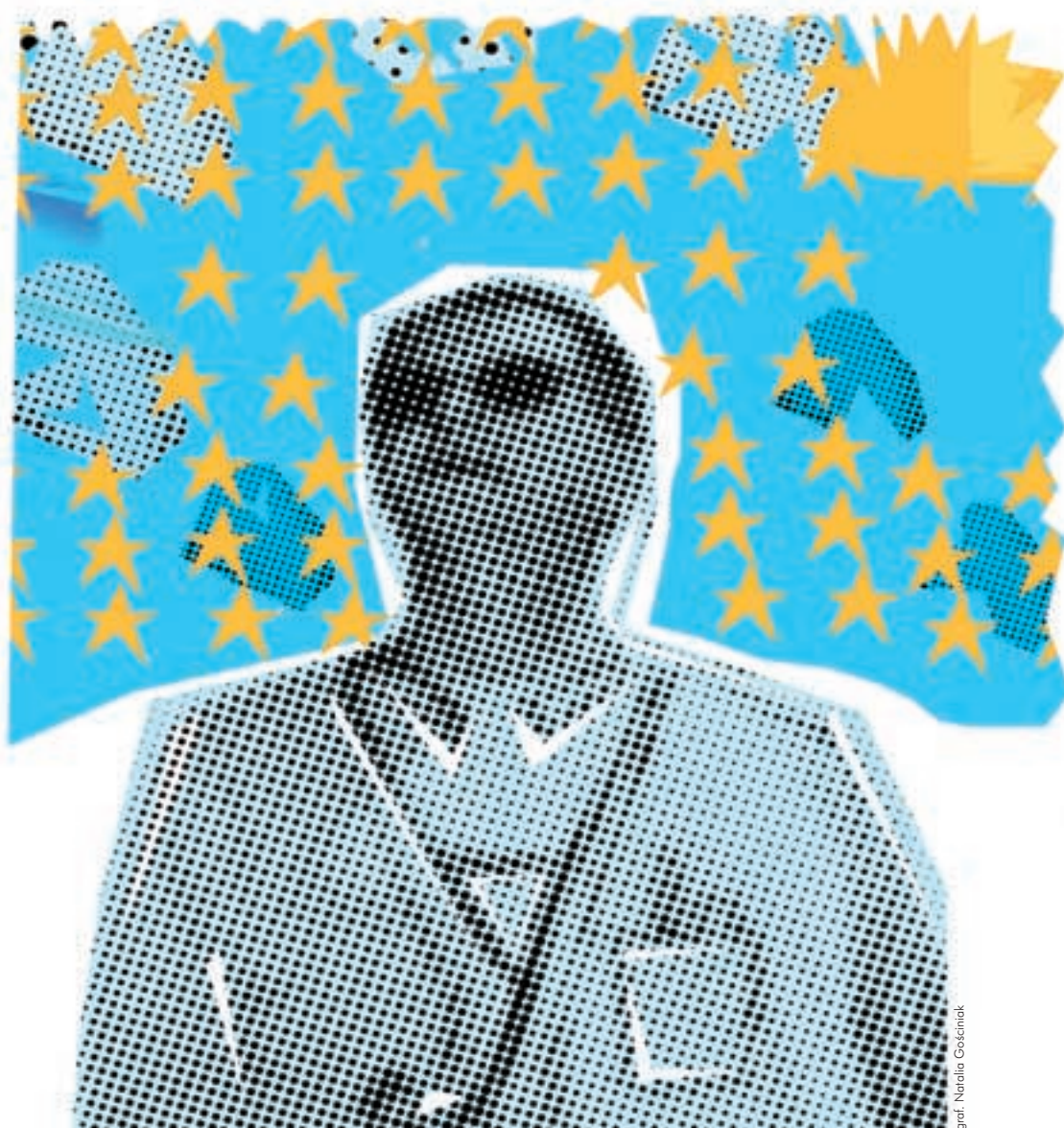


Od wstąpienia Polski do Unii Europejskiej zaledwie 23 osoby
złożyły wnioski o leczenie poza granicami kraju



graf. Natalia Gościńsk

Unijny pacjent

Anna Jassem

Zgodnie z unijnymi przepisami osobie mieszkającej w innym kraju niż kraj, w którym jest ubezpieczona zdrowotnie, przysługują pełne świadczenia medyczne, zgodnie z zasadami obowiązującymi w miejscu zamieszkania. Koszt udzielonych świadczeń pokrywa instytucja ubezpieczeniowa kraju, w którym osoba ta objęta jest ubezpieczeniem zdrowotnym.

