



## DYREKTYWA O TRANSGRANICZNEJ MOBILNOŚCI PACJENTÓW – UWARUNKOWANIA EKONOMICZNO- -POLITYCZNE ORAZ PRAWNO-ADMINISTRACYJNE

DIRECTIVE ON TRANS-BORDER PATIENTS' MOBILITY –  
ECONOMIC-POLITICAL AND LEGAL-ADMINISTRATIVE  
DETERMINANTS

*Rafał Riedel\**

— ABSTRAKT —

Celem niniejszego tekstu jest analiza dyrektywy o transgranicznej mobilności pacjentów – jej zakresu, implementacji, funkcjonowaniu i percepcji, jak również jej potencjału w zakresie budowy paneuropejskiego rynku usług medycznych. Jej wpływ może sięgać daleko poza uregulowania prawne wspomagające pacjentów udających się za granicę w celu korzystania z usług medycznych. Potencjalnie może ona stanowić jeden z fundamentów przyszłej harmonizacji systemów opieki zdrowotnej w skali europejskiej.

**Słowa kluczowe:** Europejski rynek usług medycznych, mobilność transgraniczna, Europeizacja

— ABSTRACT —

This paper seeks to investigate the directive on trans-border patients' mobility – its scope, implementation, performance and perception as well as its potential to act as a founding stone of truly competitive market of healthcare services on a pan-European scale. Its impact goes far beyond delivering a legal framework for European Union citizens receiving medical services outside of their country of origin, it may be one of the major driving forces behind the process of harmonization of healthcare system across Europe.

**Keywords:** European health care market, trans-border mobility, Europeanisation

---

\* Uniwersytet Opolski, Instytut Politologii.

## WSTĘP

Celem niniejszej pracy jest analiza dyrektywy 2011/24/UE z dnia 9.03.2011 roku w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej<sup>1</sup> – jej zakresu przedmiotowego, sposobu implementacji, pierwszych lat funkcjonowania. Po słynnej dyrektywie usługowej, dyrektywa o transgranicznej mobilności pacjentów pozostaje jedną z najważniejszych implementowanych w ostatnich latach na terytorium Unii Europejskiej (jak również Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Szwajcarii). Jej potencjalny zasięg oddziaływania nie ogranicza się do uregulowania sytuacji prawnej pacjentów korzystających z leczenia poza krajem ubezpieczenia, ale może potencjalnie stanowić załączek powstania prawdziwie konkurencyjnego europejskiego rynku usług medycznych.

2 lipca 2008 roku Komisja Europejska zwróciła się do Rady i Parlamentu Europejskiego z inicjatywą legislacyjną w postaci propozycji dyrektywy o stosowaniu praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej. Inicjatywa ta miała swoje źródło już w 2003 roku, kiedy to ministrowie ds. zdrowia krajów członkowskich Unii Europejskiej (UE) wezwali KE do zbadania możliwości podniesienia „pewności prawnej w obszarze transgranicznej opieki zdrowotnej” (KOM, 2008, s. 2). Po serii analiz, konsultacji i sondaży, jak również po serii debat na forach takich jak m.in. Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej czy Grupa Wysokiego Szczebla ds. Usług Zdrowotnych i Opieki Medycznej dyrektywa przybrała kształt zaproponowany w 2008 roku przez KE.

Transgraniczna mobilność obywateli Unii Europejskiej i związane z nią kwestie ubezpieczeniowe wymuszają poszukiwanie rozwiązania problemu w zakresie świadczenia opieki zdrowotnej w przestrzeni ponadnarodowej. Jak dotychczas polityka zdrowotna pozostaje w zdecydowanej większości domeną kompetencji krajowych, jednak problematyka transgranicznej mobilności pacjentów, perso-

---

<sup>1</sup> Dyrektywa funkcjonuje w literaturze przedmiotu pod wieloma nazwami, najczęściej jako dyrektywa o transgranicznej mobilności pacjentów albo po prostu jako dyrektywa transgraniczna. Czasami określana jest również jako „dyrektywa kolejkowa” ze względu na najczęstszą przyczynę jej aplikacji – zbyt długi okres oczekiwania na usługę medyczną w kraju ubezpieczenia. *De facto* jednak jej oficjalna nazwa odwołuje się do jej głównego celu, tj. ustanowienia klarownych ram prawnych dla stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.

nelu medycznego czy samych usług medycznych<sup>2</sup> niewątpliwie stanowi problem o charakterze międzynarodowym (Steffen, 2012, s. 1083).

