

Kolejki, koszyk i solidna kalkulacja kosztów

Adam Kozierek



W doktrynie prawnej Unii Europejskiej wielokrotnie podkreślana jest suwerenność rządów krajów członkowskich w kształtowaniu krajowych systemów opieki zdrowotnej. W przeciwieństwie do dziedziny zdrowia publicznego, w tym szczególnie bezpieczeństwa towarów konsumpcyjnych, usługi zdrowotne, organizacja systemów ochrony zdrowia, uprawnienia pacjentów i sposoby finansowania świadczeń, to dziedziny, które nie są objęte regulacją unijnych praw.

W ostatnich miesiącach coraz częściej słyszy się jednak o błędzie zaniechania ze strony organów Unii, ponieważ brak regulacji dotyczących opieki zdrowotnej sprawia, że dziedzina ta jest traktowana na zasadach równych z innymi dziedzinami gospodarki. Interpretacja zasad wolnego przepływu osób, towarów, usług i kapitału w zestawieniu z regulacjami dotyczącymi koordynacji systemu zabezpieczenia społecznego powoduje, że pacjenci uzyskują coraz większy zakres swobody, co w poważnym stopniu narusza wątpliwą równowagę finansową poszczególnych krajowych systemów opieki zdrowotnej. Można się spodziewać, że o ile obawy naruszenia stabilności finansowej systemu artykułowane są przez przedstawicieli takich krajów, jak Francja, Dania czy Wielka Brytania, to tym bardziej dotyczyć to będzie krajów akcesyjnych.

Czynnikiem, który ma ułatwić decyzje obywateli krajów Unii o przenosinach do innego kraju, co jest jednym z filarów koncepcji wspólnot europejskich, jest koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego. Działanie to u podłożu miało umożliwić utrzymywanie uprawnień do różnych świadczeń w dziedzinie zabezpieczenia społecznego, pomimo okresowej lub stałej

zmiany miejsca zamieszkania przez pracowników przenoszących się z powodu pracy do innego kraju Unii. W ten sposób prawo to miało zachęcić obywateli Unii do aktywnego poszukiwania pracy w innych częściach zjednoczonej Europy. W regulacjach dotyczących koordynacji zapisano jednak także uprawnienia osób niebędących pracownikami, a korzystających z prawa do swobodnego przepływu osób, jako że trudno było uzasadnić ograniczenie przywilejów związanych z koordynacją jedynie do grupy *pracowników*. Koordynacja systemu zabezpieczenia społecznego objęła więc także emerytów i rencistów, którzy uzyskali prawo do powrotu do swoich rodzinnych krajów po zakończeniu życia zawodowego lub wręcz przeciwnie, do przenosin do innych rejonów Europy, by spędzić tam schyłek życia, zachowując cały wypracowany dorobek świadczeń socjalnych. Wreszcie pewne elementy koordynacji zabezpieczenia społecznego objęły turystów i inne osoby przebywające na terenie danego kraju tymczasowo. Osoby te nabyły prawo, bez wykupywania dodatkowych ubezpieczeń podróży, do

opieki medycznej podczas podróży do innych państw członkowskich w razie wystąpienia nagłych wypadków i zdarzeń zdrowotnych.

Zasady dotyczące uprawnień obywatela do świadczeń socjalnych do innych krajów Unii oraz rozliczeń za te świadczenia zostały zawarte w dwóch rozporządzeniach Rady EWG; Nr 1408/71 z 1971 dotyczącego stosowania syste-

mów zabezpieczenia społecznego do pracowników, osób pracujących na własny rachunek oraz do członków ich rodzin, przemieszczających się w granicach Wspólnoty oraz Nr 574/72 z 1972 r., dotyczącego trybu postępowania koordynacyjnego. Zasady, jakie wynikają z zapisów rozporządzenia 1408/71 są następujące:

- ▶ W danym czasie obywatel podlega ustawodawstwu tylko jednego państwa członkowskiego, niezależnie od tego, na terenie ilu z państw mieszka czy wykonuje pracę zawodową. Jest to zatem zasada, która wyklucza możliwość korzystania z praw wynikających z różnych regulacji dwóch i więcej krajów.
- ▶ Świadczenia społeczne przysługujące ubezpieczonemu wynikają z regulacji kraju, w którym osoba ta wykonuje działalność zawodową. Zatem w kontekście ochrony zdrowia oznacza to, że pracownik podlega takim regulacjom, jakie panują w kraju, w którym wykonuje pracę, a nie w kraju, w którym mieszka lub którego jest obywatelem.

Od tej reguły są jednak wyjątki, w postaci:



O
l
g
a
b
o
r
y
s

Po akcesji elementy niewydolności systemu będą wprost przekładać się na straty, związane z wyjazdami polskich pacjentów za granicę

- ▶ pracowników oddelegowanych do pracy za granicą na okres do 12 mies. – delegowani posiadają uprawnienia obowiązujące w miejscu siedziby delegującego, a nie w miejscu pracy, zatem płacą składki w kraju siedziby delegującego, a posiadają uprawnienia do uzyskiwania świadczeń po obu stronach granicy. Stan taki jest jednak ograniczony w czasie do 12 mies., po których, o ile dalej pozostają poza granicami, powinni zacząć podlegać ubezpieczeniu kraju pobytu;
- ▶ marynarzy, pracowników transportu międzynarodowego, osób zatrudnionych w placówkach dyplomatycznych i w misjach zagranicznych, którzy podlegają regulacjom ubezpieczeniowym kraju, w którym zlokalizowane są siedziby ich firmy (instytucji) macierzystej.
- ▶ Równość praw i obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego z osobami będącymi obywatelami danego kraju – w sytuacji przemieszczenia się obywatela do innego kraju, obywatel ten nabywa prawa i obowiązki obywateli kraju pobytu. W ten sposób musi ponieść

koszty objęcia ubezpieczeniem w kraju pobytu, uzyskując jednocześnie wszelkie prawa do świadczeń z tego wynikających.

