

**dr Małgorzata Paszkowska**

Katedra Prawa  
WSliZ w Rzeszowie

## **Finansowanie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych w państwach UE**

### **Wprowadzenie**

Prawa pacjenta stanowią integralną część praw człowieka. Swoje źródło mają w jego godności. W prawie polskim nie ma definicji praw pacjenta. Należy przyjąć, iż prawa pacjenta to zespół uprawnień przysługujących osobie w związku z korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej świadczenie zdrowotne to działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu, a także poprawie zdrowia, i inne działania medyczne, wynikające z procesu leczenia lub odrębnych przepisów regulujących zasady ich wykonywania<sup>1</sup>. Pojęcia „pacjent” nie należy utożsamiać tylko z osobą chorą, ponieważ bywa nim też człowiek zdrowy (np. medycyna pracy, bilans zdrowia dziecka). Prawa pacjenta to prawa podmiotowe, przysługujące w swoistej sytuacji życiowej. Prawa powyższe, poza aktami normatywnymi o charakterze międzynarodowym (np. konwencja bioetyczna), uregulowane są w Konstytucji RP i wielu różnych ustawach (szczególnie w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej i ustawie o zawodzie lekarza). Prawa pacjenta to istotne zagadnienie o charakterze nie tylko społecznym, ale również ekonomicznym. Członkostwo Polski w UE skutkuje uzyskaniem przez polskiego pacjenta nowego uprawnienia – prawa do świadczeń zdrowotnych na terenie państw UE. Przedmiotem niniejszego artykułu jest przedstawienie zakresu podmiotowego i przedmiotowego prawa unijnego pacjenta, a przede wszystkim analiza zasad rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych, udzielonych polskiemu pacjentowi, ubezpieczonemu w państwach UE w ramach realizacji powyższego prawa. Nie należy również zapominać o istnieniu drugiej strony powyższego prawa, tj. rozliczaniu przez państwa członkowskie UE świadczeń zdrowotnych, udzielonych na terytorium Polski uprawnionym pacjentom. Zasady dokonywania powyższych rozliczeń są identyczne, jednakże różne są ich skutki dla polskiego systemu finansów publicznych.

### **Podstawa prawna**

Swoboda przepływu osób należy do fundamentów integracji europejskiej, jest jedną z „czterech wolności”<sup>2</sup>. Poza nią jednolity rynek europejski (także w zakresie ochrony zdrowia) kreuje swoboda przepływu towarów, usług i kapitału. Z zasady (swobody) przepływu osób należy wyprowadzić prawo unijnego pacjenta do świadczeń zdrowotnych. Podstawowe uregulowania prawne dotyczące tej swobody zapisane są w traktacie rzymskim o ustanowieniu Wspólnoty Europejskiej. Zgodnie z jego postanowieniami, jak statuują art. 48-51, swoboda przepływu osób obejmuje zagwarantowanie praw do podejmowania pracy na terenie całej

<sup>1</sup> Por. art. 3. ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

<sup>2</sup> Szerzej swobody rynku unijnego: *Prawo Unii Europejskiej. Prawo materialne i polityki*, red. J. Barcz, Wyd. Prawo i Praktyka Gospodarcza, Warszawa 2003, s. 31-181.

go rynku wewnętrznego oraz do swobodnego osiedlania się<sup>3</sup>. Swobodny przepływ osób to obszar, w obrębie którego znajdują się następujące zagadnienia: wzajemne uznawanie kwalifikacji zawodowych, swobodny przepływ pracowników, koordynacja systemów zabezpieczeń społecznych, niektóre prawa obywatelskich (przede wszystkim dotyczące prawa pobytu i praw wyborczych). Każdy obywatel Unii ma prawo do swobodnego podróżowania, podejmowania pracy, studiowania i zamieszkania w wybranym przez siebie kraju Wspólnoty. W razie zmiany miejsca zamieszkania lub podróży obywatela ubezpieczonego w jednym z państw UE prawo do świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przemieszcza się razem z nim („podróżuje”)<sup>4</sup>. Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych i ich zakres określają przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Polega ona na wprowadzaniu i stosowaniu wspólnych dla wszystkich państw członkowskich zasad, które określają warunki otrzymania pomocy medycznej przez pacjenta, który jest ubezpieczony<sup>5</sup>. Jako obywatele UE, jesteśmy traktowani na terytorium każdego państwa członkowskiego tak, jak w kraju ojczystym. Dotyczy to również prawa do opieki medycznej. Dzięki koordynacji każde z państw członkowskich UE zachowuje własny, dotychczas obowiązujący system zabezpieczenia społecznego, w tym zdrowotnego<sup>6</sup>. Finansowanie i zapewnienie opieki zdrowotnej (świadczeń zdrowotnych) stanowi wyłączny obowiązek krajów członkowskich, a nie Unii Europejskiej, nie istnieją bowiem normy unijne, nakładające na UE taki obowiązek. Organizacja służby zdrowia i systemu ubezpieczeń zdrowotnych należy do wyłącznej kompetencji krajów członkowskich<sup>7</sup>. Systemy ochrony zdrowia poszczególnych krajów UE różnią się między sobą. Różnica ta dotyczy przede wszystkim sposobu finansowania ochrony zdrowia w danym kraju<sup>8</sup>.

Zasady koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz szczegółowe warunki ich stosowania określają:

- Rozporządzenie Rady (EWG) 1408/71 z 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób pracujących na własny rachunek przemieszczających się w granicach Wspólnoty oraz członków ich rodzin,
- Rozporządzenie Rady (EWG) 574/72 z 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania Rozporządzenia (EWG) nr 1408/71<sup>9</sup>.
- Zasadę swobody przepływu osób należy uznać za podstawę prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych w UE. Integracja europejska polega m.in. na koordynacji narodowych systemów zabezpieczenia społecznego. Wyraża się ona w respektowaniu przez państwa członkowskie kilku wspólnych reguł, przy jednoczesnym zachowaniu własnych rozwiązań w dziedzinie zabezpieczenia społecznego<sup>10</sup>.

