

# Perspektywy sprzedaży usług zdrowotnych za granicą przez szpitale polskie

## Raport wstępny

Adam Kozierekiewicz

W dotychczasowej praktyce ochrona zdrowia UE pozostawała w zasadniczej części w kompetencji krajów członkowskich Unii Europejskiej i akty prawne UE nie odnosiły się do niej bezpośrednio. Wyjątkiem była obszerna dziedzina zdrowia publicznego, ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa towarów konsumpcyjnych, w tym przede wszystkim żywności. Usługi zdrowotne, organizacja systemów ochrony zdrowia, uprawnienia pacjentów i sposoby finansowania świadczeń, to były domeny nieobjęte regulacją unijnych praw. Paradoksalnie, brak tych regulacji sprawia, że ochrona zdrowia zaczyna być traktowana na zasadach podobnych do dziedzin rynkowych.

Coraz to nowe uprawnienia pacjentów są wywodzone z praw, dotyczących wolnego przepływu osób, towarów i usług. Przy czym wiodącą rolę w ustanawianiu tych nowych zasad ma Trybunał Sprawiedliwości w Luksemburgu, który interpretuje istniejące ograniczone regulacje.

### Zasady wolnego przepływu osób, towarów i usług w systemie ochrony zdrowia

Zasadniczym celem Unii Europejskiej, a wcześniej Wspólnoty od początku jej utworzenia było *stworzenie wspólnego rynku, unii gospodarczej i walutowej oraz prowadzenie wspólnej polityki i działań (...)*

*w celu przyczynienia się do harmonijnego i zrównoważonego rozwoju gospodarczego, stabilnego (...) wysokiego poziomu zatrudnienia i ochrony socjalnej, podniesienia poziomu i jakości życia oraz powstania ekonomicznej i społecznej spójności i solidarności pomiędzy państwami członkowskimi. Cel ten miał być osiągnięty stopniowo przez znoszenie barier przepływu towarów, osób, usług i kapitału. Podstawą do tego typu stanowiska była konstatacja, że rynki poszczególnych krajów europejskich są zbyt małe, by pozwolić na działania stabilnych struktur gospodarczych.*

Jednym z obszarów działania, które mają ułatwić i pomóc w decyzjach obywateli krajów Unii o przemieszczeniu, jest koordynacja działania szeroko pojętych systemów zabezpieczenia socjalnego. Koordynacja ta jest związana tak ze

**swobodnym przepływem pracowników, jak i prawem obywateli krajów członkowskich Unii do osiedlenia się** na terytorium innego kraju członkowskiego. Zatem prawo pozwalające na utrzymanie nabytych praw do świadczeń socjalnych, po przekroczeniu granicy z innym krajem członkowskim ma zachęcić obywateli Unii Europejskiej do przemieszczania się i aktywnego poszukiwania pracy w innych częściach zjednoczonej Europy. Swobodny przepływ osób dotyczyć miał także sytuacji emerytów, którzy mieli mieć prawo do powrotu do swoich rodzinnych krajów po zakończeniu życia zawodowego lub wręcz przeciwnie – **przenieść się do innych rejonów Europy, by spē-**

**dzić tam schyłek życia.** Wreszcie swobodny przepływ powinien dotyczyć **turystów i innych osób przebywających na terenie danego kraju tymczasowo.** Osoby te powinny mieć prawo, bez wykupywania dodatkowych ubezpieczeń podróży, do opieki medycznej podczas podróży do innych państw członkowskich.

Regulacja przenoszenia uprawnień obywatela do świadczeń socjalnych do innych krajów Unii została zawarta w dwóch rozporządzeniach Rady EWG; Nr 1408/71 z 1971 r., dotyczącego stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników, osób pracujących na własny rachunek oraz do członków ich rodzin, przemieszczających się w granicach Wspólnoty i w rozporządzeniu Nr 574/72 z 1972 roku dotyczącym trybu postępowania kooptyacyjnego.

Zgodnie z zapisami zawartymi w rozporządzeniach, prawo to nie dąży do ujednoczenia systemów zabezpieczenia społecznego poszczególnych krajów, a jedynie do ułatwienia korzystania z nich w dobie swobodnego przepływu osób. Kraje członkowskie zatem nie są zobowiązane do żadnych zmian w zakresie przyznawanych uprawnień do świadczeń socjalnych osobom pracującym na ich terenie, oprócz jednego – prawo do świadczeń nabytych na terenie jednego z państw jest uznawane na terenie innego państwa członkowskiego. To uznawanie wiąże się w praktyce z wieloma konsekwencjami, takimi jak równość traktowania pracowników pochodzących z różnych krajów Unii czy możli-

wość dodawania okresów ubezpieczenia, umożliwiającą uzyskanie i podtrzymanie uprawnień.

Każde państwo członkowskie może wprowadzać swoje regulacje dotyczące tego, kto ma uprawnienia ubezpieczonego; jakie są świadczenia z tego wynikające oraz jak są obliczane składki. Zachowana przy tym musi być jednak zasada niedyskryminowania ze względu na narodowość czy obywatelstwo. Zatem uprawnienia do objęcia ubezpieczeniem muszą być zrównane pomiędzy obywatelami danego kraju – członka UE i innych krajów UE. Podobnie, każde państwo ma prawo określać kryteria i reguły dotyczące wykonawców usług zdrowotnych i ich roli w systemie. Obowiązują tutaj jednak podobne jak wyżej zastrzeżenie, iż reguły te stosują się wtedy na równi do wszystkich podmiotów i osób z pozostałych krajów Unii.