- ▶ Eksportowalność świadczeń, czyli przekazywanie nabytych świadczeń pieniężnych za uprawnionym w przypadku jego migracji (zachowanie praw nabytych).

Konieczność pokrywania przez instytucję ubezpieczeniową kosztów świadczeń zdrowotnych dostarczonych ubezpieczonemu w innym kraju członkowskim niż kraj miejsca ubezpieczenia i wg stawek tego kraju, pojawia się wtedy, gdy:

- ▶ obywatel stale zamieszkuje w innym kraju członkowskim UE aniżeli kraj swojego zatrudnienia (lub właśnie się tam przenosi),
- ▶ obywatel przebywa czasowo na terytorium innego kraju członkowskiego i potrzebna jest mu natychmiastowa pomoc lekarska,
- ▶ obywatel upoważniony został przez właściwą instytucję do wyjazdu w celu skorzystania w innym kraju z opieki medycznej, odpowiedniej do stanu zdrowia, która nie byłaby możliwa na miejscu,

w czasie niezbędnym ze względu na stan zdrowia.

Obywatel kraju członkowskiego UE może się oprócz tego ubiegać o pozwolenie na wyjazd do innego kraju w celu leczenia, które odbywać się będzie na koszt własnej instytucji ubezpieczającej wg stawek kraju docelowego. Własna instytucja ubezpieczeniowa może wyrazić na taki wyjazd zgodę lub nie. Podczas gdy dane leczenie (procedura) stanowi świadczenie gwarantowane przez ustawodawstwo danego kraju i nie może ono zostać zrealizowane w kraju, w czasie niezbędnym ze względu na stan zdrowia (*without undue delay*), instytucja ubezpieczeniowa **nie może odmówić** zgody na taki wyjazd.

Formularze E100

Do potwierdzenia uprawnień do świadczeń zdrowotnych i świadczeń w związku z macierzyństwem, stosowane są formularze;

- ▶ **E111**, który uprawnia do świadczeń w zakresie opieki zdrowotnej w razie wypadku lub nagłej choroby,

- ▶ **E112**, który uprawnia do planowego korzystania z usług medycznych za granicą, oraz
- ▶ **E128**, który wykorzystują pracownicy oraz studenci, gdy przenoszą się poza granice własnego kraju,
- ▶ **E110**, który używają pracownicy transportu międzynarodowego,
- ▶ **E119**, którym posługują się bezrobotni, poszukujący pracy w innym kraju Unii,
- ▶ **E123** – dla osób cierpiących na choroby zawodowe.

Przed opuszczeniem kraju osoba, która zamierza skorzystać z opieki za granicą lub przewiduje taką możliwość, powinna zaopatrzyć się w odpowiedni formularz. Z reguły formularze takie można otrzymać w miejscach publicznych; jednostkach opieki zdrowotnej, na poczcie, a także można je wydrukować z Internetu. Przed wykorzystaniem formularz musi być jednak potwierdzony przez odpowiednie instytucje. Formularz wraz z potwierdzeniem jest dowodem, że dana osoba jest upoważniona do świadczeń zdrowotnych w ramach systemu zabezpieczenia społecznego w swoim kraju, a w przypadku formularzy **E112** i **E128**, potwierdzone formularze stanowią dowód zgody ubezpieczyciela na pokrycie kosztów leczenia w trakcie pobytu za granicą. Jeśli wyjeżdżający nie dopełni tej procedury przed wyjazdem, nie pozbawi go to możliwości skorzystania z omawianych unormowań prawnych. Konieczne w takiej sytuacji będzie jednak nawiązanie odpowiedniej korespondencji między instytucją leczniczą w kraju wyjazdu, a instytucją rozliczającą w kraju macierzystym. Brak odpowiedniego formularza może skutkować koniecznością pokrycia kosztów leczenia, a żądanie zwrotu poniesionych kosztów od instytucji właściwej może nastąpić dopiero po powrocie do kraju macierzystego.

Precedensowy charakter orzeczeń Trybunału Sprawiedliwości

Zasady zawarte w unijnych aktach prawnych zostały na nowo zinterpretowane przez orzeczenie Trybunału

Sprawiedliwości w Luksemburgu w sprawie dwóch obywateli tego kraju – panów Deckera i Kohlla,¹ którzy domagali się zwrotu wydatków związanych z zakupem pewnych usług medycznych za granicą. Pan Decker nabył w Belgii okulary, do których refundacji miał prawo w Luksemburgu, pan Kohll natomiast chciał uzyskać usługę protetyczną dla swojej córki w Niemczech. W obu przypadkach ubezpieczyciel luksemburski odmówił pokrycia tych kosztów, stwierdzając, że w żadnym z przypadków nie ma mowy o stanie nagłym oraz w żadnym z przypadków nie ma ograniczeń w dostępie do tych świadczeń na terenie Luksemburga. Trybunał Luksemburski po rozpatrzeniu sprawy stwierdził, że:

- ▶ kraje członkowskie mają prawo do organizowania ich własnych systemów zabezpieczenia społecznego, przez co po raz kolejny potwierdził suwerenne kompetencje krajów UE w zakresie opieki zdrowotnej;
- ▶ jednakże świadczenia z zakresu zabezpieczenia społecznego nie są wyłączone z podstawowej zasady swobodnego przepływu (ludzi, usług, towarów);
- ▶ artykuł 22 rozporządzenia 1408/71, który wymaga wcześniejszej zgody ubezpieczyciela właściwego na uzyskanie świadczenia zdrowotnego w innym kraju dotyczy sytuacji, gdy takie świadczenie jest rozliczane wg stawek kraju docelowego i dostarczane jest ubezpieczonemu w naturze (*in kind*),
- ▶ zapis ten jednak nie wyklucza zwrotu kosztów związanych z uzyskaniem świadczenia wg stawek kraju rodzimego ubezpieczyciela i w takiej sytuacji nie ma potrzeby zabiegać o wcześniejszą zgodę na skorzystanie z takiej refundacji, tym bardziej, że koszty związane z taką refundacją niczym nie różnią się od kosztów wobec krajowych dostawców dóbr i usług;
- ▶ poza tym zasada uzyskiwania wcześniejszej zgody na pokrycie kosztów zniechęca osoby ubezpieczone do korzystania z usług i towarów w innych krajach Unii, co

znaczy, że procedura ta tworzy bariery dla swobodnego przepływu pacjentów;

- ▶ w tej sytuacji konieczność uzyskiwania zgody właściwego ubezpieczyciela nie ma uzasadnienia, chyba że ma zapobiegać *poważnym zagrożeniom równowagi finansowej systemu zabezpieczenia społecznego*, czy też spowodowane jest to kwestiami związanymi ze zdrowiem publicznym (zapewnienie jakości opieki medycznej, utrzymanie opieki medycznej na równoważonym poziomie, dostępnym dla wszystkich uprawnionych).

Orzeczenie w sprawie Kohlla i Deckera stworzyło nową procedurę uzyskiwania świadczeń zdrowotnych za granicą, która nie podlega regulacji wynikającej z rozporządzeń 1408/71 i 574/72, ani nie wymaga posługiwania się formularzami **E111** czy **E112**. W związku z tym mamy do czynienia z podwójną regulacją transgranicznych świadczeń medycznych – tą wynikającą z koordynacji systemu zabezpieczenia społecznego i tą wynikającą wprost z zasad traktatowych; artykuły 30, 36 59 i 60 Traktatu o Wspólnotach.

Kolejnym krokiem w procesie interpretacji prawa do uzyskiwania świadczeń za granicą było orzeczenie w sprawie *Smits-Peerbooms*. Pani *Geraets-Smits*, mieszkająca w Holandii i cierpiąca na chorobę Parkinsona, leczyła się w Niemczech, nieposiadając odpowiednich promes własnej holenderskiej instytucji ubezpieczeniowej. Wybrała klinikę niemiecką, ponieważ posługiwała się ona w leczeniu tego schorzenia specjalną metodą, integrującą różne techniki. Po powrocie do kraju zażądała zwrotu poniesionych kosztów wg stawek holenderskich, lecz jej żądanie zostało odrzucone, a argumentacja ubezpieczyciela holenderskiego była taka, że takie samo leczenie było dostępne w Holandii w jednostkach zakontraktowanych przez tego ubezpieczyciela. Jednocześnie powołany przez Trybunał biegły nie stwierdził w metodzie stosowanej w Niemczech takich cech, które nie byłyby osiągalne w terapiach stosowanych w Holandii. Tym samym argumenty o lepszej jakościowo i skuteczniejszej opiece w Niemczech nie zostały uznane.

Pan Peerbooms z kolei, w śpiączce po wypadku samochodowym przewieziony został przez swoją rodzinę do Austrii, gdzie zastosowano na nim metodę neurostymulacji. Już ze szpitala uniwersyteckiego w Innsbrucku nadsyłano do holenderskiego ubezpieczyciela pisma z prośbą o pokrycie kosztów tego leczenia, na które ubezpieczyciel stwierdzał, że pokrycie to nie przysługuje. Argumentem ubezpieczyciela było stwierdzenie, że terapia stosowana na panu Peerboomsie w Holandii uważana jest za eksperymentalną i stosowana jest jedynie u pacjentów w wieku poniżej 25 lat. W tym kontekście i wobec zapisu w holenderskiej ustawie ubezpieczeniowej, że ubezpieczonym przysługują świadczenia uznane za normalne w środowisku profesjonalnym, postanowiono nie wydawać zgody na pokrycie kosztów. Metoda ta okazała się skuteczna i po powrocie do Holandii pan Peerbooms zażądał zwrotu kosztów leczenia.

W obu przypadkach Trybunał Sprawiedliwości potwierdził prawa ubezpieczycieli do odmowy ale uznał, że:

- ▶ usługi szpitalne są usługami na równi z ambulatoryjnymi czy innymi wykonywanymi w ochronie zdrowia, tym samym rozszerzając interpretację z wyroku w sprawie Deckera i Kohlla. Tym samym odrzucił wnioski obrony (przedstawicieli ubezpieczycieli), że przypadki te nie mogą być rozpatrywane w oparciu o zasady wolnego przepływu ludzi, towarów i usług ponieważ hospitalizacja nie jest usługą,
- ▶ zasada wolnego przepływu osób i usług jednak nie może naruszać kompetencji krajów członkowskich do swobodnego kształtowania własnych systemów ochrony zdrowia,
- ▶ w szczególności potrzeba zachowania równowagi finansowej systemów ochrony zdrowia wymaga pewnych ograniczników wpływu środków, jak np. potrzeba uzyskania promes (*prior authorisation*) przed udaniem się na leczenie za granicę,
- ▶ jednocześnie stwierdzono, że warunki przyznawania promes zostały określone w rozporządzeniu 1408/71, czyli generalnie nie można ich odmówić, jeśli czas oczekiwania na dane świadczenie w kraju może być zagro-

żeniem dla zdrowia i życia pacjenta (*without undue delay*),

- ▶ w szczególności w stosunku do przypadku Peerbooms stwierdzono, że świadczenia, jakich mają prawo domagać się pacjenci powinny być określone w krajowym prawie. Ponieważ w prawie holenderskim zapisane jest, iż dopuszczalne sposoby leczenia mają spełniać warunek uznanych za normalne w profesjonalnym środowisku, nie może to uznanie zostać ograniczone tylko do danego kraju, ale powinno brać pod uwagę sytuację w krajach Unii.

