

KOMISJA WSPÓLNOT EUROPEJSKICH

Bruksela, dnia 2.7.2008
KOM(2008) 415 wersja ostateczna

KOMUNIKAT KOMISJI

Wspólnotowe ramy stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej

{SEK(2008) 2183}

KOMUNIKAT KOMISJI

Wspólnotowe ramy stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej

1. WSTĘP

Znaczna większość pacjentów w UE korzysta z opieki zdrowotnej w ich własnych krajach i to im najbardziej odpowiada. Jednakże w pewnych okolicznościach pacjenci mogą dążyć do skorzystania z pewnych form opieki zdrowotnej za granicą. Tytułem przykładu należy wymienić opiekę wysokospecjalistyczną lub leczenie w obszarach przygranicznych, w sytuacji gdy najbliższa odpowiednia placówka znajduje się po drugiej stronie granicy. W ostatnich latach obywatele wnieśli szereg spraw do Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, dochodząc praw do zwrotu kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w innych państwach członkowskich. W swoich wyrokach we wspomnianych sprawach w okresie od 1998 r. Trybunał konsekwentnie twierdził, że pacjenci mają prawo do takiego zwrotu kosztów opieki zdrowotnej świadczonej za granicą, jaki mogliby otrzymać w kraju. Niezbędne jest wyjaśnienie, jak należy ogólnie stosować zasady ustanowione w tych konkretnych przypadkach. Konieczne są zatem wspólnotowe zasady dotyczące bardziej uogólnionego zagwarantowania jakości i bezpieczeństwa transgranicznej opieki zdrowotnej. W tym celu Komisja ma zamiar zaproponować w 2008 r. komunikat i zalecenie Rady w sprawie bezpieczeństwa pacjenta i jakości usług zdrowotnych, jak również zalecenie Rady w sprawie zakażeń związanych z opieką zdrowotną.

W oparciu o wspomniane orzecznictwo w niniejszej inicjatywie zmierza się do zapewnienia czytelnych i przejrzystych ram udzielania transgranicznej opieki zdrowotnej w UE w przypadkach, w których opieka poszukiwana przez pacjentów jest świadczona w innym państwie członkowskim niż ich własne. W takich sytuacjach nie powinno być nieuzasadnionych przeszkód, opieka powinna być bezpieczna i cechować się dobrą jakością, a procedury zwrotu kosztów powinny być jasne i przejrzyste. Przy zachowaniu zasad powszechności, dostępu do opieki o wysokiej jakości oraz zasad równości i solidarności, niniejsze ramy mają następujące cele:

– zapewnienie dostatecznej jasności w zakresie praw do zwrotu kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w innych państwach członkowskich,

– oraz zagwarantowanie, że w przypadku transgranicznej opieki zdrowotnej spełnione są niezbędne warunki bezpiecznej i efektywnej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości.

Państwa członkowskie ponoszą odpowiedzialność za organizację i świadczenie usług zdrowotnych i opieki medycznej. W szczególności państwa członkowskie są odpowiedzialne za określenie zasad mających zastosowanie do zwrotu kosztów pacjentom oraz do świadczenia opieki zdrowotnej. Niniejszy wniosek niczego w tej mierze nie zmienia. Należy podkreślić, że niniejsza inicjatywa nie wpływa na wybór przez państwa członkowskie zasad, które będą miały zastosowanie w konkretnych przypadkach. Zamysłem niniejszych ram jest natomiast ułatwienie europejskiej

współpracy w dziedzinie opieki zdrowotnej w takich obszarach, jak europejskie sieci ośrodków referencyjnych, udostępnianie ocen nowych technologii lub wykorzystywanie technologii teleinformatycznych do świadczenia bardziej efektywnej opieki zdrowotnej („e-zdrowie"). W ten sposób niniejsze ramy dodatkowo wesprą państwa członkowskie w realizacji ich ogólnych celów, polegających na zapewnieniu powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej o wysokiej jakości na zasadach sprawiedliwości i solidarności, co przyniesie korzyści wszystkim pacjentom, niezależnie od tego, czy przemieszczają się do innych krajów, czy pozostają na miejscu.