## Zakres podmiotowy prawa

Przepisy koordynacyjne rozporządzenia nr 1408/71 oraz wykonawczego rozporządzenia nr 574/72 obowiązują na terytorium wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej oraz państw Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG), tj. Islandii, Lichtensteinu, Norwegii.

<sup>3</sup> Z. Wysokińska, J. Witkowska, *Integracja europejska. Rozwój rynków*, PWN, Warszawa – Łódź 2000, s. 117.

<sup>4</sup> M. Paszkowska, *Ochrona zdrowia w UE*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 3, s. 113.

<sup>5</sup> *Ibidem*.

<sup>6</sup> Por. T. Bińczycka-Majewska, *Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego w Unii Europejskiej*, Zakamycze, Kraków 1999, s. 113.

<sup>7</sup> Szerzej o polityce zdrowotnej UE: P. Belcher, *Rola Unii Europejskiej w opiece zdrowotnej*, Ingis, Warszawa 2001.

<sup>8</sup> Por. M. Paszkowska, *Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w wybranych państwach UE*, „e-Finanse” 2006, nr 1.

<sup>9</sup> Szerzej zasady koordynacji zabezpieczenia społecznego opisuje T. Bińczycka-Majewska, *op.cit.*

<sup>10</sup> J. Boruta, *Swoboda przepływu osób*, [w: ] *Prawo Unii Europejskiej, op.cit.*, s. 70.

W przypadku Francji przepisy wspólnotowe stosuje się również na obszarze Gujany Francuskiej, Reunion, Gwadelupy oraz Martyniki, a w przypadku Portugalii – na Azorach i Maderze. W przypadku Wielkiej Brytanii stosuje się je również na obszarze Gibraltaru. Na przepisy wspólnotowe można się powoływać w Szwajcarii, Islandii, Lichtensteinie, Norwegii. Przepisów wspólnotowych nie stosuje się w przypadku Danii na obszarze Grenlandii i Wysp Faro, Wielkiej Brytanii na obszarze Wysp Normandzkich oraz Wysp Mann. Osobami uprawnionymi do świadczeń medycznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na terenie Unii Europejskiej zgodnie z Rozporządzeniem EWG nr 1408/71 są:

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

Szczególne uprawnienia do świadczeń medycznych na terenie Wspólnoty mają:

- pracownicy wysłani do pracy w innym kraju Unii i członkowie ich rodzin,
- pracownicy przygraniczni i członkowie ich rodzin,
- pracownicy sezonowi i członkowie ich rodzin,
- bezpaństwowcy, uchodźcy zamieszkali na terenie państwa członkowskiego UE oraz członkowie ich rodzin.

Osoby wyżej wymienione muszą spełniać dwa warunki jednocześnie, tzn. posiadać ubezpieczenie zdrowotne w powszechnym systemie ubezpieczeniowym któregośkolwiek z państw członkowskich oraz korzystać z prawa swobodnego przemieszczania się po terytorium tych państw.

Pracownik najemny, czyli zatrudniony, to osoba wykonująca uzgodnione świadczenia pracy poprzez ustalony czas na rzecz innej osoby w zamian za wynagrodzenie. Pracownikiem najemnym jest osoba, która z tytułu zatrudnienia podlega ubezpieczeniu w ramach obowiązkowego ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego lub dobrowolnego o charakterze ciągłym poprzez odprowadzane na te ubezpieczenia składki. Osoba pracująca na własny rachunek to jednostka, która samodzielnie prowadzi działalność zawodową bądź też organizuje inne samodzielne przedsięwzięcia, a także podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu i społecznemu poprzez opłacanie składek na te ubezpieczenia. Emeryt i rencista – zgodnie z przepisami wspólnotowymi – to osoba uprawniona do emerytury lub renty na mocy przepisów krajowych państwa lub państw członkowskich i posiadająca prawo do świadczeń zdrowotnych z tytułu posiadanej emerytury lub z tytułu ustawodawstwa państwa swego zamieszkania<sup>11</sup>. Student to każda osoba odbywająca studia lub szkolenie zawodowe, prowadzące do uzyskania kwalifikacji urzędowo uznawanych przez władze państwa członkowskiego, która jest ubezpieczona w ramach powszechnego systemu zdrowotnego lub specjalnego systemu stosowanego w odniesieniu do studentów<sup>12</sup>. Turysta to osoba przebywająca w celach rekreacyjnych i wypoczynkowych czasowo na terytorium innego państwa członkowskiego i podlegająca systemowi zabezpieczenia społecznego, w tym zdrowotnego, w jednym z krajów członkowskich Unii Europejskiej<sup>13</sup>. Bezrobotny to zgodnie z przepisami unijnymi osoba, która pobiera zasiłek dla bezrobotnych w swoim kraju i poszukuje pracy w innych państwach członkowskich UE po wyczerpaniu wszelkich możliwości znalezienia pracy we własnym państwie. Prawo do opieki zdrowotnej w państwie poszukiwania pracy

<sup>11</sup> A. Krowicka, *Opieka zdrowotna po wejściu do Unii Europejskiej*, CeDeWu, Warszawa 2004, s. 34.

<sup>12</sup> *Twoje prawa i obowiązki podczas poruszania się po terytorium Unii Europejskiej*, Opieka Zdrowotna Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2002, s. 52.