Wśród motywacji pacjentów korzystających z usługi medycznej za granicą za najważniejsze uznać można następujące:

- świadczenie medyczne, którego potrzebuje pacjent nie jest dostępne w kraju ubezpieczenia,
- brak personelu medycznego o danej specjalności,
- czas oczekiwania zbyt długi z punktu widzenia wskazań medycznych,
- niewystarczająca jakość usług medycznych w kraju ubezpieczenia (Borek, 2015).

Naturalną odpowiedzią UE na powyższe deficyty jest rozwój europejskiego rynku usług medycznych. Jednak niepewność co do powszechnego zastosowania prawa do zwrotu kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w innych państwach członkowskich UE wymagała zapewnienia czytelnych ram transgranicznej opieki zdrowotnej, co stanowiło główny cel dyrektywy (Dyrektywa, 2011/24/UE). Dyrektywa wpisuje się w dotychczasowe orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej, który przyznawał prawo otrzymania zwrotu poniesionych kosztów leczenia uzyskanego w innym państwie członkowskim niż państwo własne pacjenta (np. sprawa Kohll przeciwko Decker, wyrok z 28.04.1998). Bezpośrednią podstawą traktatową, na którą powołuje się dyrektywa, jest art. 114 i 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, z których wynika, iż przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk Unii należy zapewnić wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego.

## TŁO POLITYCZNO-PRAWNE EUROPEIZACJI POLITYKI ZDROWOTNEJ

Wpływ Unii Europejskiej na politykę zdrowotną wykracza znacznie poza skromny mandat prawny zdefiniowany w traktatach. Jednak w literaturze przedmiotu dominuje przekonanie, że europeizacja polityki zdrowotnej pozostaje dość chaotycznym procesem (Lamping, Steffen, 2009, s. 1361–1379). Jej aktualny stan nie wydaje się być efektem zaplanowanej i świadomej polityki.

---

<sup>2</sup> W przypadku usług medycznych mamy właśnie do czynienia z sytuacją, w której usługobiorca (z jednego kraju członkowskiego) udaje się do usługodawcy (z innego kraju członkowskiego), gdzie świadczona jest usługa. Natomiast koszty tej usługi obciążają ostatecznie system, w którym usługobiorca jest ubezpieczony (do wysokości taryfy uznanej przez krajowego ubezpieczyciela).

Jest raczej efektem pośredniego oddziaływania szeregu aktów pierwotnego i wtórnego prawa unijnego i jego (zazwyczaj rozszerzających) interpretacji przez Europejski Trybunał Sprawiedliwości. Nie zmienia to jednak faktu, że systemy zabezpieczenia zdrowotnego poszczególnych krajów członkowskich pozostają pod rosnącą presją europeizacyjną płynącą z Brukseli. Taki stan rzeczy jest z jednej strony konsekwencją natury samej Unii Europejskiej, która nie została skonstruowana jako wspólnota redystrybucyjna. Z drugiej strony zaś wynikiem polityki krajów członkowskich (jak również grup interesów), które zazdrośnie strzegą swoich kompetencji (i pozycji) w tym zakresie. Silnym czynnikiem kontekstualnym pozostaje tutaj niewątpliwie kwestia wewnętrznego zróżnicowania Unii Europejskiej w tym zakresie. Polityki zdrowotne poszczególnych państw członkowskich pozostają tak różnorodne, jak różnorodny jest poziom rozwoju społeczno-ekonomicznego poszczególnych gospodarek. Trudności w kreowaniu wspólnej (uwspólnotowionej) polityki służby zdrowia ukazują ograniczenia projektu integracyjnego w Europie.