**P r z e p i s y**  
Wspólnoty określają reguły i zasady, które muszą być przestrzegane przez poszczególne władze krajowe, instytucje

### Zachowana musi być zasada niedyskryminowania ze względu na narodowość czy obywatelstwo

zabezpieczenia społecznego i sądy przy stosowaniu przez nie ustawodawstwa krajowego. Tym samym przepisy te zapewniają, że stosowanie ustawodawstwa danego kraju nie wpłynie negatywnie na prawa nabyte osób, które korzystają z prawa do poruszania się na obszarze Unii Europejskiej. Zakres świadczeń zabezpieczenia społecznego regulowany rozporządzeniem 1408/71 obejmuje następujące grupy świadczeń:

- ▀ świadczenia z tytułu choroby i macierzyństwa,
- ▀ świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych,
- ▀ świadczenia rentowe i emerytalne,
- ▀ świadczenia rodzinne i pogrzebowe,
- ▀ zasiłki dla bezrobotnych.

Podstawowe zasady, jakie wynikają z zapisów rozporządzenia 1408/71 są następujące:

1. w danym czasie obywatel podlega ustawodawstwu tylko jednego państwa członkowskiego, niezależnie od tego na terenie ilu z państw mieszka czy wykonuje pracę zawodową;

2. świadczenia społeczne przysługujące ubezpieczonemu wynikają z regulacji w kraju, w którym osoba ta wykonuje swoją działalność zawodową. Wyjątkami są:

- ▀ oddelegowani do pracy za granicą na okres do 12 miesięcy, podczas których delegowani posiadają uprawnienia obowiązujące w miejscu siedziby delegującego,
  - ▀ marynarze, pracownicy transportu międzynarodowego, osoby zatrudnione w placówkach dyplomatycznych i w misjach zagranicznych;
3. równość praw i obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego z osobami będącymi obywatelami danego kraju;
4. eksportowalność świadczeń, czyli przekazywanie nabytych świadczeń pieniężnych za uprawnionym, w przypadku jego migracji (zachowanie praw nabytych).

Z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia najważniejszy obszar tej regulacji dotyczy świadczeń na wypadek choroby i macierzyństwa. Przepisy, jakie regulują dostarczanie świadczeń w tych przypadkach zawarte są w artykułach 18–36 rozporządzenia nr 1408/71 i w artykułach 16–34 rozporządzenia nr 574/72. Zakres podmiotowy tej regulacji obejmuje:

- ▀ osoby zatrudnione i pracujące na własny rachunek, mieszkające w państwie członkowskim innym niż państwo właściwe (czyli takie, w którym znajduje się instytucja ubezpieczająca danego pacjenta) oraz członków ich rodzin,
- ▀ pracowników przygranicznych (czyli przekraczających granicę w drodze do pracy codziennie lub przynajmniej raz w tygodniu) i członków ich rodzin,
- ▀ osoby bezrobotne i członków ich rodzin,
- ▀ emerytów i rencistów oraz członków ich rodzin, mieszkających w państwie członkowskim innym niż państwo właściwe,
- ▀ czasowo przebywających w państwie członkowskim innym niż państwo właściwe, (w tym turystów),
- ▀ studentów i członków ich rodzin.

Generalnie konieczność zapewnienia dostępu do opieki medycznej w innym państwie członkowskim, niż państwo właściwe (czyli państwo miejsca ubezpieczenia) pojawia się wtedy gdy:

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

Osoby zatrudnione w innym kraju, niż kraj zamieszkania, czyli najczęściej pracownicy przygraniczni, uzyskują prawo do leczenia swojego oraz członków rodziny po obu stronach granicy.

Osoby czasowo przebywające w danym kraju, czyli turyści i osoby podróżujące mają prawo do *niezbędnych świadczeń rzeczowych*, przy czym za niezbędne uznaje się świadczenia leczenia w nagłej potrzebie, konieczne ze względu na stan zdrowia, jakimi są wypadki, nagłe zachorowania, nagłe pogorszenia stanu zdrowia. **Szczególne przywileje posiadają renciści i emeryci**, skądinąd grupa społeczna w największym stopniu korzystająca z opieki medycznej, którzy **mają prawo do wszystkich świadczeń rzeczowych koniecznych w trakcie ich czasowego pobytu w innym państwie**.

Wyjazd do innego kraju UE w celu leczenia, jeśli ma się odbywać na koszt własnej instytucji ubezpieczającej, jest możliwy tylko po uprzednim uzyskaniu zgody danego ubezpieczyciela (np. kasy chorych). Ta ogólna zasada jest jednak znacznie osłabiana przez 2 zastrzeżenia:

- ▀ obywatel może, po uzyskaniu uprawnień do świadczeń, zechcieć zmienić miejsce zamieszkania, a co za tym idzie, nabyć uprawnienia do uzyskiwania świadczeń na terenie docelowego kraju zamieszkania. W takiej sytuacji powinien uzyskać zgodę rodzimej instytucji ubezpie-

czeniuowej do uzyskiwania tych świadczeń na jej koszt na terenie drugiego państwa. Instytucja taka może odmówić mu tego prawa jedynie *gdy zostanie ustalone, że przeniesienie się zainteresowanego może ujawnić na*

**Drugie zagrożenie jest**

**takie, że w przypadku, 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 leczenie zagranicą.**

W celu ujednoczenia procedur związanych z rozliczeniami, państwa członkowskie określiły standard formularzy, które służą do potwierdzania uprawnień i ewentualnych późniejszych rozliczeń. Do potwierdzania uprawnień do świadczeń zdrowotnych i świadczeń w związku z macierzyństwem, stosowane są formularze serii E100, w szczególności formularz E111, który uprawnia do świadczeń w zakresie opieki zdrowotnej w razie wypadku lub nagłej choroby.