<sup>13</sup> *Ibidem*, s. 55.

przysługuje bezrobotnemu przez okres 3 miesięcy od momentu wyjazdu z państwa, gdzie otrzymywał zasiłek<sup>14</sup>. Pracownik wysłany (delegowany) to osoba, która jest zatrudniona w jednym kraju członkowskim UE i tam objęta jest systemem zabezpieczenia społecznego i zdrowotnego, lecz tymczasowo została wysłana do innego państwa członkowskiego w celu wykonania tam pracy na rzecz swego przedsiębiorcy. Maksymalny okres oddelegowania wynosi 12 miesięcy, wyjątkowo może trwać 24 miesiące. Pracownik przygraniczny (zwany transgranicznym) to osoba, która jest zatrudniona lub pracująca na własny rachunek w innym państwie członkowskim niż państwie, w którym mieszka i do którego wraca każdego dnia lub co najmniej raz w tygodniu. Pracownik sezonowy to osoba zatrudniona do świadczenia przez czas nieprzekraczający 8 miesięcy pracy o charakterze sezonowym w innym kraju członkowskim niż jego kraj zamieszkania. Bezpaństwowiec to osoba uznana za taką w postanowieniach art. I konwencji dotyczącej statusu bezpaństwowców, sporządzonej w Nowym Jorku 28 września 1954 r.<sup>15</sup>. Objęty jest przepisami wspólnotowej koordynacji, jeżeli zamieszkuje na terytorium któregośkolwiek państwa członkowskiego i podlega systemowi zabezpieczenia społecznego i zdrowotnego z tytułu odprowadzania na te ubezpieczenia składek. Uchodźca to osoba uznana za taką w myśl art. I konwencji o statusie uchodźców, sporządzonej w Genewie 28 lipca 1951 r.

Poza wyżej opisanymi osobami uprawnienia z zakresu zabezpieczenia społecznego (w tym do świadczeń zdrowotnych) w UE posiadają członkowie ich rodzin<sup>16</sup>. Należy pamiętać, iż członkom rodziny przysługują prawa pochodne, tzn., że objęci są ubezpieczeniem wyłącznie z tytułu ich przynależności do osoby ubezpieczonej, objętej wspólnotową koordynacją. Każdemu uprawnionemu z któregośkolwiek państw członkowskich Wspólnoty przysługuje w innym państwie członkowskim taki sam zakres świadczeń zdrowotnych jak ubezpieczonemu w tym kraju Unii Europejskiej. W Polsce status ubezpieczonego ma osoba ubezpieczona w Narodowym Funduszu Zdrowia<sup>17</sup>. Uprawniony będzie traktowany tak samo jak ubezpieczony danego państwa członkowskiego w dostępie do świadczeń zdrowotnych i okresie oczekiwania na określone świadczenia. Jeżeli określone usługi medyczne przysługują ubezpieczonemu nieodpłatnie, to nieodpłatnie będą także przysługiwać uprawnionemu obywatelowi innego państwa członkowskiego. Jeśli przewidziane są częściowe opłaty lub tzw. wkład własny dla „swoich” ubezpieczonych, to opłaty te lub wkład własny będzie zobowiązany uiścić z własnych środków także uprawniony obywatel innego państwa członkowskiego Wspólnoty.

## Zakres przedmiotowy prawa

Przedmiotowy zakres stosowania wspólnotowej koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w tym zdrowotnego, określa art. 4. rozporządzenia nr 1408/71. W myśl tego artykułu niniejsze rozporządzenie stosuje się do wszystkich ustawodawstw odnoszących się do gałęzi zabezpieczenia społecznego, jak również do powszechnych i specjalnych systemów zabezpieczenia społecznego, zarówno składkowych jak i bezskładkowych, oraz do systemów dotyczących obowiązków pracodawcy lub armatora w zakresie świadczeń:

<sup>14</sup> A. Krowicka, *op.cit.*, s. 38.

<sup>15</sup> Por. art. I, pkt e Rozporządzenia EWG nr 1408/71 z 14 czerwca 1971 r.

<sup>16</sup> Członek rodziny to każda osoba tak określona lub określona jako członek gospodarstwa domowego przez ustawodawstwo z tytułu, z którego udzielane są jej świadczenia zdrowotne.

<sup>17</sup> Szczegółowe zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu Polsce oraz zakres przysługujących świadczeń zdrowotnych ubezpieczenia zdrowotnego określa ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

- w razie choroby i macierzyństwa,
- z tytułu inwalidztwa, w tym również zmierzających do zachowania lub zwiększenia zdolności zarobkowania,
- emerytalnych,
- dla osób pozostałych przy życiu,
- z tytułu wypadku przy pracy i choroby zawodowej,
- pogrzebowych,
- w razie bezrobocia,
- rodzinnych<sup>18</sup>.

Na mocy przepisów wspólnotowych prawo do opieki zdrowotnej dla osób objętych koordynacją systemów zabezpieczenia społecznego realizowane jest poprzez możliwość korzystania ze świadczeń udzielanych:

- w razie choroby i macierzyństwa,
- z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych<sup>19</sup>.

Świadczenia w razie choroby i macierzyństwa obejmują zarówno świadczenia pieniężne, jak też te w naturze. Pod pojęciem świadczeń w naturze prawo wspólnotowe określa świadczenia lecznicze, pomoc dentystryczną, opiekę medyczną i zaopatrzenie w leki.

Świadczeniodawcami zobowiązanymi do udzielania obywatelom innych państw członkowskich UE świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o koordynacji, są ci świadczeniodawcy, którzy udzielają tych świadczeń w ramach krajowego, powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, finansowanego ze składek osób ubezpieczonych. Korzystając ze świadczeń zdrowotnych innym kraju UE, musimy więc pamiętać, iż opieka nam udzielana będzie zgodna z zasadami prawa obowiązującego w tym kraju. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń zdrowotnych i wykonujący usługi medyczne odpłatnie dla obywateli swojego państwa pobierają również opłaty od obywateli innych państw członkowskich. Każde państwo członkowskie na podstawie własnego ustawodawstwa określa katalog świadczeń zdrowotnych. Pojęcie świadczeń zdrowotnych nie zostało zdefiniowane w przepisach UE. Oznacza to, że świadczeniami zdrowotnymi będą świadczenia uznane za takie przez poszczególne państwa członkowskie. Ponadto Europejski Trybunał Sprawiedliwości w wyroku z 30 czerwca 1966 r. w sprawie Vaassen-Gobbels stwierdził, iż pojęcie „świadczenia w naturze” odnosi się do świadczeń leczniczych, pomocy dentystrycznej, opieki medycznej oraz zaopatrzenia w leki.