Pogłębianie współpracy krajów członkowskich Unii Europejskiej w zakresie ochrony zdrowia wynika z kilku przesłanek, wśród nich najważniejsze wydają się następujące:

- rosnąca transgraniczna mobilność obywateli Unii Europejskiej (zarówno krótko- jak i długookresowa);
- rosnąca transgraniczna mobilność personelu medycznego;
- konieczność zsynchronizowania rosnącej ilości elementów w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego jako konsekwencja różnicy pomiędzy miejscem ubezpieczenia i miejscem świadczenia usługi medycznej;
- konieczność pogodzenia praw związanych ze swobodnym przepływem osób oraz zapewnieniem praw obywatelskich (w tym społecznych i ekonomicznych) na terytorium Unii Europejskiej.

Ostatni z wymienionych punktów odnosi się do kwestii, o której pisze T.H. Marshall w swojej pracy *Citizenship and Social Class*, czyli o obywatelstwie społecznym jako o trzecim wymiarze praw, po prawach obywatelskich (takich jak swoboda wypowiedzi czy prawo do zrzeszania się) i prawach politycznych (takich jak czynne i bierne prawo wyborcze) (Marshall, 1950). Prawa społeczne definiowane są jako te prawa, których zapewnienie wiąże się z dostępem do godnego życia w społeczeństwie – dostęp do opieki zdrowotnej zaliczany jest do tych właśnie praw. Prawa społeczne różnią się od obywatelskich i politycznych pod wieloma względami, jednak najważniejszą różnicą jest ekonomiczny koszt ich zapewnienia (dostęp do usług medycznych jest tutaj najlepszym przykładem).

W warunkach mobilności odbiorców usług zdrowotnych powstaje dodatkowy problem, a mianowicie kwestia zrównoważenia podaży i popytu. Zrównoważony system opieki zdrowotnej trudno zbudować nawet przy założeniu stabilnej bazy odbiorców (kwestie programów profilaktycznych, itd.), a mobilność rosnącej części populacji stanowi tutaj dodatkowe wyzwanie.

Zapewnienie praw społecznych w przestrzeni międzynarodowej to również problem skali systemu politycznego. System służby zdrowia jest częścią redystrybucyjnego systemu, który co do zasady budowany jest w skali państwa narodowego. Nawet taka organizacja jako Unia Europejska jest tylko w minimalnym stopniu organizacją spełniającą funkcje redystrybucyjne<sup>3</sup> (budżet unijny to ok. 1% skumulowanego PKB państw członkowskich UE<sup>4</sup>), a przede wszystkim funkcje regulacyjne (oczywiście z konsekwencjami finansowymi). Poza zasięgiem niniejszego opracowania jest kwestia zasadności czy optymalności takiego rozwiązania – faktem jest, że pobór podatków i wszelkiego rodzaju składek, jak również organizacja systemu zapewnienia świadczeń społecznych (emerytalnych, zdrowotnych, edukacyjnych i innych) jest częścią umowy społecznej na poziomie państwa narodowego. Co więcej, jakiegokolwiek wizje ich uwspólnotowienia, rozwiewają się w obliczu problemu gigantycznego zróżnicowania w zakresie rozwoju społeczno-gospodarczego poszczególnych państw członkowskich. UE nie stanowi więc wspólnoty o strukturze optymalnej dla redystrybucyjnej solidarności. Natomiast stanowi wyzwanie o deterytorializacyjnym charakterze dla niektórych funkcji państwa – budżetowych czy alokacyjnych. Nie zmienia to jednak faktu, iż analizowana w niniejszym tekście dyrektywa podkreśla, iż: „Systemy opieki zdrowotnej w Unii mają zasadnicze znaczenie w zapewnianiu wysokiego poziomu ochrony socjalnej w Unii i przyczyniają się do zachowania spójności społecznej, sprawiedliwości społecznej oraz do zrównoważonego rozwoju. Są one także częścią szerszych ram usług użyteczności publicznej” (Dyrektywa, 2011/24/UE, s. 1).