Sprawy te były wielokrotnie omawiane przez Komisję i właściwe władze wszystkich państw członkowskich, przedstawicieli Parlamentu Europejskiego oraz przedstawicieli służby zdrowia i inne zainteresowane podmioty. Przed przedłożeniem niniejszego wniosku Komisja przeprowadziła także publiczne konsultacje w sprawie działań Wspólnoty dotyczących usług zdrowotnych. Wyniki tych konsultacji posłużyły jako solidna podstawa dla opracowania niniejszych proponowanych ram i nadania im konkretnego kształtu[1]. Ministrowie zgromadzeni w Radzie i Parlament Europejski wnioskowali również o podjęcie działania w sprawie usług zdrowotnych, a ich szczególny charakter został potwierdzony przez wyłączenie tych usług zdrowotnych z ogólnej „dyrektywy usługowej".

Podstawą niniejszego wniosku jest art. 95 Traktatu WE dotyczący ustanowienia i funkcjonowania rynku wewnętrznego. Wniosek jest również zgodny z przepisami art. 152 Traktatu WE dotyczącego zdrowia publicznego, oraz sformułowano go z poszanowaniem odpowiedzialności państw członkowskich za organizację i świadczenie usług zdrowotnych i opieki medycznej według wykładni Trybunału Sprawiedliwości. Przepisy traktatu reformującego nie wpłyną na podstawę prawną wniosku.

2. PROPONOWANE RAMY

Aby osiągnąć wyżej wymienione cele, Komisja proponuje ustanowienie wspólnotowych ram transgranicznej opieki zdrowotnej określonych w załączonym wniosku dotyczącym dyrektywy. Poza stosownymi definicjami legalnymi i przepisami ogólnymi wniosek obejmuje trzy główne obszary:

– **wspólne zasady wszystkich systemów opieki zdrowotnej w UE**, uzgodnione w czerwcu 2006 r. przez Radę, określają, które państwo członkowskie odpowiada za przestrzeganie wspólnych zasad opieki zdrowotnej oraz wskazują, na czym polega ta odpowiedzialność, w celu zapewnienia jasności i pewności co do tego, które instytucje wyznaczają standardy opieki zdrowotnej i monitorują ich przestrzeganie w UE. Dalsza współpraca między państwami członkowskimi będzie popierana, w szczególności w spodziewanych wnioskach Komisji dotyczących komunikatu i zalecenia Rady w sprawie bezpieczeństwa pacjenta i

[1] Patrz komunikat Komisji – Konsultacje dotyczące działań wspólnotowych w dziedzinie usług zdrowotnych, SEC(2006) 1195/4 z 26 września 2006 r.; oraz wyniki konsultacji i sprawozdanie podsumowujące odpowiedzi, dostępne na stronie internetowej: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/results_open_consultation_en.htm.

jakości usług zdrowotnych oraz zalecenia Rady w sprawie zakażeń związanych z opieką zdrowotną.

– **specyficzne ramy transgranicznej opieki zdrowotnej**: dyrektywa jasno określi uprawnienia pacjentów do uzyskania opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim, w tym ograniczenia, które państwo członkowskie może nałożyć na korzystanie z opieki zdrowotnej za granicą, oraz poziom finansowania transgranicznej opieki zdrowotnej, w oparciu o zasadę, zgodnie z którą pacjent uprawniony jest do otrzymania zwrotu kosztów do wysokości kwoty, która zostałaby zapłacona w przypadku, gdyby pacjent ten skorzystał z opieki zdrowotnej w swoim kraju;

– **europejska współpraca w dziedzinie opieki zdrowotnej**: dyrektywa ustanawia ramy europejskiej współpracy w takich obszarach, jak europejskie sieci referencyjne, ocena technologii medycznych, gromadzenie danych oraz jakość i bezpieczeństwo, mając na celu umożliwienie skutecznego i trwałego wdrażania potencjalnych rezultatów takiej współpracy.

2.1. Szczególne ramy prawne dotyczące zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej

Dyrektywa zapewni dostateczną jasność w zakresie zasad mających zastosowanie do praw pacjentów do zwrotu kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w innych państwach członkowskich oraz w zakresie sposobu realizacji tych praw w praktyce zgodnie z orzecznictwem Trybunału Sprawiedliwości. W dyrektywie odzwierciedlone są następujące zasady:

– Obywatele mogą korzystać bez uprzedniej zgody z wszelkiej opieki pozaszpitalnej, do której uprawnieni są we własnym państwie członkowskim, oraz mają prawo do zwrotu kosztów leczenia w kwocie nieprzekraczającej poziomu zapewnianego przez ich własny system zdrowotny.