Formularz na zdrowie

Osoby, które wyjeżdżają za granicę na dłuższy czas z zamiarem zamieszkania i/lub prowadzenia działalności gospodarczej, mogą otrzymać następujące formularze:

- **E-106** – dla osób zamierzających prowadzić za granicą działalność gospodarczą, jeżeli jest ona zarejestrowana w Polsce,
- **E-120** – dla osób, którym przyznano zasiłek przedemerytalny, a które zamierzają osiąść za granicą,
- **E-121** – dla osób na rencie lub emeryturze, które zamierzają osiąść za granicą,
- **E-109** – dla członków rodzin osób, o których mowa w poprzednich punktach.

Tak więc obywatel Polski, który odprowadza składkę na powszechne ubezpieczenie zdrowotne w Polsce, ale zamierza osiąść na stałe np. w Niemczech, będzie miał pełne prawo do korzystania z tamtejszej służby zdrowia. W razie choroby niemiecka kasa chorych otrzyma zwrot kosztów leczenia od Narodowego Funduszu Zdrowia.

Aby w pełni korzystać ze świadczeń zdrowotnych dostępnych za granicą, trzeba jednak zarejestrować się w tamtejszej instytucji ubezpieczeniowej, przedstawiając jeden z formularzy z tzw. serii E-100 (patrz: ramka) wystawiony przez rodzimego ubezpieczyciela. W Polsce formularze te wydaje właściwy oddział NFZ, do którego przekazywana jest składka na ubezpieczenie zdrowotne.

Świadczenia doraźne

Obywatel UE przebywający tymczasowo na terytorium innego państwa członkowskiego (np. w celach turystycznych, służbowych, w poszukiwaniu pracy lub na studiach) ma prawo do tzw. niezbędnych świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te obejmują przede wszystkim nieszczęśliwe wypadki

i urazy, a także nagłe zachorowania, np. przebiegnięcie czy zatrucie. W praktyce oznacza to, że pacjentowi udziela się świadczeń, bez których zmuszony byłby do przerwania pobytu za granicą. Tak więc w przypadku złamania kończyny turysta może liczyć na założenie gipsu, ale już rehabilitację będzie mógł podjąć dopiero po powrocie do kraju.

Warunkiem korzystania z doraźnej pomocy medycznej za granicą jest posiadanie specjalnego formularza E-111, stosowanego w przypadku wyjazdów tymczasowych. Jest on wydawany automatycznie każdemu obywatelowi objętemu systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w danym kraju. Obywatele Polski mogą go otrzymać w swoim oddziale wojewódzkim NFZ. Warto jednak pamiętać, że od czerwca 2004 r. w wielu państwach UE system E-111 został zastąpiony przez Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego. Nowy dokument, podobnie jak dotychczasowe formularze, stanowi gwarancję dla jednostek finansujących służbę zdrowia w kraju pobytu, że pacjent jest ubezpieczony i można będzie odzyskać pieniądze wydane na leczenie od odpowiednich instytucji w jego kraju.

Potrzebna determinacja

Rozmowa z pacjentką, która poddała się wysoko specjalistycznemu leczeniu (tzw. irradycji w hipertermii) w Akademickim Szpitalu Klinicznym w Amsterdamie

Na czym polega leczenie, któremu poddała się pani w Amsterdamie?

