



# Co zmieni się po 1 maja 2004?

Bezpieczeństwo polskich szpitali a regulacje Unii Europejskiej – przewodnik, cz. I

Po przystąpieniu do Unii Europejskiej staniemy się jej obywatelami, co zagwarantuje nam pełne korzystanie zarówno z uprawnień wynikających z obywatelstwa swego kraju, jak i swobód unijnych. Do podstawowych swobód UE należą swoboda przemieszczania się, osiedlania, podejmowania zatrudnienia i nauki oraz korzystanie ze wszystkich praw socjalnych w dowolnym państwie członkowskim.

Joanna Krawczyk, Paweł Grzesiowski

## Przełom majowy

Obywatele jednego państwa Unii przenosząc się do innego muszą być tam traktowani tak samo, jak obywatele danego państwa, bez jakiegokolwiek dyskryminacji w zakresie wynagrodzenia i innych warunków pracy. Akcesja do Unii Europejskiej to także wyrównanie standardów w ochronie zdrowia, w tym dostosowanie funkcjonowania polskich szpitali do unijnych norm.

- Przepisy sanitarne i bezpieczeństwa (BHP)
- Kwalifikacje zawodowe, uznawanie dyplomów
- Czas pracy pracowników służby
- Sprzęt medyczny
- Procedury medyczne – sterylizacja
- Ocena jakości usług medycznych

Podkreślenia wymaga fakt, iż o wewnętrznej strukturze organizacji służby zdrowia poszczególne kraje decydują samodzielnie. Działania Unii Europejskiej skupiają się na ponadnarodowych programach zapobiegania chorobom i promocji zdrowia, np. program promocji zdrowia, którego celem jest:

- poprawa standardów ochrony zdrowia w krajach członkowskich,
- prowadzenie kampanii antyalkoholowych i antynikotynowych,
- poprawa edukacji seksualnej.

### Nie istnieją jednolite normy unijne w zakresie organizacji opieki zdrowotnej.

Funkcjonowanie opieki zdrowotnej w państwach unijnych, zwłaszcza jej zorganizowana forma – szpital, osadzony jest jednak w rzeczywistości, którą regulują przepisy unijne, np. czas pracy, ochrona warunków pracy, uznawanie kwalifikacji zawodowych, system ubezpieczeń społecznych, zamówienia publiczne, sprzęt medyczny itp.

### Jak powstała Unia Europejska – traktaty założycielskie

Mianem prawa wspólnotowego określa się system regulacji prawnych stworzonych i obowiązujących w Unii Europejskiej. Składają się nań akty prawa pierwotnego, czyli traktaty założycielskie, oraz uchwały organów Unii Europejskiej, czyli rozporządzenia, dyrektywy, decyzje, opinie i zalecenia, a także orzeczenia ETS.

**Traktat Paryski** 19.04.1951 r. Europejska Wspólnota Węgla i Stali – wszedł w życie 25.07.1952 r.

**Traktat Rzymski** 25.03.1957 r. – EUROATOM i Europejska Wspólnota Gospodarcza (EWG), wszedł w życie 1.01.1958 r.

**Traktat z Maastricht – traktat w sprawie Unii Europejskiej** z 1992 r. – zmienił nazwę EWG na Wspólnotę Europejską (WE) z dniem 1.11.1993 r.

Od tej pory UE składa się z 2 filarów:

**Traktat Amsterdamski** – podpisany 2.10.1997 r., który wszedł w życie 1.05.1999 r.

**Traktat Nicejski** – określa rozwiązania instytucjonalne przygotowujące UE do rozszerzenia – wszedł w życie 1.02.2003 r.

### System regulacji prawnych obowiązujących w UE i ich skuteczność w państwach członkowskich

W skład umów międzynarodowych – założycielskich (prawo pierwotne i prawo wewnętrzne – prawo wtórne) wchodzi: rozporządzenia – będące odpowiednikiem naszych ustaw, dyrektywy i decyzje, a także umowy międzynarodowe, ale zawarte już przez Unię.