– Mogą oni korzystać także z wszelkiej opieki szpitalnej, do której uprawnieni są we własnym państwie członkowskim. Dyrektywa pozwala państwom członkowskim na posiadanie systemu uprzedniej zgody na pokrycie kosztów opieki szpitalnej świadczonej w innym państwie członkowskim, jeżeli państwa członkowskie mogą przedstawić dowody na to, że odpływ pacjentów dokonujący się w związku z wdrożeniem niniejszej dyrektywy skutkuje poważnym zagrożeniem dla całego procesu planowania i racjonalizacji prowadzonego w sektorze szpitalnym lub może mu poważnie zagrażać. Ponadto koszty takiej opieki szpitalnej świadczonej w innym państwie członkowskim powinny być zwracane przez państwo członkowskie ubezpieczenia przynajmniej do wysokości kosztów, które byłyby pokryte, gdyby taka sama lub podobna opieka zdrowotna była świadczona w państwie członkowskim ubezpieczenia.

W każdym przypadku państwo członkowskie pacjenta może wprowadzić takie same warunki, jakie są stosowane w warunkach krajowych, jak np. wymóg udania się do lekarza ogólnego przed konsultacją u specjalisty lub skorzystaniem z leczenia szpitalnego.

Nie narusza to prawa państw członkowskich do ustalania, jakich świadczeń opieki zdrowotnej udzielają swoim obywatelom. Jeżeli dane państwo członkowskie nie przyznaje swoim obywatelom uprawnienia do określonej procedury medycznej we własnym kraju, niniejsza dyrektywa nie tworzy żadnych nowych uprawnień pacjentów do skorzystania z tej procedury za granicą i do zwrotu jej kosztów. Na przykład warunki zwrotu kosztów zabiegów z zakresu chirurgii plastycznej, obowiązujące w państwie członkowskim pochodzenia pacjenta, będą miały zastosowanie także w przypadku, gdy pacjent ten będzie ubiegał się o zwrot kosztów leczenia odbytego w innym państwie członkowskim. To samo dotyczy na przykład hydro- lub balneoterapii oraz leczenia uzdrowiskowego. Ponadto wniosek nie uniemożliwia państwom członkowskim rozszerzenia ich systemów świadczeń rzeczowych na opiekę zdrowotną świadczoną w innych państwach członkowskich – z tej możliwości skorzystało już kilka państw członkowskich.

W proponowanej dyrektywie zostaną także wyjaśnione niektóre istotne terminy, jak też kryteria, które muszą spełniać procedury stosowane w opiece transgranicznej, aby zapewnić ich obiektywne uzasadnienie, konieczność i proporcjonalność. Dyrektywa obejmie również wymóg wprowadzenia właściwych mechanizmów udzielania pacjentom informacji i pomocy w ramach krajowych punktów kontaktowych.

Ustanawiając czytelne ramy prawne w zakresie praw do zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, niniejszy wniosek zmniejszy nierówności powodowane przez obecnie panującą niepewność co do ogólnego zastosowania zasad ustalonych w orzecznictwie. Obywatele będą mieli pewność, w jakich sytuacjach przysługuje im zwrot kosztów opieki świadczonej w innym państwie członkowskim, a w jakich nie oraz na jakiej podstawie, a także uzyskają jasność co do procedur podejmowania decyzji i składania odwołań. Państwa członkowskie mogą również podejmować dalsze kroki w celu rozwiązania problemu tych nierówności, na przykład wypłacając zaliczkę na koszty opieki transgranicznej, lub uzgadniając z podmiotami świadczącymi opiekę zdrowotną bezpośrednie rozliczenie kosztów, dzięki czemu pacjenci nie musieliby wykładać własnych środków.

