

Realizacja praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej

Słowa kluczowe: pacjent, prawa pacjenta, prawo do ochrony zdrowia, dyrektywa transgraniczna, opieka zdrowotna

Prawo pacjenta do opieki medycznej świadczonej na odpowiednim poziomie z należytą starannością jest przedmiotem toczących się dyskusji, prowadzonych zarówno lokalnie jak i na forum globalnym. Osią tych dyskusji, jest szukanie odpowiedzi na pytanie – w jaki sposób zapewnić pacjentom w procesie leczniczym, najwyższy poziom realizacji ich praw, w istniejących warunkach finansowych i organizacyjnych poszczególnych państw? Choć samo prawo pacjenta do opieki medycznej nie powinno budzić kontrowersji, zostało ono przecież wielokrotnie wyartykułowane zarówno w krajowych jak i międzynarodowych aktach prawnych, to niestety i na tym tle, pojawiają się pewne komplikacje. Chodzi o takie sytuacje, w których konieczna jest interwencja medyczna, a pacjent wymagający tej interwencji, przebywa na terytorium innego państwa, jak państwo ubezpieczenia. I mimo tego, że prawo do ochrony życia i związane z nim prawo do ochron zdrowia, jako prawa fundamentalne, nie mogą zamierać wraz ze zmianą miejsca pobytu, zwłaszcza w Unii Europejskiej, to dotychczasowa praktyka, której odzwierciedleniem są liczne wyroki Trybunału Sprawiedliwości pokazuje, że brakuje jasnej i przejrzystej procedury postępowania i udzielania świadczenia

medycznego właśnie pacjentom chcącym uzyskać świadczenie zdrowotne w innym państwie jak państwo ubezpieczenia. Dlatego też w Unii Europejskiej podejmowane są różne działania, które mają ustandaryzować prawo pacjenta do uzyskania opieki medycznej w innym państwie członkowskim jak państwo ubezpieczenia oraz zwrot kosztów leczenia w ramach krajowych systemów zabezpieczenia społecznego¹.

Choć pierwotnie prawo wspólnotowe nie przewidywało jakiejkolwiek działalności wspólnotowej na rzecz ochrony zdrowia i dopiero Jednolitym Aktem Europejskim z 1986 roku wprowadzono bardzo ogólne zapisy dotyczące zdrowia publicznego² to jednak traktatowe swobody przepływu osób i świadczenia usług a także zasady prawa Unii Europejskiej oraz konstytucyjne zasady poszczególnych państw członkowskich, w szczególności zasada ochrony praw słusznie nabytych, zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa oraz prawie uzasadnionych oczekiwań, wymusiły działania zmierzające do unormowania i tej dziedziny życia. Nie ulega wątpliwości, że swoboda przemieszczania się osób w Unii Europejskiej oraz możliwość świadczenia usług na rynku wewnętrznym, eksponuje potrzebę określenia w sposób jasny i przejrzysty zasad dostępu do transgranicznej opieki zdrowotnej, zwrotu kosztów leczenia oraz mechanizmów dochodzenia roszczeń, to należy pamiętać o autonomii państw członkowskich do kształtowania krajowego systemu zabezpieczenia społecznego³. Z tego też względu należałoby się zastanowić, w jaki

-
- 1 M. Kawczyńska, *Swobodny przepływ pacjentów w Unii Europejskiej*, [w:] *Przeptyw osób i świadczenie usług w Unii Europejskiej. Nowe zjawiska i tendencje*, pod red. S. Biernata, S. Dudzika, Warszawa 2009, s. 296.
 - 2 Pierwszym aktem regulującym działania na rzecz ochrony zdrowia był Jednolity Akt Europejski z 1986 roku. Zwracał on w sposób bardzo ogólny uwagę na konieczność działań na rzecz ochrony zdrowia i określał założenia przyszłej polityki wspólnotowej w tym przedmiocie. Traktat z Maastricht z dnia 7 lutego 1992 roku zawiera postanowienie zgodnie, z którym Unia Europejska powinna przyczyniać się do wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego, a ponadto państwa członkowskie powinny podjąć współpracę w zakresie ochrony zdrowia publicznego. Powyższe postanowienia rozwinął traktat z Amsterdamu z 1997 roku. Prawo do ochrony zdrowia zostało również wprost sformułowane w art. 35 Karty Praw Podstawowych, która ma moc traktatową i składa się na tzw. prawo pierwotne UE. H. Izdebski, *Prawo do zdrowia w aspekcie prawa międzynarodowego, prawa europejskiego i polskiego prawa konstytucyjnego*, [w:] *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, pod red. M. Dercza, Warszawa 2013, s. 37 i nast.
 - 3 M. Kawczyńska, *Swobodny przepływ pacjentów w Unii Europejskiej*, [w:] *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, pod red. M. Dercza, Warszawa 2013, s. 296.

sposób, mając na uwadze powyższe kwestie, można zapewnić pacjentom, przemieszczającym się po Unii Europejskiej, najwyższy poziom realizacji ich praw, właśnie w transgranicznej opiece zdrowotnej⁴.

Analizując wyżej zaakcentowany problem, należy poczynić pewne uwagi wprowadzające, które pozwolą usystematyzować opis i ukazać zjawisko w sposób kompleksowy.

Ze względu, na to, że podmiotem niniejszych rozważań będzie pacjent, a dokładnie jego pozycja w transgranicznej opiece zdrowotnej, wyjaśnię znaczenie terminu *pacjent* i sprecyzuje jego prawa. Wskażę również na zasadę swobody przemieszczania się osób w obrębie Unii i swobody świadczenia usług w ramach rynku wewnętrznego, a także konstytucyjną zasadę ochrony praw słusznie nabytych, zasadę zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa oraz zasadę prawie uzasadnionych oczekiwań. W dalszej części pracy zwrócę uwagę na to, w jaki sposób prawo Unii Europejskiej reguluje dziedzinę ochrony zdrowia i jak regulacje te kształtują ustawodawstwo państw członkowskich. Pozwoli to, odpowiedzieć na postawione powyżej pytanie jak kształtuje się prawo pacjenta do uzyskania opieki zdrowotnej i zwrotu kosztów leczenia w innym państwie członkowskim jak państwo ubezpieczenia?

Istotnym elementem w czynionych rozważaniach w sensie podmiotowym jest pacjent. Kim zatem jest *pacjent*? Zgodnie z definicją zawartą w *Słowniku Współczesnego Języka Polskiego* pacjent to człowiek chory, cierpiący korzystający z pomocy medycznej⁵. W dyskursie prawniczym o pacjencie mówi się jednak w szerszym znaczeniu. Terminem pacjent określa się osobę, która zwraca się o udzielenie świadczenia lub korzysta ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielających świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny. Powyższa definicja akcentuje, że pacjentem jest nie tylko osoba dotknięta chorobą, ale również osoba zdrowa korzystająca z pewnych świadczeń, które nie mają charakteru leczniczego⁶. Zatem pacjent to człowiek, który

4 Transgraniczna opieka zdrowotna oznacza opiekę świadczoną lub przepisaną w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej niż państwo, w którym pacjent jest ubezpieczony (państwie ubezpieczenia) G. Jasiński, *Transgraniczna opieka zdrowotna w Unii Europejskiej – nowa dyrektywa Unii Europejskiej*, „Prawo i Medycyna” 2011, nr 2, s. 100.

5 *Słownik Współczesnego Języka Polskiego*, pod red. B. Dunaj, Warszawa 1996, s. 709.

