

**dr Justyna Bazylińska-Nagler**

Katedra Prawa Międzynarodowego i Europejskiego  
Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii  
Uniwersytet Wrocławski

## **Przygraniczna współpraca państw członkowskich UE w zakresie świadczenia usług zdrowotnych**

**Streszczenie:** Traktat z Lizbony nadał UE kompetencję do zachęcania do współpracy między państwami członkowskimi w celu zwiększenia komplementarności usług zdrowotnych w regionach przygranicznych (art. 168 ust. 2 TFUE). Ta nowa podstawa traktatowa pozwala Unii uzyskać większy wpływ na zjawisko, które występuje od dziesięcioleci. Dodatkowo, dyrektywa w sprawie praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej zawiera przepisy poświęcone współpracy państw w tej dziedzinie. Nie ulega wątpliwości, że współpraca ta jest korzystna zarówno dla usługodawców, jak i pacjentów – generuje jednak praktyczne problemy, które częściowo tylko rozwiązuje implementacja tejże dyrektywy. Niniejsza praca jest próbą oceny dotychczasowej skali zjawiska mobilności pacjentów w regionach przygranicznych i prowadzi do konkluzji, że zwiększenie komplementarności usług zdrowotnych w tych regionach nie nastąpi szybko – głównie z uwagi na dużą odporność tej dziedziny prawa na działania UE i zależność od woli politycznej państw.

**Słowa kluczowe:** ochrona zdrowia, swoboda świadczenia usług, dyrektywa w sprawie praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej, współpraca transgraniczna, regiony przygraniczne.

### **Cooperation in border regions of the EU Member States concerning the free provision of healthcare services**

**Abstract:** Since Lisbon Treaty came into force the EU has been empowered to initiate cooperation between Member States in order to improve medical services complementarity in MS' border regions (Article 168 (2) TFUE). Through this new legal basis the UE may have impact on the MS' independent actions within this area. Moreover, new Patient Mobility Directive regulates this kind of cooperation too. Undoubtedly, cooperation concerning medical services delivery in border regions may be fruitful both for service providers and patients, at the same time it generates practical problems that could only partially be solved through this directive implementation. This article is aimed at patient mobility in border regions appraisal and leads to the final conclusion that improvement of the quality and quantity of cross-border cooperation in border regions still depends on the political will of Member States rather than the EU powers and initiatives.

**Key words:** healthcare, freedom to provide services, Patient Mobility Directive, patients' rights, cross-border cooperation, border regions.

## Wprowadzenie

Regiony przygraniczne stanowią 15% terytorium całej Unii Europejskiej i są zamieszkiwane przez 10% jej populacji<sup>1</sup>. Często ich mieszkańcy mówią tym samym regionalnym językiem, a jako przedstawiciele jednego narodu – na przykład Basków czy Katalończyków po stronie zarówno francuskiej, jak i hiszpańskiej, lub też Alzaczyków z Niemiec i Francji – mają tę samą tożsamość kulturową. Chociażby z tego względu współpraca przygraniczna w dziedzinie ochrony zdrowia jest jak najbardziej uzasadniona. Dodatkowo przyczynia się ona do wzrostu efektywności i dostępności tej ochrony z korzyścią dla pacjenta, ułatwia zarządzanie i gospodarowanie zasobami, zarówno ludzkimi, jak i finansowymi. O ile w państwach „starej Europy” umowy o współpracy bilateralnej w celu koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego cieszą się długą – od 1904 r. – i dobrą tradycją, o tyle nowe państwa członkowskie wydają się wymagać wsparcia i zachęty ze strony UE do podjęcia współdziałań w tej dziedzinie. Regulacje unijne, których celem jest umożliwienie – przede wszystkim pracownikom migrującym – korzystania z usług zdrowotnych w innych państwach, są powszechnie krytykowane jako pozostające w sprzeczności z założeniami krajowych systemów ubezpieczeń społecznych. Państwa niechętnie pokrywają koszty świadczeń udzielanych za granicą. W sytuacji, gdy zwrotu wydatków nie przewidują przepisy unijnego prawa pochodnego lub świadczeniobiorca nie powołuje się na nie, ponieważ – na przykład – nie uzyskał zgody ubezpieczyciela na leczenie za granicą, Trybunał Sprawiedliwości UE<sup>2</sup> stosuje bezpośrednio przepisy Traktatu<sup>3</sup> dotyczące swobody świadczenia usług<sup>4</sup>, które odmowę zwrotu wydatków poniesionych na leczenie traktują jako utrudnianie tej fundamentalnej swobody. Zatem pacjent, który nie otrzyma takiego zezwolenia na podstawie rozporządzenia nr 883/2004<sup>5</sup> lub przepisów krajowych implementujących dyrektywę nr 2011/24/UE<sup>6</sup>, może skorzystać z określonych usług medycznych za granicą i otrzymać zwrot kosztów od właściwej instytucji w swoim kraju na podstawie przepisów traktatowych

---

<sup>1</sup> P. Harant, *Hospital cooperation across French borders*, [w:] M. Rosenmoller, M. Mekce, R. Baeten (red.), *Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*, Copenhagen 2006, s. 157 i n.

<sup>2</sup> Dalej: Trybunał lub TSUE.

<sup>3</sup> Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, wersja skonsolidowana, Dz. Urz. UE C 326/49 z 26.10.2012 r.; dalej: Traktat lub TFUE.

<sup>4</sup> Artykuł 56 TFUE wywiera skutek bezpośredni, a więc osoby fizyczne i prawne mogą dochodzić wynikających z niego uprawnień przed sądami krajowymi. Przepis ten jest uważany za uszczegółowienie zasady niedyskryminacji ze względu na przynależność państwową – uregulowanej w art. 18 TFUE.

<sup>5</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, Dz. Urz. UE L 166/1 z 30.04.2004 r., dalej: rozporządzenie w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

<sup>6</sup> Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, Dz. Urz. UE L 88/45 z 4.04.2011 r.; dalej: dyrektywa w sprawie praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej.

o swobodzie świadczenia usług. Odmowa zwrotu kosztów przez tę instytucję, podczas gdy normalnie zwraca ona wydatki poniesione dla uzyskania tego świadczenia w swoim kraju, może być uznana za przejaw dyskryminacji usługodawców zagranicznych ze względu na ich przynależność państwową. Reasumując, pacjent w celu skorzystania z refundowanego leczenia za granicą może powołać się – niezależnie – przynajmniej na dwie grupy przepisów: rozporządzenia w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego<sup>7</sup> lub na przepisy krajowe implementujące dyrektywę w sprawie praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej. Dodatkowo, możliwe jest oparcie roszczenia na bezpośrednio skutecznych przepisach tej dyrektywy oraz wystąpienie z roszczeniem odszkodowawczym zgodnie z zasadą odpowiedzialności odszkodowawczej państwa ustanowionej w orzeczeniu *Francovich, Bonifaci*<sup>8</sup> – w dwóch ostatnich wypadkach po upływie terminu implementacji dyrektywy.

Wobec powyższego nasuwa się pytanie, w jakim stopniu państwa członkowskie postrzegają transgraniczną opiekę zdrowotną jako korzystną dla pacjentów i krajowej gospodarki, a przez to tworzą i realizują projekty służące współpracy w tym obszarze, w szczególności w obszarach przygranicznych, gdzie korzystanie z leczenia za granicą byłoby łatwe i relatywnie tanie. Podkreślić należy, że analizę rozwiązań proceduralnych oraz instytucjonalnych powinno poprzedzać zdefiniowanie materialnego prawa do transgranicznej opieki zdrowotnej, opartego na fundamentalnych swobodach rynku wewnętrznego, zapisanego także w art. 35 KPP<sup>9</sup> jako podmiotowe prawo obywatela UE do skutecznej i szybkiej opieki medycznej. Zdrowia bowiem, z uwagi na to, że jest ono dobrem wyższego rzędu, nie można rozpatrywać wyłącznie pod kątem wydatków społecznych i utajonych trudności ekonomicznych<sup>10</sup>.