Równolegle do dyrektywy, której dotyczy wniosek, pozostaną w mocy obowiązujące ramy koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego wraz z wszystkimi ogólnymi zasadami, na których oparte są rozporządzenia dotyczące koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, włącznie z zasadą traktowania pacjenta korzystającego z opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim na równi z osobami zamieszkałymi w tym państwie członkowskim. Nadal będzie także obowiązywać Europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego. W odniesieniu do pacjentów ubiegających się o skorzystanie z planowanej transgranicznej opieki zdrowotnej rozporządzenie gwarantuje, że w przypadku gdy w państwie członkowskim pacjenta nie można bez zbędnej zwłoki zapewnić mu opieki odpowiedniej do jego stanu zdrowia, pacjent ten otrzyma zgodę na wyjazd za granicę, a wszelkie dodatkowe koszty leczenia będą pokryte ze środków publicznych. Jeżeli spełnione są warunki określone w art. 22 ust. 2 rozporządzenia (EWG) nr 1408/71, udzielenie zgody oraz zapewnienie świadczeń powinno nastąpić zgodnie z tym rozporządzeniem, co zostało wyraźnie uznane w dyrektywie, której dotyczy wniosek. Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71 będzie zatem nadal stanowić ogólne narzędzie i „siatkę bezpieczeństwa" służące zapewnieniu pacjentom, którzy nie mogą w rozsądnym terminie uzyskać dostępu do opieki zdrowotnej w ich

własnym kraju, otrzymania zgody na skorzystanie z tej opieki w innym państwie członkowskim.

2.2. Gwarantowanie jakości i bezpieczeństwa transgranicznej opieki zdrowotnej

W każdym przypadku świadczenia opieki zdrowotnej niezbędne jest zapewnienie pacjentom:

– jasnej informacji, umożliwiającej dokonywanie świadomych wyborów dotyczących ich opieki zdrowotnej;

– mechanizmów zapewniających jakość i bezpieczeństwo świadczonej opieki zdrowotnej;

– ciągłości opieki świadczonej przez różnych pracowników służby zdrowia i różne zakłady opieki zdrowotnej,

– oraz mechanizmów zapewniających odpowiednie środki prawne w przypadku szkody wyrządzonej w związku ze świadczeniem opieki zdrowotnej oraz wynagrodzenie takiej szkody.

Na poziomie wspólnotowym nie ma jednak jasnych zasad, które określałyby sposób spełnienia powyższych wymogów w przypadku opieki transgranicznej lub wyznaczały podmiot odpowiedzialny za zapewnienie ich dotrzymania. Sytuacja przedstawia się w ten sam sposób niezależnie od tego, czy koszty opieki zdrowotnej są pokrywane ze środków publicznych czy prywatnych oraz od tego, czy podstawą świadczenia opieki jest rozporządzenie dotyczące koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub też zastosowanie wyżej opisanych dodatkowych praw wynikających ze swobodnego przepływu. Brak jasności w powyższych kwestiach grozi nieporozumieniami, które mogą prowadzić z kolei do trudności z zapewnieniem jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej świadczonej w sytuacjach transgranicznych.

Dyrektywa, której dotyczy wniosek, ustaliłaby zatem treść wspólnych zasad wszystkich systemów zdrowotnych UE w oparciu o konkluzje Rady w sprawie wspólnych wartości i zasad systemów opieki zdrowotnej UE z czerwca 2006 r. W dyrektywie wprowadzona zostanie także reguła, zgodnie z którą odpowiedzialność za zagwarantowanie przestrzegania tych wspólnych zasad powinny ponosić organy państwa członkowskiego, na którego terytorium świadczona jest opieka zdrowotna. W dyrektywie zostanie jasno wskazane, że odpowiedzialność tego państwa członkowskiego będzie polegała na zagwarantowaniu, że: opieka zdrowotna jest świadczona zgodnie z czytelnymi standardami jakości i bezpieczeństwa określonymi z wyprzedzeniem przez to państwo członkowskie; podmioty świadczące opiekę zdrowotną udostępniają odpowiednie informacje, umożliwiając pacjentom świadomy wybór; pacjenci mają możliwość składania skarg i uzyskania zadośćuczynienia w przypadku poniesienia szkody w związku ze skorzystaniem z opieki zdrowotnej oraz że zapewniony jest dostęp do dokumentacji medycznej, a jednocześnie jej prywatność.

Państwa członkowskie zachowują odpowiedzialność za wyznaczanie standardów mających zastosowanie do opieki zdrowotnej świadczonej w ich krajach. Poprzez

jasne określenie, które państwo członkowskie jest odpowiedzialne w każdej możliwej sytuacji, dyrektywa umożliwi zagwarantowanie jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej w całej Unii.