6 W literaturze prezentuje się liczne próby wyjaśnienia terminu *pacjent*, jednocześnie wskazując się na pewną ewolucję tego terminu. Pacjent (łac. *patiens*) początkowo

wchodzi w relację z przedstawicielami opieki zdrowotnej poprzez podanie się interwencji medycznej, która może obejmować wszelkie rodzaje działań celem, których będzie leczenie, prewencja, diagnostyka, terapia, rehabilitacja i pielęgnacja⁷. Definicja ta jest zgodna z definicją *zdrowia* zaprezentowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), która owe *zdrowie* definiuje właśnie, jako stan pełnej pomyślności fizycznej, psychicznej i socjalnej, a nie tylko przypadek choroby lub inwalidztwa⁸. Koresponduje ona również z definicją świadczenia zdrowotnego, zaprezentowaną w art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹ w myśl, której świadczenie zdrowotne obejmuje działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania. W polskim porządku prawnym na definicję pacjenta oraz na jego prawa wskazuje ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta¹⁰ w myśl, której pacjentem jest osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny¹¹. Mając powyższe na uwadze – pacjentem będzie zarówno osoba dotknięta chorobą jak i osoba zdrowa wchodząca lub pozostająca

oznaczał osobę chorą, cierpiącą, dotkniętą pewnym schorzeniem. Aktualnie pacjentem jest również osoba zdrowa zwracająca się o udzielenie pewnego świadczenia. Podejście takie jest w pełni słuszne, ponieważ kobieta w ciąży, która zwraca się o udzielenie świadczeń związanych z porodem nie jest osobą chorą, podobnie osoba udająca się do lekarza medycyny pracy o zaświadczenie, że stan zdrowia nie jest przeciwwskazaniem do podjęcia pracy, a także dzieci, podczas szczepień ochronnych i profilaktycznych bilansów, dla których stan chorobowy byłby wręcz przeszkodą. T. Rek, *Prawa i obowiązki pacjenta i świadczeniobiorcy*, [w:] *Prawo publicznej ochrony zdrowia*, pod red. M. Dercza, Warszawa 2013, s. 274.

⁷ D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009, s. 43.

⁸ Rozdział VII, *Definicje*, [w:] *Modelu Deklaracji Praw Pacjenta*; cyt. za: U. Drozdowska, *Główni aktorzy w obowiązującym systemie opieki zdrowotnej w Polsce i ich status prawny*, [w:] *Uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce – aspekty prawne i socjologiczne*, Białystok 2012, s. 132.

⁹ Dz.U. 2004 Nr 210, poz. 2136.

¹⁰ Dz.U. 2009 Nr 52, poz. 417.

¹¹ Należy podkreślić, że ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta po raz pierwszy w sposób kompleksowy uregulowała w jednym akcie prawa pacjenta i instytucje służące ochronie tych praw.

w relacji z podmiotem udzielającym świadczeń lub osobą wykonującą zawód medyczny.

Wspomniana ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, nie tylko definiuje termin *pacjent*, ale zawiera również katalog praw pacjenta. Nie jest to jedyna regulacja z tej dziedziny. Unormowana dotyczące praw pacjenta odnaleźć można również w innych aktach prawnych, zarówno krajowych jak i międzynarodowych oraz w prawie Unii Europejskiej¹².

Najważniejszym aktem prawnym, traktującym o prawie każdego człowieka do ochrony zdrowia jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r.¹³

Ustawa zasadnicza w art. 68 stanowi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Ujęcie tego prawa w normy rangi konstytucyjnej wskazuje na jego wysoką rangę¹⁴. Nie bez znaczenia jest

12 Akty prawa Unii Europejskiej będą przedmiotem dalszej analizy, w tym miejscu należy jednak wskazać na prawo międzynarodowe, które reguluje dziedzinę ochrony zdrowia, a które zostanie pominięte we właściwej części artykułu. Podstawowym aktem prawnym regulującym prawa człowieka, w tym prawa pacjenta jest Powszechna Deklaracja Praw Człowieka ONZ z 10 grudnia 1948 roku. W świetle art. 25, każdy człowiek ma prawo do poziomu życia zapewniającego zdrowie, dobrobyt jemu i jego rodzinie, opiekę lekarską i świadczenia socjalne. Zapisy Deklaracji rozwija Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, który mówi o prawie każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia. Jeszcze bardziej szczegółowe obowiązki państw w skali światowej określa Konwencja nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca minimalnych norm zabezpieczenia społecznego. Nie bez znaczenia dla omawianej dziedziny życia jest również Europejska Karta Społeczna przyjęta w 1961 w ramach Rady Europy, która w swoich zapisach stwierdza, że każdy ma prawo do korzystania z wszelkich środków umożliwiających mu osiągnięcie możliwie najlepszego stanu zdrowia, niezależnie od sytuacji materialnej. K. Prokop, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP*, [w:] *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, pod red. Teresy Mróz, Białystok 2011, s. 37; H. Izdebski, *Prawo do ochrony zdrowia w aspekcie prawnomiędzynarodowym*, [w:] *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, pod red. M. Dercza, Warszawa 2013, s. 35 i nast.

13 Dz.U. Nr 75, poz. 468.

14 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej wskazuje również na inne prawa związane z ochroną zdrowia, takie jak: prawo do ochrony przed eksperymentami medycznymi bez dobrowolnie wyrażonej zgody (art. 39), nietykalność osobistą i wolność

również jego usytuowanie w ustawie zasadniczej. I jak słusznie zauważa Rafał Kubiak układ poszczególnych rozdziałów konstytucji, kształtuje hierarchię wartości, a usytuowanie rozdziału kształtującego prawa (w tym prawo do ochrony zdrowia), wolności i obowiązki obywatela w rozdziale II, który to poprzedza rozdziały stanowiące o systemie organów władzy publicznej wskazuje, że według przyjętej aksjologii prawa (w tym prawo do ochrony zdrowia) i wolności człowieka są powinnością organów władzy publicznej, które to powinny urzeczywistniać i chronić konstytucyjnie określone prawa i wolności. Zatem reasumując – prawo do ochrony zdrowia, rodzi po stronie organów władzy publicznej obowiązek realizacji tego prawa i dlatego też w literaturze i orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego podkreśla się, że jest to publiczne prawo podmiotowe¹⁵¹⁶.

Z prawem do ochrony zdrowia, związane jest prawo do ochrony życia. Są to fundamentalne prawa jednostki, których źródłem jest przyrodzona i niezbywalna godność człowieka¹⁷. Konsekwencją takiego rozwiązania, jest uznanie tych praw za pierwotne wobec państwa, co oznacza, że państwo takiego prawa jednostce przyznać nie może, a jedynie podkreślić jego istnienie i znaczenie, poddając to prawo szczególnej ochronie. Prawo do życia jest prawem bezwzględny¹⁸, co wymusza na organach władzy

osobistą z ograniczeniami przewidzianymi przez ustawę (art. 41) ochronę prawną życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz prawo decydowania o swoim życiu osobistym (art. 47), dostęp obywatela do dotyczących go urzędowych dokumentów i zbiorów danych (art. 51) oraz wolność sumienia i religii (art. 53). T. Rek, *Prawa i obowiązki pacjenta i świadczeniobiorcy*, op. cit., s. 272.

15 Zdaniem A. Błasia i J. Bocia Publiczne prawo podmiotowe to wyróżnienie teoretyczne, gruntujące idee państwa prawa, które przysługuje obywatelom, a oznacza taką sytuację prawną obywatela, w obrębie, której obywatel opierając się na chroniących jego interesy prawne normach prawnych może skutecznie żądać czegoś od państwa lub może w sposób niekwestionowany przez państwo coś działać. Publiczne prawo podmiotowe każdego obywatela polega na tym, że może on prawnie i skutecznie żądać od kompetentnego organu administracji publicznej udzielenia pewnych świadczeń, do których ma prawo, w warunkach określonych przez prawo powszechnie obowiązujące. A. Błaś, J. Boć, *Publiczne prawa podmiotowe*, [w:] *Prawo administracyjne*, pod red. J. Bocia, Kolonia Limited 2005, s. 526 i nast.