Radioterapia w warunkach hipertermii to eksperymentalna metoda napromieniania, stosowana w przypadku wznowy nowotworowej, kiedy zastosowanie standardowej radioterapii nie rokuje po-

prawy. Hipertermia zwiększa efekt biologiczny naświetlań. Polega ona na niszczeniu komórek rakowych poprzez ogrzanie do temperatury 41°C. W Polsce początki tej metody są stosowane od półtora roku w Instytucie Onkologii w Gliwicach. Jednak tamtejsi lekarze stwierdzili, że mój przypa-



graf. | Natalia Gościńska

„ Obywatel Polski osiadły w Niemczech ma pełne prawo do korzystania z tamtejszej służby zdrowia. W razie choroby niemiecka kasa chorych otrzyma zwrot kosztów leczenia od NFZ ”

Choroba planowa

Procedura jest dużo bardziej skomplikowana w przypadku, gdy celem podróży jest uzyskanie świadczeń medycznych za granicą.

Osoba ubezpieczona w jednym z państw członkowskich ma prawo do planowego leczenia w innym kraju, jeśli wcześniej uzyskała zgodę na takie leczenie w postaci formularza E-112 od swojej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego. Zezwalając na leczenie lub badania diagnostyczne za granicą, in-

stytucja ubezpieczeniowa zobowiązuje się do pokrycia kosztów świadczeń na podstawie taryfy obowiązującej w państwie członkowskim, w którym odbywa się leczenie.

Obywatele Polski mogą skorzystać z leczenia lub badań diagnostycznych na terytorium innego państwa członkowskiego UE tylko za zgodą prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 22 grudnia 2004 r. odpowiedni wniosek, wraz z kopią doku-

dek nie kwalifikuje się do leczenia u nich. Pozostał więc szpital holenderski, w którym korzystałam już z leczenia 2 lata wcześniej, podczas poprzedniego nawrotu choroby.

Jakie są pani wrażenia z leczenia w Holandii?

Akademicki Szpital Kliniczny w Amsterdamie ma największe w Europie doświadczenie w stosowaniu tej terapii. Oprócz mnie leczy się tam wielu innych obcokrajowców. Tym, co najbardziej ujęło mnie podczas terapii, jest partnerski stosunek wobec chorego. W Holandii otwarcie omawia się przebieg i rokowanie leczenia. W polskich szpitalach pacjentom poświęca się zdecydowa-

nie mniej czasu. Jednak warto podkreślić, że ostatecznie dostałam szansę na leczenie dzięki życzliwości niektórych polskich lekarzy.

Jak wyglądały procedury administracyjne związane z wyjazdem na leczenie?

Muszę przyznać, że było to doświadczenie niezwykle frustrujące. Już pierwsze informacje, że leczenie poza granicami kraju leży w kompetencjach NFZ, okazały się w moim przypadku nieprawdziwe. Gdy miałam złożyć kompletny wniosek do prezesa Funduszu o wydanie tzw. formularza E-112, uzyskałam od NFZ informację, że instytucją właściwą do podjęcia decyzji w tej

Szpitalne dyrektywy

Zgodnie z traktatem orzeczenia Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości mają pierwszeństwo nad prawem krajowym. Jednak analiza przeprowadzona na zamówienie Komisji Europejskiej w lipcu 2003 r. wykazała, że bardzo nieliczna grupa państw członkowskich faktycznie dostosowała swoje ustawodawstwo do orzecznictwa w zakresie swobodnego przepływu pacjentów.

W celu ujednoczenia różnorodnych regulacji krajowych, zagadnienia związane z refundacją kosztów medycznych zostały włączone do projektu nowej dyrektywy w sprawie usług na rynku wewnętrznym, przedstawionego przez Komisję Europejską w styczniu 2004 r.