Zatem ogólna konkluzja wynikająca z tego orzeczenia Trybunału jest taka, iż w żadnej mierze niedopuszczalna jest dyskryminacja i ograniczanie działalności świadczeniodawców zlokalizowanych poza danym krajem, na rzecz pacjentów – obywateli tego kraju. Wszystkie uprawnienia pacjentów oraz dostawców usług zdrowotnych, jakie występują w prawie krajowym rozciągają się automatycznie na wszystkie kraje Unii. Niedomówienia i nienormowane niedyskryminującym prawem aspekty rozstrzygane są na korzyść obywateli.

23 lutego 2003 roku do poprzednich orzeczeń Trybunału dołączyło jeszcze jedno; w sprawie Ioannidis *versus* Idryma Koinonikon Asfaliseon (IKA), czyli narodowa służba zdrowia Grecji. Pan Ioannidis, osoba w wieku emerytalnym, wyjechał do Niemiec oficjalnie w odwiedziny do swojego syna i tam zgłosił się do szpitala z objawami nasilonej *angina pectoris*, przeszedł zabieg poszerzenia tętnic wieńcowych. Przed wyjazdem z Grecji Pan Ioannidis pobrał formularz E111, czyli formularz mówiący o jego uprawnieniach ubezpieczeniowych. Po zabiegu zwrócił się do niemieckiej kasy chorych o pokrycie kosztów hospitalizacji, powołując się na uprawnienia wynikające z rozporządzenia 1408/71. Kasa jednak odmówiła automatycznego pokrycia tych kosztów twierdząc, że nie jest pewne czy pan Ioannidis nie przybył do Niemiec z intencją uzyskania leczenia, a tym samym zażądała, by dostarczył on for-

mularz E112, czyli promesę swego płatnika, zezwalającą mu na leczenie w Niemczech. IKA, grecki ubezpieczyciel pana Ioannidisa odmówił twierdząc, że podobne leczenie mógłby uzyskać w Grecji. Ostatecznie pan Ioannidis pokrył koszty leczenia z kieszeni, a po powrocie do Grecji zażądał zwrotu tych kosztów. IKA odmówiła, powołując się przy tym na zapisy z greckiej ustawy ubezpieczeniowej, bardzo restrykcyjnie podchodzącej do uzyskiwania świadczeń za granicą. Sprawa trafiła do sądu w Grecji, a ponieważ grecki sąd wydał orzeczenie niekorzystne dla pana Ioannidisa, ostatecznie sprawa trafiła do Trybunału w Luksemburgu. Po kilkuletnim procesie, w którym oprócz stron, re-

Emeryci i renciści, uzyskali silne wsparcie swoich praw ze strony Trybunału Luksemburskiego

prezentowane były rządy zainteresowanych krajów, w tym Irlandii, Hiszpanii, Belgii, Wielkiej Brytanii i Austrii, Trybunał

przyznał prawo do odzyskania poniesionych przez pana Ioannidisa kosztów, stwierdzając jednocześnie, że:

- ▶ pan Ioannidis, jako emeryt posiada uprawnienia do uzyskiwania świadczeń zdrowotnych za granicą własnego kraju (*kraju właściwego*) na podstawie art. 31 rozporządzenia 1408/71, co oznacza, iż świadczenia mogą być wykonywane na koszt jego ubezpieczyciela nie tylko w przypadkach nagłych, które powstały niespodziewanie w trakcie jego pobytu za granicą, ale również w takich, które są skutkiem zaostrożenia stanów przewlekłych. Jednocześnie nie jest w takich wypadkach konieczne występowanie do instytucji właściwej o zgodę na tego typu leczenie,
- ▶ błędna interpretacja uprawnień pana Ioannidisa przez świadczeniodawcę (niemiecką kasę chorych) nie umniejsza jego prawa do uzyskania zwrotu kosztów leczenia od jego ubezpieczyciela,
- ▶ regulacje wynikające z zapisów rozporządzenia 1408/71 przeważają nad regulacjami krajowymi (w tym przypadku greckimi) obejmującymi tę materię, zatem regulacje krajowe nie mogą być podstawą do odmowy zwrotu kosztów w tym przypadku.

Debt/resident	1989 €	1993 €	1997 €	1998 €
Belgium	3.62	8.93	8.93	4.38
Germany	1.77	1.83	2.08	2.21
Denmark	–	0.16	0.83	0.63
Spain	0.33	1.48	1.03	1.11
Ireland	0.18	0.65	1.68	0.93
France	0.79	1.87	1.21	1.05
Greece	0.95	2.51	2.68	3.15
Italy	2.99	8.36	3.52	2.89
Luxemburg	58.01	149.55	135.29	116.0
The Netherlands	1.95	0.26	1.98	2.85
Portugal	0.82	3.76	6.81	7.00
United Kingdom	0.33	1.61	1.92	0.36
Austria	–	–	0.48	1.87
Finland	–	–	0.49	0.52
Iceland	–	–	0.59	0.64
Norway	–	–	0.95	1.56
Sweden	–	–	0.65	0.96
Total	1.31	2.95	2.37	1.99

Tab. Wydatki na rozliczenia międzynarodowe za świadczenia zdrowotne w krajach UE, na obywatela na rok²

Podsumowując ten przypadek, można stwierdzić, że emeryci i renciści, szczególnie uprawnieni na mocy rozporządzenia 1408/71 uzyskali silne wsparcie swoich praw ze strony Trybunału Luksemburskiego.