16 R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010, s. 3 i nast.

17 Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K14/03.

18 Wyjątki od prawnej ochrony życia w polskim porządku prawnym ustanawia ustawa z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży Dz.U. Nr 17, poz. 78 z późn zm.) W art. 4a przywołanej ustawy stanowi się, że przerwanie ciąży może być dokonane

państwowej obowiązek stanowienia takiego prawa, które będzie chroniło życie i zdrowie każdego człowieka niezależnie od jego sytuacji materialnej, pozycji społecznej albo wieku¹⁹. Poprzez swój związek z godnością człowieka oraz prawem do życia prawo do ochrony zdrowia doznaje silniejszej ochrony jak inne prawa socjalne²⁰.

Ponad to prawo do ochrony życia oraz prawo do ochrony zdrowia umożliwiają realizację innych praw i wolności jednostki²¹. Mówiąc inaczej są to prawa, na bazie, których można urzeczywistnić wszystkie pozostałe prawa, zasady i wartości leżące u podstaw demokratycznego państwa prawa²². I jak podkreśla Agnieszka Rابيةga pozbawienie człowieka tych praw pozbawia jednostkę innych przysługujących jej praw, bowiem tylko pod warunkiem zapewnienia ochrony życia i zdrowia, wykonywanie innych praw i wolności ma sens i odpowiednie znaczenie²³. A co więcej, nie można mówić o godności człowieka, jeśli nie zostały stworzone w demokratycznym państwie prawa instrumenty do ochrony życia i zdrowia jednostki²⁴.

Ustawa zasadnicza w art. 68 kształtując prawo do ochrony zdrowia, wskazuje jednocześnie na beneficjentów tego prawa. Zgodnie z ust 2 powołanego artykułu, każdy ma prawo do ochrony zdrowia, natomiast obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej, ze środków publicznych, w zakresie i na warunkach określonych

wyłącznie przez lekarza, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, a także, gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.

- 19 *Konstytucje Rzeczypospolitej oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 roku*, pod red. J. Bocia, Wrocław 1998, s. 79.
- 20 K. Prokop, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP*, *op. cit.*, s. 40.
- 21 L. Bosek, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia*, [w:] *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, pod red. M. Safjana, Warszawa 2011, s. 53 i nast.
- 22 K. Wiak, *Prawne gwarancje ochrony życia w Polsce*, [w:] *O nową kulturę życia. Ochrona życia w Polsce – bilans u progu trzeciego tysiąclecia. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Marszałka Senatu RP z 25 marca 1999*, Warszawa 1999, s. 33; cyt. za: A. Rابيةga, *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniach podmiotów administrujących sferze opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009, s. 11.
- 23 A. Rابيةga, *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego*, *op. cit.*, s. 12.
- 24 L. Bosek, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia*, *op. cit.*, s. 53.

w ustawie. Ponad to władze publiczne obowiązane są do zapewniania szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku, oraz do zwalczania chorób epidemiologicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. W swoich działaniach władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

W literaturze podkreśla się, iż sformułowanie *każdy*, ma tą konsekwencję, że prawo do ochrony zdrowia, dotyczy wszystkich ludzi, bez względu na ich obywatelstwo i narodowość. Co istotne, prawo to również nie dyskryminuje ludzi, których narządy są silnie zdeformowane, a także ludzi starszych, czy w stanie termalnym i wymagającym opieki paliatywnej²⁵. Podobne stanowisko zajął Sąd Najwyższy i w wyroku z 17 lutego 1989 stwierdził, że życie każdego człowieka niezależnie od wieku, stanu zdrowia, reprezentowanego poziomu wiedzy, kultury, stanu rodzinnego i realnej społecznej przydatności jest wartością uniwersalną bez żadnego przymiotnika i podlega jednakowej ochronie prawnej²⁶. Prawo do ochrony życia i zdrowia przysługuje również dziecku poczętemu²⁷. art. 68 Konstytucji zapewnia każdemu prawną ochronę zdrowia a obywatelom statuuje prawo równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz nakazuje organom władzy publicznej zachowanie szczególnej troski względem dzieci, kobiet ciężarnych, osób niepełnosprawnych oraz osób w podeszłym wieku. Warunki i zakres udzielania tych świadczeń określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych²⁸. Przywołana ustawa, w art. 2 stanowi, że do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych mają prawo: ubezpieczeni, a więc osoby objęte powszechnym, dobrowolnym lub obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, inne osoby niż ubezpieczeni, które posiadają obywatelstwo polskie, miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej i spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w ustawie

25 R. Kubiak, *Prawo medyczne, op. cit.*, s. 7.

26 Wyrok SN 17.02.1989 (IV KR 15/89, OSNKW 1989, Nr 5–6, poz. 42) cyt. za: R. Kubiak, *Prawo medyczne, op. cit.*, s. 7.

27 Art. 1 przywołanej już w niniejszej pracy ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży stanowi, że prawo do życia podlega ochronie, w tym również w fazie prenatalnej w granicach określonych w ustawie.

28 Dz.U. 2004 Nr 210, poz. 2135.

z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej²⁹, inne niż wymienione osoby posiadające obywatelstwo polskie, które nie ukończyły 18 roku życia lub posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu. Wyżej wskazane podmioty określane są mianem świadczeniobiorców. Przy czym, co istotne z punktu widzenia mojej pracy, ubezpieczonymi nie będą tylko obywatele RP, ale również 1. obywatele państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, 2. obywatele państwa-strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej przebywające legalnie na terytorium RP, 3. osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, lecz legalnie zamieszkujące w tym państwie, jeśli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, albo ubezpieczają się dobrowolnie, 4. a także osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu niezamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium RP i są objęte ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2007 Nr 11, poz. 74 z późn zm.) lub ubezpieczeniem społecznym rolników na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. z 2008 Nr 50 poz. 291, Nr 67, poz. 411 i Nr 70, poz. 416).

²⁹ Ustawa w art. 8 stanowi, że prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych przysługuje również osobie samotnie gospodarującej, której dochód nie przekracza kwoty 461 zł, osobie w rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza 316zł, rodzinie której dochód nie przekracza sumy kwot kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, przy jednoczesnym wykluczeniu, na mocy art. 12 ustawy, dysproporcji między udokumentowaną wysokością dochodu a sytuacją majątkową osoby lub rodziny, wskazująca, że osoba ta lub rodzina, jest w stanie przezwyciężyć trudną sytuację życiową, wykorzystując własne zasoby majątkowe, w szczególności w przypadku posiadania znacznych zasobów finansowych, wartościowych przedmiotów majątkowych lub nieruchomości. (Dz.U. z 2008, Nr 115, poz. 728).

Cytowana wyżej ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych jest kontynuacją i rozwinięciem konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia określonego w art. 68 ustawy zasadniczej. Na mocy art. 15 ustawy, świadczeniobiorca ma przede wszystkim prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób³⁰, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie i organicznie niepełnosprawności. W ramach świadczeń gwarantowanych, świadczeniobiorcy przysługuje prawo do podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, opieki długoterminowej, leczenia stomatologicznego, lecznictwa uzdrowiskowego, zaopatrzenia w wyroby medyczne, ratownictwa medycznego, opieki paliatywnej i hospicyjnej, świadczeń wysokospecjalistycznych, programów zdrowotnych i lekowych, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptecce na receptę, leków stosowanych w chemoterapii, a także leków nieposiadających pozwolenia na dopuszczenia do obrotu na terytorium RP oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

Nie tylko przepisy Konstytucji RP i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych określają prawa pacjenta. Pełen katalog praw pacjenta zawiera przywoływana już ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Zgodnie z postanowieniami tej regulacji pacjent ma prawo w szczególności do świadczeń zdrowotnych

