwie ojczystym.

Zawarte w dyrektywie nr 2011/24/UE nowe rozwiązania należało dostosować w poszczególnych krajach członkowskich Unii Europejskiej do 25 października 2013 r. Aby umożliwić lepszą mobilność pacjentów w Unii oraz zapewnić bezpieczną i wysokiej jakości transgraniczną opiekę zdrowotną, wzmocniono obszary współpracy i wzajemnej koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Samą transgraniczną opiekę zdrowotną zdefiniowano jako opiekę świadczoną lub przepisaną w państwie członkowskim Unii Europejskiej innym niż państwo członkowskie ubezpieczenia. Zauważa się, że niezbyt ostre pojęciowo wyrażenie *państwo członkowskie ubezpieczenia* odnosi się również do państw posiadających inne niż ubezpieczeniowe systemy opieki zdrowotnej³³. *Interpretatio restrictiva* w tym zakresie wydaje się być wyzwaniem dla europejskiego ustawodawcy.

W najnowszej dyrektywie dotyczącej transgranicznej opieki zdrowotnej postanowiono wzmocnić zasadę współpracy międzynarodowej, gdyż jej rezolucje powinny dotyczyć nie tylko sytuacji, w której pacjent uzyskuje opiekę zdrowotną w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej niż państwo ubezpieczenia, ale także przepisywania, wydawania i udostępniania produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych dostarczanych w ramach usług zdrowotnych. Definicja transgranicznej opieki zdrowotnej powinna przy tym objąć zarówno sytuacje, w których pacjent nabywa takie produkty lecznicze lub wyroby medyczne w innym państwie członkowskim niż państwo ubezpieczenia, jak i sytuacje, w których pacjent nabywa je w innym państwie członkowskim niż państwo wystawienia recepty³⁴. Perspektywa skutecznej administracji współpracującej stała się zatem nie tylko krajowa, ale również wspólnotoweuropejska, a nawet ogólnoświatowa.

Do podstawowych celów przedmiotowej dyrektywy należy zaliczyć przede wszystkim ustanowienie zasad ułatwiających w Unii Europejskiej dostęp do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości, a także zapewnienie mobilności pacjentów poprzez umożliwienie im korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w dowolnym, wybranym przez pacjenta państwie członkowskim Unii na koszt organizatora systemu, w ramach którego dana osoba jest uprawniona do tych świadczeń³⁵.

³³ W. Koczur, *Transgraniczna opieka zdrowotna w Unii Europejskiej – wybrane zagadnienia*, „Studia Ekonomiczne” 2014, nr 179, s. 155.

³⁴ Preambuła pkt 16 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, Dz.U. L 88/45 (dalej: dyrektywa w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej).

³⁵ W. Koczur, *Transgraniczna opieka...*, s. 150–151.

Ponadto dyrektywa promuje współpracę w zakresie opieki zdrowotnej między państwami członkowskimi z pełnym poszanowaniem ich kompetencji w zakresie określania świadczeń zdrowotnych z tytułu zabezpieczenia społecznego, organizacji i świadczenia opieki zdrowotnej oraz organizacji i udzielenia innych świadczeń z tytułu zabezpieczenia społecznego, w szczególności świadczeń chorobowych.

Zasadnicze znaczenie w aktualnej transgranicznej opiece medycznej mają rozwiązania dotyczące zasad udzielania takich świadczeń. Sprowadzają się one do tego, że osoba zainteresowana uzyskaniem określonego świadczenia zdrowotnego w innym niż macierzyste państwie członkowskim Unii Europejskiej ponosi jego koszt z własnych środków, a następnie na podstawie faktury wystawionej przez świadczeniodawcę z państwa leczenia państwo członkowskie ubezpieczenia zapewnia zwrot kosztów poniesionych przez daną osobę korzystającą z transgranicznej opieki zdrowotnej. Nie jest to jednak bezwzględne prawo. Warunkiem dostępu do takiego świadczenia jest to, że dana opieka mieści się w zakresie świadczeń, do których świadczeniobiorca jest uprawniony w tym państwie³⁶.