W przypadku chęci skorzystania z usług zdrowotnych za granicą, które wymagają promesy (uprzedniej zgody własnego ubezpieczyciela) wykorzystywany jest formularz o symbolu E112. W trakcie spotkania ministrów zdrowia w Maladze w lutym ubiegłego roku przyjęto, iż aby ułatwić korzystanie z usług za granicą i uwiarygodnić pacjentów – obywateli UE wobec świadczeniodawców w poszczególnych krajach, należy wprowadzić  *europejską kartę zdrowia*, która spowoduje, że świadczeniodawcy w poszczególnych krajach rzadziej będą odmawiać wykonywania usług w obawie, iż nie otrzymają za nie płatności.

Sposoby rozliczania kosztów świadczeń wykonanych za granicami, jakie następują pomiędzy instytu-

cją właściwą (czyli ubezpieczycielem danej osoby) a instytucją płatniczą w kraju docelowym, określone są w art. 93, 94 i 95 rozporządzenia 574/72. Rozliczenia możliwe są wg  *kosztów rzeczywistych lub stawek*

**Aby ułatwić korzystanie z usług za granicą, w poszczególnych krajach, należy wprowadzić europejską kartę zdrowia**

ju 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.

**Orzeczenia Trybunału Sprawiedliwości w Luksemburgu**

Reguły wyżej opisane zostały częściowo podważone przez orzeczenie Trybunału Sprawiedliwości w Luksemburgu w sprawie dwóch obywateli: Deckera i Kohlla<sup>1</sup>, którzy domagali się zwrotu kwot, jakie ponieśli w związku z zakupem usług medycznych za granicą. Decker nabył okulary ze szklami korekcyjnymi, do których refundacji miał prawo w Luksemburgu, Kohll natomiast uzyskał usługę protetyczną. Trybunał stwierdził, iż mimo, że w obu przypadkach nie były to usługi związane z nagłymi stanami wymagającymi natychmiastowej interwencji oraz mimo, że panowie nie uzyskali zgody swoich ubezpieczycieli na zakup tych usług za granicą, ani zapewne nie było sytuacji, że któraś z tych usług nie mogła być wykonana w Luksemburgu w niezbędnym czasie, obaj mieli prawo do żądania zwrotu kosztów poniesionych z niniejszymi zakupami, lecz wg stawek ubezpieczyciela właściwego. W tej sytuacji zatem obaj posiadają prawo pokrycia kosztów bez wcześniejszej zgody rodzimego ubezpieczyciela, lecz wg jego stawek, a nie wg stawek ubezpieczyciela kraju docelowego. Przy czym sytuacja taka była możliwa dlatego, że w Luksemburgu, z którego obaj po-

chodzili, posiadali prawo do wybrania dowolnego, działającego na rynku wykonawcy protez i dostawcy szkieł korekcyjnych. Ewentualne ograniczenie możliwości skorzystania z usług podobnych dostawców z zagranicy byłoby więc łamaniem zasady wolnego przepływu towarów i usług.

W szczegółach Trybunał argumentował następująco:

- ▶ kraje członkowskie mają prawo do organizowania ich własnych systemów zabezpieczenia społecznego;
- ▶ tym niemniej świadczenia z zakresu zabezpieczenia społecznego nie są wyłączone z podstawowej zasady swobodnego przepływu (ludzi, usług, towarów);
- ▶ art. 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 należy do świadczeń w naturze (*in kind*),
- ▶ zapis ten jednak nie wyklucza zwrotu kosztów związanych z uzyskaniem świadczenia wg stawek kraju właściwego (czyli rodzimego ubezpieczyciela). W takiej sytuacji nie ma potrzeby zabiegać o wcześniejszą zgodę;
- ▶ 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 zrównoważonym poziomie, dostępnym dla wszystkich uprawnionych).

Niniejszym orzeczeniem **Trybunał stworzył nową procedurę uzyskiwania świadczeń zdrowotnych za granicą**, która nie podlega regu-

lacjom wynikającym z rozporządzeń 1408/71 i 574/72, ani nie wymaga posługiwaniem się formularzami E111 czy E112. W związku z tym mamy do czynienia z podwójną regulacją transgranicznych świadczeń medycznych.

Zdania co do tego zjawiska są podzielone. Niektórzy komentatorzy twierdzą, że ten sposób uzyskiwania świadczeń będzie miał jedynie niewielki wpływ na proces uzyskiwania świadczeń za granicą, a w każdym razie nie będzie miał istotnego wpływu na sytuację krajowych systemów opieki zdrowotnej.

Inni twierdzą, że orzeczenia te powodują nową sytuację w procesie konstruowania prawa unijnego, która w krótkim czasie doprowadzi do pełnego uruchomienia swobodnego przepływu pacjentów i usług medycznych w ramach Unii Europejskiej. Systemy opieki zdrowotnej powinny zacząć dostosowywać się do sytuacji deregulacji i stworzenia znacznie bardziej konkurencyjnego otoczenia niż dotychczas doświadczały.

Jeszcze inni twierdzą, że orzeczenia Trybunału podważają podstawowe zasady działania systemów ochrony zdrowia w krajach europejskich i stanowią dla nich zagrożenie.

Istnieje także wiele praktycznych konsekwencji zasady swobodnego przepływu osób, towarów i usług, które zapewne będziemy odkrywali, w miarę jak zbliżać się będzie integracja, a niektóre może nawet po jej przeprowadzeniu.

Pewnym dopełnieniem interpretacji prawa do uzyskiwania świadczeń za granicą było orzeczenie w sprawie (łączonej) Smits-Peerbooms. Pani Smits-Geraets, mieszkająca w Holandii i cierpiąca na chorobę Parkinsona, leczyła się w Niemczech, nie posiadając odpowiednich promes własnej holenderskiej instytucji ubezpieczeniowej. 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. Argumenty o lepszej jakościowo

i skuteczniejszej opiece w Niemczech nie zostały uznane.