W zależności od uprawnień wynikających z przepisów wspólnotowych uprawnionemu w innym państwie członkowskim UE przysługuje następujący zakres świadczeń zdrowotnych:

- świadczenia zdrowotne w pełnym zakresie (to prawo do wszelkich świadczeń leczniczych, przysługujących pacjentowi w procesie jego leczenia i powrotu do zdrowia, przewidzianych przez ustawodawstwo państwa członkowskiego, w którym pacjent jest tą opieką objęty),
- świadczenia zdrowotne natychmiast konieczne – to świadczenia lecznicze niezbędne dla ratowania zdrowia i życia. Rodzaj i zakres tych świadczeń określa indywidualnie lekarz. Należy jednak zaznaczyć, że świadczeniami natychmiast koniecznymi są nie tylko te udzielane w przypadkach nieszczęśliwych wypadków, urazów, ale także w razie nagłych zachorowań, np. bólu gardła, gorączki, kaszlu<sup>20</sup>,

<sup>18</sup> Por. art. 4. rozporządzenie Rady nr 1408/71 z 14 czerwca 1971 r. o stosowaniu systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników oraz członków ich rodzin zmieniających miejsce pobytu w granicach Wspólnoty (Dziennik Urzędowy Wspólnot Europejskich nr C-325/1 z 10 grudnia 1992 r.).

<sup>19</sup> A. Krowicka, *op.cit.*, s. 80.

<sup>20</sup> [www.esculap.pl/ue/ksiazki/ubezpieczenia](http://www.esculap.pl/ue/ksiazki/ubezpieczenia).

- świadczenia zdrowotne w większym zakresie niż świadczenia natychmiast konieczne,
- świadczenia udzielane w ramach planowanego leczenia w innym państwie członkowskim,
- świadczenia zdrowotne o znacznym wymiarze finansowym<sup>21</sup>.

Przepisy wspólnotowe, dotyczące koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, podobnie jak w przypadku pojęcia „świadczeń zdrowotnych w pełnym zakresie” czy też „świadczeń zdrowotnych natychmiast koniecznych”, nie definiują pojęcia „świadczeń zdrowotnych w szerszym zakresie niż świadczenia natychmiast konieczne”. W konsekwencji każde państwo członkowskie Unii Europejskiej, a co za tym idzie – świadczeniodawca danego państwa członkowskiego, każdorazowo, indywidualnie określa świadczenia potrzebne w danej sytuacji medycznej w zakresie szerszym niż natychmiast konieczne, zgodnie z ustawodawstwem państwa, na obszarze którego te świadczenia są udzielane. Zgodnie z art. 24. rozporządzenia EWG nr 1408/71 świadczeniami zdrowotnymi o znacznej wartości są protezy, sprzęt dużych rozmiarów i inne świadczenia rzeczowe o znacznej wartości. Lista świadczeń o znacznym wymiarze finansowym ustalana jest przez Komisję administracyjną ds. zabezpieczenia społecznego pracowników migrujących. Zalicza się do nich m.in. protezy ortopedyczne i dentystyczne, okulary korekcyjne, aparaty słuchowe, fotele inwalidzkie.

Najistotniejsze w wymiarze finansowym jest prawo pacjenta do leczenia w innym państwie członkowskich. Państwo właściwe, wydając zgodę na leczenie swojego ubezpieczonego w innym państwie członkowskim, ponosi koszty tego leczenia. Instytucja właściwa może odmówić wydania zgody na planowane leczenie swojego obywatela w innym państwie członkowskim jedynie w przypadku, gdy leczenie identyczne jest dostępne w kraju pacjenta i może być przeprowadzone w odpowiednim do stanu jego zdrowia czasie. Leczenie za granicą możliwe jest w wyniku uzyskania uprzedniej zgody na takie leczenie od instytucji ubezpieczeniowej w danym kraju. W Polsce taką instytucją jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Prezes NFZ, wyrażając zgodę na leczenie za granicą, automatycznie pokrywa jego koszt. Według przepisów wspólnotowych pełny zakres świadczeń przysługuje przede wszystkim pracownikom najemnym oraz osobom samodzielnie zarobkującym, pracującym w innym państwie członkowskim niż państwo stałego miejsca zamieszkania (tu pełny zakres dotyczy zarówno kraju zatrudnienia, jak i kraju zamieszkania). Zakres ten dotyczy również członków rodziny tych osób, a także emerytów i rencistów oraz zarejestrowanych bezrobotnych. Zgodnie z przepisami wspólnotowymi prawo do opieki zdrowotnej w nagłych przypadkach przysługuje pracownikom oraz osobom pracującym na własny rachunek w trakcie pobytu na obszarze państwa członkowskiego innego niż państwo właściwe (oraz członkom ich rodzin), osobom przebywającym czasowo w innym państwie członkowskim niż państwo właściwe, w tym turystom, objętym ubezpieczeniem chorobowym w jednym z państw członkowskich UE.

Aby można było skorzystać ze świadczeń zdrowotnych na terytorium UE, należy przed wyjazdem zaopatrzyć się w odpowiednią dokumentację. Od 1 stycznia 2006 r. we wszystkich państwach Unii Europejskiej oraz EOG papierowe formularze E-111 zastąpiono plastikową Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ). Karta ta zastępuje również formularze E-110, E-119 i E-128. Każde państwo członkowskie wydaje kartę we własnym języku urzędowym, zawierającą ten sam zestaw danych (m.in. dane pacjenta, data ważności karty, numer karty). Prawo do EKUZ mają osoby ubezpieczone w NFZ. EKUZ wydaje na wniosek (sporządzony na urzędowym formularzu) osoby zainteresowanej NFZ. Brak odpowiedniego dokumentu może skutkować koniecznością pokrycia kosztów leczenia bezpośrednio z kieszeni pacjenta.

<sup>21</sup> Por. *Twoje prawa i obowiązki podczas poruszania się po terytorium Unii Europejskiej*, op.cit., s. 19-20.

## Koszty rzeczywiste

Zasady rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych, udzielonych uprawnionym pacjentom z państw UE na jej terytorium, określone są w art. 36. i 63. rozporządzenia nr 1408/71 oraz 93-96 rozporządzenia wykonawczego nr 574/72. Rozliczenia prowadzone są według kosztów rzeczywistych lub stawek zryczałtowanych. NFZ pełni w Polsce funkcję tzw. instytucji łącznikowej w systemie koordynacji zabezpieczenia społecznego w zakresie świadczeń zdrowotnych. Do obowiązków instytucji łącznikowej należy m.in. rozliczanie kosztów świadczeń zdrowotnych, udzielanych osobom ubezpieczonym w Polsce na terytorium pozostałych państw członkowskich Wspólnoty, współpraca z instytucjami właściwymi w zakresie rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych w ramach koordynacji oraz współpraca z instytucjami łącznikowymi krajów Unii Europejskiej<sup>22</sup>. Każde państwo Wspólnoty ma własne zasady finansowania świadczeń zdrowotnych. W niektórych z nich większość świadczeń przysługuje pacjentowi bezpłatnie, w innych zaś te same świadczenia są częściowo lub całkowicie odpłatne<sup>23</sup>. Zakres odpłatności za świadczenia zdrowotne zależy wyłącznie od prawa wewnętrznego konkretnego państwa członkowskiego UE. Przykładowo, we Francji każdy ubezpieczony w systemie powszechnym do każdej wizyty u lekarza dopłaca z własnej kieszeni. Polak też będzie musiał dopłacić i nikt mu tego wkładu nie zwróci. Jeśli w Niemczech każdy pacjent przy pierwszej wizycie u lekarza uiszcza opłatę kwartalną w wysokości 10 euro, to Polak przy pierwszej wizycie też będzie musiał zapłacić 10 euro, nawet jeśli przyjechał do Niemiec na tydzień i już więcej nigdy do tego samego lekarza nie trafi<sup>24</sup>.

Przez koszty rzeczywiste należy rozumieć faktycznie poniesione przez świadczeniodawcę wydatki związane z realizacją poszczególnych świadczeń zdrowotnych<sup>25</sup>. Wydatki poniesione z tytułu udzielonych świadczeń zdrowotnych uprawnionemu pacjentowi unijnemu powinny być zwrócone w pełnej wysokości przez instytucję właściwą (NFZ w Polsce). Wydatki zwracane są na podstawie wystawionej przez instytucję udzielającą świadczenia dokumentację księgową. Zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych w formie kosztów rzeczywistych dotyczy bardzo szerokiej kategorii uprawnionych (tj. prawie wszystkich oprócz osób opisanych poniżej, którym przysługuje zwrot kosztów w formie ryczałtu). Koszty poszczególnych świadczeń zdrowotnych są ustalane różnymi metodami, zależnie od rodzaju świadczenia. Przykładowo, w Polsce podstawowa opieka zdrowotna finansowana jest w oparciu o stawkę kapitacyjną (kwota globalna rocznie na 1 pacjenta), a leczenie specjalistyczne ambulatoryjne wyceniane jest punktowo (do punktu przypisana jest pewna kwota pieniężna, a ilość punktów – do konkretnej procedury), natomiast leczenie szpitalne finansowane jest przede wszystkim za osobodzień.

## Koszty ryczałtowe

Należy pamiętać o tym, że w wielu miejscowościach wycieczkowych lekarze przyjmują tylko prywatnie, w związku z tym nie honorują formularza E 111/EKUZ. Za ich usługi trzeba zapłacić pełną cenę, której Fundusz nie zwróci<sup>26</sup>. W Danii, Holandii, Hiszpanii, Finlandii, Norwegii i Szwecji akceptowany jest zwyczaj, iż zaświadczenie EKUZ, uprawniające do otrzymania natychmiastowo koniecznych świadczeń zdrowotnych podczas pobytu

<sup>22</sup> [www.nfz.gov.pl/ue](http://www.nfz.gov.pl/ue).

<sup>23</sup> Szerzej zasady finansowania świadczeń zdrowotnych w poszczególnych państwach UE: M. Paszkowska, *Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w wybranych państwach UE*, *op.cit.*, s. 1-15; C. Włodarczyk, S. Paździach, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wyd. UJ, Kraków 2001.

<sup>24</sup> Szerzej zakres świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego w poszczególnych krajach UE: [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl).

<sup>25</sup> A. Krowicka, *op.cit.*, s. 180.

<sup>26</sup> *Zimowy urlop w krajach Unii Europejskiej*, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2005.

w innym państwie UE, okazuje się bezpośrednio lekarzowi albo pracownikowi szpitala, z pominięciem instytucji ubezpieczenia zdrowotnego. W Austrii, Belgii, Francji, Grecji, Irlandii, Islandii, Lichtensteinie, Niemczech, Luksemburgu, Portugalii i Włoszech, gdy przybywająca osoba nie zarejestruje się, może być obciążona kosztami świadczeń zdrowotnych. Nie wszystkie usługi medyczne są pokrywane przez ubezpieczenie zdrowotne. Pobierane są dodatkowe koszty nier refundowane z kasy publicznej, np. związane w niektórych przypadkach z przewozem karetką pogotowia czy koszt niektórych medykamentów lub żywienia szpitalnego. W kwestii transportu poszkodowanego do miejsca zamieszkania lub dalszego leczenia prawo unijne pozostawia istotną lukę. Decyzja o tym, jaka pomoc medyczna jest niezbędna, należy zawsze do lekarza w państwie, w którym się znajdziemy<sup>27</sup>.

Zgodnie z przepisami unijnymi koszty świadczeń rzeczowych, zwracanych na podstawie ryczału, powinny być jak najbardziej zbliżone do kwot wydatków rzeczywistych, ustalanych na każdy rok kalendarzowy<sup>28</sup>. Zwrot kosztów świadczeń z zastosowaniem ryczału dotyczy:

- członków rodziny pracownika albo osoby prowadzącej działalność na własny rachunek, którzy mieszkają w innym państwie członkowskim UE niż państwo zamieszkania osób wyżej określonych,
- emerytów i rencistów oraz członków ich rodzin, którzy mieszkają w innym państwie członkowskim niż państwo zobowiązane do wypłaty świadczeń emerytalnych lub rentowych.

Dla każdej z powyższych dwóch kategorii uprawnionych przewidziane są odrębne zasady kalkulacji kwoty ryczałtowej. Dla pierwszej kategorii (tj. członków rodziny pracownika itd.) ryczałt jest ustalany przez pomnożenie średniego rocznego kosztu na rodzinę przez średnią roczną liczbę rodzin, które wchodzi w rachubę, a następnie zmniejszenie uzyskanego wyniku o 20%, natomiast dla drugiej ryczałt jest ustalany poprzez pomnożenie średniego kosztu rocznego na emeryta lub rencistę przez średnią liczbę roczną emerytów lub rencistów. Roczne koszty ryczałtowe podlegają kontroli oraz zatwierdzeniu przez Komisję Administracyjną i zgodnie z jej decyzją nie powinny zawierać kosztów administracyjnych i sum tzw. wkładu własnego pacjenta<sup>29</sup>. W pierwszych latach naszego członkostwa w Unii Europejskiej możemy się także spodziewać braku wpływu do naszego systemu (budżetu NFZ) należnych nam kwot ryczałtowych. Od pierwszego dnia członkostwa Polski w Unii NFZ nalicza ryczałt (za prawo do korzystania z opieki zdrowotnej w Polsce na takich samych zasadach, jakie przysługują ubezpieczonym w NFZ obywatelom naszego kraju) za osoby zamieszkałe w Polsce, ale otrzymujące świadczenia emerytalne lub rentowe wyłącznie z innego państwa członkowskiego. Naliczany przez NFZ ryczałt dotyczy także członków rodzin osób mieszkających w Polsce, których główny żywiciel pracuje w innym państwie członkowskim (np. jest marynarzem na statku pod banderą duńską). W początkowym okresie naszego członkostwa w UE nie otrzymaliśmy należnych nam kwot ryczałtowych, ponieważ nie zostały wypracowane metody ich wyliczania.

## Rozliczanie kosztów planowego leczenia

Najdotkliwszym w skutkach dla finansów publicznych w Polsce jest aspekt prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych w UE, związany z możliwością wyjazdu do innego kraju Wspólnoty na tzw. planowe leczenie. Zasady korzystania z planowanego leczenia w innym

<sup>27</sup> E. Cichocka, *Last Minute do Europy – Zdrowie*, „Gazeta Wyborcza” 2004, nr 29, s. 1-2.

<sup>28</sup> Art. 94. i 95. rozporządzenia nr 574/72.

<sup>29</sup> Por. Decyzja nr 175 Komisji administracyjnej do spraw zabezpieczenia społecznego pracowników migrujących z 23 czerwca 1999 r.



państwie członkowskim niż państwo właściwe reguluje rozporządzenie nr 1408/71<sup>30</sup> i przepisy rozporządzenia wykonawczego nr 574/72<sup>31</sup>. Na mocy powyższych regulacji pracownik najemny lub osoba pracująca na własny rachunek:

- który spełnia warunki wymagane przez ustawodawstwo państwa właściwego dla uzyskania prawa do świadczeń (z uwzględnieniem w danym przypadku postanowień dotyczących zliczania okresów ubezpieczenia, zatrudnienia lub zamieszkania),
- któremu instytucja właściwa udzieliła zgody na udanie się na terytorium innego państwa członkowskiego w celu uzyskania tam opieki medycznej właściwej w jego stanie zdrowia,
- ma prawo do świadczeń rzeczowych, udzielanych przez instytucję miejsca pobytu, zgodnie z postanowieniami stosowanego przez nią ustawodawstwa, tak, jak gdyby był w niej ubezpieczony.

Należy podkreślić, że okres udzielania świadczeń jest określany przez ustawodawstwo państwa właściwego. Także koszty świadczeń rzeczowych pokrywane są przez instytucję właściwą dla osoby korzystającej z planowanego leczenia<sup>32</sup>. Wydanie zgody przez instytucję właściwą wiąże się bezpośrednio z ponoszeniem przez nią kosztów leczenia, pokrywa ona bowiem koszty udzielonych świadczeń według stawek obowiązujących w państwie, w którym są one udzielane. Niestety, koszty opieki medycznej w innych krajach UE (szczególnie tzw. starej) są znacznie wyższe niż w Polsce, w związku z czym stanowią poważne obciążenie dla polskiego budżetu. W Polsce zasady wydawania zgody pacjentowi będącemu ubezpieczonym w NFZ określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 grudnia 2004 r. w sprawie wniosku do Prezesa NFZ o przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju<sup>33</sup>. Powyższe rozporządzenie określa tryb składania i rozpatrywania wniosku o wyrażenie zgody ubezpieczonemu na leczenie w innym państwie UE lub EOG. Zgody na leczenie udziela Prezes NFZ. Rozporządzenie nr 1408/71 określa, że wydania wymaganej zgody instytucja właściwa nie może odmówić nie tylko w przypadku, gdy zainteresowany nie może na terytorium państwa właściwego uzyskać leczenia odpowiedniego do jego stanu zdrowia, tzn. gdy potrzebnego leczenia nie wykonuje się w tym kraju. Zgody nie można również odmówić wtedy, gdy zabiegi, o które w danym przypadku chodzi, znajdują się w katalogu świadczeń należnych na mocy ustawodawstwa państwa zamieszkania zainteresowanego, ale biorąc pod uwagę aktualny stan zdrowia zainteresowanego oraz prawdopodobny rozwój choroby, zabiegi te nie mogą być udzielone w państwie zamieszkania w terminie zwykle koniecznym w procesie leczenia danego schorzenia<sup>34</sup>. Ponieważ leczenie planowe dotyczy najczęściej bardzo kosztownych procedur medycznych, powoduje znaczne obciążenie finansowe dla budżetu NFZ, który ma w swojej dyspozycji środki pieniężne na ten cel.

Koszty świadczeń zdrowotnych, wynikające ze świadczeń udzielonych uprawnionemu pacjentowi na podstawie planowego leczenia w innym państwie UE, pokrywane są przez instytucję właściwą (czyli tę, w której pacjent jest ubezpieczony). Instytucja właściwa zwraca instytucji miejsca udzielenia świadczenia (np. operacji) kwotę, która odpowiada rzeczy-

<sup>30</sup> Por. art. 22., ust. 1., pkt c, § 2. i 3. rozp. 1408/71, dotyczące stosowania systemów zabezpieczenia społecznego wobec pracowników, osób pracujących na własny rachunek oraz członków ich rodzin przemieszczających się w granicach Wspólnoty z 14 czerwca 1971 r.

<sup>31</sup> Por. art. 22. rozporządzenia Rady EWG nr 574/72, dotyczącego trybu postępowania koordynacyjnego z 21 marca 1972 r.

<sup>32</sup> Por. art. 22., ust. 1., pkt c, rozporządzenia 1408/71, dotyczącego stosowania systemów zabezpieczenia społecznego wobec pracowników, osób pracujących na własny rachunek oraz członków ich rodzin przemieszczających się w granicach Wspólnoty z 14 czerwca 1971 r.

<sup>33</sup> Dz.U. Nr 279, poz.2769.

<sup>34</sup> Por. art. 22., ust. 2., rozporządzenia 1408/71, dotyczącego stosowania systemów zabezpieczenia społecznego wobec pracowników, osób pracujących na własny rachunek oraz członków ich rodzin przemieszczających się w granicach Wspólnoty z 14 czerwca 1971 r.

wistym kosztom poniesionym przez instytucję miejsca pobytu. Zwrot pieniędzy odbywa się na podstawie przedstawionej dokumentacji księgowej. Na zakończenie należy dodać, że przepisy wspólnotowe zezwalają państwom członkowskim na zawarcie odpowiednich umów, na mocy których mogą one ustalić inne formy zwrotu kosztów świadczeń zdrowotnych, a nawet całkowicie bądź tylko częściowo odstąpić między sobą od ich rozliczania<sup>35</sup>.

## Podsumowanie

Ustawodawstwo wspólnotowe, dotyczące koordynacji systemów zabezpieczenia zdrowotnego i społecznego, ma całkowity prymat nad prawem państw członkowskich. W przypadku konfliktu czy niezgodności normy prawnej ustawodawstwa krajowego z normą przepisów wspólnotowych w zakresie koordynacji obowiązującą i rozstrzygającą jest zawsze norma wspólnotowa. Ponadto orzeczenia Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, dotyczące interpretacji i stosowania przepisów wspólnotowych w zakresie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, mają moc wiążącą dla wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej. Aby skorzystać ze świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim UE, trzeba posiadać analogiczne prawo do świadczeń w kraju swojego zamieszkania (np. w odniesieniu do Polski posiadać status osoby ubezpieczonej w NFZ) oraz przemieszczać się po terytorium Unii. Swoboda przemieszczania się na obszarze Wspólnoty to jedna z czterech, obok przepływu kapitału, usług i dóbr, podstawowych wolności, stanowiących fundament Unii. Zgodnie z tą zasadą każdy obywatel państwa członkowskiego, niezależnie od kraju zamieszkania, posiadający ubezpieczenie zdrowotne w powszechnym systemie ubezpieczenia zdrowotnego, ma prawo do opieki zdrowotnej w każdym z krajów Unii Europejskiej. Zakres świadczeń, które przysługują pacjentowi unijnemu, zależy od tego, czy jego pobyt w danym państwie ma charakter czasowy (np. wyjazd turystyczny, podróż służbowa, odbywanie studiów), czy też zamieszkuje on w nim na stałe. Każde państwo UE ma inaczej zorganizowaną opiekę zdrowotną, inne zasady jej opłacania i zróżnicowany koszyk świadczeń gwarantowanych. Oznacza to, iż nasi obywatele korzystający z opieki medycznej w państwach UE będą musieli się liczyć z koniecznością wnoszenia częściowych opłat za usługi i koszty te nie zostaną zwrócone przez NFZ. Możliwy jest również wyjazd na planowany zabieg do zachodnich szpitali czy klinik, ale pod warunkiem otrzymania zgody prezesa NFZ na leczenie za granicą. Oddziały wojewódzkie NFZ pełnią funkcję instytucji właściwej. Ich podstawowym zadaniem jest wydawanie ubezpieczonym druków unijnych z serii E-100/EKUZ i ich poświadczanie oraz merytoryczna i finansowa ocena wystawionych przez świadczeniodawców faktur za udzielone świadczenia zdrowotne. Przepisy wspólnotowe przewidują dwie formy rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych, udzielanych osobom uprawnionym, pochodzącym z innych państw członkowskich, tj.:

- koszty rzeczywiste (udokumentowane wpłaty),
- ryczałty.