Brakuje nam jednak uregulowanych na poziomie ponadnarodowym (minimalnych) standardów w zakresie służby zdrowia – zarówno co do zakresu dostępu do świadczeń zdrowotnych, jak i ich jakości. Wprowadzenie takich standardów niewątpliwie mieści się w ramach mandatu traktatowego. Mogłoby

---

<sup>3</sup> I to głównie w ramach polityki regionalnej (Fundusz Spójności, fundusze strukturalne) oraz Wspólnotowej Polityki Rolnej.

<sup>4</sup> Dla porównania – państwa członkowskie UE wydają na służbę zdrowia zazwyczaj powyżej 6% PKB.

się stać ważnym instrumentem europeizującym poszczególne systemy służby zdrowia zarówno w wymiarze *top-down*, jak i *bottom-up*. *Top-down* – poprzez mechanizm konieczności dostosowania do minimalnych wymogów ustalonych wcześniej paneuropejskich standardów, *bottom-up* – jako oręż prawny w rękach obywateli/pacjentów dyscyplinujący krajowe systemy służby zdrowia.

## ZAKRES PRZEDMIOTOWY DYREKTYWY TRANSGRANICZNEJ

Celem analizowanej dyrektywy jest ustanowienie zasad ułatwiających dostęp do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości w Unii Europejskiej, zapewnienie mobilności pacjentów zgodnie z zasadami ustalonymi przez Europejski Trybunał Sprawiedliwości i promowanie współpracy w zakresie opieki zdrowotnej pomiędzy państwami członkowskimi, z pełnym poszanowaniem kompetencji państw członkowskich w zakresie określania świadczeń zdrowotnych z tytułu zabezpieczenia społecznego, organizacji i świadczenia opieki zdrowotnej i medycznej oraz organizacji i udzielania świadczeń z tytułu zabezpieczenia społecznego, w szczególności świadczeń chorobowych (Dyrektywa, 2011/24/UE, s. 2).

Art. 3 dyrektywy dostarcza najważniejszych definicji związanych z transgranicznym dostępem do świadczeń medycznych, i tak: „opieka zdrowotna” została zdefiniowana jako usługi zdrowotne świadczone przez pracowników służby zdrowia pacjentom w celu oceny, utrzymania lub poprawy ich stanu zdrowia, łącznie z przepisywaniem, wydawaniem i udostępnianiem produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych. Z kolei „państwo członkowskie ubezpieczenia” oznacza – zgodnie z zapisami dyrektywy – państwo członkowskie, które jest właściwe do udzielenia ubezpieczonemu uprzedniej zgody na właściwe leczenie w innym państwie członkowskim. Natomiast „państwo członkowskie leczenia” oznacza państwo członkowskie, na którego terytorium faktycznie świadczona jest opieka zdrowotna<sup>5</sup>. W praktyce chodzi nie tylko o państwa członkowskie UE, ale również Europejskiego Obszaru Gospodarczego (Norwegię, Islandię i Liechtenstein) i Szwajcarię.

Rozdział 2, art. 4 definiujący obowiązki państwa członkowskiego leczenia, stanowi w pkt. 3, iż w odniesieniu do pacjentów z innych państw członkowskich

---

<sup>5</sup> W przypadku telemedycyny uważa się, że opieka zdrowotna świadczona jest w tym państwie członkowskim, w którym ma siedzibę świadczeniodawca.

stosowana jest zasada niedyskryminacji ze względu na przynależność państwową<sup>6</sup>. Z kolei państwo członkowskie ubezpieczenia zapewnia zwrot kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, który korzysta z transgranicznej opieki zdrowotnej, jeżeli dana opieka zdrowotna mieści się w zakresie świadczeń, do których ubezpieczony jest uprawniony w państwie członkowskim ubezpieczenia<sup>7</sup>.

Dyrektywa definiuje również, jaki typ opieki zdrowotnej może wymagać uprzedniej zgody – są to wszystkie te świadczenia zdrowotne, które podlegają wymogom planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie członkowskim 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.

Dyrektywa ma zastosowanie do wszelkiego rodzaju opieki zdrowotnej niezależnie od sposobu jej zorganizowania, świadczenia czy finansowania. Z refundacji zagranicznego leczenia wyłączone są jednak szczepienia ochronne, leczenie długoterminowe oraz przeszczepy narządów.