Pan Peerbooms z kolei w śpiączce przewieziony został do Austrii, gdzie zastosowano na nim rzadką i częściowo eksperymentalną metodę neurostymulacji. Metoda ta okazała się skuteczna i po powrocie 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 Kohla. Tym samym odrzucił wniosek 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 zagrożeniem 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 dys-

**Odmówić można wyjazdu na leczenie za granicą tylko wtedy, gdy podobnie skuteczne leczenie jest możliwe w sieci placówek zakontraktowanych przez danego płatnika**

kr y m i n a c j a i ograniczanie dzia ł n o ś c i świadczeniodawców zlokalizowanych poza danym krajem, na rzecz pacjentów – obywateli tego kraju. W s z y s t k i e uprawnienia pacjentów oraz do-

stawców usług zdrowotnych, jakie występują w prawie krajowym rozciągają się automatycznie na wszystkie kraje Unii.

Dodatkowym wyjaśnieniem określenia *undue delay* zajęli się Trybunał Luksemburski w ramach sprawy łącznej nr C-385/99 Muller-Faure-Riet. Orzeczenie w tej sprawie jeszcze nie zapadło, natomiast znana jest opinia adwokata generalnego, mecenasa Ruiz-Jarabo, który w jej części dotyczącej Riet twierdzi, że:

*the concept of „without undue delay” must be interpreted from a strictly medical point of view, irrespective of the duration of the waiting time for the treatment requested.*

Zatem zdaniem mecenasa Ruiz-Jarabo, które z dużym prawdopodobieństwem zostanie podzielone przez Trybunał, odmówić można wyjazdu na leczenie za granicą tylko, wtedy, gdy podobnie skuteczne i bez zbędnej zwłoki, leczenie możliwe jest do uzyskania w sieci placówek zakontraktowanych przez danego płatnika. Kryterium *zbędnej zwłoki* jest przy tym kryterium czysto medycznym i nie powinno być warunkowane aktualnymi lub prawnie sankcjonowanymi czasami oczekiwania na poszczególne zabiegi w danym kraju.

## Polityczne deklaracje i przewidywane kierunki rozwoju sytuacji

W lutym bieżącego roku, ministrowie zdrowia krajów Unii Europejskiej, którzy zebrali się na szczycie w Maladze, wyznaczyli dziedziny przyszłych działań w tym zakresie. Ministrowie ci stwierdzali m.in., iż:

■ z powodu braków szczegółowych regulacji w prawie wspólnotowym (*aquis communitarie*), wynikających z doktryny nieingerowania Unii w sprawy systemów opieki zdrowotnej krajów członkowskich, to Trybunał Luksemburski swoimi orzeczeniami dokonuje strategicznych rozstrzygnięć w dziedzinie polityki zdrowotnej. Stan taki uznany został za nieprawidłowy i stwierdzono, że decyzje o takich czy innych rozwiązaniach dosięgających kraje członkowskie powinny podejmować politycy, wyrażając tym samym wolę ludności.

■ Jednocześnie ministrowie zdrowia dostrzegli wiele dziedzin, w których polityka w zakresie opieki zdrowotnej na poziomie wspólnotowym może dostarczyć wartości dodanej. Takimi dziedzinami są:

- uruchamianie wysoko specjalistycznych, ponadnarodowych ośrodków, koncentrujących się na rzadkich, a jednocześnie wymagających wysokiej kompetencji, problemach zdrowotnych,
- rozładowywanie napięć wynikających z długiego oczekiwania na niektóre ze świadczeń zdrowotnych, poprzez wykorzystywanie nadmiarowych *mocy produkcyjnych* innych krajów Wspólnoty,
- ułatwianie korzystania z opieki zdrowotnej w kraju sąsiednim, ludności terenów nadgranicznych, wykraczając poza grupę pracowników *transgranicznych*,
- ułatwianie korzystania z opieki zdrowotnej osobom dłużej przebywającym w innym krajach Wspólnoty.

Ministrowie stwierdzili, że niepodjęcie działań legislacyjnych, związanych z nowelizacją rozporządzenia 1408/71 byłoby w takiej sytuacji błędem. Nowelizacje te powinny mieć miejsce, przy czym w nowelizacjach należy zwrócić uwagę przede wszystkim na interesy i korzyści pacjenta, a nie systemów opieki społecznej. Takie stwierdzenie można uznać za polityczną odpowiedź na reakcję niektórych przedstawicieli systemów zabezpieczenia społecznego, którzy upatrują w ostatnich orzeczeniach Trybunału Luksemburskiego przede wszystkim zagrożenia dla stabilnych – choć często niezbyt wydolnych – systemów publicznej opieki zdrowotnej. Z dużą przychylnością

przyjmowane mają być dwustronne umowy międzynarodowe, które miałyby rozwiązywać te zagadnienia.

Stwierdzono jednocześnie, że w sytuacji przewidywanego

nasilenia przepływu pacjentów pomiędzy państwami Unii, konieczne jest zwrócenie uwagi na zapewnienie i kontrolę jakości opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach a także na ich koszty. Zagadnienia te, zgodnie z zaleceniami ministrów, miały pojawić się w *Programie zdrowia publicznego na lata 2002–2006*.