- **Rozporządzenia** – obowiązują w całości i **powinny** być bezpośrednio wykonywane na terytorium wszystkich państw członkowskich UE. W przypadku kolizji z aktami prawa narodowego mają one pierwszeństwo przed tymi aktami. Są aktami ogólnymi, zawierają normy prawne mające zastosowanie do nieograniczonej liczby przypadków danego rodzaju. Kierowane są do rządów, ale mogą być też kierowane do osób fizycznych i prawnych.

#### Podstawowe

Rada i Parlament Europejski

#### Wykonawcze

Rada lub Komisja Europejska

- **Dyrektywy** – wiązą adresata, do którego są skierowane odnośnie wyniku, jaki powinien być osiągnięty. Pozostawiają swobodę wyboru formy i środka realizacji celu. Państwo musi wdrożyć ich postanowienia do wewnętrznego systemu aktów prawnych. W zasadzie są kierowane do rządów państw członkowskich. Zgodnie jednak ze stanowiskiem Trybunału Sprawiedliwości mogą być kierowane do osób fizycznych i prawnych, które mogą się na nie powoływać w przypadku łamania ich praw.
- **Decyzje** – obowiązują adresatów, do których są skierowane, zarówno państwa, jak i osoby fizyczne. Obowiązują automatycznie i nie wymagają żadnych wewnętrznych przepisów wykonawczych do uzyskania mocy wiążącej.
- **Zalecenia i opinie** – nie mają charakteru wiążącego – sugestie podjęcia działania.

### Podstawa obowiązywania prawa UE w RP

1) Konstytucji RP z 2.04.1997 r. stanowi:

*Art. 90 ust. 1. Rzeczpospolita Polska może na podstawie umowy międzynarodowej przekazać organizacji międzynarodowej lub organowi międzynarodowemu kompetencje organów władzy państwowej w niektórych sprawach.*

Przepis powyższy przygotowuje Polskę do wejścia do Unii Europejskiej. Jest to organizacja, której organy (np. Komisja Europejska, Trybunał Sprawiedliwości itp.) podejmują decyzje wiążące nie tylko w stosunkach między państwami członkowskimi, ale także w wewnętrznych stosunkach tych państw. Państwa członkowskie są zobowiązane do przekazania na poziomie Unii części kompetencji swoich własnych organów władczych.

*Art. 91 ust. 3. Jeżeli wynika to z ratyfikowanej przez Rzeczpospolitą Polską umowy konstytuującej organizację międzynarodową, prawo przez nią stanowione jest stosowane bezpośrednio, mając pierwszeństwo w przypadku kolizji z ustawami.*

Po przystąpieniu do Unii Europejskiej prawo europejskie będzie obowiązywało również na terenie naszego kraju.

Będzie ono stosowane w Polsce bezpośrednio, zarówno przez organy Unii, jak i przez polskie organy władzy publicznej.

„ W Polsce wciąż nie mamy standardów określających, jaki jest czas oczekiwania ani wiarygodnych kolejek oczekiwania na deficytowe świadczenia medyczne ”

Prawo europejskie, tak jak i w innych państwach członkowskich, będzie zajmowało pozycję zwierzchnią wobec ustawodawstwa wewnętrzkrajowego. Oznacza to, iż w przypadku kolizji z ustawami polskimi będzie ono miało przed nimi pierwszeństwo.

Prawo wspólnotowe jest skuteczne nie tylko w stosunku do państw członkowskich, lecz może też oddziaływać bezpośrednio na obywateli. Sędziowie orzekli, że normy wewnętrzne nie mogą pozostawać w sprzeczności z prawem europejskim, z czego wynika, że ustawodawstwo krajowe nie może mieć pierwszeństwa nad wspólnotowym. Nie oznacza to jednak automatycznego uchylenia prawa krajowego, które musi być dopasowane w innym trybie. ETS nie ma bowiem kompetencji do uchylenia niedostosowanych do unijnych norm krajowych. Ale w sytuacji kolizji prawa państwa z normami wspólnotowymi, sądy krajowe nie mogą uwzględniać przepisów krajowych, są bowiem zobowiązane do stosowania prawa europejskiego. Jak bowiem orzekł w jednej ze spraw ETS, prawu zrodzonemu z traktatu nie można przeciwstawiać w postępowaniu sądowym żadnego aktu wewnętrznego.