<sup>7</sup> W dniu 1 maja 2010 r. weszła w życie reforma unijnego systemu koordynacji w miejsce rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie, Dz. Urz. WE L 28/1 z 30.01.1997 r., oraz rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego w stosunku do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek oraz do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie, Dz. Urz. WE L 74/1 z 27.03.1972 r., weszły w życie – rozporządzenie 883/2004, *op. cit.* – jako nowe rozporządzenie podstawowe oraz 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. WE L 284/1 z 30.10.2009 r., – jako nowe rozporządzenie wykonawcze. Pomimo wejścia w życie „nowych” uregulowań w zakresie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego „stare” przepisy częściowo dalej pozostają w mocy; szerzej na ten temat: L. Adamska, J. Knyżewska, G. Sypniewska, *Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego w UE. Przepisy z wprowadzeniem*, Gaskor, Wrocław 2010, s. 11 i n.

<sup>8</sup> Sprawa C – 6 i 9/90, ECR [1991] 1.

<sup>9</sup> Karta Praw Podstawowych, Dz. Urz. UE C 326/2, z 26.10.2012 r., dalej: KPP.

<sup>10</sup> Zob. opinia Rzecznika Generalnego Ruiza Jarabo-Colomera do wyroku ETS w sprawie C-444/05 *Aikaterini Stamatelaki v. NPDD Organismos Asfaliseos Eleftheron Epagelmaton (OAE)*, z dnia 11 stycznia 2007 r., pkt 40; M. Kielbasa, *Wpływ prawa Unii Europejskiej na systemy opieki zdrowotnej państw*

## 1. Podstawy prawne współpracy w dziedzinie ochrony zdrowia publicznego w Unii Europejskiej

Już w traktacie z Maastricht zastrzeżono pierwszoplanową kompetencję państw w dziedzinie ochrony zdrowia publicznego, działania Wspólnoty mogły polegać tylko na zachęcaniu do współpracy między państwami i koordynowaniu ich działań, *expressis verbis* wykluczono jakąkolwiek harmonizację krajowych przepisów ustawowych i wykonawczych. Kolejne Traktaty i orzecznictwo ETS doprowadziły do rozlania się kompetencji wspólnotowych w tej dziedzinie. Ostatecznie TFUE zalicza ochronę zdrowia publicznego do dwóch kategorii kompetencji. Na mocy art. 4 ust. 2 pkt k TFUE wspólne problemy bezpieczeństwa w zakresie zdrowia publicznego regulowane są w ramach kompetencji dzielonych UE z państwami członkowskimi. W pozostałych aspektach UE może podejmować działania wspierające, koordynujące lub uzupełniające działania państw (art. 6 pkt a TFUE). Zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną należy do wyłącznych praw i obowiązków państw – przesądza o tym treść art. 168 ust. 7 TFUE<sup>11</sup>. Naturalną konsekwencją tego skomplikowanego podziału kompetencji jest dążenie do wyklarowania wzajemnych relacji pomiędzy unijnym systemem koordynacji świadczeń zabezpieczenia społecznego a traktatową swobodą przepływu usług. Od wielu lat są one przedmiotem analiz doktryny i rozstrzygnięć Trybunału<sup>12</sup>.

Na mocy Traktatu z Lizbony wprowadzono bezpośrednio w art. 168 ust. 2 TFUE kompetencję Unii do zachęcania do współpracy między państwami członkowskimi w celu zwiększenia komplementarności usług zdrowotnych w regionach transgranicznych. Temu uprawnieniu odpowiada obowiązek państw do koordynowania własnych polityk i programów w dziedzinie zdrowia publicznego, a uszczegóławia je kompetencja komisji do podjęcia każdej użytecznej inicjatywy w celu wsparcia tej koordynacji, o której komisja informuje Parlament Europejski na mocy art. 168 ust. 2 akapit 2 TFUE. Wprowadzenie art. 168 ust. 2 TFUE pozwala Unii uzyskać większy wpływ na zjawisko, które występuje od dziesięcioleci. Historia koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w Europie jest bowiem znacznie dłuższa niż historia Wspólnot Europejskich.

---

*członkowskich*, [w:] S. Dudzik, N. Półtorak (red.), *Prawo UE a prawo konstytucyjne państw członkowskich*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 548.

<sup>11</sup> Na temat ewolucji kompetencji UE w dziedzinie ochrony zdrowia zob. M. Malczewska, *Artykuł 168, Tytuł XIV, Zdrowie publiczne*, [w:] A. Wróbel, K. Kowalik-Bańczyk, M. Szwarc-Kuczer (red.), *Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. T. 2, (Art. 90–222)*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2012, s. 1049–1053.

<sup>12</sup> Wyłączną kompetencję państw w odniesieniu do organizowania i zarządzania ich systemami opieki zdrowotnej potwierdza wiele orzeczeń Trybunału, zob. np.: sprawa C-238/82 *Duphar BV et al. v. The Netherlands* (Duphar) [1984] ECR 523, pkt 16; sprawy połączone C-159/91 i C-160/91 *Christian Poucet v. Assurances Générales de France and Caisse Mutuelle Régionale du Languedoc-Roussillon* [1993] ECR I-637, pkt 6; sprawa C-70/95 *Sodemare SA, Anni Azzurri Holding SpA and Anni Azzurri Rezzato Srl v. Regione Lombardia* [1997] ECR I-3395, pkt 27; sprawa C-158/96 *Raymond Kohll v. Union des caisses de maladie* (Kohll) ECR I-1931, pkt 17.

Simon Roberts wskazuje, że już w traktatach westfalskich z 1648 r. położono podwaliny pod przyszłą współpracę gospodarczą państw oraz koordynację mechanizmów, które miałyby jej służyć<sup>13</sup>. Za pierwszą dwustronną i wzorcową na przyszłość umowę dotyczącą praw socjalnych pracowników migrujących uznaje się porozumienie między Francją i Włochami z 1904 r.<sup>14</sup>. Tereny przygraniczne państw członkowskich już w pierwszych powojennych latach i początkach procesu integracji stały się naturalnym polem do poszerzenia eksperymentu, jakim było ułatwienie finansowania opieki zdrowotnej udzielanej na terytorium jednego państwa członkowskiego obywatelom innego państwa członkowskiego. W latach 1948–1959 zawarto wiele konwencji pomiędzy państwami założycielami EWWiS w sprawie zabezpieczenia społecznego. Dotyczyły one głównie pracowników przygranicznych, pracowników rolnych i sezonowych oraz górników. Do dzisiaj powstało około 170 projektów takiej współpracy, które były lub są realizowane przez większość państw członkowskich, wzdłuż 37 granic<sup>15</sup>.

Także dyrektywa w sprawie praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej zawiera wiele przepisów poświęconych współpracy państw w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej (art. 10–15). Są to regulacje zbliżone do wielu innych przepisów regulujących współpracę administracyjną państw na rynku wewnętrznym. Współpraca ta zmierza do efektywnej i pełnej realizacji postanowień dyrektywy, może wyrażać się poprzez współdziałanie ogółu państw członkowskich oraz wybranych krajów, np. państw sąsiadujących, w postaci współpracy bilateralnej w regionach przygranicznych. Najczęściej współpraca przygraniczna związana jest z edukacją zdrowotną, promocją zdrowia, wspólnym wykorzystaniem dostępnych zasobów medycznych oraz świadczeniem usług opieki zdrowotnej. Zgodnie z postanowieniami dyrektywy 2011/24/UE współpraca ta może wyrażać się w ramach kilku płaszczyzn. Odrębne regulacje poświęcone zostały takim zagadnieniom jak: uznawanie recept wystawionych w innym państwie członkowskim (art. 11), europejskie sieci referencyjne i choroby rzadkie (art. 12–13), problematyka e-zdrowia (art. 14) oraz współpraca w zakresie oceny technologii medycznych (art. 15)<sup>16</sup>.

---

<sup>13</sup> S. Roberts, *A short history of social security coordination*, [w:] Y. Jorens (ed.), *50 years of Social Security Coordination: Past – Present – Future*, Publications Office of the European Union, Luxembourg 2010, s. 8.