Rozliczanie świadczeń w skali międzynarodowej

Sposoby rozliczania kosztów świadczeń wykonanych za granicami, jakie następują pomiędzy instytucją właściwą (czyli ubezpieczycielem danej osoby) a instytucją płatniczą w kraju docelowym, określone są w artykułach 93, 94 i 95 rozporządzenia 574/72. Zasadniczo rozliczenia można wykonywać wg kosztów rzeczywistych lub stawek zryczałtowanych.

Art. 93 omawia zasadę zwrotu rzeczywiście poniesionych kosztów, co oznacza, że instytucja ubezpieczeniowa w kraju tymczasowego pobytu lub zamieszkania musi przekazać instytucji właściwej rachunki za przeprowadzone leczenie danej osoby. Instytucja ta nie może żądać odpłatności

w wysokości wyższej niż wg stawek określonych dla osób ubezpieczonych w tej instytucji. Rozliczanie takie wymaga istnienia powszechnych cenników na poszczególne rodzaje usług lub ustalenia cennika do rozliczeń międzynarodowych, który zostanie zaaprobowany przez Komisję Administracyjną Unii Europejskiej.

Art. 94 i 95 rozporządzenia 574/72 umożliwiają zwrot kosztów wg stawek zryczałtowanych. Oznacza to, że instytucja ubezpieczeniowa w państwie tymczasowego pobytu lub zamieszkania ma prawo do zwrotu średnich kosztów miesięcznych, w wysokości odpowiadającej średnim kosztom za opiekę medyczną świadczoną odpowiedniej kategorii osób ubezpieczonych, na mocy ustawodawstwa tego państwa. Zapisy dotyczące kosztów zryczałtowanych dotyczą jedynie:

• członków rodziny pracownika lub osoby pracującej na własny rachunek mieszkających w innym państwie członkowskim (tzn. ryczałt na rodzinę),

• rencistów i emerytów oraz członków ich rodzin mieszkających poza granicami państwa właściwego (tzn. ryczałt na osobę).

Zatem w przypadku, gdy rodzina osoby pracującej w Polsce postanowiłaby zamieszkać za granicą, ma ona prawo do świadczeń medycznych w tym kraju, a koszty tych świadczeń, w formie ryczałtu określonego przez stronę kraju docelowego, obciążają polską instytucję ubezpieczeniową. Podobnie w przypadku emerytów i rencistów, którzy postanawiają zmienić kraj zamieszkania; uzyskują oni wtedy prawo do świadczeń zdrowotnych, jakie obowiązują w tym kraju, a ich macierzysta instytucja ubezpieczeniowa, w formie ryczałtowej określonej przez stronę kraju docelowego, przekazuje środki na te świadczenia instytucji kraju docelowego.

W praktyce niektóre kraje stosują zasadę wzajemnej kompensaty należności, co jest najprostszym i najtańszym sposobem rozliczania świadczeń. Zasada taka jest stosowana także, np. w relacjach Polski z Wielką Brytania w konwencji o świadczeniach zdrowotnych z 21 lipca 1967 r. W takim rozwiązaniu kraje biorą na siebie koszty związane z leczeniem pacjenta obywatela państwa partnera konwencji.

W latach poprzedzających orzeczenia w sprawie *Smits i Perbooms* oraz *Ioannidis*, statystyki dotyczące rozliczeń międzynarodowych w poszczególnych krajach istotnie się od siebie różniły. Najwyższe wydatki w stosunku rocznym na obywatela występowały w Luksemburgu, który jednakowoż nie może być uważany za właściwy punkt odniesienia dla Polski, ze względu na swoją zamożność oraz dużą mobilność obywateli. Inaczej sprawa się ma w przypadku drugiego (w roku 1998) pod względem wielkości kraju, jakim była Portugalia. Ten kraj, z punktu widzenia ekonomicznego najbardziej zbliżony do Polski, wydał w roku 1998 kwotę 7 euro w przeliczeniu na obywatela. W różnych wcześniejszych okresach w poszczególnych krajach, kwoty te sięgały nawet 9 euro na obywatela. Charakterystyczne, stosunkowo wysokie wydatki na obywatela notuje się w poszczególnych latach (niestale) w takich kra-

jach, jak Portugalia, Grecja czy Włochy – krajach, w których działają systemy narodowej służby zdrowia w wydaniu południowo-europejskim. Systemy te spotykają się z bardzo krytycznymi ocenami własnych obywateli,³ co pewnie miało wpływ na to, że na początku lat 90. Włochy były największym *eksporterem* pacjentów w trybie procedury **E112**, czyli *prośba o promesę na leczenie za granicą*.

Dokonanie szacunku wydatków Polski z tytułu koordynacji systemu zabezpieczenia społecznego, w części dotyczącej świadczeń zdrowotnych, są bardzo trudne. Dane przedstawione przez ekspertów projektu **Consensus III** mówią o tylko o dwóch kategoriach wydatków:

- ▀ z tytułu ubezpieczenia w wyjazdach turystycznych – ok. 70 mln złotych rocznie,
- ▀ z tytułu ryczałtów za osoby przenoszące się na stałe lub na dłuższy okres za granicę, a pozostające pod opieką polskiego systemu zabezpieczenia społecznego – 600 mln złotych.

W szacunkach tych nie uwzględniono wyjazdów z mechanizmem *promes* (**E112**).

Innego rodzaju szacunek można wykonać na podstawie przedstawionych wyżej danych nt. wydatków na refundacje takich krajów, jak Portugalia czy Włochy. Wydaje się, że zakres sumarycznych refundacji w ciągu pierwszych lat po integracji może znaleźć się w przedziale pomiędzy 2 a 8 euro na obywatela na rok. W sumie dawałoby to kwoty rzędu 320 mln–1,3 mld złotych rocznie.