Warto zauważyć, że Komisja Europejska przygotowała propozycję nowelizacji rozporządzenia 1408/71<sup>2</sup> już w 1998 roku. W rozporządzeniu tym poszerza się zakres osób uprawnionych do uzyskiwania świadczeń społecznych, rodzajów tych świadczeń oraz precyzowane są okoliczności, w jakich świadczenia te można uzyskiwać. W przypadku świadczeń uzyskiwanych na podstawie druku E112 (za zgodą macierzystej instytucji płatniczej), zapisy te mówią, że:

*The authorisation must be accorded where the treatment in question is among the benefits provided for by the legislation of the competent State or in whose territory the person involved resides and if he cannot, taking account of his current state of health and the probable course of the illness, be given such treatment within the necessary time.*

Zgodnie zatem z duchem zawartym w opinii mec. Ruiz-Jarabo, omówionej powyżej, o uzyskaniu (lub przeciwnie – o odmowie) zgody na leczenie za granicą decydować winien wyłącznie stan zdrowia osoby i prawdopodobny rozwój choroby, a nie ewentualne wewnętrzne regulacje, dotyczące dopuszczalnych (z punktu widzenia prawnego), czasów oczekiwania na poszczególne zabiegi i procedury.

## Brytyjskie koncepcje kontraktowania usług medycznych za granicą

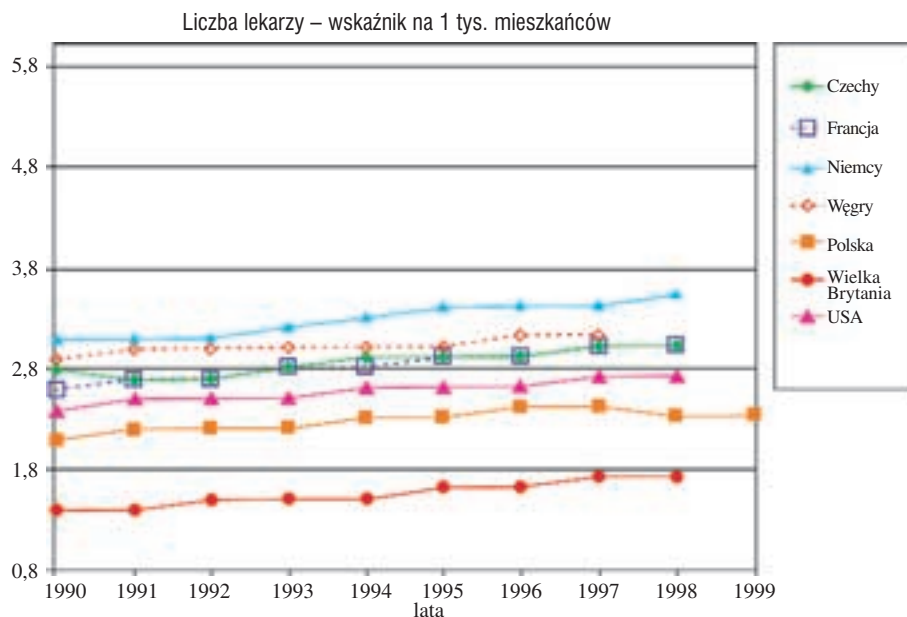
Orzeczenie ECJ w sprawie (łącznej) Smits-Peerbooms z lipca 2001 wywołało szczególnie żywą reakcję w Wielkiej Brytanii. W kraju tym w największym zakresie i najbardziej widocznie występuje zjawisko braku możliwości wykonawczych usług zdrowotnych, które skutkuje powstawaniem długich kolejek oczekujących.

Przyczyn zjawiska niedostatku podaży w stosunku do popytu w Wielkiej Brytanii jest kilka.

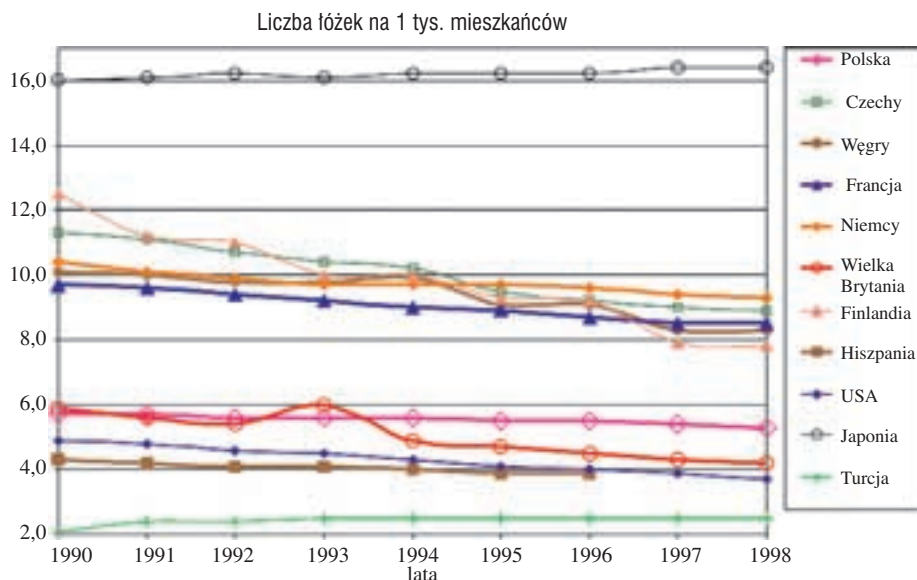
Wielka Brytania należy do krajów o najniższych nakładach na opiekę zdrowotną liczonych w odsetku PKB spośród krajów Europy Zachodniej. 7,5–7,8 proc. PKB na ochronę zdrowia w Wielkiej Brytanii wynosi o 1/3 mniej niż w krajach o podobnej możliwości, czyli Francji czy Niemczech (ok. 10 proc. PKB).

Wielka Brytania od kilkudziesięciu lat prowadziła restrykcyjną politykę wobec rozwoju infrastruktury leczniczej, w tym personelu czy szpitali, czego skutkiem jest jeden z najniższych w Europie wskaźników liczby lekarzy na 1 tys. mieszkańców oraz łóżek szpitalnych (ryc. 1., 2.).