2.3. Przyszła praktyczna współpraca europejska w dziedzinie opieki zdrowotnej

W niektórych obszarach współpraca europejska może wnieść wartość dodaną do działań państw członkowskich ze względu na skalę lub rodzaj opieki zdrowotnej, której to dotyczy. Ramy ustanowione w dyrektywie pomogą w wykorzystaniu potencjału tej europejskiej wartości dodanej. Określa się w niej w szczególności trzy obszary rozwoju przyszłej praktycznej współpracy na poziomie europejskim.

2.3.1. Europejskie sieci referencyjne

Europejskie sieci ośrodków referencyjnych („europejskie sieci referencyjne") połączyłyby na zasadach dobrowolności specjalistyczne ośrodki w różnych państwach członkowskich. Sieci takie mogłyby pomóc w zapewnieniu opieki zdrowotnej pacjentom wymagającym ze względu na swój stan zdrowia szczególnej koncentracji zasobów lub wiedzy, świadcząc opiekę o wysokiej jakości i efektywną kosztowo. W wielu przypadkach jest to możliwe poprzez wykorzystanie takich sieci w celu wysłania odpowiedniego specjalisty do pacjenta, choć w niektórych sytuacjach to pacjenci muszą udać się do ośrodków w innych krajach.

Europejskie sieci referencyjne mogłyby być także punktami, w których koncentrowałoby się szkolenie i badania medyczne, rozpowszechnianie informacji i procesy oceny. Współpraca w tym obszarze mogłaby potencjalnie przynieść pacjentom ogromne korzyści, zapewniając im łatwiejszy dostęp do opieki wysokospecjalistycznej. Pozytywny wpływ odnotowałyby także systemy zdrowotne, gdyż współpraca taka umożliwiłaby najbardziej efektywne wykorzystanie zasobów, na przykład poprzez łączenie zasobów w celu zwalczania rzadkich chorób.

Komisja finansuje już projekty pilotażowe testujące koncepcję europejskich sieci referencyjnych opracowaną przez Grupę Wysokiego Szczebla ds. Usług Zdrowotnych i Opieki Medycznej[2]. Celem tych projektów pilotażowych, prowadzonych w szczególności w obszarze rzadkich chorób, jest ustalenie najlepszych praktyk związanych z ustanawianiem europejskich sieci referencyjnych, ustalenie szczególnych przeszkód prawnych lub praktycznych, z jakimi stykają się takie sieci, oraz opracowanie ogólnych wniosków i zaleceń, które mogłyby zostać wykorzystane także poza dziedziną rzadkich chorób. Na podstawie wyników tych projektów można ustanowić w proponowanej dyrektywie czytelne ramy europejskich sieci referencyjnych.

Ponadto w ramach transgranicznego aspektu celu spójności terytorialnej w obrębie polityki spójności udziela się finansowego wsparcia dla szeregu projektów ułatwiających dostęp pacjentów do transgranicznych usług zdrowotnych. Komisja będzie również aktywnie zaangażowana w jeden z projektów finansowanych w ramach programu URBACT II. Projekt ten został nazwany „Budowanie zdrowych społeczności" (Building Healthy Communities).

---

[2] Zob. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/high_level_hsmc_en.htm.

2.3.2. Ocena technologii medycznych

Ciągłe innowacje w naukach medycznych i technologiach medycznych przynoszą korzyści w postaci lepszej opieki zdrowotnej. Jednocześnie stanowią one jednak stałe wyzwanie dla systemów zdrowotnych, które muszą zapewnić ich właściwą ocenę i wykorzystanie w sposób najbardziej efektywny kosztowo. Ocena technologii medycznych (health technology assessment – HTA) jest multidyscyplinarnym procesem, w ramach którego dla powyższych celów zbiera się informacje o medycznych, społecznych, ekonomicznych i etycznych aspektach korzystania z danej technologii medycznej. Jest to wyraźnie jeden z obszarów europejskiej wartości dodanej, w którym współpraca na poziomie europejskim może pomóc w ograniczeniu nakładania się i dublowania prac, sprzyjając tym samym skutecznemu i efektywnemu wykorzystaniu zasobów.