### Ogólne zasady prawa europejskiego odnoszące się do ochrony zdrowia

W przypadku spraw, które nie należą do wyłącznej kompetencji UE, zgodnie z zasadą subsydiarności może ona podejmować działania, jeśli te nie mogą być efektywnie podjęte przez państwa członkowskie.

### Traktat o Unii Europejskiej z Maastricht z 1992 r.

#### Art. 129.

Wymagania w zakresie ochrony zdrowia będą stanowiły integralną część wszystkich obszarów polityki Wspólnoty.

Art. 152. Traktatu z Amsterdamu z 2.10.1997 r. (wszedł w życie 1.05.1999 r.) określa kompetencje UE w zakresie ochrony zdrowia. Działalność legislacyjna Rady w tym zakresie ogranicza się do:

- środków ustanawiających wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa narządów, substancji pochodzenia ludzkiego, krwi oraz jej pochodnych,
- środków podejmowanych celem ochrony zdrowia publicznego w obszarach weterynarii i ochrony roślin,
- ochrony i poprawy zdrowia ludzi, włączając harmonizację prawa krajów członkowskich.

**Nie istnieją wspólne wymogi stawiane specyficznym placówkom służby zdrowia.**

#### Art. 152 § 5.

Działania Wspólnoty będą respektowały kompetencje krajów członkowskich w zakresie organizacji i dostarczania usług medycznych.

#### Inne artykuły odnoszące się do ochrony zdrowia:

Art. 43–48: Prawo do zakładania przedsiębiorstw (obejmuje także zawody medyczne).

Art. 49–50: Usługi (włącznie z usługami zdrowotnymi).

Art. 71: Bezpieczeństwo transportu.

Art. 95: Ujednoczenie prawa odnoszącego się m.in. do żywności, tytoniu, farmaceutyków, urzędzeń medycznych, chemikaliów, kosmetyków, zastosowania biotechnologii.

Art. 131–133: Wspólna polityka handlowa (np. farmaceutyki, żywność).

Art. 137: Zabezpieczenie społeczne i socjalne pracowników.

Art. 149: Edukacja i kształcenie zawodowe (włączając współpracę w dziedzinie zdrowia).

Art. 158, 161: Spójność ekonomiczna i socjalna (fundusze strukturalne i kohezyjne).

Art. 163–173: Badania i rozwój technologii, włączając obszar zdrowia.

Art. 177: Rozwój współpracy.

### Zabezpieczenie społeczne

Traktat założycielski Wspólnot Europejskich w celu upowszechnienia idei integracji wprowadza cztery podstawowe zasady, tzn. swobodny przepływ towarów, swobodny przepływ osób, swobodny przepływ usług, swobodny przepływ kapitału.

Zwłaszcza 3 pierwsze zasady wpłyną w sposób bezpośredni na funkcjonowanie polskich szpitali w kontekście przystąpienia do Unii Europejskiej.

### Swobodny przepływ osób

Jedną z głównych zasad wyrażanych w przepisach unijnych jest zasada swobodnego przepływu osób, czyli swobodnego podróżowania, przebywania i osiedlania się obywateli Unii na terenie każdego z państw członkowskich Wspólnoty.

### Zabezpieczenie społeczne

Potrzeba zagwarantowania ciągłości nabytych praw ubezpieczonym obywatelom UE, korzystającym ze swojego prawa do swobodnego przemieszczania się po terytorium Wspólnoty, przyczyniła się do stworzenia przepisów wspólnotowych, dotyczących koordynacji systemów ubezpieczenia, obowiązujących na terytorium wszystkich państw UE.

