

Unijna dyrektywa w sprawie kosztów leczenia za granicą

Pacjenci bez granic

Paulina Kieszkowska-Knapik, Natalia Łojko



 fot. iStockphoto

W Polsce wiele się ostatnio mówi o pracach nad projektem unijnej dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej. Podczas dyskusji publicznej tworzy się wrażenie, jakoby od jej przyjęcia zależało prawo Polaków do leczenia za granicą ze wsparciem finansowym NFZ. Tak nie jest. Niezależnie bowiem od tego, czy dyrektywa zostanie przyjęta, Polacy jak mogą, tak i będą mogli leczyć się w krajach Unii Europejskiej.

Projekt aktu prawnego mającego ułatwić dostęp do leczenia w innym państwie członkowskim został przedłożony przez Komisję Europejską w lipcu 2008 r. Polski minister zdrowia, wraz z ministrami zdrowia z kilku innych państw, zapowiedział sprzeciw wobec projektu, argumentując, że jest on zagrożeniem dla rodzimych budżetów zdrowotnych. Nie dyskutując z tym politycznym stanowiskiem, uznaliśmy, że trzeba jednak wyjaśnić kilka *stricte* prawnych nieporozumień, dotyczących m.in. tego, kiedy Polacy mogą leczyć się za granicą na koszt NFZ i jak projekt dyrektywy ma się do istniejących praw pacjenta europejskiego w tym zakresie.

Nihil novi

Przede wszystkim trzeba wyjaśnić, że projekt nie zmienia obowiązujących od dawna zasad dających pacjentom prawo leczenia się za granicą w ramach ubezpieczenia z kraju pochodzenia. Głównym celem dyrektywy jest kodyfikacja (a nie zmiana czy uchwalenie od nowa) zasad wypracowanych do tej pory w orzecznictwie ETS na podstawie swobody przepływu usług (art. 56 traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, dawny art. 49 traktatu o Wspólnocie Europejskiej). Zgodnie z tym istniejącym, acz nieskodyfikowanym systemem, pacjent może wyjechać do innego państwa Unii Europejskiej i uzyskać tam świadczenie zdrowotne, za które otrzyma pieniądze z ubezpieczenia krajowego (w Polsce – z Narodowego Funduszu Zdrowia).

Co ważne, dostęp do transgranicznych usług zdrowotnych oparty jest nie tylko na zasadzie swobody przepływu usług, ale również na tzw. systemie koordynacji, ustanowionym na podstawie rozporządzenia wspólnotowego nr 1408/71 oraz przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z pieniędzy publicznych.

Wady i zalety

Systemy swobodowy oraz koordynacji istnieją niezależnie od siebie, choć w konkretnym przypadku oba mogą teoretycznie znaleźć zastosowanie. Każdy ma swoje wady i zalety z punktu widzenia pacjenta, choć dotyczą tylko świadczeń gwarantowanych w systemie krajowym.

Osoba pragnąca skorzystać ze świadczeń szpitalnych w innym państwie członkowskim w ramach

systemu działającego na podstawie swobody przepływu usług musi uzyskać zgodę płatnika krajowego, przy czym Europejski Trybunał Stanu wyjaśnił w orzecznictwie, kiedy takiej zgody nie można odmówić – np. gdy świadczenie w danym kraju nie może być udzielone w czasie akceptowalnym z punktu widzenia obiektywnej oceny medycznej (*acceptable in the light of an objective medical assessment*). Gdy natomiast chodzi o świadczenia ambulatoryjne (pozaszpitalne), zgoda płatnika krajowego nie jest wymagana. W takiej sytuacji pacjent odzyska jedynie taki koszt, jaki system krajowy poniósłby, gdyby chory został w kraju (tj. koszt danego świadczenia w kraju pochodzenia). Resztę natomiast – tj. różnicę między kosztem faktycznym a kosztem krajowym – musi zapłacić sam.

System koordynacji jest korzystniejszy dla pacjentów o tyle, że uzyskują oni pełen zwrot kosztów, ale jednocześnie wymagana jest zgoda NFZ (sytuacje, kiedy zgody takiej płatnik nie może odmówić, określone są w orzecznictwie ETS tak samo, jak w systemie opartym na swobodzie przepływu usług). System koordynacji obejmuje dwa rodzaje świadczeń – tzw. stany nagłe oraz sytuacje, gdy pacjent uzyskał zgodę właściwej instytucji na udanie się do innego państwa członkowskiego. Pacjent nie uzyska zatem



foto: iStockphoto

„ Każdy pacjent z kraju Unii Europejskiej może wyjechać do innego państwa UE i uzyskać tam świadczenie zdrowotne, za które otrzyma środki z ubezpieczenia krajowego ”

wanych, specjalistycznych ośrodków ochrony zdrowia oraz punktów informacyjnych dla pacjentów.

Sprzeciw na pokaz

Każde państwo członkowskie ma, oczywiście, prawo do własnej polityki zdrowotnej, a więc rząd może kwestionować rozstrzygnięcia dyrektywy. Trzeba jednak zarazem wyjaśnić, że ten sprzeciw nie ma wpływu na

	Jakie świadczenia	Jakie przesłanki	Jakie koszty
system swobodowy	gwarantowane w systemie krajowym	(i) leczenie szpitalne – zgoda płatnika	koszty świadczenia w Polsce
		(ii) leczenie ambulatoryjne (pozaszpitalne) – brak wymogu zgody	
system koordynacji	gwarantowane w systemie krajowym	(i) stany nagłe	koszty świadczenia w państwie docelowym
		(ii) leczenie szpitalne – zgoda płatnika	

zwrotu kosztów za leczenie ambulatoryjne, na które wybrał się bez zgody NFZ (a które uzyska w ramach systemu opartego na swobodzie świadczenia usług).

Wzajemne uznawanie recept

Wobec istnienia rozbudowanej bazy prawnej, dla mobilności pacjentów w ramach UE kontrowersyjna dyrektywa wiele nie zmienia. Jej celem jest kodyfikacja zasad swobodowych konstruowanych dotychczas na podstawie traktatu i orzecznictwa ETS. Faktyczną nowością – ale w zasadzie w ogóle niekwestionowaną – są zasady dotyczące współpracy państw członkowskich w dziedzinie transgranicznej opieki zdrowotnej. Dyrektywa ma mianowicie zharmonizować reguły ułatwiające uznawanie recept, ustanowić system współpracy agencji oceny technologii medycznych oraz zasady współdziałania w zakresie e-health. Ma również prowadzić do utworzenia sieci najbardziej zaawanso-

fakt, że Polacy mogą już teraz leczyć się za granicą na koszt NFZ. W sytuacji rosnących kolejek w polskiej służbie zdrowia i kwestionowania przez ministra zdrowia tzw. nadwykonań, leczenie za granicą może być nie tylko ułatwieniem, ale także jedynym ratunkiem.

Zasady przyjęte w systemie swobodowym (które dyrektywa jedynie kodyfikuje) sprawiają, że leczenie za granicą wygląda z punktu widzenia systemu krajowego tak, jakby pacjent leczył się w Polsce. Słowem – polski pacjent może uzyskać za granicą w ramach finansowania przez NFZ tylko tyle (i za tyle), ile gwarantuje mu system krajowy. W Polsce pacjenta zablokuje kolejka, a za granicą nie.

Dyrektywa jest więc o tyle groźna dla naszego płatnika, że kodyfikuje prawa pacjenta słabo mu obecnie znane. Poza tym obnaża fakt, iż NFZ nie stać na to, co zgodnie z prawem nam się należy.

Autorzy są prawnikami kancelarii Baker & McKenzie.