Komisja wspiera pilotażową europejską sieć do spraw oceny technologii medycznych pod nazwą „EUnetHTA". Ogólnym celem EUnetHTA jest ustanowienie skutecznej i trwałej europejskiej sieci do spraw oceny technologii medycznych dostarczającej informacji decydentom. EUnetHTA gromadzi publiczne agencje HTA, placówki badawcze i ministerstwa zdrowia, umożliwiając efektywną wymianę informacji i wspieranie procesu decyzyjnego w państwach członkowskich. Projekt EUnetHTA jest współfinansowany przez Komisję Europejską, a także zasilają go składki członków sieci. Tak jak w przypadku europejskich sieci referencyjnych, na podstawie wyników tego projektu pilotażowego można ustanowić w dyrektywie czytelne ramy oceny technologii medycznych.

2.3.3. E-zdrowie

W technologiach teleinformatycznych tkwi ogromny potencjał w zakresie poprawy jakości, bezpieczeństwa i efektywności opieki zdrowotnej. Komisja Europejska wspiera prace w tym obszarze zgodnie z planem działania w dziedzinie e-zdrowia[3], a wiele przykładów projektów z zakresu e-zdrowia już działa. Dotyczą one takich kwestii, jak specjalistyczne wsparcie dużych szpitali dla małych lokalnych placówek, udzielane na odległość; odczytywanie obrazów diagnostycznych na odległość; monitorowanie chorób przewlekłych, umożliwiające osobom cierpiącym na takie schorzenia kontynuowanie aktywności bez konieczności hospitalizacji, lub koordynacja różnych podmiotów świadczących opiekę zdrowotną w celu zapewnienia indywidualnym pacjentom zintegrowanych pakietów opieki.

Bezpieczne i efektywne świadczenie usług w zakresie e-zdrowia wymaga jednak wspólnych formatów i standardów, które mogą być wykorzystane pomiędzy różnymi systemami i różnymi krajami – a tych obecnie brakuje. Dyrektywa pozwoli zatem na wprowadzenie takich formatów i standardów, umożliwiając kontynuowanie nieformalnej współpracy i indywidualnych projektów w bardziej ogólnym zakresie oraz na solidniejszych i trwalszych podstawach. Wniosek nie zobowiązuje do wprowadzenia jakichkolwiek systemów lub usług e-zdrowia, lecz ma na celu zapewnienie interoperacyjności w momencie podjęcia przez państwa członkowskie decyzji o wprowadzeniu takich systemów.

---

[3] COM(2004) 356 z 30 kwietnia 2004.

3. SKUTKI PROPONOWANYCH RAM

3.1. Jaka jest skala transgranicznej opieki zdrowotnej?

Według szacunków Komisji około 1 % budżetów publicznej opieki zdrowotnej przeznaczany jest na transgraniczną opiekę zdrowotną, co stanowi około 10 miliardów EUR w skali całej Wspólnoty. Odsetek ten może być wyższy w niektórych przypadkach:

– w regionach przygranicznych,

– w przypadku mniejszych państw członkowskich,

– w zakresie rzadkich chorób,

– w obszarach przyciągających dużą liczbę turystów.

Jednakże nawet w powyższych przypadkach koszty transgranicznej opieki zdrowotnej ograniczone są do kilku procent łącznej kwoty wydatków.

Względnie niewielka skala transgranicznej opieki zdrowotnej nie jest zaskoczeniem, gdyż ludzie wolą korzystać z opieki zdrowotnej jak najbliżej domu. Z sondaży Komisji[4] wynika, że potrzeby zdrowotne znacznej większości pacjentów w UE – ponad 90 % w całej Unii – są zaspokojone w ramach opieki świadczonej w ich krajowych systemach. Z tego względu, pomimo dużego znaczenia niniejszych ram dla osób, które są tym zainteresowane, ogólna skala transgranicznej opieki zdrowotnej nie wywrze większego wpływu na systemy zdrowotne jako takie.