Rozdział czwarty dyrektywy odnosi się do współpracy państw członkowskich w dziedzinie ochrony zdrowia i obejmuje takie kwestie, jak: wzajemną pomoc przy realizacji dyrektywy, uznawanie recept wystawionych w innym państwie członkowskim, wsparcie w rozwoju europejskich sieci referencyjnych, zwalczaniu chorób rzadkich, rozwoju i oceny technologii medycznych.

Inne kwestie, takie jak np. mechanizmy ubiegania się o zadośćuczynienie i odszkodowanie dla pacjentów (lub ich spadkobierców), którzy ponieśli szkodę w związku z leczeniem za granicą, pozostają w gestii kompetencji państw członkowskich UE. Dyrektywa wymaga jednak, aby uprawnienia mobilnego pacjenta pokrywały się z uprawnieniami obywateli danego kraju leczenia – w myśl zasady niedyskryminacji.

---

<sup>6</sup> Państwa członkowskie zapewniają, aby świadczeniodawcy stosowali na swoim terytorium wobec pacjentów z innych państw członkowskich tę samą skalę opłat za opiekę zdrowotną, która jest stosowana wobec pacjentów krajowych w porównywalnej sytuacji zdrowotnej, lub pobierali opłatę skalkulowaną zgodnie z obiektywnymi, niedyskryminacyjnymi kryteriami, jeżeli nie istnieje porównywalna cena dla pacjentów krajowych.

<sup>7</sup> Koszty transgranicznej opieki zdrowotnej są zwracane lub płacone bezpośrednio przez państwo członkowskie ubezpieczenia do poziomu, na którym koszty byłyby pokryte przez państwo członkowskie ubezpieczenia, gdyby ta sama opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium i w takiej wysokości, aby nie przekroczyć rzeczywistego kosztu otrzymanej opieki zdrowotnej.

Dla dyrektywy o transgranicznej mobilności pacjentów został ustalony okres transpozycji na 25.10.2013 roku. Natomiast na 25.10.2015 roku ustanowiona została data sporządzenia sprawozdania dotyczącego funkcjonowania dyrektywy.

## IMPLEMENTACJA I EWALUACJA

Na polski grunt prawny dyrektywa transgraniczna implementowana została w postaci nowelizacji ustawy o zmianie ustaw o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Nowe prawo zobowiązuje Narodowy Fundusz Zdrowia do refundacji kosztów leczenia za granicą polskich pacjentów ubezpieczonych w systemie NFZ, w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych (w tym świadczeń szpitalnych, wysokospecjalistycznych). Pacjenci mogą również ubiegać się o zwrot kosztów leków i wyrobów medycznych, zakupionych w innym państwie UE (jak również zakupionych w Polsce na podstawie recepty wystawionej w innym państwie UE).

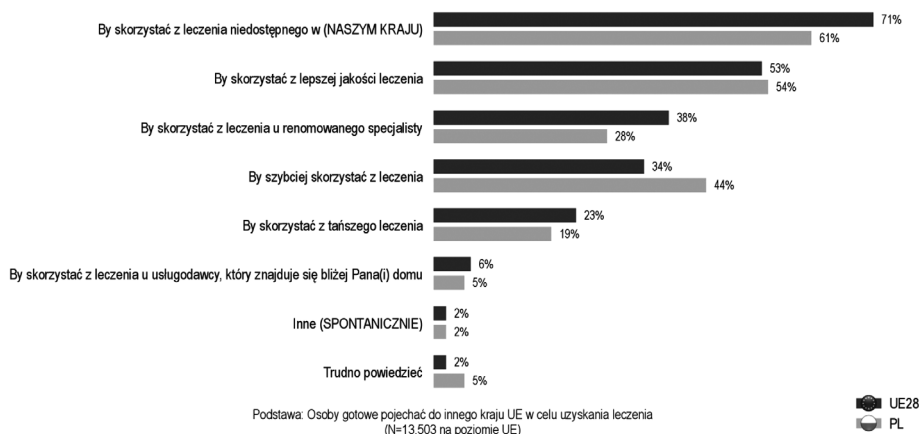
Dyrektywa transgraniczna została formalnie implementowana, w praktyce jednak nie funkcjonuje. Problemem jest brak rzetelnych informacji dla pacjentów. Odpowiednia informacja np. na temat międzynarodowych certyfikatów – w kraju świadczeniodawcy – w języku angielskim. W kraju ubezpieczenia – informacja na temat warunków i możliwości skorzystania z leczenia za granicą. Zarówno przed, jak i po wejściu w życie dyrektywy udział wydatków na leczenie pacjentów za granicą w krajowych systemach zdrowotnych pozostał niezmienny i oscyluje w okolicach 1%. Według danych pochodzących z Departamentu Współpracy Międzynarodowej NFZ wnika, że do 2015 roku do Funduszu wpłynęło 2788 wniosków (o wartości 12 mln złotych) o leczenie za granicą. Pozytywnie rozpatrzone 1533 wnioski (o wartości 4 mln złotych) – 85% z nich dotyczyło operacji zaćmy (Tyc, 2015).