30 Świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i ich wczesnego wykrywania obejmują na mocy art. 27 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w szczególności: propagowanie zachowań prozdrowotnych, w szczególności zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie; wczesną, wielospecjalistyczną i kompleksową opiekę nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym; profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych; promocję zdrowia i profilaktykę, w tym profilaktyczną stomatologiczną, obejmującą dzieci i młodzież do ukończenia 19 roku życia; prowadzenie badań profilaktycznych obejmujących kobiety w ciąży, w tym badań prenatalnych zalecanych w grupach ryzyka i u kobiet powyżej 40. roku życia oraz profilaktyki stomatologicznej; profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania, szczenia ochronne oraz wykonywaniem badań z zakresu medycyny sportowej.

odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, do procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń zdrowotnych, do opinii innego lekarza, do natychmiastowej pomocy ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia, do informacji i do tajemnicy informacji z nim związanych, do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, do poszanowania intymności i godności pacjenta, do dokumentacji medycznej, do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, do opieki duszpasterskiej, przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie, a także do obsługi bibliotecznej oraz zajęć edukacyjnych i wychowawczych. Do innych aktów prawnych rangi ustawy traktujących o prawach pacjenta można zaliczyć również ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty³¹, ustawę z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej³², ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego³³, o diagnostyce laboratoryjnej, ustawę z dnia 7 stycznia 1991 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży³⁴, ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi³⁵, ustawę z 26 października 1982 o wychowaniu w trzeźwości³⁶, ustawę z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów³⁷ oraz ustawę z 8 czerwca 2001 o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów³⁸. Oczywiście nie sposób wymienić i opisać wszystkich praw pacjenta, które gwarantują przywołane ustawy w ramach tego opracowania. Jest to materiał na osoby artykułu. Pisząc jednak o prawach pacjenta, należy wskazać na organy odpowiedzialne za realizację praw pacjenta oraz na podmiot, który stoi na straży przestrzegania tych praw. Jak już zasygnalizowałam prawo do ochrony zdrowia jest publicznym prawem podmiotowym jednostki, co rodzi po stronie organów władzy publicznej obowiązek realizacji tego prawa. To właśnie organy władzy publicznej, w szczególności te, które są właściwe w zakresie ochrony zdrowia będą zobowiązane do przestrzegania konkretnych praw. Należy tutaj wymienić ministra właściwego

31 Dz.U. 1997 Nr 28, poz. 152.

32 Dz.U. 2011 Nr 174 poz. 1039.

33 Dz.U. 1994 Nr 111 poz. 535.

34 Dz.U. 1993 Nr 17 poz. 78.

35 Dz.U. 2008 Nr 234 poz. 1570.

36 Dz.U. 1982 Nr 35 poz. 230.

37 Dz.U. 2005 Nr 169 poz. 1411.

38 Dz.U. 2001 Nr 73 poz. 763.

ds. zdrowia, który organizuje, koordynuje i kieruje Ministerstwem Zdrowia, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Dyrektorów poszczególnych oddziałów wojewódzkich, zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, osoby wykonujące zawody medyczne oraz inne podmioty, jednostki czy instytucje, które uczestniczą w procesie udzielania świadczeń³⁹. Natomiast podmiotem czuwającym nad przestrzeganiem praw pacjenta jest Rzecznik Praw Pacjenta.

Podsumowując, prawa pacjenta mają charakter wieloaspektowy⁴⁰, ponieważ na katalog tych praw składają się uregulowania o różnym charakterze, które dodatkowo wynikają z różnych aktów normatywnych. Tak ostrożna, ale właściwa metoda regulacji wynika z charakteru dziedziny, którą regulują. Najważniejszym prawem człowieka jest prawo do ochrony zdrowia, które to determinuje pozostałe prawa, należy również pamiętać, że prawo do ochrony zdrowia jest silnie związane z ochroną życia i godnością człowieka, i dlatego w demokratycznym państwie prawa doznaje silniejszej ochrony.

Regulacje dotyczące ochrony zdrowia i praw pacjenta odnaleźć można również w prawie europejskim. Choć pojawiły się one stosunkowo późno, to pozostają nie bez znaczenia dla krajowego porządku prawnego. Dzieje się tak, ponieważ Polska przystępując w 2004 roku do Unii Europejskiej przyjęła na siebie zobowiązanie do przestrzegania *acquis communautaire*⁴¹, powierzyła instytucją Unii Europejskiej kompetencje do stanowienia prawa wtórnego, a więc kompetencję do wydawania rozporządzeń, dyrektyw, decyzji, zaleceń oraz opinii, a także zobowiązała się do ciągłego dostosowywania swojego prawa do prawa unijnego. Prawo pierwotne Unii Europejskiej to przede wszystkim traktaty stanowiące podstawę Unii, które określają cele, główne zasady funkcjonowania, a także stanowiące prawną podstawę działań instytucji, organów oraz jednostek organizacyjnych Unii. Prawa te, to również ogólne zasady prawa. Prawo pierwotne jest hierarchicznie wyższe w stosunku do prawa stanowionego

39 T. Rek, *Prawa i obowiązki pacjenta i świadczeniobiorcy*, op. cit., s. 271.

40 *Konstytucje Rzeczypospolitej oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 roku*, op. cit., s. 79.

41 To całokształt dorobku prawnego Unii Europejskiej, który jest tworzony poprzez traktaty (prawo pierwotne) i za sprawą instytucji Unii Europejskiej (prawo wtórne). Prawo pierwotne to przede wszystkim traktaty założycielskie i akcesyjne, natomiast prawo wtórne to rozporządzenia, dyrektywy, decyzje, zalecenia i opinie, orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości oraz inne akty organów UE.

przez instytucje Unii, które to prawo musi opierać się na normie kompetencyjnej zawartej w prawie pierwotnym. Prawo pierwotne ma pierwszeństwo nie tylko w stosunku do prawa wtórnego, ale również do prawa krajowego państw członkowskich⁴².

Regulacje unijne dotyczące ochrony zdrowia, choć nie mają zbyt długich tradycji, to są przedmiotem uregulowań zarówno w prawie pierwotnym jak i wtórnym. Jak już zasygnalizowałam na początku niniejszego opracowania początkowo prawo wspólnotowe nie przewidywało jakiegokolwiek działalności wspólnotowej na rzecz ochrony zdrowia i dopiero Jednolitym Aktem Europejskim z 1986 roku wprowadzono bardzo ogólne zapisy dotyczące zdrowia publicznego, które stopniowo rozwijały kolejne Traktaty⁴³.

42 Jak już nadmieniałam, prawem wtórnym są rozporządzenia, dyrektywy, decyzje, opinie i zalecenia. Rozporządzenia są instrumentem ujednolicania prawa, są aktem powszechnie obowiązującym o zasięgu ogólnym i od momentu wejścia w życie rozporządzenie stanowi część prawa krajowego państw członkowskich i jest stosowane bezpośrednio, bez potrzeby transpozycji do prawa krajowego. Dyrektywy są instrumentem harmonizacji prawa. W odróżnieniu od rozporządzenia, które może dotyczyć szerokiej grupy podmiotów tj. instytucji i organów Unii, organów państw członkowskich, czy podmiotów prywatnych, adresatem dyrektywy jest zawsze państwo członkowskie. Wiąże w odniesieniu do rezultatu, jaki ma być osiągnięty, pozostawiając organom krajowym swobodę wyboru form i środków. Zobowiązuje ona państwa do implementacji regulacji w niej zawartych, najczęściej w postaci wydania odpowiednich aktów prawa krajowego. Państwa członkowskie mają obowiązek wykonania dyrektywy w terminie określonym w dyrektywie. Po upływie okresu transpozycji, jeśli dyrektywa jest prawidłowo wykonana, sądy i organy administracyjne stosują prawo krajowe implementujące dyrektywę a nie samą dyrektywę. Natomiast, jeśli nie została ona we wskazanym czasie implementowana lub implementowana ja nieprawidłowo, jednostka może powoływać dyrektywę bezpośrednio przeciwko państwu. Skutek bezpośredni dyrektywy oznacza obowiązek interpretowania prawa krajowego zgodnie z postanowieniami dyrektywy. Decyzje, co do zasady mają charakter indywidualny i konkretny. Adresatami decyzji mogą być instytucje, organy, jednostki organizacyjne, państwa członkowskie, przedsiębiorcy lub jednostki. Decyzja wiąże adresatów. Zalecenia i opinie nie mają mocy wiążącej. patrz: J. Barcz, M. Górka, A. Wyrozumska, *Instytucje i prawo Unii Europejskiej. Podręcznik dla kierunków prawa, zarządzania i administracji*, Warszawa 2012, s. 220.