Proponowana dyrektywa kodyfikuje poczynione przez Trybunał rozróżnienie na świadczenia szpitalne i pozaszpitalne. Artykuł 23 potwierdza, że państwa członkowskie mogą utrzymać wymóg wcześniejszego zezwolenia na przejście kosztów opieki szpitalnej. Jest to uzasadnione koniecznością planowania opieki zdrowotnej świadczonej w ramach infrastruktury szpitalnej. W odniesieniu do opieki ambulatoryjnej art. 23 zobowiązuje państwa członkowskie do zniesienia wymogu wcześniejszej autoryzacji, ale daje im prawo do określenia szczegółowych warunków refundacji leczenia (np. wymóg konsultacji u lekarza ogólnego lub specjalisty przed zastosowaniem pewnych typów testów lub kuracji, nawet jeśli konsultacja taka nie jest konieczna w państwie, w którym świadczona jest usługa).

Dotychczas w orzecznictwie nie wyjaśniono pewnych ważnych kwestii, takich jak dokładne rozróżnienie opieki szpitalnej i pozaszpitalnej. Proponowana dyrektywa uzupełnia tę lukę, proponując w art. 4 ust. 10 pewne obiektywne kryteria pozwalające zaliczyć daną kurację do opieki szpitalnej. Stanowi również, że w przypadkach, gdy to samo świadczenie jest uznawane za opiekę szpitalną w jednym państwie członkowskim, zaś w innym za opiekę ambulatoryjną, obowiązuje prawodawstwo państwa przypisania pacjenta.

Inne postanowienia dyrektywy – dotyczące transgranicznego świadczenia usług – spowodowały jednak, że większość państw członkowskich domaga się wyłączenia usług zdrowotnych z zakresu obowiązywania dyrektywy. Szczególne zastrzeżenia budzi tzw. zasada kraju pochodzenia. Zgodnie z tą zasadą usługodawca, który chciałby świadczyć usługi w jakimkolwiek kraju członkowskim bez stałej siedziby w tym państwie, nie musiałby podporządkowywać się lokalnym regulacjom, lecz jedynie przestrzegać praw kraju macierzystego (nie dotyczyłoby to jednak sytuacji, w których usługodawca posiadałby w państwie, w którym wykonuje usługę, stałą infrastrukturę, np. szpital, gabinet lekarski czy laboratorium. Derogacja od zasady kraju pochodzenia obejmowałaby również wszystkie kwestie związane z uznawaniem kwalifikacji zawodowych). Powszechna jest obawa, że zastosowanie zasady kraju pochodzenia do sektora świadczeń medycznych groziłoby osłabieniem standardów zdrowotnych i bezpieczeństwa w Europie, uruchamiając swoisty *wyścig w dół*. Kraje starej Unii obawiają się natomiast *dumpingu* socjalnego ze strony usługodawców z nowych państw członkowskich, gdzie prawo pracy i socjalne jest mniej wymagające. – *Ja nie chcę, by polscy lekarze opuszczali Polskę i dostarczali usług po polskich cenach w Niemczech, zbijając ceny oferowane przez Niemców* – stwierdziła socjalistyczna eurodeputowana Evelyn Gebhardt, sprawozdawca projektu dyrektywy w Parlamencie Europejskim.

kwestii jest jednak Ministerstwo Zdrowia. Oznaczyło to konieczność złożenia kolejnego wniosku – tym razem do Biura Rozliczeń Międzynarodowych – i uzyskania ponownych opinii od lekarza prowadzącego oraz krajowego konsultanta w dziedzinie radioterapii onkologicznej. Wszystko to trwało kolejne tygodnie, a jak wiadomo, w chorobie nowotworowej najbardziej liczy się czas.

Dlaczego Fundusz odrzucił pani wniosek?