Cały czas nie rozwiązuje ona wielu spornych kwestii, jak np. limitu określonego taryfą ubezpieczyciela w kraju pochodzenia usługobiorcy, kwestii wcześniejszej zgody ubezpieczyciela w przypadku hospitalizacji lub innych (nie-awaryjnych) kosztownych procedur medycznych, kosztów podróży i zakwaterowania pacjenta (i osób mu towarzyszących w przypadku niepełnoletnich pacjentów) w kraju usługodawcy, czy też konieczności zapłaty faktury za usługę medyczną przez pacjenta, a następnie jej refinansowania przez ubezpieczyciela – co stanowi skuteczną barierę w rozwoju transgranicznych usług medycznych (ze względu na wysokie koszty i ryzyka, na które narażony jest pacjent i jego spadkobiercy).



Jeśli chodzi o percepcję problemów podejmowanych przez dyrektywę w Polsce i w Europie, warto zwrócić uwagę na poniższy wykres:

QD9. Z których z następujących powodów był(a)by Pan(i) skłonny(a) podróżować do innego państwa UE, by skorzystać z leczenia medycznego? (MOŻLIWE KILKA ODPOWIEDZI)



Źródło: Eurobarometr 82.2 „Prawa Pacjenta w UE”, Dane dla Polski, Bruksela 2014, s. 1.

Wynika z niego, iż najczęstszym powodem podawanym przez Europejczyków, który mógłby skłonić ich do leczenia poza granicami kraju, jest niedostępność danej procedury medycznej w kraju ubezpieczenia. Jednak w przypadku pacjentów z Polski jest to wynik znacząco niższy w odniesieniu do średniej europejskiej (61% w Polsce, wobec 71% w UE). Natomiast dwie odpowiedzi występują w Polsce zdecydowanie częściej niż w reszcie krajów UE, tj. kwestia jakości leczenia i długości kolejki (44% w Polsce, wobec 34% w UE). Z powyższych danych wynika, iż dostęp do usług medycznych odpowiedniej jakości i w odpowiednim czasie pozostaje bolączką polskiej służby zdrowia, która różni ją (w oczach pacjentów) w największym stopniu od innych europejskich systemów zabezpieczenia opieki zdrowotnej.

Na przykładzie implementacji tej dyrektywy widoczna jest jedna z wad konstrukcyjnych UE – konstrukcja europejska jest asymetryczna w tym sensie, że Unia Europejska (kontrintuicyjnie) jest wyspecjalizowana w deregulacji zdecydowanie bardziej niż w reregulacji. Dyrektywa o mobilności pacjentów jest tego najlepszym przykładem. Jej celem była liberalizacja rynku medycznego ponad granicami narodowymi, bez konstruktywnego programu budowy transgranicznego systemu opieki zdrowotnej (Greer, 2011, s. 187–203).