<sup>14</sup> F. Watson, *Social Security Law of the European Communities*, Mansell Publishing Watson, London 1980, s. 8–10.

<sup>15</sup> M. Malczewska, *op. cit.*, s. 1062.

<sup>16</sup> Por. D. Bach-Golecka, *Mobilny pacjent. Korzystanie z transgranicznej opieki zdrowotnej w prawie Unii Europejskiej*, Instytut Wydawniczy EuroPrawo, Warszawa 2015, s. 224.

## 2. Dyrektywa w sprawie praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej a mobilność pacjentów

Przyjęcie komentowanej dyrektywy w jej obecnym kształcie było wyrazem trudnego kompromisu pomiędzy zasadami wypływającymi z dorobku orzeczniczego Trybunału w przedmiocie swobód jednolitego rynku a poszanowaniem swobody władz krajowych w organizowaniu i w definiowaniu swoich systemów opieki zdrowotnej opartej na wyłącznej, w tej dziedzinie kompetencji państw członkowskich. W przeciwieństwie do rozporządzeń koordynujących systemy zabezpieczenia socjalnego, których przepisy koncentrują się na porozumieniach w sprawie zabezpieczenia społecznego, a nie na prawach pacjenta, osią dyrektywy są prawa obywateli UE do korzystania z opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim. Dodatkowo dyrektywa reguluje pewne kwestie dotyczące, na przykład, współpracy w zakresie oceny technologii medycznych lub transgranicznego uznawania recept. Dyrektywa rozbudowuje też obowiązki informacyjne wobec pacjentów, gwarantując ze strony państw powszechny dostęp do informacji o warunkach świadczenia usług zdrowotnych za granicą i zwrotu kosztów po powrocie do kraju. Jest to szczególnie istotne z uwagi na wprowadzony dualizm procedur refundowania kosztów – w założeniu pacjent, opierając się na rzetelnej informacji, ma prawo dokonać wyboru, czy chce skorzystać z leczenia na podstawie rozporządzenia w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, czy też na podstawie dyrektywy.

Podstawową funkcją dyrektywy jest kodyfikacja dotychczasowego orzecznictwa Trybunału kształtującego uprawnienie do korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej. Przełomowy w tej dziedzinie był wyrok z 1998 r. w sprawie *Kohll i Decker*<sup>17</sup>, kiedy to Trybunał przyznał pacjentom prawo do refundacji kosztów leczenia za granicą. Warto jednak przywołać także wcześniejsze orzeczenia, w których Trybunał zaczął traktować usługi zdrowotne jako podlegające traktatowym przepisom o swobodzie świadczenia usług na rynku wewnętrznym. W sprawie *Luisi Carbone* z 1984 r.<sup>18</sup> Trybunał stwierdził, że pacjenci, którzy przemierzają się z jednego państwa członkowskiego do drugiego w celu poddania się leczeniu, są usługobiorcami w rozumieniu traktatu. Wyrok w sprawie *Grogan* z 1991 r.<sup>19</sup> wzbogacił orzecznictwo o tezę Trybunału, że czynności medyczne wchodzą w zakres ówczesnego artykułu 49 traktatu, dotyczącego swobody

<sup>17</sup> Sprawa C-158/96, *Kohll*, [1998] ECR I-1931 oraz sprawa C-120/95, *Decker*, [1998] ECR I-1831; zob. komentarz do tych orzeczeń: R. Giesen, *Case C-120/95, Nicolas Decker v. Caisse de maladie des employés privés, Judgement of 28 April 1998*, [1998] ECR I-1831; C-158/96, *Raymond Koll v. Union des caisses de maladie, Judgement of 28 April 1998*, [1998] ECR I 1935, CMLRev. 1999, No. 4, s. 841–850.

<sup>18</sup> Zob. sprawy połączone: C-286/82 i 26/83 *Graziana Luisi and Giuseppe Carbone v Ministero del Tesoro* (Luisi and Carbone) [1984] ECR 377, pkt 16.

<sup>19</sup> Sprawa C-159/90, *Society for the protection of Unborn Children Ireland*, [1991] ECR I-4685, pkt 18.

świadczenia usług. Schyłek lat 90. XX w. przyniósł pacjentom korzystającym z transgranicznych usług medycznych prawo do otrzymania refundacji kosztów leczenia i zakupu wyrobów medycznych w sytuacji, gdy takiego uprawnienia nie przewidywało rozporządzenie 1408/71. We wspomnianym wyżej wyroku w sprawie *Kholl*<sup>20</sup> Trybunał podkreślił, że świadczenie w postaci leczenia pozaszpitalnego wykonywanego przez ortodontę posiadającego siedzibę w innym państwie członkowskim, realizowane w ramach systemu zabezpieczenia społecznego wciąż jest usługą w rozumieniu przepisów traktatowych. W sprawie *Decker*<sup>21</sup> dotyczącej zakupu pary okularów ze szklami korekcyjnymi od optyka mającego siedzibę w innym państwie członkowskim Trybunał orzekł, że art. 28 i 30 TWE wykluczają stosowanie przepisów krajowych, które uzależniają zwrot zryczałtowanych kosztów zakupu wyrobu medycznego za granicą od uprzedniego otrzymania zgody. Wymóg ten stanowi środek o charakterze równoważnym do ograniczeń ilościowych w imporcie i przeszkodę dla swobodnego przepływu towarów. Kolejne orzeczenia w sprawach *GeraetsSmits i Peerbooms*<sup>22</sup> oraz *Vanbraekel*<sup>23</sup> potwierdziły i poszerzyły obowiązek refundacji kosztów leczenia o leczenie szpitalne. W 2004 r. wraz z orzeczeniem w sprawie *Yvonne Watts*<sup>24</sup> zobowiązanie refundacji kosztów leczenia szpitalnego za granicą rozszerzono także na krajową służbę zdrowia, która świadczy to leczenie bezpłatnie, tak jak brytyjski *National Health Service (NHS)*. W sprawie *Müller-Fauré*<sup>25</sup> Trybunał podkreślił, że nie ma potrzeby, z perspektywy swobody świadczenia usług, przeprowadzać rozróżnienia w odniesieniu do tego, czy pacjent płaci sam za koszty leczenia i odpowiednio ubiega się o zwrot, czy też kasa chorych albo budżet państwa płaci świadczeniodawcy bezpośrednio.

Analiza dorobku orzeczniczego Trybunału w zestawieniu z uregulowaniami dyrektywy skłania do przyjęcia częściowego wniosku, że dyrektywa ustanawia raczej niski standard ochrony w porównaniu z wieloma szczegółowymi i odważnie promującymi prawa pacjentów orzeczeniami. Uregulowania dyrektywy często dewaluują osiągnięcia orzecznictwa, a sposób jej implementacji w nowych państwach członkowskich często wydaje się wręcz sprzeczny z jej celami.

Dyrektywa ma charakter komplementarny w stosunku do przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego<sup>26</sup>, także wśród celów dyrektywy wymienia się dążenie do wyjaśnienia jej związku z już istniejącymi ramami prawnymi. Pacjenci,

<sup>20</sup> Sprawa. C-158/96, *op. cit.*, pkt 17–21.

<sup>21</sup> Sprawa C-120/95, *op. cit.*, pkt. 35–36.

<sup>22</sup> Sprawa C-157/99, [2001], ECR I-5473, pkt 53–58.

<sup>23</sup> Sprawa C-368/98 *Vanbraekel* [2001] ECR I 5473, pkt 41.

<sup>24</sup> Sprawa C-372/04, *The Queen, na wniosek Yvonne Watts / Bedford Primary Care Trust oraz Secretary of State for Health*, [2006] ECR I-04325, pkt 23.

<sup>25</sup> Sprawa C-385/99 *Müller-Fauré*, [2003] ECR I-4509, pkt 55–59.