Państwa UE dążą do koordynacji systemów zabezpieczeń społecznych, która polega na ich obowiązywaniu na terytorium wszystkich krajów UE.

Przepisy wspólnotowe jasno określają, **kto ma prawo do opieki zdrowotnej:**

- pracownicy najemni i osoby pracujące na własny rachunek oraz członkowie ich rodzin,
- emeryci i renciści oraz członkowie ich rodzin,
- turyści,
- bezrobotni i członkowie ich rodzin.

Osobami uprawnionymi są także szczególne grupy zatrudnionych i osób:

- pracownicy wyśłani i członkowie ich rodzin,
- pracownicy przygraniczni i członkowie ich rodzin,
- pracownicy sezonowi i członkowie ich rodzin,
- bezpaństwowcy i uchodźcy zamieszkali na terytorium państwa członkowskiego UE oraz członkowie ich rodzin.

W razie korzystania z ubezpieczenia przez osobę ubezpieczoną w kraju innym niż kraj, w którym się leczy, należy pamiętać o tym, że zoz-y będą zawsze udzielać opieki zgodnie z przepisami własnego kraju. Pacjenci – cudzoziemcy przysługują takie same usługi, jak obywatelowi kraju, w którym korzysta z opieki. Po przystąpieniu do UE Polska zachowa – jak każde państwo członkowskie – swój system zabezpieczenia społecznego oraz system ochrony zdrowia. Niezbędne będzie jednak wypracowanie systemu koordynacji w tych dziedzinach, w tym działań związanych z udzielanymi rzeczowymi świadczeniami medycznymi w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia medycznego, które polegać będzie na wprowadzeniu i stosowaniu wspólnych dla wszystkich państw członkowskich zasad i reguł, dotyczących warunków i zakresu otrzymywania przez obywateli tych państw opieki zdrowotnej, zasad jej finansowania i rozliczenia jej kosztów.

**Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego** – czy pacjent cudzoziemiec, pochodzący z UE jest objęty systemem ubezpieczenia zdrowotnego, ma prawo do opieki?

Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego ustanowiona została na szczeblu wspólnotowym w celu wyeliminowania niekorzystnych następstw, jakie mogłyby powstać w związku z podejmowaniem zatrudnienia lub w związku z wykonywaniem pracy na własny rachunek, kolejno pod rządami systemów zabezpieczenia społecznego różnych państw członkowskich (rozporządzenie 1408/71).

Sposób udzielania opieki zdrowotnej zawsze należy do kraju, w którym jest ona pobierana, niezależnie od przepisów państwa, w którym pacjent jest ubezpieczony.

## Rodzaje świadczeń medycznych

Osoba zamieszkująca dany kraj, choć ubezpieczona gdzie indziej ma prawo do **pełnej gamy usług medycznych**. Osobom, które na terytorium państwa członkowskiego przebywają tylko tymczasowo (wakacje etc.) przysługuje nieograniczone prawo jedynie do **świadczeń natychmiastowo koniecznych**, czyli niezbędnych do ratowania życia i zdrowia (np. poród, ale tylko jeśli ma miejsce poza wyznaczonym terminem), ewentualna kontynuacja leczenia powinna odbywać się w miejscu zamieszkania.

**Niezbędne świadczenia zdrowotne w trakcie pobytu** – jest to szerszy zakres świadczeń w porównaniu do świadczeń natychmiastowo koniecznych. W praktyce oznacza brak konieczności powrotu do kraju na dalsze leczenie, ale nie obejmuje to planowych świadczeń zdrowotnych, które powinny być przeprowadzone w państwie zamieszkania.