Raporty podejmujące kwestę ewaluacji funkcjonowania dyrektywy po dwóch latach od implementacji koncentrują się na kilku wnioskach. Po pierwsze problematyczna pozostaje kwestia poinformowania obywateli UE na temat ich praw wynikających z dyrektywy (Summary Report, 2015, s. 3). Wprowadzie każde z państw podlegających dyrektywie zostało zobligowane do ustanowienia krajowych punktów kontaktowych, w których zbierane byłyby informacje ułatwiające transgraniczną mobilność pacjentów, jednak rezultaty ich oddziaływania pozostawiają wiele do życzenia. Nie bez znaczenia jest tutaj również zapewne fakt, iż finansowanie opieki medycznej poza systemem ubezpieczenia pozostaje niejako wbrew interesowi instytucji ubezpieczających. Ponadto już na tym wczesnym etapie funkcjonowania dyrektywy doświadczenie pacjentów wskazuje na problem odmiennych procedur medycznych – ten sam problem medyczny jest adresowany w odmienny sposób w poszczególnych państwach. Powyższa kwestia jest związana z kolejną uwagą przejawiającą się w raportach ewaluacyjnych, tj. różnicą w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Implikuje ona nie tylko inne podejście do procedur medycznych, ale również nierówności w dostępie do nich. Największym problemem jest tutaj długość oczekiwania na daną procedurę medyczną. Różnice pomiędzy poszczególnymi systemami są znaczące – jednocześnie zaobserwowano brak łatwo dostępnej dla pacjentów informacji porównawczej w zakresie długości kolejko w poszczególnych państwach (Evaluative study, 2015, s. 15). Np. długość oczekiwania na operację kolana w Holandii wynosi średnio 44 dni, w Finlandii 149 dni, a w Portugalii aż 206 dni. W większości innych analizowanych przypadków procedur medycznych różnice te były równie znaczące (Evaluative study, 2015, s. 57).

Generalnie jednak większość sądów ewaluacyjnych wskazywała, iż od okresu transpozycji dyrektywy upłynęło zbyt mało czasu, aby móc w pełni ocenić jej funkcjonowanie oraz wpływ na budowę europejskiego rynku usług medycznych, czy cechy interakcji pomiędzy poszczególnymi systemami opieki zdrowotnej. Kolejnym wnioskiem natury ogólnej, wynikającym z pierwszych lat funkcjonowania dyrektywy, jest kwestia trudności w oszacowaniu jakości usług medycznych przez samych pacjentów. Wydaje się, że jest to jeden z punktów, które będą musiały zostać podniesione w kolejnych latach – standaryzacji w zakresie jakości świadczonych usług.

## ZAKOŃCZENIE

Pozornie wszystko jest dość proste – polityka ochrony zdrowia należy tradycyjnie do kompetencji państw członkowskich, więc Unia Europejska i jej organy nie mają prawa do stanowienia norm w tym zakresie. Jednak z każdą nową rewizją traktatową UE zyskuje nowe kompetencje w tym zakresie, które często pokrywają się z kompetencjami państw członkowskich. Ponadto ekspansywne orzeczenia Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości dostarczają takich wykładni prawa europejskiego w tym zakresie, że staje się polityka zdrowotna przedmiotem rosnącej presji europeizacyjnej.

Z drugiej jednak strony nie sposób nie zauważyć, że pewne elementy polityki zdrowotnej (jak np. przeciwdziałanie epidemiom i pandemiom) są w naturalny sposób predystynowane do ich uregulowania na poziomie ponadnarodowym. O ile redystrybucja poprzez budżet unijny wydaje się w dniu dzisiejszym zbyt daleko idącą mrzonką, o tyle polityka regulacyjna i pewne elementy harmonizacji stały się już przedmiotem wspólnotowej polityki. Mamy więc tutaj do czynienia z sytuacją podobną jak chociażby w zakresie polityki klimatycznej (w zakresie walki z ociepleniem klimatu – redukcji emisji gazów cieplarnianych), która po prostu nie ma sensu, o ile prowadzona jest jedynie na poziomie krajowym. Transgraniczna natura problemu determinuje jego rozwiązanie ponad granicami państw narodowych. Mamy w tym przedmiocie do czynienia z konfliktem dwóch rodzajów norm. Z jednej strony zdefiniowanych na poziomie krajowym reguł poszczególnych polityk zdrowotnych, z drugiej zaś unijnych norm pochodnych regułom traktatowym, takich jak zasada równego traktowania obywateli UE, zasady niedyskryminacji.