W ostatnich 10–25 latach pojawił się jeszcze jeden czynnik; spadające zainteresowanie karierą w ochronie zdrowia na Wyspach Brytyjskich. O ile w latach wcześniejszych zawód lekarza czy pielęgniarki, nawet mimo niekorzystnych perspektyw finansowych, dawał satysfakcję z uwagi na swój prestiż, o tyle od połowy lat 80. odnotowuje się znaczny spadek zainteresowania nauką na kierunkach medycznych, na rzecz kierunków związanych z ekonomią czy informatyką. W ten sposób, w dobie starzenia się społeczeństwa, Wielka Brytania stanęła wobec problemu znacznego niedostatku mocy wy-



**Ryc. 1.** Liczba lekarzy na 1 tys. mieszkańców w krajach OECD w roku 1999 (materiał źródłowy: *W 60 wskaźników dookoła zdrowia*, A. Kozierkiewicz (red.), Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2001)



**Ryc. 2.** Liczba łóżek opieki stacjonarnej na 1 tys. mieszkańców w krajach OECD w roku 1999 (materiał źródłowy: *W 60 wskaźników dookoła zdrowia*, A. Kozierkiewicz (red.), Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2001)

twórczych w ochronie zdrowia. Niedobór ten trwał przez wiele lat i kolejne rządy starały się go w pewien sposób łagodzić, nie zmieniając jednak zasadniczo koncepcji działania systemu.

Narodowa służba zdrowia w dalszym ciągu pozostaje zatem pożądaną formą działania systemu ochrony zdrowia, a zasady równości i solidaryzmu społecznego w ochronie zdrowia są podzielane przez większość sił politycznych oraz społeczeństwa. Skutkiem tego w Wielkiej Brytanii wydatki na ochronę zdrowia ponoszone przez pacjentów z własnej kieszeni należą do najniższych w Europie i nie przekraczają 10 proc. całości wydatków na

ochronę zdrowia. Z ideologicznych względów Brytyjczycy nie dopuszczają do znacznego rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz hamują tendencje wprowadzania współpłacenia za usługi przez pacjentów.

W najgorszych latach NHS, w połowie lat 80., gdy czasy oczekiwania na zabiegi oraz jakość opieki zdrowotnej były uznawane za najgorsze w historii, odsetek społeczeństwa, który korzystał z dodatkowych ubezpieczeń (np. BUPA) nie przekraczał 5 proc. Liczba prywatnych szpitali, działających poza systemem NHS, jest niewielka, a te które istnieją często nastawiają się na obsługę pacjentów-obcokrajowców,

czy to mieszkających w Wielkiej Brytanii i niemających uprawnień do świadczeń NHS, czy też przyjeżdżających specjalnie w celu otrzymania usługi, z krajów należących kiedyś do Imperium Brytyjskiego.

W tej sytuacji, wobec strukturalnego niedoboru sił wytwórczych, w Wielkiej Brytanii rozwinął się system utrzymywania i nadzoru nad listami oczekujących. W przeciwieństwie do znanych *rozwiązań* polskich, w których odpowiedzią na niedobór podaży jest rozwój szarej strefy, w Wielkiej Brytanii rozwinęto społeczny nadzór nad dostępem do deficytowych świadczeń. Nadzór ten, poprzez tworzenie

list oczekujących i upublicznianie spodziewanych czasów oczekiwania na przyjęcie w celu wykonania poszczególnych zabiegów, wprowadza pewnego rodzaju sprawiedliwość, a przede wszystkim przejrzystość w kryteriach dostępu do tych świadczeń.

W wyniku rozwoju list oczekujących znane stały się parametry czasu oczekiwania na poszczególne rodzaje świadczeń w poszczególnych regionach kraju. Czasy oczekiwania, jako wyraz dostępności do świadczeń zdrowotnych są publicznie dyskutowane i są często przedmiotem politycznych zabiegów władz brytyjskich oraz opozycji.

W kampanii wyborczej z połowy lat 90., Tony Blair i Partia Pracy deklarowali zdecydowaną poprawę w NHS. Argumentowali jednocześnie, że wprowadzony w poprzednich latach przez rząd Margaret Thatcher, tzw. rynek wewnętrzny i *GP-fundholding* nie tylko nie poprawił, ale wręcz pogorszył sytuację w opiece zdrowotnej Brytyjczyków. W szczególności, paradoksalnie, twierdzili że wprowadzenie *GP-fundholdingu* powoduje nierówności w dostępie do świadczeń, a pacjenci lekarzy *fundholderów*, mają lepszy dostęp do świadczeń niż inni. Rząd Tony Blaire'a zdecydował o odejściu od koncepcji *GP-fundholdingu* i o rozwoju skoncentrowanych struktur, grupujących obowiązkowo działających lokalnie lekarzy póź w struktury przypominające polskie zoz-y z lat powojennych, z pewnymi elementami amerykańskiego *managed-care*. Ostatecznie struktury takie powstały w terminie do 1 kwietnia 2002 roku, kiedy to ogłoszono nową fazę rozwoju NHS.

Rząd Tony Blaire'a świadomy był jednak, że pomimo takich czy innych rozwiązań na poziomie poz nie jest w stanie w szybki sposób rozładować napięć związanych z listami oczekujących. Na przeszkodzie stał brak pieniędzy, ale również brak mocy produkcyjnych, które mogłyby skutecznie przeprowadzać większą liczbę świadczeń.