<sup>26</sup> Por. pkt 30 preambuły do dyrektywy o transgranicznej opiece zdrowotnej, dalej: preambuła.

którzy chcieliby leczyć się za granicą, w okolicznościach innych niż określone w rozporządzeniu nr 883/2004 mają możliwość korzystania z zasad dotyczących swobodnego przemieszczania się pacjentów w ramach swobody przepływu usług i towarów zgodnie z TFUE oraz nową dyrektywą. Każdy pacjent występujący o zgodę na leczenie w innym państwie stosownie do swojego stanu zdrowia powinien otrzymać tę zgodę na warunkach określonych w rozporządzeniach unijnych, jeżeli dane leczenie jest wśród świadczeń przewidzianych w przepisach jego państwa zamieszkania i jeżeli pacjent nie może uzyskać takiego leczenia w terminie uzasadnionym przesłankami medycznymi, z uwzględnieniem jego aktualnego stanu zdrowia oraz prawdopodobnego przebiegu choroby. Jeżeli jednak pacjent wyraźnie zwróci się o skorzystanie z leczenia na warunkach przewidzianych w dyrektywie, świadczenia, których koszty podlegają zwrotowi, powinny zostać ograniczone do świadczeń, których dotyczy dyrektywa. W wypadku gdy pacjent jest uprawniony do transgranicznej opieki zdrowotnej, zarówno zgodnie z dyrektywą, jak i z rozporządzeniem państwo członkowskie ubezpieczenia powinno pacjenta poinformować o tym, które przepisy są dla niego korzystniejsze<sup>27</sup>. Jakże zatem będą praktyczne dla pacjenta-usługobiorcy implikacje wprowadzonych zmian? Zakresy podmiotowe i przedmiotowe rozporządzeń i dyrektywy są podobne, z wyjątkiem świadczeń opieki długoterminowej, które wyłączono z zakresu dyrektywy<sup>28</sup>. Obydwa akty prawne mają zastosowanie do planowanej i nieplanowanej opieki zdrowotnej. Ale już w zależności od wyboru potencjalnych świadczeniodawców warunki uzyskania zwrotu kosztów są różne – przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego dotyczą głównie systemów publicznych, podczas gdy dyrektywa nakłada na państwa członkowskie obowiązek refundowania usług medycznych świadczonych zarówno przez usługodawców publicznych, jak i prywatnych i niezakontraktowanych. Na gruncie rozporządzenia 883/2004 leczenie musi być poprzedzone uzyskaniem zgody<sup>29</sup>, na podstawie dyrektywy 2011/24/UE wydawanie zgody na leczenie w ramach swobody przepływu usług jest wyjątkiem od reguły – że pacjent usługobiorca korzysta ze swobód wspólnego rynku w sposób niezakłócony. Opierając się na rozporządzeniu, pacjent może uzyskać zwrot całej kwoty za leczenie na podstawie zasad i cen świadczeń obowiązujących w państwie leczenia, a rozliczenie zwykle odbywa się pomiędzy ubezpieczycielem a świadczeniodawcą. Na podstawie przepisów dyrektywy pacjent sam płaci za świadczenie, a refundacja może nastąpić do wysokości ceny analogicznego świadczenia

<sup>27</sup> *Ibidem*, pkt 31.

<sup>28</sup> Szerzej na ten temat: G. Uścińska, *Zabezpieczenie społeczne osób korzystających z prawa do przemieszczania się w Unii Europejskiej*, LEX 2013, s. 343–345.

<sup>29</sup> Art. 20 rozporządzenia; szerzej na ten temat: G. Uścińska, *op. cit.*, s. 346; A. Rutecka, *Dostępność służby medycznej państw Unii Europejskiej dla obywatela polskiego w świetle orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości i polskiego sądownictwa administracyjnego oraz praktyki Narodowego Funduszu Zdrowia*, „Palestra” 2013, Nr 9–10, s. 138–140.



w państwie ubezpieczenia. Co ważne, dyrektywa nie ustanawia nowego ani nie rozszerza uprawnień do zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, jeżeli nie mieści się ono w zakresie świadczeń przewidzianych w ustawodawstwie państwa ubezpieczenia pacjenta<sup>30</sup>. Jednocześnie dyrektywa nie zapobiega, a wręcz przeciwnie – zachęca do rozszerzania przez państwa członkowskie ich systemu świadczeń rzeczowych na transgraniczną opiekę zdrowotną<sup>31</sup>. Zatem fakt, że obowiązek zwrotu kosztów leczenia za granicą, zgodnie z dyrektywą, jest ograniczony tylko do świadczeń, do których pacjent jest uprawniony w swoim państwie ubezpieczenia, nie wyklucza zwrotu przez państwa kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej ponad ten pułap. Refundacją mogą być objęte na przykład koszty noclegu i podróży, lub koszty ponoszone przez osoby niepełnosprawne, nawet w wypadkach, gdy nie podlegają one refundacji w państwie ubezpieczenia.

Zgodnie z dyrektywą decyzja o tym, czy istnieje potrzeba wprowadzenia systemu uprzednich zgód należy do państw jako wyłącznie odpowiedzialnych za ustanawianie zasad dotyczących zarządzania, wymogów, standardów i bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej. Państwa, uwzględniając kryteria ustalone w dyrektywie i orzecznictwo Trybunału, powinny także określić, które świadczenia opieki zdrowotnej wymagają takiej zgody w ramach krajowego systemu. Uzależnienie od uprzedniej zgody refundacji kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej przez system krajowy jest – w świetle orzecznictwa Trybunału – ograniczeniem w swobodnym przepływie usług. Zatem co do zasady, państwo ubezpieczenia nie powinno uzależniać pokrycia tych kosztów od uprzedniej zgody, gdyż wiadomo, że koszty tej opieki – jeżeli udzielono by jej w kraju – musiałyby być sfinansowane przez krajowy system opieki zdrowotnej.

Państwa członkowskie mogą wprowadzać ograniczenia w swobodnym przepływie usług pod warunkiem, że są one uzasadnione koniecznością ochrony interesu publicznego. W orzecznictwie dotyczącym działalności leczniczej Trybunał na gruncie art. 49 i 56 TFUE zdefiniował tzw. wymogi konieczne interesu publicznego jako wymogi planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie lub dotyczące woli kontrolowania kosztów i unikania, na ile to możliwe, wszelkiego marnotrawstwa zasobów<sup>32</sup>. Trybunał uznał też, że cel, jakim jest utrzymanie – w interesie zdrowia publicznego – zrównoważonej i dostępnej dla wszystkich opieki medycznej i szpitalnej, może również

---

<sup>30</sup> Państwa członkowskie mają wyłączną kompetencję do określenia zakresu świadczeń objętych ubezpieczeniem zdrowotnym, zatem osoba, która skorzystała z usług medycznych w innym państwie i domaga się refundacji poniesionych kosztów na podstawie swobody świadczenia usług, otrzyma je zgodnie z krajowymi regulacjami. Por. wyroki w sprawie C-110/79 *Una Coonan v. Insurance Officer*, [1980] ECR 1445, oraz w sprawie C-4/95 *Fritz Stöber* i C-5/95 *José Manuel Piosa Pereira v. Bundesanstalt für Arbeit*, [1997] ECR I-511.

<sup>31</sup> Por. pkt 33 preambuły.

<sup>32</sup> Por. pkt 12 preambuły.

być objęty jednym z odstępstw przewidzianych w art. 52 TFUE, jeżeli przyczynia się do osiągnięcia wysokiego poziomu ochrony zdrowia. To postanowienie TFUE umożliwia państwom ograniczenie swobody świadczenia usług medycznych i szpitalnych w takim zakresie, w jakim utrzymanie zdolności do leczenia lub kompetencji medycznych na terytorium krajowym jest niezbędne dla zdrowia publicznego. Zbadawszy liczne względy uzasadniające wymóg zgody na leczenie Trybunał uznał, iż system wymagający uprzedniej zgody nie mieści się, ani w zakresie odstępstwa dotyczącego zdrowia publicznego zawartego w art. 52 i art. 62 TFUE, ani w zakresie nadrzędnych względów interesu ogólnego<sup>33</sup>.