Fundusz odmówił przyjęcia wniosku, twierdząc, że NFZ może skierować na leczenie za granicą, jeśli dane świadczenie jest wykonywane w kra-

ju, ale termin oczekiwania jest zbyt długi ze względu na stan zdrowia chorego. Natomiast w przypadku leczenia, którego nie przeprowa-

” Najbardziej podczas terapii ujął mnie partnerski stosunek wobec chorego. W polskich szpitalach pacjentom poświęca się zdecydowanie mniej czasu ”

dza się w kraju, kompetencje leżą po stronie Ministerstwa Zdrowia. Moje leczenie zakwalifikowano jako takie, które jeszcze nie występuje

mentacji medycznej, powinien być przekazany przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego – specjalistę właściwej dziedziny medycyny w stopniu co najmniej doktora habilitowanego – do właściwego oddziału Funduszu. Lekarz we wniosku powinien potwierdzić konieczność niezwłocznego przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych za granicą oraz wskazać zagraniczną placówkę opieki medycznej, do której proponuje skierować ubezpieczonego. Oddział Funduszu, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego właściwego w danej

wotnej w Unii Europejskiej. Wynikiem 10-miesięcznych rozważań była seria rekomendacji przedstawionych Komisji Europejskiej w grudniu 2003 r. W odpowiedzi na te rekomendacje Komisja przyjęła w kwietniu 2004 r. komunikat określający inicjatywę praktycznej współpracy w zakresie mobilności pacjentów i ochrony zdrowia. Ustanowiła również nową grupę wysokiego szczebla ds. usług zdrowotnych i opieki medycznej.

Komisja podkreśliła, że dla sformułowania spójnej polityki w zakresie mobilności pacjentów klu-

” Jednym z 3 głównych celów unijnego Programu Zdrowia Publicznego jest stworzenie sieci informacji dostępnych dla pacjentów oraz profesjonalistów i menedżerów zdrowotnych ”

dziejzinie medycyny, uzgadnia z zagranicznym ośrodkiem koszt udzielenia świadczenia.

Mobilność pacjentów

Podczas spotkania Rady UE w czerwcu 2002 r. ministrowie zdrowia krajów Unii wskazali na rosnącą współzależność krajowych systemów opieki zdrowotnej, spowodowaną swobodnym przepływem pacjentów oraz pracowników służby zdrowia na terytorium UE. Podkreślając wyłączną kompetencję państw członkowskich w zakresie organizacji, finansowania i świadczenia opieki zdrowotnej, ministrowie wskazali jednocześnie wiele obszarów, w których ściślejsza współpraca na poziomie europejskim może dostarczyć wartości dodanej. Dla usystematyzowania tej współpracy postanowili powołać do życia grupę ekspertów wysokiego szczebla ds. mobilności pacjentów i zjawisk zachodzących w opiece zdro-

kowe znaczenie ma poprawa informacji zdrowotnej. W tym kontekście zobowiązała się do zebrania i oceny danych dotyczących aktualnego transgranicznego przepływu pacjentów i pracowników ochrony zdrowia, uwzględniając charakter i główne kierunki turystyki zdrowotnej, motywację pacjentów do podjęcia leczenia za granicą oraz zakres, w jakim jego koszty są zwracane przez organy ustawowe i prywatny sektor ubezpieczeniowy, a w jakim jest ono opłacane przez samych pacjentów.

Podkreślono również, że jednym z 3 głównych celów unijnego Programu Zdrowia Publicznego na lata 2003–2008 jest stworzenie sieci informacji dostępnych dla pacjentów oraz profesjonalistów i menedżerów w dziedzinie ochrony zdrowia na temat systemów opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach Wspólnoty: dostępności i jakości oferowanych przez nie świadczeń, funkcjonowa-

w Polsce, mimo że – jak wspominałam – początki tej terapii stosuje się już w szpitalu w Glicwicach.

Tego typu leczenie musi być niezwykle kosztowne.

Sama 5-tygodniowa terapia to ok. 6 tys. euro. Niemal drugie tyle kosztuje utrzymanie w Amsterdamie. Ponieważ zabiegi nie wymagają hospitalizacji, za zakwaterowanie i wyżywienie muszę zapłacić z własnej kieszeni. Tych kosztów nikt mi nie zwróci. Na szczęście mówię po angielsku – w przeciwnym razie musiałabym ponieść dodatkowe wydatki na wynajęcie tłumacza.

Oznacza to, że leczenie za granicą nie jest dostępne dla przeciętnego polskiego pacjenta.