Zgodnie z przepisami wspólnotowymi przez rozliczenia po kosztach rzeczywistych rozumie się koszty ponoszone przez instytucję ubezpieczenia zdrowotnego (w Polsce – NFZ). Kwoty podlegające rozliczeniom, czyli stawki, jakich może żądać NFZ od instytucji ubezpieczeniowych państw członkowskich za leczenie ich obywateli w Polsce, nie mogą być wyższe niż płacone przez Fundusz za własnych ubezpieczonych<sup>36</sup>. Zasadniczo zwrot kosztów świad-

<sup>35</sup> Przykładowo, Szwecja zawarła takie porozumienia m.in. z krajami skandynawskimi (zniesiono wymóg zwrotu kosztów poza kosztami planowego leczenia).

<sup>36</sup> Por. M. Szczur, *Przepisy wspólnotowe w zakresie świadczeń zdrowotnych. Skutki finansowe dla Polski*, „Polityka Społeczna”, 1999, nr 4.

czeń medycznych przysługuje tylko tym uprawnionym pacjentom, którzy dopełnili formalności związanych z udokumentowaniem swego prawa (w szczególności uzyskali uprzednio formularz serii E lub EKUZ, potwierdzone rachunki itp.), jednakże przepisy wspólnotowe przewidują możliwość zwrotu kosztów pacjentowi, który nie dopełnił formalności. W takich okolicznościach instytucja właściwa na wniosek zainteresowanego zwraca poniesione przez niego koszty zgodnie ze stawkami stosowanymi przez instytucję miejsca pobytu.

Wprowadzenie zasad koordynacji skutkuje dla Polski ujemnym bilansem rozliczeń za rzeczowe świadczenia zdrowotne z państwami członkowskimi UE, zwłaszcza z „UE-15” tworzącą Wspólnotę<sup>37</sup>. Jest to wynikiem znacznej różnicy kosztów świadczeń zdrowotnych. Koszty usług medycznych w państwach Europy Zachodniej są, jak wiadomo, wielokrotnie wyższe niż w Polsce. Jeżeli obywatele Polski, zwłaszcza turyści, którzy stanowią największą grupę wśród podróżujących do państw UE, skorzystają tam z pomocy lekarskiej, to macierzysta instytucja ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) będzie musiała zrefundować koszty ich leczenia, niezależnie od tego, że cena identycznej terapii w Polsce jest wielokrotnie niższa.

Ponadto, część obywateli Polski zacznie się domagać leczenia w państwach członkowskich UE, powołując się na przepis mówiący, że instytucja ubezpieczenia zdrowotnego nie może odmówić obywatelowi prawa do planowanych świadczeń zdrowotnych za granicą w przypadku, gdy świadczenie jest gwarantowane przez ustawodawstwo, ale nie może być zrealizowane w kraju w czasie niezbędnym ze względu na obecny stan zdrowia (a długie okresy oczekiwania na poradę specjalisty lub zabiegi operacyjne to uzasadniają).

Rząd podjął w trakcie negocjacji akcesyjnych zobowiązanie pełnego rozliczania kosztów świadczeń od dnia przystąpienia Polski do UE i zdecydował, że będą one rozliczane ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. W planie finansowym NFZ na rok 2006 zaplanowano kwotę 820 000 zł na koszty świadczeń zdrowotnych wynikające z koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, dotyczących rzeczowych środków leczniczych w UE.

Konkludując, prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych na terytorium UE jest dla niego uprawnieniem bardzo korzystnym i coraz częściej realizowanym w praktyce, jednakże pociąga za sobą istotne obciążenie dla budżetu państwa polskiego.

## Literatura

Barcz J., *Prawo Unii Europejskiej, . Prawo Materialne materialne i Politykipolityki*, red. J. Barcz, Prawo i Praktyka Gospodarcza, Warszawa 2003.

Belcher P.J., *Rola Unii Europejskiej w opiece zdrowotnej*, Ingis, Warszawa 2001.

Bińczycka-Majewska T., *Koordinacja systemów zabezpieczenia społecznego w Unii Europejskiej*, Zakamycze, Kraków 1999.

Cichocka E., *Last Minute do Europy – Zdrowie*, „Gazeta Wyborcza” 2004, nr 29/ 2004.

Kozierkiewicz A., *Leczenie w krajach UE*, „Służba Zdrowia” 2004, nr 31-34/ 2004.

Krowicka A., *Opieka zdrowotna po wejściu do Unii Europejskiej*, CeDeWu, Warszawa, 2004.

Paszkowska M., *Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w wybranych państwach UE*, „e-finanse Finanse” 2006, nr 1/2006.

Paszkowska M., *Ochrona zdrowia w Unii Europejskiej*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 3/2004.

Szczur M., *Przepisy Wspólnotowe wspólnotowe w zakresie świadczeń zdrowotnych, . Skutki finansowe dla Polski*, „Polityka Społeczna” 1999, nr 4/99.

<sup>37</sup> Kwestia ujemnego bilansu rozliczeń rzeczowych świadczeń zdrowotnych z państwami członkowskimi UE znana jest od 1999 r. Według ówczesnych szacunków miały one wynosić 8,9% wydatków na opiekę zdrowotną.

*Twoje prawa i obowiązki podczas poruszania się po terytorium Unii Europejskiej, Opieka zdrowotna* Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2002.

Włodarczyk C., Paździoch S., *Systemy zdrowotne, zarys problematyki*, Wydawnictwo Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.

[www.esculap.pl/ue/ksiazki/ubezpieczenia](http://www.esculap.pl/ue/ksiazki/ubezpieczenia).

[www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl).

Wysokińska Z., J. Witkowska J., *Integracja europejska, . Rozwój rynków. ,* PWN, Warszawa – Łódź, 2000.

*Zimowy urlop w krajach Unii Europejskiej*, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2005.