Z orzecznictwa Trybunału wynika, że państwa członkowskie mogą uzależniać od uprzedniej zgody jedynie refundację kosztów opieki szpitalnej, zapewnianej za granicą<sup>34</sup>. Wymóg ten jest konieczny i uzasadniony, gdyż liczba szpitali, ich rozmieszczenie geograficzne, sposób organizacji oraz wyposażenie, a nawet rodzaj świadczeń medycznych, które są w stanie zaoferować poszczególne placówki, wymagają planowania. Trybunał stwierdził, że takie planowanie ma na celu zapewnienie wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia szpitalnego wysokiej jakości w danym państwie<sup>35</sup>. Ponadto planowanie ułatwia kontrolowanie kosztów i zapobiega marnowaniu zasobów finansowych, technicznych i ludzkich<sup>36</sup>. Marnotrawstwo w sektorze opieki szpitalnej przyniosłoby większe szkody, gdyż opieka ta generuje znaczne koszty i musi zaspokajać rosnące potrzeby, natomiast środki przeznaczone na opiekę zdrowotną nie są nieograniczone, niezależnie od stosowanego sposobu finansowania. Dotyczy to także opieki zdrowotnej nieświadczanej w szpitalach, ale podlegającej podobnym wymogom planowania z racji wykorzystania wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury lub sprzętu medycznego. Trzeba podkreślić, że system udzielania zgody na leczenie na podstawie dyrektywy, a tym samym traktatowej swobody przepływu usług działa na zasadzie wyjątku od reguły – regułą jest, że wymogu zgody nie ma, ponieważ pacjent-usługobiorca bez przeszkód i barier ma prawo leczyć się na terenie całego wspólnego rynku.

Przy realizacji systemu uprzednich zgód należy uwzględnić ogólną zasadę ochrony bezpieczeństwa pacjenta. Podstawą odmowy zgody nie może być fakt, że na terytorium danego państwa członkowskiego istnieją listy osób oczekujących, pozwalające planować podaż opieki szpitalnej i zarządzać nią na podstawie określonych wcześniej ogólnych priorytetów klinicznych. Odmowy nie można udzielić bez dokonania obiektywnej oceny medycznej. W wypadku gdy pacjent jest uprawniony do opieki zdrowotnej,

<sup>33</sup> Sprawa C-173/09 *Elchinov*, [2010] ECR I-08889, pkt 45.

<sup>34</sup> *Ibidem*, pkt 47.

<sup>35</sup> Sprawa C-157/99 *Peerbooms*, [2001] ECR I-05473, pkt 106.

<sup>36</sup> *Ibidem*, pkt 79.

a nie można jej zapewnić w terminie uzasadnionym przesłankami medycznymi, państwo ubezpieczenia powinno być w zasadzie zobowiązane do udzielenia uprzedniej zgody. Artykuł 7 dyrektywy poświęcony ogólnym zasadom zwrotu kosztów potwierdza tę regułę, ustęp 8 tegoż artykułu zawiera następującą zasadę: „z wyjątkiem przypadków określonych w art. 8 państwo członkowskie ubezpieczenia nie może uzależniać zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej od uzyskania uprzedniej zgody”. Zatem korzystanie z transgranicznej opieki medycznej wymaga uprzedniej zgody jedynie w trzech wypadkach. Po pierwsze, jeśli opieka ta podlega wymogom planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie lub dotyczącym woli kontrolowania kosztów i uniknięcia, na ile jest to możliwe, marnotrawstwa zasobów finansowych technicznych i ludzkich oraz obejmuje pobyt danego pacjenta w szpitalu przez co najmniej jedną noc lub występuje konieczność użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury medycznej lub aparatury medycznej. W drugim wypadku wymóg zgody dotyczy leczenia stwarzającego szczególnie ryzyko dla pacjenta lub dla społeczeństwa. W trzecim wypadku zgoda jest wymagana, gdy chodzi o opiekę świadczoną przez usługodawcę, który może budzić poważne i szczególne wątpliwości związane z jakością lub bezpieczeństwem opieki, z wyłączeniem opieki zdrowotnej, która podlega prawodawstwu unijnemu zapewniającemu minimalny poziom bezpieczeństwa i jakości w całej Unii. Mamy zatem do czynienia z zamkniętym katalogiem rodzajów opieki zdrowotnej, która może wymagać uprzedniej zgody. Charakterystyka opieki zdrowotnej służącej zaspokojeniu interesu publicznego zawarta w lit. a jest zgodna z orzecznictwem Trybunału i nie budzi zastrzeżeń, natomiast rodzaje opieki w lit. b i c opisane są bardzo ogólnie i wywołują liczne wątpliwości. Właśnie przepisy art. 8 dotyczące zasad udzielania uprzedniej zgody na leczenie są dobrym przykładem odejścia od zasad ukształtowanych w orzecznictwie i pozostawienia państwom nadmiernej swobody w ograniczaniu traktatowej swobody świadczenia usług.

Dyrektywa w sprawie praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej ugruntowała regułę rozliczania świadczeń, zgodnie z którą – jeżeli refundacja odbywa się na podstawie rozporządzenia, to według poniesionych wydatków, jeśli z powołaniem się na swobodę świadczenia usług – na podstawie dyrektywy – to do wysokości kosztów, które płatnik poniósłby za analogiczne świadczenie w kraju ubezpieczenia. Zatem gdy koszt usługi medycznej za granicą jest wyższy lub równy taryfie przewidzianej za taki sam zabieg w państwie ubezpieczenia, korzystniejsza – z punktu widzenia pacjenta – będzie refundacja na podstawie rozporządzenia, wtedy zwrot będzie odpowiadał rzeczywiście poniesionym wydatkom w państwie usługi. Jeżeli natomiast taryfa w państwie ubezpieczenia jest wyższa niż wydatki poniesione w państwie usługi, artykuł 56 TFUE oraz

dyrektywa gwarantują zwrot kosztów według taryfy ubezpieczyciela. Trybunał w sprawach *Luisi i Carbone*, *Vanbraekel*<sup>37</sup> zwrócił uwagę, że niższy limit ubezpieczenia w sytuacjach, w których dana osoba korzysta z usług szpitalnych za granicą, stanowi barierę w przepływie usług. W praktyce pacjent, który uzyskał zezwolenie, rozlicza się z funduszem zgodnie z przepisami rozporządzenia, otrzymując zwrot całej kwoty, jeśli natomiast skorzystał z leczenia za granicą bez zezwolenia, to może jedynie dochodzić zwrotu na podstawie przepisów traktatowych i dyrektywy do wysokości ceny świadczenia w kraju.

Współpraca przygraniczna pomiędzy państwami w dziedzinie opieki zdrowotnej sprzyja planowaniu wydatków oraz zapewnieniu lepszej i skuteczniejszej pomocy medycznej. Generuje jednak wiele praktycznych problemów, które tylko częściowo rozwiązuje implementacja dyrektywy 2011/24/UE. Nieprecyzyjne są na przykład zasady dostępu do dokumentacji medycznej w razie konieczności kontynuacji leczenia w państwie ubezpieczenia, w szczególności w ramach współpracy pomiędzy usługodawcą prywatnym i publicznym. Duże kontrowersje wywołuje problem odpowiedzialności świadczeniodawcy za szkody powstałe podczas leczenia. Lakoniczne w tym zakresie uregulowania dyrektywy nie zreformują zasad systemów ubezpieczeń OC w zawodach medycznych. Faktem jest, że sumy gwarancyjne polis lekarzy indywidualnych, a nawet szpitali w tzw. nowych państwach członkowskich, są kilkanaście razy niższe od kwot zasądanych w ramach odszkodowań i zadośćuczynień w państwach starej Europy. Nie należy oczekiwać, że powyższe problemy zostaną rozwiązane w krótkim czasie, jednak implementacja dyrektywy 2011/24/UE jest na pewno kolejnym krokiem na drodze do ich przezwyciężenia. Zwiększenie komplementarności usług zdrowotnych w regionach przygranicznych państw członkowskich także nie nastąpi szybko, głównie z uwagi na dużą odporność tej dziedziny prawa na działania UE i ogromną zależność od woli politycznej państw. Dopiero analiza raportów państw członkowskich na potrzeby sprawozdania z wykonania dyrektywy 2011/24/UE, które sporządzi komisja do dnia 25 października 2015 r., pozwoli na wysnucie kompletnych wniosków odnośnie do skali zjawiska mobilności w państwach członkowskich i perspektyw jej rozwoju<sup>38</sup>.