W ramach pakietu zmian ogłoszonych w roku 2000 pod nazwą *The NHS Plan* pojawiły się zatem deklaracje innego typu:

- zwiększenie nakładów na opiekę zdrowotną w Wielkiej Brytanii,
- zatrudnienie pracowników medycznych (lekarzy i pielęgniarek) z innych krajów, dla uzupełnienia braków kadrowych,
- umożliwienie leczenia planowego za granicą dla podopiecznych NHS.

*The NHS Plan* zakłada realizację precyzyjnych i mierzalnych celów, m.in. związanych z czasem oczekiwania na leczenie. W styczniu 2002 73,2 proc.<sup>3</sup> pacjentów NHS czekało na leczenie stacjonarne krócej niż 6 mies. Znaczy to jednak, że aż 26,8 proc. pacjentów NHS czekało **dłużej niż 6 mies.** Cel nakreślony w planie stwierdza, że do roku 2005 żaden z pacjentów nie powinien czekać dłużej niż 6 mies. na leczenie stacjonarne. Rząd zobowiązał się, że po lipcu 2002 pacjenci czekający dłużej niż 6 mies. będą mogli skorzystać bądź to z oferty prywatnych szpitali w Wielkiej Brytanii, bądź leczenia za granicą.

W dotychczasowych deklaracjach rządu brytyjskiego wspomina się głównie o umieszczaniu pacjentów w krajach Unii Europejskiej oraz Europejskiej Przestrzeni Gospodarczej (Norwegia, Szwajcaria i Islandia).

W trakcie debat nad praktyczną stroną organizowania wyjazdów na leczenie za granicę, rozważano kilka możliwości, w tym taką, że każdy z tzw. *Primary Care Groups* lub *Primary Care Trusts* będzie odpowiedzialny za przygotowanie, organizację i opłacenie wyjazdów swoich pacjentów za granicę. Inna wersja zakładała powołanie centralnego ośrodka, poprzez który realizowane byłyby wyjazdy. Zadaniem tego ośrodka byłoby m.in. dokonanie właściwej i kompetentnej oceny jakości oferty zagranicznych szpitali, wynegocjowanie odpowiedniej umowy oraz nadzór nad realizacją jej warunków przez zagraniczny ośrodek leczniczy.

Zdecydowano także, że w celu lepszego przygotowania procesu i dokonania oceny wszystkich jego aspektów, należy przeprowadzić pilotaż z udziałem kilku władz lokalnych NHS (*authorities*). Władze te powinny na rzeczywistych procesach prześledzić i przetestować takie elementy, jak zainteresowanie pacjentów tą formą wyjazdów, trudności i procesy związane z negocjowaniem umów z zagranicznymi ośrodkami oraz problemy prawne, związane z leczeniem pacjentów za granicą.

W wyniku przeprowadzonego pilotażu sformułowano zestaw wniosków i rekomendacji, które – jak się wydaje – stopniowo zaczynają być wprowadzane w życie. Te wnioski można podsumować w następującym zestawie:

1. Rekomenduje się powstanie dwóch narodowych organizacji kontraktujących usługi za granicą (OLC), jednej obsługującej kraje północnej, a drugiej kraje południowej Europy. Instytucje te byłyby odpowiedzialne

za identyfikowanie zagranicznych szpitali, kontrolę ich standardów oraz formułowanie i podpisywanie kontraktów na wykonywanie usług oraz ich monitorowanie. W ramach tych instytucji zatrudniony byłby personel ds. zarządzania pacjentami, który prowadziłby swoje działania tak w UK, jak i innych krajach UE.

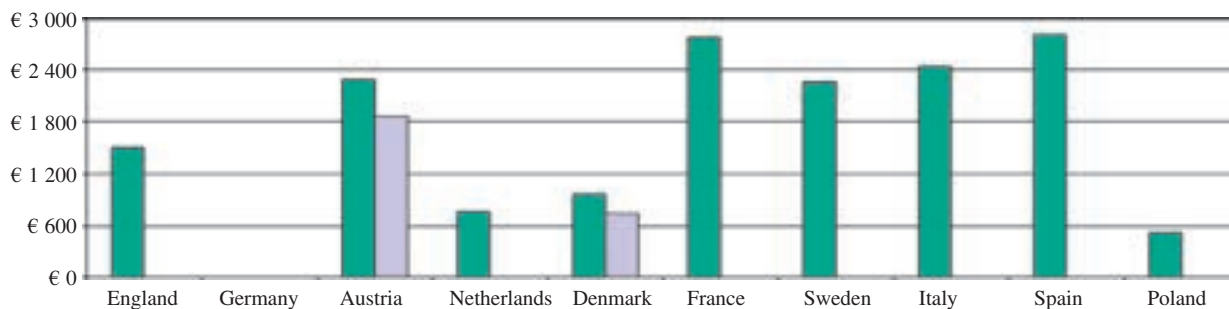
2. Rekomenduje się stosowanie zasady, by negocjować i kontraktować większe kontrakty z mniejszą liczbą szpitali, dbając jednocześnie o wysoki standard usług i o to, by szpitale realizowały usługi w ramach posiadanych przez siebie niewykorzystanych zasobów. Jednocześnie w ramach pilotażu pojawiały się pytania czy szpitale oferujące duże możliwości przerobowe są aby na pewno najlepsze na danym rynku; dlaczego szpital ma takie moce przerobowe, skoro jest taki dobry? Ekonomia skali wskazuje również, że lepiej jest negocjować kontrakty z zespołami szpitali, zgrupowanymi wokół określonego celu lub instytucji, niż z pojedynczymi szpitalami.
3. Rekomenduje się następujące procedury poprzedzające wyjazd pacjentów na leczenie za granicę:
  - lokalne szpitale informują swoje HA i/lub *Primary Care Groups*, jakie są ich możliwości wykonania poszczególnych rodzajów usług w określonym czasie,
  - lokalne HA i/lub PCG ocenia, jakie są potrzeby na wykonywanie świadczeń w określonym zakresie w danym czasie,
  - w przypadku stwierdzenia rozbieżności między tymi dwoma wartościami, które mogą spowodować, że nie zostanie osiągnięty cel w zakresie czasów oczekiwania, HA i/lub PCG powiadamia o tym OLC i ustala liczbę pacjentów przewidywanych do wysłania na leczenie zagranicę. W tym celu formułuje standardowy dla NHS dokument pn. SLA.