Dyrektywa cały czas pozostawia państwom członkowskim prawo do ustalania, jakich świadczeń opieki zdrowotnej udziela swoim obywatelom (lub ubezpieczonym – w zależności od sposobu zorganizowania finansowania opieki zdrowotnej). Koszyk świadczeń gwarantowanych określa nie tylko zakres dostępnych w danym systemie opieki zdrowotnej świadczeń, ale również zakres refundacji świadczeń udzielanych poza granicami kraju ubezpieczenia.

Potencjalnie zakres oddziaływania dyrektywy transgranicznej jest znacznie szerszy, niż wskazywałyby jej zapisy. Może ona przyczynić się do powstania europejskiego rynku usług medycznych. Może również okazać się istotnym mechanizmem wywierającym harmonizującą presję na krajowe systemy zabezpieczenia zdrowotnego. Biorąc pod uwagę istotność środków przeznaczanych na

opiekę zdrowotną w Europie, jak również wagę zdrowia jako wartości, analizowana dyrektywa dotyka jednego z najważniejszych obszarów życia społeczno-gospodarczego.

## BIBLIOGRAFIA:

- Borek, E. (2015). *Leczenie za granicą mało popularne. Niewielu Polaków wyjeżdża*. Pobrane z: [http://finanse.wp.pl/kat,1033699,title,Leczenie-za-granica-malo-popularne-Niewielu-Polakow-wyjezdza,wid,17817318,wiadomosc.html?ticaid=115839&\\_tictsrn=5](http://finanse.wp.pl/kat,1033699,title,Leczenie-za-granica-malo-popularne-Niewielu-Polakow-wyjezdza,wid,17817318,wiadomosc.html?ticaid=115839&_tictsrn=5).
- Dyrektywa 2011/24/UE z dnia 09.03.2011 w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.
- Evaluative study (2015) on the cross-border healthcare Directive (2011/24/EU), KPMG, Technopolis group, empirica GMBH, Brussels 2015.
- Greer Scott, L. (2006). Uninvited Europeanization: Neofunctionalism and the EU in Health Policy. *Journal of European Public Policy*, 13(1), s.134–152.
- Greer Scott, L., Tomislav, S. (2014). Rules for Rights: European Law, Health Care and Social Citizenship, *European Law Journal*, Vol. 20, No. 1, s. 66–87.
- Greer Scott, L., (2011) The weakness of strong policies and the strength of weak policies: Law, experimentalist governance, and supporting coalitions in European Union health care policy. *Regulation & Governance*, nr 5, s. 187–203.
- KOM (2008), Wniosek KE do PE i RUE 414 / 2008 wersja ostateczna w sprawie dyrektywy o stosowanie praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej. Bruksela 02.07.2008.
- Lamping, W., Steffen, M. (2009). European Union and Health Policy: The ‘Chaordic’ Dynamics of Integration. *Social Science Quarterly* 90, no. 5, s. 1361–79.
- Marshall, T. (1950). *Citizenship and Social Class*, Pluto.
- Steffen, M. (2012). The Europeanisation of Public Health: How does it work? The semi-nale of AIDS case. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, nr 37, s. 1055–1087.
- Summary Report (2015). Cross-Border Healthcare. Main Conclusions and Recommendations arising from the EPF series of regional conferences 2013–2014, European Patients Forum, Brussels 2015.
- Tyc, A. (2015). *Leczenie za granicą mało popularne. Niewielu Polaków wyjeżdża*. Pobrane z: [http://finanse.wp.pl/kat,1033699,title,Leczenie-za-granica-malo-popularne-Niewielu-Polakow-wyjezdza,wid,17817318,wiadomosc.html?ticaid=115839&\\_tictsrn=5](http://finanse.wp.pl/kat,1033699,title,Leczenie-za-granica-malo-popularne-Niewielu-Polakow-wyjezdza,wid,17817318,wiadomosc.html?ticaid=115839&_tictsrn=5).