43 Pierwszym aktem regulującym działania na rzecz ochrony zdrowia był Jednolity Akt Europejski z 1986 roku. Zwracał on w sposób bardzo ogólny uwagę na konieczność działań na rzecz ochrony zdrowia i określał założenia przyszłej polityki wspólnotowej w tym przedmiocie. Traktat z Maastricht z dnia 7 lutego 1992 roku zawiera postanowienie zgodnie, z którym Unia Europejska powinna przyczyniać się

Prawem pierwotnym regulującym zdrowie publiczne jest Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, który w art. 168 (dawny art. 152 TWE) stanowi, że przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii, należy zapewnić wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego, również w przypadku, gdy Unia przyjmuje akty prawne na podstawie innych postanowień Traktatu. Działania Unii w zakresie poprawy zdrowia publicznego, zapobiegania chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwania źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego, stanowią uzupełnienie działań krajowych, co jak podkreśla, H. Izdebski, stanowi nawiązanie do ogólnej zasady pomocniczości i proporcjonalności⁴⁴. Przywołana regulacja akcentuje autonomię państw członkowskich w zakresie polityki zdrowotnej, ponieważ stanowi, że działania Unii prowadzone są w poszanowaniu obowiązków państw członkowskich w zakresie polityki zdrowia, organizowania i świadczenia usług zdrowotnych, a także zarządzania usługami i podziału środków. Oznacza to, że wyklucza się jakąkolwiek harmonizację przepisów ustawowych i wykonawczych z zakresu ochrony zdrowia. Unia powinna natomiast wspierać działania między Państwami Członkowskimi w celu zwiększenia komplementarności usług zdrowotnych w regionach przygranicznych, dlatego też można stwierdzić, że Unia podejmuje próbę koordynowania ustawodawstw krajowych, a nie ich harmonizacji⁴⁵. Prawem Pierwotnym Unii Europejskiej jest również Karta Praw Podstawowych⁴⁶, która w art. 35 proklamuje, że każdy ma prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia na warunkach określonych w ustawodawstwie i praktyce krajowej. Do przepisów wykonawczych dotyczących korzystania z opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, niż państwo

do wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego, a ponadto państwa członkowskie powinny podjąć współpracę w zakresie ochrony zdrowia publicznego. Powyższe postanowienia rozwinął traktat z Amsterdamu z 1997 roku. Prawo do ochrony zdrowia zostało również wprost sformułowane w art. 35 Karty Praw Podstawowych, która ma moc traktatową i składa się na tzw. prawo pierwotne UE. H. Izdebski, *Prawo do ochrony zdrowia w aspekcie prawa międzynarodowego, prawa europejskiego i polskiego prawa konstytucyjnego*, [w:] *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, pod red. M. Dercza, Warszawa 2013, s. 37 i nast.

44 H. Izdebski, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle przepisów prawa Unii Europejskiej*, [w:] *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, pod red. M. Dercza, Warszawa 2013, s. 38.

45 *Ibidem*, s. 40.

46 J. Barcz, M. Górka, A. Wyrozumska, *Institucje i prawo Unii Europejskiej*, [w:] *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, pod red. M. Dercza, Warszawa 2013, s. 220.

ubezpieczenia należą dwa rozporządzenia o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego: rozporządzenie nr 883/2004⁴⁷ oraz rozporządzenie nr 987/2009^{48,49}, które mają zastosowanie również do Szwajcarii i Państw Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) – Norwegii i Islandii. Mają one zastosowanie wyłącznie do osób ubezpieczonych w powszechnym systemie ubezpieczenia zdrowotnego w państwie członkowskim Unii Europejskiej. Zgodnie z rozporządzeniem koordynującym, leczenie za granicą, w innym państwie członkowskim jest możliwe w stanach nagłych, w trakcie czasowego pobytu, na podstawie aktualnej Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego. W takiej sytuacji osoba korzystająca ze świadczenia zdrowotnego traktowana jest w taki sam sposób jak ubezpieczeni obywatele tego państwa, co czasami wiąże się z poniesieniem części kosztów (współfinansowanie kosztów występuje w wielu krajach UE). Brak Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego wiąże się z koniecznością zapłacenia za świadczenie z możliwością ubiegania się o zwrot poniesionych kosztów przez własną instytucję ubezpieczenia zdrowotnego, przy czym zwrot kosztów nie obejmuje kwoty, którą stanowi współpłacenie. Na mocy owych rozporządzeń możliwe jest również leczenie planowe za granicą, tzn. takie, na które dana osoba została wysłana przez własną instytucję ubezpieczenia zdrowotnego, mówiąc inaczej uzyskała zgodę instytucji ubezpieczenia zdrowotnego na leczenie za granicą. W takich przypadkach instytucja ubezpieczenia zdrowotnego ponosi wszystkie koszty związane z udzielanym świadczeniem, a niekiedy również koszty podróży. Uzyskanie zgodny potwierdza się wydaniem

47 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 883/2004 z 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego Dz.Urz. UE L 166/1.

48 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania Rozporządzenia (WE) Nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego Dz.Urz. UE L 284/1.

49 Rozporządzenia te zastąpiły inne rozporządzenia: rozporządzenie Rady (EWG) Nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób pracujących na własny rachunek i członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie Dz.Urz. UE L 71.149.2 oraz Rozporządzenie Rady (WEG) Nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonania rozporządzenia (EWG) Nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób pracujących na własny rachunek i członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie Dz.Urz. UE L 42.74.1.

formularza E-112 i czyni się to, gdy przedmiotowe leczenie należy do świadczeń przewidzianych przez ustawodawstwo Państwa Członkowskiego, w którym zainteresowany ma miejsce zamieszkania oraz jeżeli nie może uzyskać takiego leczenia w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia, z uwzględnieniem jego aktualnego stanu zdrowia oraz prawdopodobnego przebiegu choroby⁵⁰.

Reasumując, zgodnie z przywołanymi regulacjami, Unia Europejska, szanując autonomię i suwerenność Państw Członkowskich w przedmiocie kształtowania i finansowania systemów opieki zdrowotnej, skupia swoje działania na zapobieganiu chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwaniu źródeł zagrożeń dla zdrowia ludzkiego a także wspomaga działania władz publicznych Państw Członkowskich w tym zakresie. Obywatelom państw członkowskich przysługuje natomiast prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w innym państwie niż państwo ubezpieczenia na podstawie aktualnej Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, ale tylko w sytuacjach nagłego pogorszenia zdrowia, co łączy się czasami z koniecznością poniesienia pewnych kosztów oraz prawo do leczenia planowego, uzależnionego od wydania uprzedniej zgody na to leczenie na zasadach określonych w krajowym porządku prawnym. Należy nadmienić w tym miejscu, że ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w art. 1 deklaruje, że uwzględnia podstawy instytucjonalno-proceduralne do stosowania rozporządzeń unijnych dotyczących koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Praktycznym przejawem tego, jest art. 25 i 26 przywołanej ustawy. W pierwszym z nich jest zapisane, że Fundusz finansuje koszty leczenia lub badań diagnostycznych udzielanych poza granicami kraju, zgodnie z przepisami o koordynacji. Prezes Funduszu, w odpowiedzi na wniosek wydaje zgodę na przeprowadzenie lub kontynuację leczenia lub badań diagnostycznych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu w przypadkach, o których mowa w przepisach o koordynacji. Zgoda ta może dotyczyć również pokrycia kosztów transportu. art. 26 ustawy wskazuje sytuacje, w jakich owa zgoda może wystąpić, tj. w sytuacji, w której leczenie lub badań diagnostycznych nie przeprowadza się w kraju, kierując się niezbędnością udzielania takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu

50 G. Jasiński, *Transgraniczna opieka...*, *op. cit.*, s. 102 i nast.

zdrowia pacjenta. Koszty leczenia, badań diagnostycznych oraz transportu finansowane są z budżetu państwa.