<sup>37</sup> Sprawa C-286/82 i 26/83 *Graziana Luisi and Giuseppe Carbone v. Ministero del Tesoro*, *op. cit.*; sprawa C-368/98, *op. cit.*, pkt 45; zob. komentarz do tego ostatecznego orzeczenia: A.P. van der Mei, *Cross-border access to healthcare and entitlement to complementary “Vanbraekel reimbursement”*, E.L.Rev. 2011, nr 36, s. 431 i n.

<sup>38</sup> Na mocy art. 20 dyrektywy 2011/24/UE sprawozdanie to zawierać ma w szczególności informacje dotyczące przepływów pacjentów, wymiaru finansowego mobilności pacjentów, wykonywania art. 7 ust. 9 i art. 8 oraz funkcjonowania europejskich sieci referencyjnych i krajowych punktów kontaktowych. W tym celu komisja dokonuje oceny systemów i praktyk stosowanych przez państwa członkowskie w świetle wy-mogów dyrektywy 2011/24 i innego ustawodawstwa unijnego dotyczącego mobilności pacjentów.

### 3. Projekty współpracy transgranicznej w obszarze ochrony zdrowia – stan obecny i perspektywy rozwoju

Wśród podstaw prawnych tego rodzaju współpracy wymienić należy różnorodne porozumienia dwustronne, wielostronne oraz instrumenty ponadnarodowego prawa UE. Często są to dwustronne umowy międzypaństwowe. Wśród tych o najdłuższej tradycji i jednocześnie najbardziej znaczących wyróżnia się: umowę z Undine z 1956 r. pomiędzy Jugosławią i Włochami. Została ona odziedziczona przez państwa powstałe w wyniku rozpadu Jugosławii i na długie lata uregulowała współpracę przygraniczną dotyczącą koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, na warunkach równie korzystnych, jak unijny system oparty na formularzu E111. W 1999 r. rząd Słowenii zawarł nowe umowy z Włochami i Austrią, dotyczące koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w szczególności w odniesieniu do świadczeń medycznych dla pracowników migrujących w rejonach przygranicznych oraz dla miejscowej ludności<sup>39</sup>. Należy zauważyć, że większość z tych umów ma na celu udzielanie pomocy medycznej w postaci konsultacji lub planowego leczenia bez potrzeby dopełnienia formalności wymaganych w związku z wykonaniem unijnych rozporządzeń o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego; część dotyczy pomocy w sytuacjach nagłych.

Instytucje ubezpieczenia zdrowotnego państw członkowskich zawierają także umowy o współpracy między sobą, np. projekt *Integratie Zorg Op Maat (IZOM)*, realizowany w regionie Mozeli i Renu, obejmujący Belgię, Holandię i Niemcy, lub *TRANSCARD* w Hainaut w Belgii i Nord-Pas de Calais we Francji. Instytucje ubezpieczenia zdrowotnego często zawierają porozumienia bezpośrednio z zakładami opieki zdrowotnej innego państwa członkowskiego, np. brytyjski *National Health Service* współpracuje z belgijskimi szpitalami w ramach programów *Treating Patients Overseas* i *London Patient Choice*. Umowy o współpracy zawierają też same zakłady opieki zdrowotnej państw członkowskich, np. *L'Academisch Ziekenhuis Maastricht* w Holandii oraz *l'Universitatklinikum der RWTH d'Aix-la-Chapelle* w Niemczech. Współpraca toczy się także pomiędzy samorządami terytorialnymi państw członkowskich lub samorządem terytorialnym jednego państwa a zakładami opieki zdrowotnej lub instytucją ubezpieczenia zdrowotnego innego państwa członkowskiego, jak w wypadku *Belgisch-Nederlands GrensOverleg – BENEGO*<sup>40</sup>.

Współpraca przygraniczna w dziedzinie ochrony zdrowia może być także realizowana przez europejskie ugrupowania współpracy terytorialnej<sup>41</sup>, działające na podstawie

<sup>39</sup> M. Rosenmöller [et al.], *Patient mobility: the context and issues*, [w:] M. Rosenmoller, M. Mekce, R. Baeten (ed.), *Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*, Copenhagen 2006, s. 13.

<sup>40</sup> M. Malczewska, *op. cit.*, s. 1062.

<sup>41</sup> Zgodnie z rejestrem Komitetu Regionów, obecnie działa ich na terenie UE 54, por. Wykaz europejskich ugrupowań współpracy terytorialnej (EUWT), których utworzenie zgłoszono Komitetowi Regionów

rozporządzenia (WE) nr 1082/2006<sup>42</sup>. Najbardziej reprezentatywnym przykładem współpracy w ramach tej formy prawnej jest działalność pierwszego i jak dotychczas jedyne go szpitala transgranicznego w Cerdanya<sup>43</sup> na podstawie umowy pomiędzy Narodowym Zakładem Ubezpieczeń Zdrowotnych Katalonii i Regionalną Agencją ds. Szpitali z Langwedocji-Rousillon<sup>44</sup>.

W literaturze wyróżnia się regiony o długiej i dobrej tradycji transgranicznej współpracy w zakresie usług zdrowotnych<sup>45</sup>, w szczególności przynależą one do tzw. starych państw członkowskich. O ścisłej współpracy można mówić pomiędzy Belgią i Holandią (Liège–Hermalle–sous–Argenteau–Maastricht, Reimst–Maastricht), Niemcami i Danią (Schleswig–Sudjutland), Szwecją i Finlandią (Kiruna–Enontekia, Vaasa–Umea, Ylitornio–Overtornea), Wielką Brytanią i Irlandią (Londonderry–Letterkenny–Belfast, Portadown–Monaghan–Navan–Newry)<sup>46</sup>, Wielką Brytanią i Maltą, Szwecją i Danią (Ronne–Ystad, Malmo–Kopenhagen–Lund, Kopenhagen–Goteborg, Aarhus–Varberg–Halmstad), Estonią i Łotwą (Valga–Valka)<sup>47</sup>, Włochami i Słowenią (Gorizia–Gorica), Włochami i Maltą (Rzym–Malta), Francją i Hiszpanią (Bayonne–San Sebastian, Bayonne–Pamplona, Saint–Gaudens–Lleida, Lavelanet–Mataro, Perpignan–Pulgercerda), Francją i Belgią (Tourcoing–Mouscron), Polską i Czechami (Nysa–Ołomuniec–Jasenik). Współpraca ta polega nie tylko na dostępie do konsultacji lekarskich oraz zabiegów operacyjnych, lecz także na usługach telemedycyny i medycyny ratunkowej, transporcie sanitarnym, wspólnym zakupie sprzętu, wymianie kadry oraz dobrych praktyk w dziedzinie zarządzania i jakości opieki zdrowotnej.

W nowych państwach członkowskich przygraniczna mobilność pacjentów, zapoczątkowana dopiero wraz z akcesją w 2004 r, a tym samym z wprowadzeniem Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)<sup>48</sup>, i z różnych przyczyn do czasu

---

Unii Europejskiej zgodnie z art. 5 rozporządzenia (WE) nr 1082/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady, Bruksela, 15 czerwca 2015 r.

<sup>42</sup> Rozporządzenie (WE) nr 1082/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 lipca 2006 r., w sprawie europejskiego ugrupowania współpracy terytorialnej (EUWT), Dz. Urz. UE L 2010/19 z 31.07.2006 r.

<sup>43</sup> [www.hcerdanya.eu](http://www.hcerdanya.eu) [dostęp: 8.12.2015]

<sup>44</sup> P. Harant, *Hospital cooperation across French borders*, [w:] M. Rosenmoller, M. Mekce, R. Baeten (ed.), *Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*, Copenhagen 2006, s. 161 i n.

<sup>45</sup> M. Malczewska, *op. cit.*, s. 1063.

<sup>46</sup> J. Jamison, H. Legido-Quigley, M. McKee, *Cross-border care in Ireland*, [w:] M. Rosenmoller, M. Mekce, R. Baeten (ed.), *Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*, Copenhagen 2006, s. 44.