**Planowe świadczenia medyczne** – to świadczenia medyczne na terytorium innego państwa niż państwo ubezpieczenia, na które dana osoba została wysłana przez swoją instytucję ubezpieczenia zdrowotnego, i których koszty pokrywane są przez tę instytucję. Zgodnie z ustawodawstwem UE, instytucja ubezpieczeniowa nie może odmówić pacjentowi leczenia za granicą, jeśli dane świadczenie jest gwarantowane przez ustawodawstwo danego kraju, a nie może być zrealizowane na miejscu w czasie niezbędnym ze względu na zdrowie pacjenta.

## Rodzaje dokumentów

Po wstąpieniu do UE rolę dokumentu potwierdzającego nasze prawo do świadczeń zdrowotnych pełnić będą formularze serii **E-100**. Już od pierwszego dnia naszego członkostwa w UE polscy ubezpieczyciele będą takie formularze wystawiać. Będziemy je wypełniać w języku polskim.

W praktyce lekarze udzielający świadczeń lub pracownicy administracji placówek służby zdrowia, do których zgłosi się pacjent będą mieli do czynienia z następującymi formularzami:

**Formularz E-106** – dla osób zatrudnionych lub pracujących na własny rachunek oraz członków ich rodzin,

**Formularz E-109** – dla członków rodziny mieszkających w kraju innym niż ten, w którym mieszka osoba zatrudniona lub pracująca na własny rachunek,

**Formularz E-122** – dla członków rodzin mieszkających w kraju innym niż ten, w którym mieszka rencista lub emeryt,

**Formularz E-111** – dla osób zatrudnionych lub pracujących na własny rachunek (również dla pracowników skierowanych do pracy za granicą w okresie skierowania), emerytów i rencistów oraz członków ich rodzin,

**Formularz E-112** – dla osób, które uzyskały zgodę własnej instytucji ubezpieczeniowej na zaplanowane leczenie za granicą,

**Formularz E-110** lub **E-111** – dla osób zatrudnionych w transporcie międzynarodowym oraz osób normalnie pracujących w więcej niż jednym państwie,

**Formularz E-119** – dla osób bezrobotnych poszukujących pracy w innym kraju.

Docelowo dokument E-111 ma być zastąpiony kartą zdrowia.

Osoba ubezpieczona w jednym państwie członkowskim będzie mogła wyjechać na leczenie do dowolnie wybranego państwa UE. W takim przypadku potrzebna jednak będzie zgoda ubezpieczyciela, czyli w przypadku RP Narodowego Funduszu Zdrowia.

## Elektroniczna karta zdrowia

Od 1 czerwca 2004 r. wszyscy obywatele Unii Europejskiej, podróżujący do innych krajów Wspólnoty będą mogli korzystać z usług lekarskich po okazaniu europejskiej karty zdrowia.

Europejska karta zdrowia umożliwi szybką identyfikację pacjenta i leczenie, którego koszty zwracać będzie jego ubezpieczalnia, kasa chorych. Dlatego na karcie muszą być wydrukowane podstawowe informacje o posiadaczu, nawet jeśli równolegle są one zapisane na niej także elektronicznie.

Europejska karta zdrowia ma zastąpić z czasem druk E-111. Lekarze powinni jednak zdawać sobie sprawę, że mogą pojawić się pacjenci z UE, legitymujący się właśnie taką kartą.

Karta zawiera następujące dane: nazwisko, pierwsze imię posiadacza, jego numer identyfikacyjny, datę ważności karty, kod ISO (Międzynarodowej Organizacji Standaryzacyjnej) państwa członkowskiego wydającego kartę, numer identyfikacyjny lub nazwę ubezpieczającej instytucji i numer karty. Elektroniczne karty pacjenta istnieją już w Belgii, Francji, Niemczech, Hiszpanii i Słowenii. Większość przyszłych członków UE będzie to musiała zrobić najpóźniej do 2005 r. Polska będzie miała 1,5 roku na dostosowanie się do nowych regulacji.

### Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych

Od 1 maja Polacy przebywający w innych krajach UE, ale także obywatele innych krajów Unii, będą mogli bezpłatnie uzyskać w nagłych przypadkach pomoc lekarską. Zakres usług medycznych ściśle reguluje prawo europejskie. Możemy liczyć w nagłych przypadkach na wyrwanie zęba czy założenie plomb, ale już nie na protezę. Gdy będzie potrzebna operacja, szpital ma obowiązek wykonać ją w takim stopniu, który pozwoli na powrót do kraju.

» Elektroniczne karty pacjenta istnieją już w Belgii, Francji, Niemczech, Hiszpanii i Słowenii. Większość przyszłych członków UE będzie to musiała zrobić najpóźniej do 2005 r. Polska będzie miała 1,5 roku na dostosowanie się do nowych regulacji »

Za usługi świadczone obywatelom Polski w innych krajach Unii będzie musiał zapłacić NFZ, czyli płatnicy składki zdrowotnej. Takie stanowisko Trybunału wynika z rewolucyjnego podejścia do zasady swobodnego świadczenia usług.

### Orzeczenia ETS

#### 1. Orzeczenie z 25.02.2003 r. (sprawa C-326/00) V. Ioannidis przeciwko IKA – Idryma Koinonikon Asfaliseon – Narodowa Służba Zdrowia w Grecji)

Emeryt grecki wyjechał do RFN, oficjalnie w odwiedzinach do syna i tam zgłosił się do szpitala z objawami nasilonej *angina pectoris*, na którą chorował od dawna. W RFN wykonano zabieg operacyjny. Przed wyjazdem z Grecji pan Ioannidis pobrał formularz E-111, uprawniający do rzeczowych świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym (jak w przypadku każdego wyjazdu turystycznego). Po zabiegu zwrócił się do niemieckiej kasy chorych o pokrycie kosztów leczenia, powołując się na uprawnienia wynikające z Rozporządzenia 1408/71. Kasa chorych odmówiła automatycznego pokrycia tych kosztów twierdząc, że nie jest pewne, czy pan Ioannidis nie przybył do RFN z zamiarem uzyskania leczenia, a tym samym zażądał, by dostarczył on formularze E-112, czyli promesę swojej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, zezwalającą na leczenie w RFN. IKA – grecki ubezpieczyciel odmówił, twierdząc, że choruje on na tę chorobę od dawna i podobne leczenie mógł uzyskać w Grecji. Ostatecznie pan Ioannidis pokrył koszty leczenia, a po powrocie do Grecji zażądał zwrotu kosztów od IKA. Sprawa trafiła do trybunału w Luksemburgu, gdzie toczyła się kilka lat. Wyrokiem trybunału przyznano panu Ioannidisowi prawo do odzyskania poniesionych kosztów.

Uzasadnienie: pan Ioannidis, jako emeryt posiada uprawnienia do uzyskania świadczeń zdrowotnych za granicą własnego kraju na podstawie art. 31 Rozporządzenia 1408/71, co oznacza, że świadczenia mogą być wykonywane na koszt ubezpieczyciela nie tylko w przypadkach nagłych, które powstały niespodziewanie w trakcie jego pobytu za granicą, ale także w takich, które są skutkiem zaostrzenia stanów przewlekłych. Jednocześnie nie jest w takich wypadkach konieczne występowanie do instytucji właściwej o zgodę na tego typu leczenie.

#### 2. Orzeczenie z 28.04.1998 r. (sprawa C-120/95) Nicolas Decker przeciwko Kasie Chorych Pracowników Prywatnych na temat interpretacji art. 30 i 36 Traktatu Europejskiego – swobodny przepływ towarów.

#### 3. Orzeczenia z 28.04.1998 r. (sprawa C-158/96) Raymond Kol. przeciwko Zjednoczeniu Kas Chorych na temat interpretacji art. 59 i 60 Traktatu Europejskiego – swobodny przepływ usług.