Należy przy tym zaakcentować, że koszty transgranicznej opieki zdrowotnej są zwracane przez państwo członkowskie ubezpieczenia jedynie do poziomu, na którym byłyby pokryte przez to państwo, gdyby ta sama opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium. Ponadto są one refundowane w takiej wysokości, aby nie przekroczyć rzeczywistego kosztu otrzymanej opieki zdrowotnej³⁷. Artykuł 7 dyrektywy 2011/24/UE jasno stanowi, że „państwo członkowskie ubezpieczenia może nałożyć na osobę ubezpieczoną, która dochodzi zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, w tym opieki zdrowotnej otrzymanej za pomocą telemedycyny, te same warunki, kryteria przysługiwania uprawnień i wymogi prawno-administracyjne, ustalone na szczeblu lokalnym, regionalnym lub krajowym, jakie byłyby nałożone, gdyby ten sam rodzaj opieki zdrowotnej był świadczony na terytorium tego państwa członkowskiego”³⁸. Powyższe normatywne zapisy niewątpliwie wzmacniają transparentność współpracy na szczeblu administracji wspólnotowej w zakresie świadczeń transgranicznej opieki zdrowotnej.

Nowością dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej jest zasada zakazu uzależnienia zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej od uzyskania uprzedniej zgody. Z całą pewnością przyczyniła się ona do poprawy współdziałania administracji służby zdrowia na szczeblu krajowym i wspólnotowym.

Wyjątki od tej zasady zostały ściśle określone w art. 8 dyrektywy 2011/24/UE. Już w pierwszym ustępie tego artykułu uznaje się, że „system udzielania uprzedniej zgody, w tym jego kryteria i stosowanie tych kryteriów, oraz indywidualne decyzje o odmowie udzielenia uprzedniej zgody ograniczają się do tego, co jest konieczne

³⁶ Art. 7 ust. 2a dyrektywy w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej.

³⁷ W. Koczur, *Transgraniczna opieka...*, s. 157.

³⁸ Art. 7 ust. 7 dyrektywy w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej.

i proporcjonalne do celu, jaki ma zostać osiągnięty, i nie mogą stanowić środka arbitralnej dyskryminacji ani nieuzasadnionej przeszkody w swobodnym przepływie pacjentów³⁹. Mimo że zapis ten stanowi dobitną zmianę na korzyść obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej, to jednak przedstawiony w art. 8 ust. 2 dyrektywy katalog rodzajów opieki zdrowotnej, w przypadku których może być wymagana uprzednia zgoda, częściowo wzbudza kontrowersje. Zauważa się, że w przypadku leczenia stwarzającego szczególne ryzyko dla pacjenta lub dla społeczeństwa pojawia się niezrozumienie, jakie leczenie może stwarzać takie ryzyko. Można jedynie przypuszczać, że europejski ustawodawca miał na myśli zwalczanie chorób zakaźnych i epidemii, lecz tak naprawdę nie zostało to nigdzie wyjaśnione. *Interpretatio restrictiva* byłaby pomocna we właściwym ustaleniu rozumienia tego przepisu. Dodatkowo wątpliwości może budzić dobór kryteriów, źródeł, a także sama wiarygodność oceny realizowanej przez danego świadczeniodawcę opieki zdrowotnej⁴⁰.

Pomimo że przepisy omawianej dyrektywy mają na celu ułatwienie dostępu do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej i promowanie współpracy w tym zakresie pomiędzy państwami członkowskimi, to nadal nie mają one zastosowania do potrzeb wielu osób w starszym wieku, nie odnoszą się bowiem do świadczeń w dziedzinie opieki długoterminowej⁴¹, która stanowi ważny problem w perspektywie szybkiego starzenia się polskiego i europejskiego społeczeństwa.

Podsumowanie

Implementacja powyższych unormowań powinna przede wszystkim skutkować bardziej efektywnym niż dotychczas ułatwieniem dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej poza systemem właściwym, a więc tym, w ramach którego dana osoba jest ubezpieczona. Zasadniczą kwestią jest skuteczność wprowadzonych zmian na szczeblu krajowym i europejskim oraz ciągłe monitorowanie, czy rozwiązania normatywne zawarte w przedmiotowej dyrektywie mogą znacząco poprawić sytuację polskich świadczeniobiorców chcących skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej na koszt NFZ.

Wielopodmiotowa współpraca w administracji służby zdrowia ma swoją szczególnie istotną rolę do spełnienia w leczeniu specjalistycznym, a zwłaszcza szpitalnym. Ciągłe kłopotliwe pozostaje uzyskanie zgody NFZ na swobodne skorzystanie ze świadczeń zdrowotnych poza systemem właściwym, a więc w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, w przypadku diagnostyki i leczeniu rzadkich chorób genetycznych. Stałe formułowanie wniosków dotyczące rozwiązań ustawodawczych *de lege ferenda* w efektywnej realizacji zadań stających przed administracją

³⁹ Art. 8 ust. 1 dyrektywy w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej.

⁴⁰ W. Koczur, *Transgraniczna opieka...*, s. 158.

⁴¹ B. Mikołajczyk, *Międzynarodowa ochrona praw osób starszych*, Warszawa 2012, s. 242.

współpracującą w obszarze służby zdrowia na poziomie europejskim wydaje się być uzasadnione.

Na uwagę zasługują ponadto wynikające z powyższych analiz kwestie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej w świetle wspólnotowych zasad koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz transgranicznej opieki zdrowotnej wobec cudzoziemców, a także migrantów. Obszary te nie mają jeszcze skutecznych norm prawnych w transgranicznej opiece zdrowotnej. Zatem kwestia partnerstwa i kooperacji systemów opieki zdrowotnej różnych krajów Unii i nie tylko pozostaje ciągle aktualna ze względu na konieczność wypracowania uniwersalnych zasad służących dobru pacjenta w krajach o różnych systemach prawnych, finansowych, a nawet etycznych.

Bibliografia

- Biadun D., *Teleporady – co można w ramach umowy z NFZ*, Lex/el. 2020.
- Drozdowska U., *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, Warszawa 2007.
- <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/nasze-zdrowie-w-ue/brexit/> (30.05.2021).
- Koczur W., *Transgraniczna opieka zdrowotna w Unii Europejskiej – wybrane zagadnienia*, „Studia Ekonomiczne” 2014, nr 179.
- Malczewska M., *Odpowiedzialność przed Trybunałem Sprawiedliwości Unii Europejskiej* [w:] *Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznymi*, red. T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska, Warszawa 2021.
- Mikołajczyk B., *Międzynarodowa ochrona praw osób starszych*, Warszawa 2012.
- Mróz T., Drozdowska U., *Uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce*, Białystok 2012.
- Namysłowska-Gabrysiak B., *Odpowiedzialność państwa przed międzynarodowymi organami praw człowieka w zakresie ochrony zdrowia* [w:] *Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznymi*, red. T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska, Warszawa 2021.
- Saffjan M., *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, Warszawa 2011.
- Ślębzak K., *Koordinacja systemów zabezpieczenia społecznego. Komentarz*, Warszawa 2012.
- Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych*, red. N. Tyszek, Warszawa 2012.

Streszczenie

Katalog podmiotów współpracujących ze sobą w realizacji zadań z dziedziny ochrony zdrowia jest różnorodny. Obejmuje on zarówno podmioty wchodzące w skład organów władzy publicznej oraz podmioty prywatne. Warunki i zakres udzielania świadczeń medycznych są rezultatem współdziałania organów administracji i służby zdrowia. 24 kwietnia 2011 r. weszła w życie dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE z 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Perspektywa skutecznej administracji współpracującej stała się zatem nie tylko krajowa, ale także wspólnotowoeuropejska, a nawet ogólnosiwiatowa. Celem niniejszego artykułu jest omówienie przeszkód, aktualnych stanów prawnych i sformułowanie wniosków dotyczące rozwiązań ustawodawczych *de lege ferenda* w efektywnej realizacji zadań stających przed administracją współpracującą w obszarze służby zdrowia.

Słowa kluczowe: transgraniczna opieka zdrowotna, współpraca międzynarodowa, administracja publiczna

CHALLENGES AND OBSTACLES IN IMPLEMENTING COOPERATION IN CROSS-BORDER ADMINISTRATION OF HEALTH CARE

Summary

The catalog of entities cooperating with each other in the implementation of tasks in the field of health care is diverse. It includes entities belonging to both public authorities and private entities. The conditions and scope of providing medical services are the result of cooperation between the administration and the health service. On 24 April 2011, Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare entered into force. The prospect of an effective cooperative administration has therefore become not only national, but also Community-European, and even global. The aim of this article is to discuss the obstacles, current legal status and to formulate conclusions regarding *de lege ferenda* legislative solutions in the effective implementation of tasks facing the administration cooperating in the field of health care.

Keywords: cross-border healthcare, international cooperation, public administration