Zdecydowanie nie – przynajmniej w przypadku zabiegów ambulatoryjnych. Nawet odliczając koszty samego leczenia, wydatki pozostają ogromne. Trzeba również pamiętać, że uzyskanie zgody na leczenie za granicą wymaga olbrzymiej determinacji pacjenta i jego bliskich. Ja sama z pewnością nie dałabym sobie rady bez ogromnego wsparcia ze strony męża, który przejął na siebie wszystkie kwestie prawne.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiała Anna Jassem

Trybunał o pacjentach

Orzecznictwo Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości

W ostatnich latach możliwość korzystania z planowych świadczeń medycznych w innym państwie członkowskim uległa znacznemu poszerzeniu wskutek rewolucyjnych orzeczeń Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości (ETS).

Orzeczenie Kohll i Decker

W 1998 r. ETS wydał 2 precedensowe orzeczenia w sprawach Decker i Kohll. Obie dotyczyły obywateli Luksemburga, którzy udali się za granicę w celu skorzystania ze świadczeń medycznych (odpowiednio: zakup okularów i leczenie ortodontyczne). Ponieważ świadczenia te należą się ubezpieczonym wg prawa obowiązującego w Luksemburgu, obaj domagali się następnie zwrotu poniesionych kosztów. Płatnik luksemburski odmówił, wskazując, że pan Decker nie wystąpił o wcześniejsze zezwolenie na skorzystanie z usługi zdrowotnej za granicą, panu Kohllowi zaś takiego zezwolenia nie udzielono, gdyż zabieg, któremu poddała się jego córka, nie był pilny i mógł być wykonany w Luksemburgu. Mimo że w żadnym z tych przypadków nie było wcześniejszej autoryzacji płatnika, Trybunał orzekł racje powodów. Podstawą wyroku była zasada swobody świadczenia usług i swobody przemieszczania się pacjentów, 2 podstawowe zasady prawa UE. Zgodnie z argumentacją Trybunału wymóg uzyskania zezwolenia na refundację kosztów medycznych poniesionych w innym państwie członkowskim stanowi przeszkodę w swobodnym świadczeniu usług zarówno dla pacjentów, jak i dla usługodawców medycznych. *W konsekwencji takie zasady zniechęcają osoby ubezpieczone do zwracania się do usługodawców medycznych z siedzibą w innym państwie członkowskim i stanowią – dla nich i dla pacjentów – barierę dla swobody świadczenia usług.*

Orzeczenie Smits i Peerbooms

W lipcu 2001 r. ETS wydał orzeczenie dotyczące 2 roszczeń obywateli holenderskich. W obu sprawach przedmiotem dochodzenia była refundacja kosztów leczenia, które nie należą do świadczeń gwarantowanych w systemie holenderskim. W sprawie Geraets-Smits pacjentce odmówiono zgody na leczenie choroby Parkinsona w Niemczech, argumentując, że ekwiwalentna terapia w odpowiednim czasie może być przeprowadzona w Holandii. Wskazano również, że metody leczenia stosowane przez szpital niemiecki nie są uznawane za standardowe przez holenderskie środowisko lekarskie i krajowe kasy chorych. W sprawie Peerbooms pacjent w stanie śpiączki został poddany specjalnej terapii neurostymulacji w klinice austriackiej. W Holandii ta eksperymentalna metoda leczenia dostępna była wyłącznie dla pacjentów poniżej 25. roku życia. Wobec starszych pacjentów uznano ją za nieskuteczną, a tym samym jej koszty nie były refundowane przez holenderskie kasy chorych. Pan Peerbooms miał więcej niż 25 lat, więc nie mógł skorzystać z terapii na terytorium kraju. Mimo że leczenie w Austrii przyniosło doskonałe rezultaty, płatnik holenderski odmówił zwrotu kosztów.