<sup>47</sup> Por. M. Jesse, R. Kruuda, *Cross-border care in the north: Estonia, Finland and Latvia*, [w:] M. Rosenmoller, M. Mekce, R. Baeten (ed.), *Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*, Copenhagen 2006, s. 33.

<sup>48</sup> To bezpłatna karta, która zapewnia dostęp do niezbędnych z medycznego punktu widzenia usług państwowej opieki zdrowotnej podczas tymczasowego pobytu w dowolnym z 28 państw członkowskich UE, w Islandii, Liechtensteinie, Norwegii i Szwajcarii na takich samych warunkach i w takiej samej cenie (czyli w niektórych krajach bezpłatnie) jak osobom ubezpieczonym w danym kraju. Karty są wydawane

implementacji dyrektywy w sprawie praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej utrzymywała się na poziomie minimalnym<sup>49</sup>. Polska dotychczas brała udział w jedynym projekcie EU–MED–EAST, finansowanym w ramach programu INTERREG, w latach 2004–2007, w Niemczech – na obszarze Brandenburgii, Saksonii, w Polsce – województwa lubuskiego i dolnośląskiego, w Czechach – kraju libereckiego i ujskiego. Program ten miał na celu utworzenie regionalnej, transgranicznej sieci powiązań w dziedzinie opieki zdrowotnej i społecznej z wybranymi nowymi państwami członkowskimi dla wprowadzenia trwałej, długoterminowej współpracy pomiędzy instytucjami systemu ochrony zdrowia oraz przekonanie mieszkańców regionu do korzystania z jej efektów. EU–MED–EAST miał umożliwić tym regionom rozwój innowacyjnych rozwiązań, będących odpowiedzią na pojawiające się w sektorze ochrony zdrowia wyzwania związane z rozszerzeniem UE, a także orzecznictwem unijnego Trybunału Sprawiedliwości. W ramach projektu działało pięć podsieci roboczych, z których dwie dotyczyły opieki medycznej. Podsieć „Transgraniczne świadczenia zdrowotne” zajmowała się kwestiami udostępniania i korzystania ze świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim. Podsieć „Transgraniczna profilaktyka zdrowotna” służyła wymianie informacji i doświadczeń, a także podejmowaniu wspólnych działań w zakresie oświaty i wychowania zdrowotnego, zwłaszcza zapobieganiu nałogom oraz chorobom zakaźnym<sup>50</sup>.

## Wnioski

Ocena dotychczasowej skali zjawiska mobilności pacjentów w regionach przygranicznych nie jest łatwa. Brakuje oficjalnych statystyk dla poszczególnych państw członkowskich i dla całej Unii odnośnie liczby pacjentów korzystających z transgranicznej

---

przez krajowy zakład ubezpieczenia zdrowotnego; zob. Decision No 189 of 18 June 2003 aimed at introducing a European health insurance card to replace the forms necessary for the application of Council Regulations (EEC) No 1408/71 and (EEC) No 574/72 as regards access to health care during a temporary stay in a Member State other than the competent State or the State of residence, OJ L 276 of 27.10.2003; Decision No 190 of 18 June 2003 concerning the technical specifications of the European health insurance card, OJ L 276 of 27.10.2003; Decision No 191 of 18 June 2003 concerning the replacement of forms E 111 and E 111 B by the European health insurance card, OJ L 276 of 27.10.2003.

<sup>49</sup> Na przykład w Polsce w ramach unijnego systemu koordynacji – na podstawie art. 26 ust. 1 u.ś.o.z. – Prezes NFZ wydaje średnio rocznie ok. 160 pozwoleń na leczenie za granicą; por. A. Rutecka, *Dostępność służby medycznej państw Unii Europejskiej dla obywatela polskiego w świetle orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości i polskiego sądownictwa administracyjnego oraz praktyki Narodowego Funduszu Zdrowia*, Palestra 2013, nr 9–10, s. 142; zaledwie 2% Estończyków korzysta w opieki zdrowotnej za granicą, z powodu wysokiego poziomu zadowolenia z krajowej służby zdrowia; por. M. Jesse, R. Kruuda, *op. cit.*, s. 28.

<sup>50</sup> M. Malczewska, *op. cit.*, s. 1063.

opieki medycznej<sup>51</sup>. Warto zauważyć, że z Projektu dyrektywy 2011/24/UE usunięto art. 18 dotyczący zobowiązania państw członkowskich do gromadzenia danych dla celów statystycznych i monitorowania. Pomimo zaleceń Komisji Europejskiej zawartych w sprawozdaniu w celu dokonania oceny wpływu dyrektywy 2011/24/UE na mobilność pacjentów<sup>52</sup> państwa często nie prowadzą centralnego rejestru przybywających pacjentów zagranicznych<sup>53</sup>. Na przykład w Hiszpanii odpowiedzialność za opiekę zdrowotną spoczywa na wspólnotach autonomicznych, natomiast w koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w ramach UE uczestniczy INSS (*Instituto Nacional de la Seguridad Social*) na poziomie centralnym, dodatkowo świadczeniodawcy prywatni niechętnie udzielają informacji na temat świadczonych usług, często na przeszkodzie przetwarzaniu i gromadzeniu tego typu danych stoi ochrona danych osobowych<sup>54</sup>. To implikuje podstawowe pytanie, w jaki sposób polityczni decydenci odpowiedzialni za realizację krajowej polityki ochrony zdrowia powinni uwzględnić transgraniczną mobilność pacjentów w budżecie i planowaniu opieki szpitalnej skoro najczęściej nie dysponują nawet danymi liczbowymi co do skali zjawiska mobilności pacjentów? Dodatkowo, brakuje instytucjonalnych powiązań pomiędzy sektorem prywatnym a publicznym, nawet w obszarze wymiany informacji, nie mówiąc już o przepływie dokumentacji medycznej. Z nielicznych i prowadzonych dotychczas w sposób bardzo nieskoordynowany statystyk wynika jednak, że mobilność pacjentów w UE, szczególnie w regionach przygranicznych, z roku na rok wzrasta. Rozwój rynku wewnętrznego, konsekwentne usuwanie barier w swobodnym przepływie usług implikują powstawanie coraz lepszych warunków dla transgranicznych mobilności, nawet w tych państwach członkowskich, które nie cieszą się ani długą, ani dobrą tradycją w tego rodzaju współpracy.

---

<sup>51</sup> Na potrzeby dużych projektów, np. The Europe for Patients (e4p) 2004, UE Program Ramowy VI, zebrano następujące dane: 1140 pacjentów z Austrii oraz 1679 pacjentów z Włoch leczęło się w szpitalach Słowenii w latach 2000–2002 – w tym 80% w regionach przygranicznych, w wypadku pacjentów austriackich w 76% koszty pokryło ubezpieczenie społeczne, a w wypadku pacjentów włoskich zrefundowano tylko 36% ; znaczna ilość pacjentów korzysta z leczenia ambulatoryjnego, w latach 2000–2002 z leczenia stomatologicznego w Słowenii skorzystało 27 500 pacjentów z Austrii oraz 17 500 pacjentów z Włoch; por. T. Albrecht, R. Pribaković Brinovec, J. Stalč, *Cross-border care in the south: Slovenia, Austria and Italy*, [w:] M. Rosenmoller, M. Mekce, R. Baeten (ed.), *Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*, Copenhagen 2006, s. 14-16.

<sup>52</sup> COM (2014) 44 final, pkt 4.

<sup>53</sup> Często dane dotyczące mobilności pacjentów nie uwzględniają wskazania, czy świadczenia medyczne udzielane były w ramach rozporządzeń koordynacyjnych, umów bilateralnych między państwami czy współpracy regionalnej, por. COM (2014) 44 final, załącznik 1.

<sup>54</sup> M. Rosenmüller [et al.], *op. cit.*, s. 5; M. Rosenmüller, M. Lluch, *Meeting the needs of long-term residents in Spain*, [w:] M. Rosenmoller, M. Mekce, R. Baeten (ed.), *Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*, Copenhagen 2006, s. 65.