Po werdyktach w ww. sprawach stało się jasne, że można uznać, iż wspólnotowe pojęcie świadczenia usług obejmuje także działalność medyczną. Jasne jest także, że nie będzie można pacjentom odmówić w sposób arbitralny uzyskania normalnych świadczeń medycznych w innym kraju członkowskim UE.

### Swobodny przepływ pacjentów – stanowisko ETS

Trybunał uznał, że usługa medyczna jest usługą jak każda inna, a to, że nie płaci za nią sam pacjent, lecz instytucja publiczna, nie ma żadnego znaczenia.

W tym kontekście nie jest wymagana zgoda organu krajowego na leczenie za granicą, np. wtedy, gdy dana usługa jest w danym kraju niedostępna lub też wtedy, czeka się zbyt długo na jej wykonanie. Ale refundacja za wykonaną za granicą usługę medyczną będzie miała taką wysokość, jaka obowiązuje w danym kraju.

### Dostosowanie Polski do zasad unijnych

Rząd RP pracuje nad nowelizacją ustawy dostosowującej polski system opieki zdrowotnej do przepisów unijnych. W myśl projektu to przede wszystkim NFZ ma być instytucją odpowiedzialną za rozliczenia leczenia pacjentów polskich w krajach unijnych i pacjentów unijnych w polskich placówkach medycznych. Rozliczenia mają odbywać się 2 razy w roku. Jeśli polski szpital przyjmie pacjenta z UE, fakturę przekaże Funduszowi i będzie musiał oczekiwać na zwrot pieniędzy. Unijne przepisy określają, że obywatel państwa członkowskiego UE może ubiegać się o planowe leczenie poza granicami swojego kraju, jeśli w kraju oczekiwania kolejka jest zbyt długa. W Polsce wciąż nie mamy, w odróżnieniu od

większości krajów unijnych standardów w jasny sposób określających, jaki jest czas oczekiwania na daną procedurę medyczną, ani wiarygodnych kolejek oczekiwania na deficytowe świadczenia medyczne. Projekt zezwala ministrowi zdrowia (ale nie nakazuje) określenie w rozporządzeniu sposobu i kryteriów dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia medyczne.

### Zmiany legislacyjne

Czy te zasady będą obowiązywały już od 1.05.2004 r.? To raczej wątpliwe, ponieważ dopiero **20.01.2004 r.** rząd RP przyjął dokument, w którym zakłada przyjęcie wielu aktów prawnych, w tym określenie zasad, trybu i terminów rozliczania kosztów leczenia.

Zmiany legislacyjne powinny dotyczyć m.in. następujących spraw:

- zniesienia warunku zamieszkiwania na terytorium RP jako warunku podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu (z uwzględnieniem statusu członka rodziny),
- uregulowania kwestii kierowania ubezpieczonego na leczenie w innym państwie członkowskim,
- uregulowania kwestii wydawania formularzy (o prawie do świadczeń zdrowotnych na terytorium RP),

- wskazania źródeł i podmiotu finansowania oraz sposobu opłacania świadczeń wykonywanych w Polsce na rzecz osób objętych koordynacją systemów zabezpieczenia medycznego/społecznego,
- uregulowania zasad, terminów i trybu rozliczania kosztów świadczeń rzeczowych, udzielonych osobom objętym systemami ubezpieczenia zdrowotnego podlegającymi koordynacji oraz spraw przepływu środków między instytucją łącznikową, a instytucjami właściwymi i świadczeniobiorcami.

### Podsumowanie

Mimo braku jednolitych unijnych norm regulujących sektor usług medycznych, po 1.05.2004 r. zakłady opieki zdrowotnej będą musiały dostosować swoją politykę w zakresie dostępu do świadczeń medycznych według unijnych standardów.

*mgr Joanna Krawczyk,  
Departament Legislacyjno-Prawny,  
Ministerstwo Spraw Zagranicznych*

*dr med. Paweł Grzesiowski,  
Krajowa Grupa Robocza ds. Zakażeń Szpitalnych,  
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego*