

„Nie” dla ograniczania praw pacjentów

[Rzeczpospolita](#) | 18.10.2013 | Rubryka: Prawo co dnia | Strona: 6 | Autor: [NATALIA ŁOJKO](#) | Temat: Prasa ogólnopolska - Ministerstwo Zdrowia

By leczyć się za granicą, potrzebne będzie skierowanie od lekarza. Unijna dyrektywa nic o tym nie mówi, a to ją przecież wdramy do polskiego prawa – pisze prawnik.

Za kilka dni – 25 października 2013 r. – upływa termin implementacji dyrektywy 2011/24 w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Nie ulega wątpliwości, że nie zostanie to zrobione na czas. Znamy już jednak projekt ustawy implementującej tę dyrektywę – przekazano go do konsultacji społecznych 7 października 2013 r. Możemy więc ocenić, w którą stronę zmierza polski ustawodawca i w jakim stopniu realizuje cele wyznaczone w dyrektywie.

Sens przepisów

Dyrektywa kodyfikuje dotychczasowe orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości powstałe na podstawie kluczowej w UE zasady swobody przepływu usług. Umożliwia ona pacjentowi korzystanie z usług zdrowotnych w innym niż państwo ubezpieczenia kraju UE i uzyskanie od płatnika krajowego zwrotu kosztu takiego świadczenia, do poziomu, który zapłaciłby płatnik, gdyby pacjent został w kraju. W tym reżimie pacjent nie musi uzyskać uprzedniej zgody płatnika na świadczenia ambulatoryjne. Wymóg zgody może być natomiast wprowadzony w odniesieniu do, ogólnie rzecz ujmując, świadczeń szpitalnych. Prawo europejskie wskazuje jednak, w jakich sytuacjach płatnik nie może zgody (i zwrotu) odmówić – chodzi o sytuacje, gdy względy medyczne przemawiają za leczeniem za granicą.

Co istotne, system oparty na orzecznictwie TS, a skodyfikowany w dyrektywie, nie jest jedynym systemem umożliwiającym zwrot kosztów opieki zdrowotnej uzyskanej za granicą. Obok niego, niezależnie, istnieje tzw. system koordynacji, oparty na europejskim rozporządzeniu 883/2004. Systemy te będą obok siebie nadal współistnieć, a pacjenci będą mieć wybór, w ramach którego z nich realizować swoje prawo do zwrotu kosztów.

Co z wdrożeniem

Na początku 2013 r. rząd opublikował założenia do ustawy implementującej dyrektywę, a na początku października 2013 r. do konsultacji społecznych przekazany został projekt konkretnych przepisów. Jasne było, że rząd, który próbował zresztą blokować dyrektywę już na etapie prac w UE, skorzysta w pełni z możliwości ograniczenia zwrotu kosztów dostępu do świadczeń transgranicznych, jakie przewiduje dyrektywa. Na świadczenia podlegające wymogom planowania, gdy związane są one bądź z pobytem danego pacjenta w szpitalu przez co najmniej jedną noc, bądź gdy występuje konieczność użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury medycznej potrzebna będzie zgoda NFZ. Zostanie opublikowany wykaz konkretnych świadczeń wymagających zgody. Niestety, wygląda na to, że w ustawie implementującej zostaną również wprowadzone rozwiązania ograniczające możliwość zwrotu, które z dyrektywy nie wynikają. Najważniejsze z nich to limit wydatków NFZ, powyżej którego zwrot kosztów ma być zawieszony. Najwyraźniej, zdając sobie

sprawę, że dyrektywa to wybawienie od kolejki krajowej (bo umożliwi polskim pacjentom ucieczkę od skutków wprowadzenia limitów kontraktowych) – **minister zdrowia** próbuje wprowadzić limit „tylnymi drzwiami”, na poziomie budżetu NFZ. Co więcej, pacjent, czekający na zwrot, stając się faktycznie wierzycielem Funduszu, nie może nawet liczyć na odsetki z tego tytułu. Kolejne ograniczenie to obowiązek uzyskania skierowania lekarza zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jedynym warunkiem zwrotu – w świetle dyrektywy – jest, by dane świadczenie znajdowało się w koszyku krajowym. Dyrektywa nie wymaga skierowania od lekarza krajowego. Taki wymóg dyskryminuje pacjentów polskich, którzy przebywają za granicą, a podlegają ubezpieczeniu w Polsce. Stanowi też dodatkową barierę administracyjną, tym bardziej że często właśnie tym świadczeniem, na które pacjent musi czekać, i do którego dostęp jest w Polsce utrudniony, jest dostęp do lekarza krajowego (np. endokrynologa). Trudno to zrozumieć również w świetle tego, że zasady wykonywania zawodu lekarza są zharmonizowane w UE. Nie ma powodu, by lekarz w Hiszpanii nie mógł ocenić stanu zdrowia pacjenta i wystawić mu skierowania. Następnym ograniczeniem jest wskazanie, że pacjent nie może liczyć na zwrot, jeśli przed udzieleniem świadczenia nie uzyskał zgody NFZ. Orzecznictwo europejskie od dawna wskazuje, że w sytuacjach medycznie uzasadnionych pacjent nie musi czekać na zgodę: może uzyskać świadczenie najpierw, a o zwrot ubiegać się potem.

Problemem jest też brak zobowiązania dla **ministra zdrowia** lub NFZ do opublikowania cennika świadczeń gwarantowanych, który pozwalałby pacjentowi ustalić – przed wyjazdem za granicę – na jaki zwrot może liczyć. **Minister zdrowia** proponuje tylko określić w ustawie ogólne reguły wyliczania wielkości zwrotu, ale są one skomplikowane i nieprzejrzyste. Przystłowiowy Kowalski nie ma danych pozwalających na samodzielnie obliczenia. O wielkości zwrotu dowie się więc, kiedy wróci do NFZ z rachunkiem.

Te dodatkowe, nieprzewidziane w dyrektywie ograniczenia, budzą sprzeciw. Dyrektywa zawiera przecież trzy zawory bezpieczeństwa, które chronią budżety płatników krajowych. Po pierwsze, zwrot należy się tylko w odniesieniu do świadczeń zawartych w koszyku krajowym. Po drugie, zwrot dokonywany jest na podstawie stawek krajowych – tj. tych, które NFZ płaci świadczeniodawcom w Polsce. Po trzecie wreszcie, zwrot kosztów za świadczenia najbardziej kosztochłonne – a więc szpitalne – może być uzależniony od zgody płatnika.

Zmiany systemowe

Wdrożenie dyrektywy powinno się wiązać ze zmianami systemowymi, na które polski system ochrony zdrowia czeka od lat. Chodzi przede wszystkim o właściwe określenie koszyka świadczeń gwarantowanych – czyli wskazanie, co pacjentowi przysługuje w ramach systemu krajowego, a co za tym idzie – w jakich ramach może leczyć się za granicą i uzyskać zwrot przynajmniej części kosztów. Na obowiązek takiego dookreślenia wskazywał zresztą już Trybunał Konstytucyjny w słynnej sprawie K-14/03. Na szczęście, gdy koszyk jest określony jedynie rodzajowo (bez wskazania konkretnych standardów), prawo europejskie stoi po stronie pacjenta: ma on w takiej sytuacji prawo uzyskania za granicą – w ramach ogólnie określonego świadczenia – usługi najbardziej technologicznie zaawansowanej (wyrok TS ws. Elchinov, C-173/09).

Za określeniem „standardu NFZ” powinno iść umożliwienie polskim pacjentom dopłacania do standardu wyższego. Nieuzasadnione jest, by polski pacjent, by dopłacić do wyższego standardu, musiał jechać za granicę.

Wreszcie, by umożliwić polskim świadczeniodawcom skorzystanie z dobrodziejstw dyrektywy, należałoby określić zasady „współlistnienia świadczeń komercyjnych i tych finansowanych ze środków publicznych. Mimo że formalnie jest to dozwolone, w tym w placówkach publicznych, w praktyce takie placówki – w sposób zupełnie nieuzasadniony – są za to karane?