Istnieje również możliwość bardziej niekorzystnych scenariuszy, przy czym spekulacje na ich temat zakrawałyby już na futurystykę.

Krajowe uwarunkowania wpływające na rozliczanie świadczeń w krajach UE

Z zapisów przygotowanego traktatu akcesyjnego wynika, że w przypadku Polski:

dla celów ustalania wysokości rocznych średnich kosztów świadczeń rzeczowych uwzględnia się świadczenia udzielane w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Zapis ten wskazuje na posługiwanie się w rozliczeniach międzynarodowych stawkami, płaconymi przez instytucję powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, czyli od 1 kwietnia 2003 r. Narodowego Funduszu Zdrowia.

W tym kontekście i wobec regulacji wynikających z rozporządzenia wykonawczego 574/72 konieczne będzie ustalenie wysokości kosztów związanych z poszczególnymi rodzajami świadczeń, które podlegać będą refundacji. Jeśli do stworzenia niniejszego cennika użyte zostaną ceny (koszty nabycia) świadczeń w NFZ, na co wskazuje powyższy zapis, będzie to dla polskich jednostek opieki zdrowotnej bardzo niekorzystna sytuacja.

Jak wiadomo, duża część zakładów, w szczególności szpitali, cierpi na permanentne niedofinansowanie, a ich bieżąca działalność jest kredytowana przez dostawców dóbr, a ostatnio niekiedy także przez personel, który nie otrzymuje wynagrodzeń w całości. Zastosowanie podobnych stawek do rozliczeń międzynarodowych dodatkowo pogłębi tę sytuację. Wiadomo także, że bieżąca działalność zakładów opieki zdrowotnej często jest uwarunkowana dodatkowymi wpływami, w tym dotacjami samorządów, wpływami z tzw. medycyny pracy, rynku prywatnego czy też nieformalnych opłat pacjentów. W kalkulacjach kosztów do rozliczeń międzynarodowych wszystkie te elementy zostaną pominięte, stawiając na Polskę w zdecydowanie niekorzystnej pozycji negocjacyjnej.

W ustawie o ubezpieczeniu w narodowym funduszu zdrowia w art. 48 zaznaczono przy tym, że:

- 1. Fundusz nie finansuje kosztów leczenia ubezpieczonego lub badań diagnostycznych poza granicami kraju.**
- 2. Minister właściwy do spraw zdrowia może skierować ubezpieczonego do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju.**
- 3. Koszty leczenia lub badań diagnostycznych ubezpieczonego poza granicami kraju:**
 - 1) wynikające z umów międzynarodowych;**

- 2) na podstawie skierowania ministra właściwego do spraw zdrowia, o którym mowa w ust. 2, wraz z kosztami transportu ubezpieczonego za granicę i do kraju są finansowane z budżetu państwa.**

Zatem, to budżet państwa a nie Fundusz będzie pokrywał wydatki związane z realizacją zapisów rozporządzenia 1408/71.

Jednocześnie, w ust. 4 stwierdza się, że:

- 4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej określi, w drodze rozporządzenia, sposób kierowania ubezpieczonego na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju i pokrywania kosztów tych świadczeń oraz kosztów transportu ubezpieczonego za granicę i do kraju, a także wzór wniosku o skierowanie na leczenie lub badanie diagnostyczne poza granicami kraju, uwzględniając zasadność i skuteczność takiego leczenia lub badania diagnostycznego.**

Istotne jest, aby minister zdrowia wydał rozporządzenie, które nie będzie sprzeczne z zapisami rozporządzenia 1408/71 oraz 574/72. Taka sprzeczność, jak wykazało orzeczenie w sprawie *Ioannidisa* nie jest niemożliwa w praktyce legislacji europejskiej, jednakże w sporach przed Trybunałem byłaby natychmiast podważona. Ważne jest także, jaka instytucja w tej sytuacji zostanie uznana za instytucję *właściwą*. Zgodnie z logiką systemu koordynacji taką instytucją jest instytucja ubezpieczająca; to do niej należy wydawanie (w każdym razie potwierdzanie) dokumentów uprawniających do świadczeń w postaci formularzy z serii **E100**. Do niej należeć powinno także uznawanie (autoryzacja) próśb o zgodę na leczenie za granicą w trybie art. 22 ust. 1 lit. c) rozporządzenia 1408/71. Z wymienionych wyżej zapisów wynika zatem, że Narodowy Fundusz Zdrowia będzie odpowiedzialny za wydawanie druków serii **E100**, w tym kluczowego druku **E112**, natomiast na budżet państwa spadnie odpowiedzialność finansowa za te dzia-

łania. Wydawanie zgód na wyjazd w celu leczenia uzasadniane będzie zapewne, w powołaniu się na art. 22 rozporządzenia i orzeczenie *Smits i Perbooms*, niemożnością uzyskania podobnie skutecznego leczenia w kraju, w czasie niezbędnym ze względu na stan zdrowia. W tej sytuacji NFZ przenosić może skutki niedomagania funkcjonowania systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych na budżet państwa.

W kontekście art. 22 ust. 1 lit. c), istotne będzie rozstrzygnięcie dotyczące art. 49 ustawy o ubezpieczeniu w narodowym funduszu zdrowia, który stwierdza:

nym z rozporządzeń ministra zdrowia. Brak możliwości wykonania tych usług w Polsce stanie się niemal automatycznym powodem uzyskiwania zgody (autoryzacji) na wyjazd za granicę i pokrycie tych kosztów na podstawie formularza E 112.