W orzeczeniu Smits i Peerbooms Trybunał potwierdził, że usługi w zakresie ochrony zdrowia, w tym usługi szpitalne, są usługami w rozumieniu traktatu. *Jest ustalonym orzecznictwem, że działalności medyczne mieszczą się w zakresie art. 60 traktatu, i w tym kontekście nie ma potrzeby odróżniania opieki świadczonej w środowisku szpitalnym od opieki świadczonej poza takim środowiskiem.*

Trybunał ponownie stwierdził, że konieczność uzyskania wcześniejszej zgody na leczenie za granicą stanowi ograniczenie zasady swobodnego świadczenia usług. Orzekł jednak, że w przypadku usług szpitalnych wymóg ten może być uzasadniony potrzebą planowania niezbędnego dla zapewnienia powszechnego dostępu do opieki szpitalnej wysokiej jakości, a także utrzymania równowagi finansowej systemów ubezpieczenia społecznego.

Orzeczenie w sprawie Müller-Fauré i van Riet

W maju 2003 r. Trybunał wydał kolejne orzeczenie przeciw holenderskiemu ubezpieczycielowi w sprawie Müller-Fauré i van Riet. Pani Müller-Fauré poddała się ambulatoryjnemu leczeniu dentyścycznemu w Niemczech, a po powrocie do kraju wystąpiła o zwrot poniesionych kosztów. Holenderski ubezpieczyciel odmówił ze względu na brak wcześniejszego zezwolenia. Wskazał również, że holenderski system ubezpieczenia opiera się na udostępnianiu świadczeń w naturze, a nie wypłacaniu ich równowartości w gotówce. Pani van Riet natomiast odmówiono zgody na skorzystanie z zabiegu chirurgicznego fokcia w szpitalu belgijskim, wskazując możliwość uzyskania świadczenia w rozsądnym terminie (który wynosił nieco ponad 6 mies.) na terenie Holandii. Orzekając na korzyść pani Müller-Fauré, Trybunał po raz kolejny orzekł, że zasada udzielania wcześniejszej zgody w odniesieniu do opieki pozaszpitalnej, takiej jak opieka dentyścyczna, porady specjalistyczne lub leczenie ambulatoryjne, narusza regułę swobodnego przepływu świadczeń zdrowotnych. Trybunał stwierdził jednocześnie, że aby uniknąć znacznych obciążeń finansowych, refundacja kosztów opieki pozaszpitalnej udzielonej bez autoryzacji powinna dokonywać się zgodnie z taryfą obowiązującą za takie samo leczenie w państwie członkowskim przypisania pacjenta. Państwa, w których obowiązuje system świadczeń w naturze, mogą samodzielnie ustalić kwoty refundacji, pod warunkiem, że kwoty te opierają się na obiektywnych i przejrzystych kryteriach. Analizując przypadek pani van Riet, Trybunał zdefiniował pojęcie *nieuzasadnionej zwłoki* wprowadzone w orzeczeniu Smits i Peerbooms wskazując, że powinno być ono interpretowane wyłącznie z medycznego punktu widzenia, niezależnie od administracyjnego określenia czasu oczekiwania na dane świadczenie.

nia zakładów opieki zdrowotnej, polityki lekowej. Informacje te mają być rozpowszechniane za pomocą unijnego portalu Zdrowia Publicznego.

Eksport pacjentów

Komisja wskazała, że nasilenie przepływu pacjentów w obrębie Wspólnoty może skutecznie rozładowywać napięcia wynikające z niedoboru środków finansowych, personelu czy infrastruktury medycznej poprzez wykorzystanie zasobów innych krajów członkowskich. Podczas gdy obywatele niektórych państw unijnych zmuszeni są do długiego oczekiwania na uzyskanie potrzebnego świadczenia zdrowotnego, w innych krajach kolejki w zasadzie nie występują.

Korzyści związane z eksportem rodzimych pacjentów dostrzeżono już w niektórych państwach członkowskich, zwłaszcza tych o szczególnie przeciążonych systemach ochrony zdrowia. Na przykład w Holandii, gdzie są długie kolejki oczekujących, pacjenci mogą skorzystać z leczenia za granicą, jeśli czas oczekiwania na świadczenie w publicznym holenderskim szpitalu przekracza 2 mies. Podobne rozwiązania wprowadzono w Danii i Wielkiej Brytanii.