Okazało się jednak, że ogólna regulacja w zakresie ochrony zdrowia, podyktowana przecież autonomią Państw Członkowskich i pozostająca w zgodzie z zasadą subsydiarności, jest niewystarczająca i w praktyce budzi wiele wątpliwości. Nie bez znaczenia dla powyższego stwierdzenia jest mobilne społeczeństwo, które przemieszcza się w obrębie Unii Europejskiej i któremu należy zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne oraz gwarancję ciągłości prawa do zabezpieczenia społecznego, co jest raczej niemożliwe do zrealizowania tylko w ramach narodowych polityk zdrowotnych⁵¹. Dowodem na to, są liczne orzeczenia Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości. Pierwsze z głośnych orzeczeń, które rozpoczęło zmiany w ustawodawstwach państw członkowskich Unii Europejskiej, było orzeczenie w sprawie Kohlla⁵². Był to obywatel Luksemburga, który otrzymawszy receptę na okulary, zrealizował ją w Belgii. Luksemburski system opieki zdrowotnej nie chciał dokonać zwrotu kosztów⁵³. Co istotne luksemburski oraz belgijski system zabezpieczenia zdrowotnego opary jest na zwrocie kosztów leczenia, który charakteryzuje się tym, iż świadczenie medyczne jest opłacane przez pacjenta, a następnie koszt usługi medycznej jest zwracany przez instytucję ubezpieczeniową⁵⁴. Sprawa trafiła na wokandę Trybunału, który kierując się zasadą swobodnego przepływu usług nakazał zwrot kosztów do wysokości, jakie poniósłby Luksemburski system ochrony zdrowia, gdyby świadczenie zrealizowano na miejscu. W uzasadnieniu wyroku napisał, że jeżeli korzystanie ze świadczeń w innym państwie nie powoduje poważanego zagrożenia równowagi finansowej systemu zabezpieczenia społecznego, nie ma konieczności starania się o formularz E-112, co w praktyce oznaczało możliwość korzystania, bez uzyskania uprzedniej zgody instytucji ubezpieczeniowej, ze wszystkich świadczeń ambulatoryjnych⁵⁵. Kolejną głośną sprawą był wyrok Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w sprawie Peerbooms⁵⁶ i doty-

51 M. Dercz, *Podstawowe zagadnienia dotyczące podziału zadań w sferze ochrony zdrowia*, [w:] *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, pod red. M. Dercza, Warszawa 2013, s. 52.

52 ETS w sprawie Kohll (C-158/96 z dnia 28 kwietnia 1998 r.).

53 G. Jasiński, *Transgraniczna opieka...*, *op. cit.*, s. 103.

54 M. Kawczyńska, *Swobodny przepływ pacjentów w Unii Europejskiej*, *op. cit.*, s. 298.

55 G. Jasiński, *Transgraniczna opieka...*, *op. cit.*, s. 104.

56 ETS w sprawie H. Peerbooms (C-157/99 z dnia 12 lipca 2001 r.).

czył odmowy zgody na sfinansowanie zabiegów medycznych poza granicami państwa członkowskiego 47-letniemu holendrowi, który w wyniku wypadku samochodowego zapadł w śpiączkę. Szpital holenderski odmówił przeprowadzenia neurostymulacji, uznawanej w Holandii za metodę eksperymentalną, stosowaną tylko w odniesieniu do pacjentów poniżej 25 roku życia. Pacjent został przewieziony na własny koszt w stanie wegetatywnym do Innsbrucku. Kuracja pozwoliła na wyjście pacjenta ze stanu śpiączki i powrót do samodzielnego życia. Po powrocie pacjent samodzielnie wstąpił na drogę sądowo-administracyjną przeciwko Holenderskiej Kasie Chorych, która odmówiła pokrycia kosztów leczenia w Innsbrucku. Europejski Trybunał Sprawiedliwości Stwierdził, że odmowa udzielenia zgody jest możliwa jedynie wtedy, gdy leczenie identyczne lub o tym samym stopniu skuteczności dla pacjenta może być udzielone we właściwym czasie w zakładzie związanym kontraktem z kasą chorych, do której ubezpieczony należy⁵⁷. Podobna kwestia była przedmiotem orzekania Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w sprawie Ełczinowa⁵⁸. U.G.I. Ełczinowa, zamieszkałego w Bułgarii i posiadającego ubezpieczenie zdrowotne w tamtejszej Kasie Chorych, zdiagnozowano złośliwy nowotwór prawego oka. Pacjentowi zalecono leczenie z użyciem radioaktywnych płytek lub terapię protonową. Procedury te nie są stosowane w Bułgarii. Pacjent złożył w kasie wniosek o wydanie dokumentu E-112 zezwalającego na leczenie w klinice w Berlinie, wniosek uzasadnił tym, że w Bułgarii zaoferowano mu leczenie alternatywne polegające na usunięciu chorego oka. Przed otrzymaniem odpowiedzi, że względów medycznych, G. Ełczinow poddał się zaleconemu leczeniu w klinice berlińskiej. Miesiąc później narodowa kasa chorych odrzuciła wniosek. W przedstawionej sprawie Europejski Trybunał Sprawiedliwości zajął stanowisko, że nie można odmówić wydania zgody na leczenie zagraniczne wymaganej na podstawie rozporządzenia, gdy równie skuteczne leczenie alternatywne nie może zostać przeprowadzone we właściwym czasie w państwie ubezpieczenia. Ostatnią z przedstawionych przeze mnie spraw będzie sprawa Ioannidisa⁵⁹, w której to Europejski Trybunał

57 L. Bosek, *Finansowanie transgranicznych świadczeń zdrowotnych*, [w:] *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, pod red. M. Safjana, s. 141.

58 ETS w sprawie G. I. Ełczinowa (C-173/09 z dnia 5b października 2010 r.).

59 ETS w sprawie Ioannidisa (C-326/00 z dnia 25 lutego 2003 r.).

Sprawiedliwości stanął na straży ochrony praw słusznie nabytych. Grecka instytucja ubezpieczenia zdrowotnego odmówiła przesłania formularze E-112 greckiemu emerytowi, który w trakcie czasowego pobytu w Niemczech, przeszedł operację tętnic wiecowych z powodu zaostrzenia choroby wieńcowej, na którą chorował od dawna. W uzasadnieniu odmowy instytucja ubezpieczenia, jako powód odmowy podała argument, że operacje tego typu wykonuje się w Grecji i pacjent mógł poddać się operacji przed wyjazdem. Pacjent zapłacił za zabieg, ale decyzje instytucji ubezpieczeniowej zaskarżył do Trybunału, który to w sentencji stwierdził, że emeryt posiada uprawnienia do uzyskiwania świadczeń zdrowotnych za granicami swojego kraju i to nie tylko w przypadkach nagłych, które powstały niespodziewanie, ale również w przypadku zaostrzenia stanów przewlekłych i to bez konieczności ubiegania się o formularz E-112⁶⁰.

Mając na uwadze dotychczasowe prawo Unii Europejskiej z zakresu ochrony zdrowia, zmodyfikowane licznymi wyrokami Trybunału Sprawiedliwości w 2004 roku rozpoczęto prace nad nową dyrektywą dotyczącą transgranicznej opieki zdrowotnej. Prace nad nową regulacją trwały ponad 7 lat i poprzedzone były licznymi konsultacjami i uzgodnieniami państw członkowskich. W styczniu 2011 roku, Parlament Europejski, w drugim czytaniu, przyjął projekt dyrektywy. Miesiąc później została ona większością głosów zaakceptowana przez Radę Unii Europejskiej a 4 kwietnia 2011 roku opublikowana w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej⁶¹. W literaturze podkreśla się, że dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady z 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej jest najbardziej konkretnym przejawem realizacji dyspozycji z wynikających z art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, ponieważ ma on za zadanie umożliwić obywatelom Unii Europejskiej uzyskanie dostępu do świadczeń zdrowotnych w każdym z państw członkowskich Unii. I choć ma związek z funkcjonowaniem od strony wykonawczej systemów ochrony zdrowia przyjętych przez kraje członkowskie⁶², to w ocenie Komisji przedstawionej w nocie wyjaśniającej do projektu dyrektywy, nie narusza kompetencji państw członkowskich w zakresie organizacji i finansowania krajowych

60 G. Jasiński, *Transgraniczna opieka...*, *op. cit.*, s. 104 i nast.

61 *Ibidem*, s. 104 i nast.

62 M. Dercz, *Podstawowe zagadnienia dotyczące podziału zadań w sferze ochrony zdrowia*, *op. cit.*, s. 53.

systemów ubezpieczeń społecznych⁶³. W Preambule w punkcie 4 dyrektywy, podkreśla się, że to państwa członkowskie ponoszą odpowiedzialność za świadczenie obywatelom na swoim terytorium bezpiecznej oraz wydajnej opieki zdrowotnej, a skutkiem transpozycji niniejszej dyrektywy do prawa krajowego i jej stosowania nie powinno być zachęcanie pacjentów do korzystania z leczenia poza swoim państwem członkowskim.

Dyrektywa składa się z Preambuły, 5 rozdziałów i 23 artykułów. Rozdział 1 ustanawia przepisy ogólne, rozdział 2 traktuje o obowiązkach państw członkowskich w odniesieniu do transgranicznej opieki zdrowotnej, rozdział 3 stanowi o zawrotach kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, kolejny o współpracy w dziedzinie opieki zdrowotnej i ostatni zawiera postanowienia wykonawcze i końcowe.

Dyrektywa Transgraniczna, jest uzupełnieniem przepisów obowiązujących dotychczas, w szczególności rozporządzeń w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Ma ona zastosowanie wyłącznie do świadczeń udzielanych przez świadczeniodawców będących częścią systemu zabezpieczenia społecznego lub publicznego systemu opieki zdrowotnej państwa członkowskiego. Spod zakresu jej obowiązywania wyłącza się świadczenia uzyskane we własnym państwie u świadczeniodawców działających poza systemem oraz świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, przeszczepów narządów oraz programów powszechnych szczepień przeciw chorobom zakaźnym⁶⁴. Jednakże w Preambule w punkcie 16 podkreśla się, że niniejsza dyrektywa powinna dotyczyć również przepisywania, wydawania i udostępniania produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych dostarczanych w ramach usług zdrowotnych.

Dyrektywa na początku podkreśla, że obowiązek zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, zgodnie z punktem 13 Preambuły powinien być ograniczony wyłącznie do opieki, do której jest uprawniona osoba, ubezpieczona zgodnie z przepisami państwa ubezpieczenia⁶⁵. Powtórzeniem tej regulacji jest art. 7 Dyrektywy.

63 Nota wyjaśniająca Komisji Europejskiej z dnia 16 lipca 2004 roku w sprawie usług objętych projektem dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczącej usług na Rynku wewnętrznym 2004/0001 (COD), cyt. za: M. Kawczyńska, *Swobodny przepływ pacjentów w Unii Europejskiej...*, *op. cit.*, s. 319.

64 G. Jasiński, *Transgraniczna opieka...*, *op. cit.*, s. 108.

65 Ustalenie zakresu świadczeń, o którym mowa w punkcie 13 Preambuły może nastąpić na podstawie sformułowanego koszyka świadczeń gwarantowanych, do którego uprawnieni są pacjenci w ramach publicznej ochrony zdrowia.

Z wyjątkiem przypadków określonych w art. 8 Dyrektywy państwo członkowskie ubezpieczenia nie może uzależniać zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej od uzyskania uprzedniej zgody. System udzielania uprzedniej zgody, w tym jego kryteria i stosowanie tych kryteriów oraz indywidualne decyzje o odmowie nie udzielenia uprzedniej zgody, ograniczają się do tego, co konieczne i proporcjonalne do celu, jaki ma zostać osiągnięty, i nie mogą stanowić środka arbitralnej dyskryminacji ani nieuzasadnionej przeszkody w swobodnym przepływie pacjentów.

Zgodnie z art. 8 Dyrektywy opieka zdrowotna może wymagać uprzedniej zgody, w sytuacji, gdy: podlega wymogą planowania, obejmuje pobyt danego pacjenta w szpitalu, przez co najmniej jedną noc lub występuje konieczność użycia wysokospecjalistycznej i kosztownej infrastruktury medycznej lub aparatury medycznej oraz gdy leczenie to stwarza szczególne ryzyko dla pacjenta lub społeczeństwa. Choć celem takiego zapisu, co zresztą podkreślał w swoim orzecznictwie Trybunału Sprawiedliwości jest zapewnienie wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia szpitalnego wysokiej jakości w danym państwie członkowskim, kontrola kosztów oraz zapobieganie marnotrawieniu zasobów finansowych, technicznych i ludzkich to w literaturze wskazuje się na pewne niebezpieczeństwo z tym związane, a mianowicie, że zapisy te pozwalają na wprowadzenie w praktyce zgody w stosunku do wszystkich świadczeń szpitalnych oraz niektórych poza szpitalnych, ponieważ może być bardzo szeroko interpretowany. Każde państwo członkowskie ma możliwość ustanowienia własnego zakresu świadczeń ambulatoryjnych, które będą wymagały uzyskania zgody na realizację za granicą. Państwo ubezpieczenia może odmówić świadczenia, które może być wykonane na jego terytorium w odpowiednim dla pacjenta terminie z uwzględnieniem aktualnego stanu zdrowia i prognoz przebiegu choroby argumentując to ryzykiem zakłócenia równowagi finansowej systemu zabezpieczenia społecznego.

Wyżej wskazane zapisy powodują, że państwa członkowie będą miały bardzo szeroką możliwość kontrolowania transgranicznej opieki zdrowotnej oraz kosztów z nią związanych. Koszty transgranicznej opieki zdrowotnej są zwracane lub płacone bezpośrednio przez państwo członkowie ubezpieczenia do poziomu, na którym koszty byłyby pokryte przez państwo członkowie ubezpieczenia, gdyby usługa medyczna byłaby świadczona na jego terytorium. Tak więc dla płatnika, (NFZ) koszty świadczenia transgranicznego będą takie same jak koszty świadczenia w kraju.

Ujęcie takie nasuwa stwierdzenie, że konieczność zapłacenia za świadczenie, w państwie, w którym było zrealizowane a następnie ubieganie się o zwrot kosztów w NFZ spowoduje, że z transgranicznej opieki zdrowotnej będą korzystali przede wszystkim pacjenci, których stać będzie zapłacić za świadczenie oraz na pokrycie różnicy kosztów często bardzo wysokiej. Wniosek jest taki, że raczej nie należy spodziewać się znaczącego wzrostu wyjazdów celem leczenia za granicą. Ewentualny wzrost może dotyczyć regionów przygranicznych⁶⁶.