1. C-120/95 andn C-158/96 on 28 April 1998.
2. Proposal for a Council Regulation (EC) on coordination of social security systems (1999/C 38/08) (Text with EEA relevance) COM(1998) 779 final – 98/0360(CNS) (Submitted by the Commission on 21 December 1998).
3. [http://news.bbc.co.uk/1/hi/in\\_depth/health/2002/nhs\\_reform/1780234.stm](http://news.bbc.co.uk/1/hi/in_depth/health/2002/nhs_reform/1780234.stm)

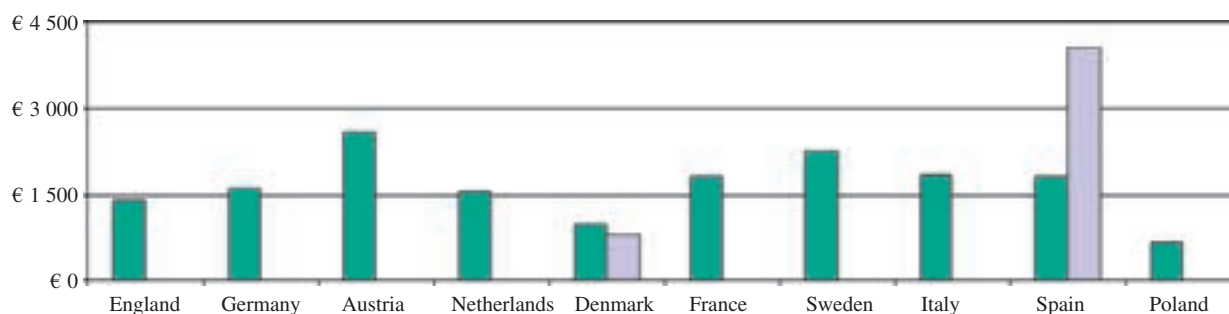
dr Adam Kozierekiewicz  
Instytut Zdrowia Publicznego Collegium  
Medicum UJ

## PORÓWNANIE CEN WYBRANYCH USŁUG MEDYCZNYCH W EUROPIE

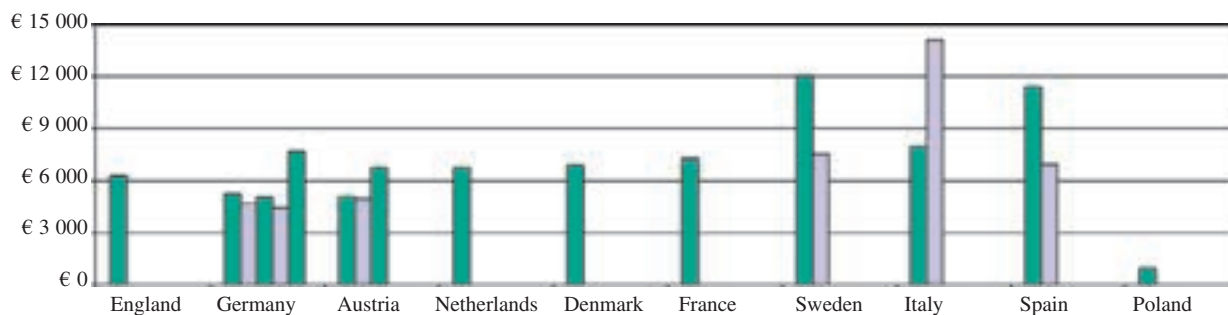
### Trabekulektomia – operacyjny zabieg przeciwjaskrowy



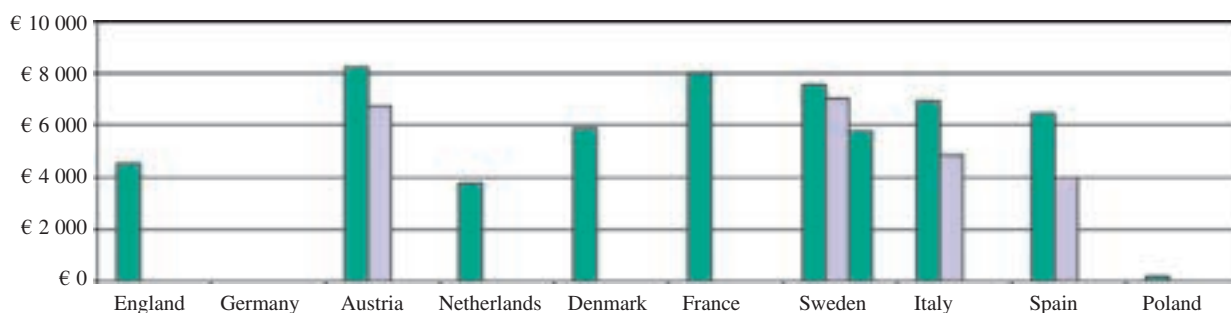
### Fakoemulsyfikacja – usunięcie zaćmy



### Wszczepienie endoprotezy stawu biodrowego



### Wszczepienie rozrusznika serca



Tabele pochodzą z raportu analizującego europejski rynek usług medycznych opracowanego przez Adama Koziarkiewicza z Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ oraz Malcolm Whitfielda z University of Sheffield