Podobny, choć nieco bardziej podatny na kontrolę mechanizm może zadziałać w przypadku usług w Polsce wykonywanych, ale rzadkich i deficytowych. Jeśli czas oczekiwania na uzyskanie takich świadczeń w Polsce będzie zbyt długi z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych pacjenta (*undue delay*), pacjentowi nie można będzie odmówić przyznania

W szczególności można sobie dość łatwo bowiem wyobrazić, że w momencie, gdy nie ma w polskiej legislacji istotnych ograniczeń czy też zaleceń stosowania określonych procedur opartych na wskazaniach medycznych, znaczna liczba pacjentów może domagać się określonych form leczenia. Jednocześnie z powodu trudności z dostępem do tych świadczeń w polskim systemie opieki zdrowotnej, osoby te zaczną się zwracać do swoich płatników o zgodę na skorzystanie z zagranicznych instytucji leczniczych. Płatnicy, jeśli nie spowodują znacznego skrócenia kolejek, a przy okazji nie zdołają wyeli-

Brak możliwości wykonania usług w Polsce stanie się niemal automatycznym powodem uzyskiwania zgody na wyjazd za granicę i pokrycie tych kosztów na podstawie formularza E 112

ubezpieczony, w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego, ma prawo do świadczeń zdrowotnych, odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej opartej na dowodach naukowych i praktyki medycznej, w ramach posiadanych przez Fundusz środków finansowych.

Podobny, nawet nieco bardziej precyzyjny zapis z holenderskiej ustawy ubezpieczeniowej był przedmiotem interpretacji w procesie w sprawie *Smits i Perbooms*. W procesie tym stwierdzono, że w sytuacji nieokreślonej precyzyjnie w prawie, kwestii zakresu świadczeń, jakie przysługują ubezpieczonemu, uznaje się że przysługują mu świadczenia *normalne* z punktu widzenia międzynarodowej społeczności profesjonalistów medycznych. Można zadać sobie pytanie, co oznacza *normalne* i jak się ma *normalność* w bogatych krajach UE do *normalności* w Polsce. Można się spodziewać, że istotna część wysoko specjalistycznych usług wykonywanych w różnych krajach UE nie jest aktualnie wykonywana w Polsce. Akcesja spowoduje, że usługi te *de iure* i *de facto* staną się należne polskiemu ubezpieczonemu, chyba że zostaną wymienione jako ponadstandardowe w jed-

prawa do leczenia za granicą i uzyskania druku E112. Z kolei polska instytucja właściwa, nawet, jeśli wykaże się zainteresowaniem w ograniczaniu tych wyjazdów, a nie będzie miała dowodów i technicznych możliwości kierowania pacjentów zgłaszających się po E112 na odpowiednie leczenie w kraju, nie będzie miała także argumentów przez sądami czy to w Polsce, czy w Luksemburgu, do odrzucenia żądań sformułowanych przez pacjentów.

Wnioski

Integracja europejska, wbrew zapewnieniom urzędników UKIE oraz Ministerstwa Zdrowia, może wywołać istotne skutki dla systemu ochrony zdrowia w Polsce; może zaburzyć wiele z istniejących układów i procedur balansujących na krawędzi wydolności lub je przekraczających. O ile bowiem niewydolność pewnych elementów systemu ochrony zdrowia dotychczas skutkowałą co najwyżej medialnymi połajankami i ewentualnie dymisją tego czy innego urzędnika, o tyle po akcesji elementy niewydolności systemu będą wprost przekładać się na straty, związane z wyjazdami polskich pacjentów za granicę.

minować upokarzających praktyk korporacyjnych, będą zmuszeni do wydawania takich zgód i do płacenia za te świadczenia wg stawek krajów Unii.

Druga forma egzekwowania praw przez pacjentów, oparta na przykładzie Kohlla – Deckera i poparta ostatnimi orzeczeniami w sprawach *Smits/Peerdooms*, to korzystanie z określonej usługi za granicą, a następnie egzekwowanie zwrotu kosztów w części, która odpowiada kwocie, którą wydaje na daną usługę płatnik w Polsce. Taki mechanizm jest w najprostszy sposób dostępny, gdy pacjenci mają prawo zwracać się do dowolnego dostawcy usług czy produktów (np. apteki) i ubezpieczyciel reguluje określoną kwotę zwrotu kosztów. Istnieją także znaczne możliwości posługiwania się miejscem zamieszkania, szczególnie emerytów i rencistów, którzy w najpełniejszy sposób uzyskują uprawnienia świadczeń za granicą, a jednocześnie są największą grupą *konsumentów* świadczeń. Dla tej grupy m.in. stworzona jest prawie o koordynacji zabezpieczenia społecznego procedura formularza E128.

Podsumowując można stwierdzić, że integracja europejska w ochronie

zdrowia może spowodować zainteresowanie pewnymi elementami zarządzania w ochronie zdrowia, które są postulowane od wielu lat i od wielu lat także ignorowane ze względów politycznych. Te elementy to:

- ▶ określenie koszyka świadczeń gwarantowanych, opartego na koncepcji EBM i dostarczania świadczeń o potwierdzonej skuteczności i efektywności kosztowej. To rozwiązanie miałyby służyć ograniczeniu żądań polskich ubezpieczonych związanych z pokrywaniem terapii w Polsce niedostępnych i niestosowanych, a stosowanych w innych krajach UE;
- ▶ stworzenie systemu i monitorowanie czasu oczekiwania na poszczególne (istotne i kosztowne) procedury diagnostyczne i terapeutyczne. System taki pozwoliłby NFZ na bieżące reagowanie na prośby o sfinansowanie

świadczeń za granicą, z związku ze zbyt długim czasem oczekiwania na te świadczenia w kraju;

- ▶ stworzenie systemu oceny **kosztów** (średnich, przeciętnych i in.) wytworzenia poszczególnych świadczeń zdrowotnych, w celu właściwego ustalenia cen (kwot płaconych przez NFZ),
- ▶ w razie (przewidywanych) rozbieżności pomiędzy tak obliczonymi kosztami a możliwymi do pokrycia stawkami, wprowadzenie jawnego i transparentnego systemu współpłacenia (w szczególności wyłączonego z tego obowiązku pewne grupy społeczne).