## Wykaz literatury

- Albrecht T., Pribaković Brinovec R., Stalč J., *Cross-border care in the south: Slovenia, Austria and Italy*, [w:] M. Rosenmoller, M. Mekce, R. Baeten (ed.), *Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*, Copenhagen 2006.
- Azzopardi Muscat N., Grech K., Cachia J.M., Xuereb D., *Sharing capacities – Malta and the United Kingdom*, [w:] M. Rosenmoller, M. Mekce, R. Baeten (ed.), *Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*, Copenhagen 2006.
- Bach-Golecka D., *Mobilny pacjent. Korzystanie z transgranicznej opieki zdrowotnej w prawie Unii Europejskiej*, Instytut Wydawniczy EuroPrawo, Warszawa 2015.
- Bach-Golecka D., *Pomiędzy solidarnością a wspólnym rynkiem. Uwagi na tle orzecznictwa ETS dotyczącego usług medycznych*, [w:] S. Biernat, S. Dudzik (red.), *Przepływ osób i świadczenie usług w Unii Europejskiej. Nowe zjawiska i tendencje*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009.
- Biernat S., Dudzik S. (red.), *Przepływ osób i świadczenie usług w Unii Europejskiej. Nowe zjawiska i tendencje*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009.
- Cabral P., *The internal market and the right to cross-border medical care*, *European Law Review* 2004, nr 29.
- Coheur A., *Hospital cooperation in border regions in Europe, practical experiences – perspectives. Free movement and cross-border cooperation in Europe: the role of hospitals and practical experiences in hospitals*, HOPE Conference and Workshop. Luxembourg, Entente des hôpitaux luxembourgeois. Proceedings, June 2003.
- Enchelmaier S., *Always at your service (within limits): the ECJ's case law on article 56 TFEU (2006-11)*, „*European Law Review*” 2011, no 36.
- Giesen R., *Case C-120/95, Nicolas Decker v. Caisse de maladie des employés privés, Judgement of 28 April 1998, [1998] ECR I-1831; Case C-158/96, Raymond Koll v. Union des caisses de maladie, Judgement of 28 April 1998, [1998] ECR I 1935*, „*Common Market Law Review*” 1999, nr 4.
- Glinos I.A., Baeten R., Boffin N., *Cross-border contracted care in Belgian hospitals*, [w:] M. Rosenmoller, M. Mekce, R. Baeten (ed.), *Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*, Copenhagen 2006
- Gronden J.W. [et al.], *Health Care and EU law*, Springer, Hague 2011.
- Hancher L., Sauter W., *One step beyond? From Sodemare to Docmorris: EU's freedom of establishment case law concerning healthcare*, „*Common Market Law Review*” 2010, nr 47.
- Harant P., *Hospital cooperation across French borders*, [w:] M. Rosenmoller, M. Mekce, R. Baeten (ed.), *Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*, Copenhagen 2006.

- Harant P., Hastert M., Scheres J., *Hospital Co-operation in Border Regions in Europe*, Leuven, HOPE, Standing Committee of the Hospitals of the European Union, 2003.
- Hatzopoulos V.G., *Is it healthy to have an EU health law?*, „European Law Review” 2005, nr 30.
- Hatzopoulos V.G., *Killing National Health and insurance systems but healing patients? The European Market for health care services after the judgments of the ECJ in Vanbraekel and Peerbooms*, „Common Market Law Review” 2002, nr 39.
- Hatzopoulos V.G., Do T.U., *The case law of the ECJ concerning the free provision of services: 2000–2005*, „Common Market Law Review” 2006, nr 43.
- Jamison J., Legido-Quigley H., McKee M., *Cross-border care in Ireland*, [w:] M. Rosenmoller, M. Mekce, R. Baeten (ed.), *Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*, Copenhagen 2006.
- Jesse M., Kruuda R., *Cross-border care in the north: Estonia, Finland and Latvia*, [w:] M. Rosenmoller, M. Mekce, R. Baeten (ed.), *Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*, Copenhagen 2006.
- Kaczorowska A., *A Review of the Creation by the European Court of Justice of the Right to Effective and Speedy Medical Treatment and its Outcomes*, „European Law Journal” 2006, nr 12.
- Kapko M., *Swoboda przemieszczania się pacjentów w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości*, „Europejski Przegląd Sądowy” 2006, nr 7.
- Kielbasa M., *Wpływ prawa Unii Europejskiej na systemy opieki zdrowotnej państw członkowskich*, [w:] S. Dudzik, N. Półtorak (red.), *Prawo UE a prawo konstytucyjne państw członkowskich*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013.
- Klaffkowska-Waśniowska K., *Przegląd orzecznictwa TS w zakresie swobody świadczenia usług z 2010 r. (cz. I i II)*, „Europejski Przegląd Sądowy” 2012, nr 4 i 6.
- Lach D., *Transgraniczna opieka zdrowotna – pomiędzy harmonizacją a ujednoczeniem*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2011, nr 12.
- Lewalle H., *A great diversity of tools for cross-border cooperation. Free movement and cross-border cooperation in Europe: the role of hospitals and practical experiences in hospitals*, HOPE Conference and Workshop, Luxembourg, Entente des hôpitaux luxembourgeois. Proceedings, June 2003.
- Malczewska M., *Artykuł 168, Tytuł XIV, Zdrowie publiczne*, [w:] A. Wróbel, K. Kowalik-Bańczyk, M. Szwarc-Kuczer (red.), *Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. T. 2, (Art. 90–222)*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2012.
- Van der Mei A.P., *Cross-border access to healthcare and entitlement to complementary “Vanbraekel reimbursement”*, „European Law Review” 2011, nr 36.
- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Koordinacja systemów zabezpieczenia społecznego w Unii Europejskiej: analiza ustawodawstwa unijnego i jego implikacje dla Polski*, Warszawa 2002.

- Murphy C., *An effective right to cross-border healthcare? On patients, primacy and procedural autonomy: comment on Elchinov*, "European Law Review" 2011, nr 36.
- Nebling T., Schemken H.-W., *Cross-border contracting: the German experience*, [w:] M. Rosenmoller, M. Mekce, R. Baeten (ed.), *Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*, Copenhagen 2006.
- Nedwick C., *Citizenship, free movement and health care: cementing individual rights by corroding social solidarity*, „Common Market Law Review” 2006, nr 43.
- Roberts S., *A short history of social security coordination*, [w:] Y. Jorens (ed.), *50 years of Social Security Coordination: Past – Present – Future*, Publications Office of the European Union, Luxembourg 2010.
- De la Rosa S., *The directive on cross-border healthcare or the art of codifying complex case law*, „Common Market Law Review” 2012.
- Rosenmüller M. [et al.], *Patient mobility: the context and issues*, [w:] M. Rosenmoller, M. Mekce, R. Baeten (ed.), *Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*, Copenhagen 2006.
- Rosenmüller M., Lluch M., *Meeting the needs of long-term residents in Spain*, [w:] M. Rosenmoller, M. Mekce, R. Baeten (ed.), *Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*, Copenhagen 2006.
- Rutecka A., *Dostępność służby medycznej państw Unii Europejskiej dla obywatela polskiego w świetle orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości i polskiego sądownictwa administracyjnego oraz praktyki Narodowego Funduszu Zdrowia*, „Palestra” 2013, nr 9–10.
- Saganek P., *Dostęp do usług medycznych w innych państwach członkowskich w świetle orzecznictwa Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości*, „Przegląd Prawa Europejskiego i Międzynarodowego” 2008, nr 2.
- Scaramagli S. [et al.], *Health care for tourists in the Veneto region*, [w:] M. Rosenmoller, M. Mekce, R. Baeten (ed.), *Patient Mobility in the European Union. Learning from experience*, Copenhagen 2006.
- Ślebza K., *Koordinacja systemów zabezpieczenia społecznego. Komentarz*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.
- Uścińska G., *Zabezpieczenie społeczne osób korzystających z prawa do przemieszczania się w Unii Europejskiej*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013.
- Watson F., *Social Security Law of the European Communities*, Mansell Publishing Watson, London 1980.
- Włodarczyk W.C., Kowalska I., Mokrzycka A., *Szkice z polityki zdrowotnej Unii Europejskiej*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2012.