Nasi za granicą

Po wstąpieniu naszego kraju do Unii Europejskiej również polscy pacjenci nie zaczęli masowo wyjeżdżać na leczenie do Niemiec czy Francji. Według informacji udzielonych przez NFZ ogromna większość kuracji medycznych odbytych przez obywateli Polski poza granicami kraju dotyczy nagłych przypadków – podczas turystycznych wyjazdów za granicę. Od 1 maja 2004 r. do końca lutego 2005 r. wydano ok. 700 tys. formularzy E-111 uprawniających do tego typu pomocy. Mniejsze niż się spodziewano jest natomiast zainteresowanie możliwością planowego leczenia poza granicami kraju. Od wstąpienia Polski do Unii Europejskiej obywatele Polski złożyli zaledwie 23 wnioski o wydanie formularza E-112.

Otwarcie granic nie spowodowało również masowego napływu zagranicznych pacjentów. W ubiegłym roku ok. 3 200 obywateli skorzystało z formularza E-111 lub Europejskiej Karty Zdrowia dla uzyskania doraźnej pomocy medycznej podczas tymczasowego pobytu w naszym kraju. Osoby, które poddały się planowemu leczeniu w Polsce na podstawie formularza E-112, można policzyć na palcach jednej ręki. Konku-

” Pacjenci najczęściej korzystają z zagranicznych ośrodków medycznych w rejonach przygranicznych ”

Transgraniczny margines

Mimo wielu wysiłków mających zwiększyć transgraniczną współpracę medyczną, 2 lata temu Komisja Europejska stwierdziła, że przepływ pacjentów pozostaje cały czas zjawiskiem marginalnym.

Liczba wniosków o wydanie formularza E-112, zezwalającego na planowe leczenie w innym państwie członkowskim, jest stosunkowo niska (średnio 10–100 rocznie). Tylko 2 kraje (Włochy i Luksemburg) otrzymują ponad 10 tys. takich wniosków. Najwięcej pacjentów (ponad 14 tys. w 2000 r.) skorzystało z leczenia na podstawie formularza E-112 na terytorium Belgii, co zapewniło belgijskim ośrodkom 26 mln euro.

Trybunał w sprawie Müller-Fauré i van Riet wskazał rozmaite czynniki, które mogą ograniczać mobilność pacjentów: bariery językowe, odległość, koszty pobytu za granicą oraz brak informacji na temat rodzajów zapewnianej opieki. Trybunał podkreślił, że pomijając nagłe wypadki, pacjenci najczęściej korzystają z zagranicznych ośrodków medycznych w rejonach przygranicznych lub w przypadku niemożności uzyskania potrzebnego świadczenia w kraju.

rencyjne ceny przyciągają głównie Niemców, Duńczyków i Szwedów, ale coraz częściej zdarzają się również pacjenci z odleglejszych stron – Francji, Włoch, Hiszpanii czy Wielkiej Brytanii. Skala tego zjawiska jest jednak trudna do oszacowania, gdyż zagraniczni pacjenci leczą się w prywatnych klinikach, które nie mają kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Obawy na przyszłość budzą niedostatki polskich uregulowań prawnych. Polskie ustawodawstwo nie określa standardów, które pozwoliłyby ustalić dopuszczalny czas oczekiwania na poszczególne procedury medyczne, zaś sposób zarządzania kolejkami do deficytowych świadczeń zdrowotnych pozostawia wiele do życzenia. Ustawodawca nie dostosował również przepisów krajowych do ugruntowanego orzecznictwa Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w zakresie refundacji kosztów leczenia szpitalnego odbytego bez uzyskania wcześniejszego zezwolenia.

Przypadki Deckera i Kohlla czy pani van Riet pokazują, że tego typu niedopatrzienia mogą nas drogo kosztować...

Anna Jassem