Brak tych rozwiązań może spowodować duży nacisk na wyjazdy na terapię za granicę, co przy pomysłowości polskich obywateli i niesprawno-

ści służb administracyjnych może odbić się boleśnie na budżecie systemu.

dr Adam Kozierkiewicz
Instytut Zdrowia Publicznego
Collegium Medicum UJ

1. C-120/95 andn C-158/96 on 28 April 1998
2. Palm W, Nickless J, Lewalle H, Coheur A. *Implications of recent jurisprudence on the co-ordination of health care protection systems, General report produced for the Directorate-General for Employment and Social Affairs of the European Commission*, May 2000.
3. Kozierkiewicz A. *60 wskaźników dookoła zdrowia*. CSIOZ, Warszawa Kraków 2002.

Piśmiennictwo w redakcji

Relacja z ogólnopolskiej konferencji *Szpital kliniczny we wspólnej Europie*

Poznań 4 kwietnia 2003

Konferencja *Szpital kliniczny we wspólnej Europie*, była częścią obchodów 180. rocznicy powstania Szpitala *Przemienienia Pańskiego* w Poznaniu. Organizatorami konferencji byli: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 *Przemienienia Pańskiego* Akademii Medycznej w Poznaniu, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali Klinicznych. Patronat honorowy nad tym wydarzeniem objęli: sekretarz Komitetu Integracji Europejskiej, minister zdrowia, JM Rektor Akademii Medycznej w Poznaniu, a patronat medialny m.in. *Menedżer Zdrowia*. W konferencji uczestniczyło ponad 160 osób, reprezentujących szpitale akademickie i uczelnie medyczne z całej Polski. Podczas konferencji odbyły się trzy sesje: pierwsza – wprowadzająca w problematykę integracji, kolejna dotycząca działalności naukowo-dydaktycznej szpitali klinicznych we wspólnej Europie, dwie następne poświęcone ochronie zdrowia w Unii Europejskiej w kontekście wyzwań i możliwości dla szpitali klinicznych. Konferencję otworzył rektor Akademii Medycznej prof. dr hab. Grzegorz H. Bręborowicz. Pierwszy wykład, który wygłosił pan Marcin Korolec z Urzędu Komitetu Integracji Europejskiej dotyczył procesu integracji Polski z Unią Europejską. Dr Bogusław Suski z Ministerstwa Zdrowia zapoznał zebranych z polityką zdrowotną Unii Europejskiej, omawiając m.in. strategię w zakresie zdrowia publicznego w krajach członkowskich. Dr n. med. Szczepan Cofta wraz z dyrektorem SPSK Nr 1 AM w Poznaniu Janem Talagą skoncentrowali swoje kolejne wystąpienie nie tylko wokół pytania, czy polski szpital kliniczny jest gotowy wejść do Europy w kontekście przystąpienia naszego kraju do Unii Europejskiej, ale szerzej patrząc – zastanawiali się nad obecną kondycją szpitala akademickiego i stojącymi przed nim wyzwaniami.

Drugą sesję rozpoczął prof. dr hab. Marek Kręglewski z Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, omawiając uwarunkowania szkolnictwa wyższego i wymogów kształcenia w UE. W obecnej sytuacji warta podkreślenia jest ranga dydaktyki prowadzonej w szpitalach klinicznych, a co jest z tym związane – konieczności współdziałania akademii medycznej ze szpitalem klinicznym – dwóch dopełniających się i wzajemnie sobie potrzebnych organizacji. O etycznych aspektach działalności medycznej szpitali mówił dr n. med. Jerzy Umiasowski. Poruszył on problem ratyfikacji Europejskiej Konwencji Bioetycznej. Dr hab. med. Andrzej Tykarski, reprezentując SPSK Nr 1 AM i Akademię Medyczną w Poznaniu, poruszył kwestię, która dotyczy wszystkich szpitali akademickich w Polsce – badania naukowe. Przedstawił zarówno korzyści płynące z prowadzenia takich badań na terenie szpitali, jak i mogące się rodzić z tego powodu problemy. Trzecią sesję otworzył dr Jędrzej Skrzypczak z UAM, który omówił bardzo ważne zagadnienie, jakim są regulacje prawne dotyczące ochrony zdrowia w Unii Europejskiej. Choć UE wypracowała doktrynę nieingerencji w dziedzinę ochrony zdrowia poszczególnych krajów członkowskich, to w sferze jej zainteresowań leżą obszary związane ze zdrowiem publicznym, a także wiążące się z wolnym przepływem osób, towarów i usług oraz określone standardy jakości i bezpieczeństwa świadczonych usług. Perspektywa niedalekiego połączenia z UE daje polskim wysoko specjalistycznym placówkom medycznym oraz instytucjom wspierającym działania na rzecz zdrowia możliwość pozyskania określonych funduszy unijnych, o czym informował w swoim wystąpieniu dr Andrzej Grzybowski – przewodniczący Komisji Rodziny, Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego Rady Miasta Poznania. Bogatą w interesujące wystąpienia konferencję zamknęło wystąpienie dr n. farm. Hanny Janowiak-Gracz, poświęcone nowoczesnej aptece szpitalnej w aspekcie dostosowania prawa farmaceutycznego do wymogów Unii Europejskiej.

Halina Bogusz, Rafał Staszewski