Uzyskanie zgody na leczenie poza granicami kraju, obowiązuje obecnie na podstawie rozporządzeń koordynujących zabezpieczenie społeczne. Wejście w życie dyrektywy wiąże się jednak z jasnym określeniem świadczeń zdrowotnych, co, do których konieczne będzie uzyskanie zgody, wysokości zwrotu kosztów leczenia oraz procedur z tym związanych. Dyrektywa reguluje również inne zagadnienia w przedmiocie tworzenia europejskich sieci referencyjnych skupiających świadczeniodawców państw członkowskich, UE wspiera i ułatwia współpracę państw członkowskich oraz wymianę informacji w ramach sieci e-Zdowie, współpracy państw członkowskich w zakresie technologii medycznych⁶⁷

Termin do implementacji dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w Transgranicznej opiece zdrowotnej upłynął 25 października 2013 r.

Jako, że dyrektywa, co było już sygnalizowane jest instrumentem harmonizacji prawa, państwa członkowskie mają obowiązek wykonania dyrektywy w odpowiednim czasie, wskazanym właśnie w przepisach końcowych. Jeśli dyrektywa nie została we wskazanym czasie implementowana jednostka może powoływać dyrektywę bezpośrednio przeciwko państwu. Środkiem w przypadku braku implementacji lub wadliwej implementacji jest skarga przeciwko państwu członkowskiemu do TSUE, którą wnosi Komisja lub państwo członkowskie⁶⁸. Polska nieimplementowana dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.

Biorąc pod uwagę cele dyrektywy oraz jej wieloaspektowość należy podkreślić, że podjęcie działań legislacyjnych w ramach Unii Europejskiej w zakresie usług zdrowotnych nie oznacza ujednoczenia krajowych systemów ochrony zdrowia i systemów zabezpieczenia społecznego. Mając

66 G. Jasiński, *Transgraniczna opieka...*, *op. cit.*, s. 110 i nast.

67 *Ibidem*, s. 112 i nast.

68 J. Barcz, M. Górka, A. Wyrozumsk, *Institucje i prawo Unii Europejskiej...*, *op. cit.*, s. 240 i nast.

na uwadze autonomię państw członkowskich w tym zakresie, zagwarantowaną prawem pierwotnym oraz zasadę subsydiarności zgodnie, z którą działania Unii stanowią tylko uzupełnienie działań krajowych, należy stwierdzić, że za organizację i funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia i systemów zabezpieczenia społecznego odpowiadają państwa członkowskie. Jednak liczne orzeczenia Trybunału Sprawiedliwości, ukazały, że istnieje potrzeba przyjęcia jednego aktu prawnego obowiązującego na poziomie Unii, który przyczyni się do wzmocnienia praw pacjentów w Unii Europejskiej. Przyjęta dyrektywa ma poprawić bezpieczeństwo pacjentów, określić jasne i przejrzyste procedury dostępu do opieki zdrowotnej oraz przyczynić się do dalszej współpracy państw członkowskich w dziedzinie ochrony zdrowia.

Bibliografia

- Barcz J., Górka M., Wyrozumsk A., *Instytucje i prawo Unii Europejskiej. Podręcznik dla kierunków prawa, zarządzania i administracji*, Warszawa 2012.
- Bosek L., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia*, [w:] *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, pod red. M. Safjana, Warszawa 2011.
- Drozdowska U., *Główni aktorzy w obowiązującym systemie opieki zdrowotnej w Polsce i ich status prawny*, [w:] *Uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce – aspekty prawne i socjologiczne*, pod red. T. Mróz, Białystok 2012.
- Izdebski H., *Prawo do ochrony zdrowia w aspekcie prawa międzynarodowego, prawa europejskiego i polskiego prawa konstytucyjnego*, [w:] *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, pod red. M. Dercza, Warszawa 2013.
- Jasiński G., *Transgraniczna opieka zdrowotna w Unii Europejskiej – nowa dyrektywa Unii Europejskiej*, „Prawo i Medycyna” 2011, nr 2.
- Karkowska D., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009.
- Kawczyńska M., *Swobodny przepływ pacjentów w Unii Europejskiej*, [w:] *Przeptyw osób i świadczenie usług w Unii Europejskiej. Nowe zjawiska i tendencje*, pod red. S. Biernata, S. Dudzika, Warszawa 2009.
- Konstytucje Rzeczypospolitej oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 roku*, pod red. J. Bocia, Wrocław 1998.
- Kubiak R., *Prawo medyczne*, Warszawa 2010.
- Prawo administracyjne*, pod red. J. Bocia, Kolonia Limited 2005.
- Prokop K., *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP*, [w:] *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, pod red. Teresy Mróz, Białystok 2011.

- Rabiega A., *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniach podmiotów administrujących sferze opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009.
- Rek T., *Prawa i obowiązki pacjenta i świadczeniobiorcy*, [w:] *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, pod red. M. Dercza, Warszawa 2013.
- Słownik Współczesnego Języka Polskiego*, pod red. B. Dunaj, Warszawa 1996.
- Wiak K., *Prawne gwarancje ochrony życia w Polsce*, [w:] *O nową kulturę życia. Ochrona życia w Polsce – bilans u progu trzeciego tysiąclecia. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Marszałka Senatu RP z 25 marca 1999*, Warszawa 1999.

Orzecznictwo

- Wyrok SN 17.02.1989 (IV KR 15/89, OSNKW 1989, Nr 5–6, poz. 42).
- Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K14/03.
- ETS w sprawie Kohll (C-158/96 z dnia 28 kwietnia 1998 r.).
- ETS w sprawie H. Peerbooms (C-157/99 z dnia 12 lipca 2001 r.).
- ETS w sprawie Ioannidisa (C-326/00 z dnia 25 lutego 2003 r.).
- ETS w sprawie G. I. Elćzinowa (C-173/09 z dnia 5b października 2010 r.).

Źródła prawa

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 75, poz. 468).
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 883/2004 z 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego Dz.Urz. UE L 166/1.
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania Rozporządzenia (WE) Nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego Dz.Urz. UE L 284/1.
- Ustawa z 26 października 1982 o wychowaniu w trzeźwości (Dz.U. 1982 Nr 35 poz. 230).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 1997 Nr 28, poz. 152).
- Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży (Dz.U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 Nr 111 poz. 535).
- Ustawa z 8 czerwca 2001 o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz.U. 2001 Nr 73 poz. 763).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 Nr 210, poz. 2136).

Ustawę z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. 2005 Nr 169 poz. 1411).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (Dz.U. 2009 Nr 52, poz. 417).

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2008 Nr 234 poz. 1570).

Ustawę z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011 Nr 174 poz. 1039).

ABSTRACT

ILNICKA PAULINA

Realisation of the patients' rights in cross-border healthcare

The subject of this article are the patients' rights in cross-border healthcare. This is a very important issue from the point of view of the protection of patients in EU. The people who travel in the European Union, should have an assurance that their healthcare rights will be respected. For their safety, Member States have to create clear and transparent rules to use cross-border healthcare. In my opinion the main of this rule should be the rule of non-discrimination that means that everyone citizens of EU should be treated on the a similar way. The first act related with Patients' Rights in the European Union was The Single European Act. This act contained very general provisions, about health policy. The provisions related with patients' rights were developed barely in later treaties. In the present day the most popular act is Cross-border Directive (March 9, 2011) which gives patients a lot of possibilities to try reimbursement for treatment abroad. The Directive consists of 5 chapter and 23 article. The first chapter treat about general provisions, the second about obligations of the Member States, the next about reimbursement for treatment and cooperation between Member States and the last one about final provisions. On my own professional experience I know that this Directive is necessary because the citizens of European Union are very mobile, they live and work in many places in EU and this is a reason why they need some kind of warranty to obtain medical benefits in many countries.