3.2. Jakie będą skutki niniejszego wniosku dla obywateli?

Mimo że dyrektywa opiera się na prawach ustalonych już przez Trybunał Sprawiedliwości w ramach wykładni Traktatu, wnosi ona wartość dodaną, gdyż zapewni jasność co do tych dodatkowych praw przyznanych pacjentom korzystającym z opieki zdrowotnej, do której są uprawnieni w placówkach w innych państwach członkowskich, oraz co do zwrotu kosztów takiej opieki. W każdym przypadku transgranicznej opieki zdrowotnej pacjenci mogą być pewni co do jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej. Osobom, które nie mogą w rozsądnym czasie uzyskać opieki zdrowotnej, do której są uprawnione w ich własnym kraju, obowiązujące rozporządzenia dotyczące zabezpieczenia społecznego gwarantują możliwość udania się do innego państwa członkowskiego[5]. System ten pozostaje bez zmian. Niniejszy wniosek przewiduje zatem dodatkowy wariant transgranicznej opieki zdrowotnej, w odpowiedzi na sprawy wniesione przez obywateli, które doprowadziły do wydania wyroków przez Trybunał. Należy podkreślić, że prawa wywodzące się z tego orzecznictwa nie zastępują żadnych praw przysługujących na mocy przepisów krajowych lub rozporządzenia (EWG) nr 1408/71, lecz stanowią dodatkowe prawa, z których mogą korzystać pacjenci. Zapewniają one zatem

---

[4] Zob. szacunki niezaspokojonych potrzeb medycznych zawarte w statystykach Wspólnoty w sprawie dochodów i warunków życia (EU-SILC).

[5] Przy użyciu formularzy E112 – patrz http://ec.europa.eu/employment_social/social_security_schemes/healthcare/e112/conditions_en.htm.

wszystkim lepszy dostęp do innych systemów opieki zdrowotnej w ramach UE. Należy zauważyć, że, jak już wspomniano powyżej, niektóre państwa członkowskie zadecydowały o rozszerzeniu, pod pewnymi warunkami, systemów świadczeń rzeczowych na pacjentów korzystających z transgranicznej opieki zdrowotnej. Przepisy zawarte we wniosku pomogą także w wytworzeniu wartości dodanej w ramach szerszej i bardziej efektywnej współpracy w dziedzinie zdrowia w ramach UE. Dzięki temu wnioskowi pacjenci mogą osiągnąć dodatkowe korzyści. Stworzenie europejskich sieci referencyjnych, chociażby tylko na zasadach dobrowolności, podniesie poziom wiedzy specjalistycznej w nowych dziedzinach leczenia i pomoże ułatwić pacjentom dostęp do tych terapii, niezależnie od ich miejsca zamieszkania. Ulepszona współpraca w dziedzinie zarządzania nowymi technologiami medycznymi dostarczy państwom członkowskim dodatkowych narzędzi w zakresie oceny tych technologii oraz poprawy efektywności i trwałości ich decyzji. Poprzez lepsze monitorowanie danych oraz łączenie narzędzi statystycznych dyrektywa, której dotyczy wniosek, poprawi także monitorowanie świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej, czego bezpośrednim skutkiem będzie podniesienie poziomu wiedzy na temat sytuacji epidemiologicznej.

3.3. Jakie będą skutki niniejszego wniosku dla pracowników służby zdrowia?

Celem niniejszego wniosku jest zagwarantowanie czytelnych ram bezpiecznej i efektywnej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości w całej Unii. Pracownicy służby zdrowia skorzystają zatem z czytelnego zestawu zasad dotyczących standardów jakości i bezpieczeństwa mających zastosowanie w przypadku leczenia pacjentów z innych państw członkowskich lub świadczenia usług w innych państwach członkowskich.

Niniejsza dyrektywa nie będzie jednak naruszać obowiązujących przepisów prawa wspólnotowego. W szczególności nie naruszy przepisów dotyczących uznawania kwalifikacji zawodowych ani nie będzie tworzyć dodatkowych przeszkód dla takiego uznawania. Nie naruszy również praw pracowników służby zdrowia do zakładania działalności gospodarczej w innych państwach członkowskich. Ponadto w dyrektywie jasno wskazano, że niezależnie od statusu pracownika służby zdrowia zasady opieki wyznacza kraj leczenia (to jest kraj, w którym świadczona jest opieka).

3.4. Jakie będą skutki niniejszego wniosku dla państw członkowskich i budżetów publicznych?

W dłuższej perspektywie wartość dodana europejskiej współpracy w takich dziedzinach, jak europejskie sieci ośrodków referencyjnych, udostępnianie ocen nowych technologii i wykorzystywanie technologii teleinformatycznych do świadczenia bardziej efektywnej opieki zdrowotnej („e-zdrowie”) pomoże podnieść jakość i efektywność wszelkiej opieki zdrowotnej, zarówno dla pacjentów przemieszczających się, jak i tych pozostających na miejscu.

W krótkiej perspektywie, jak wykazuje nasza ocena skutków, dodatkowe koszty leczenia powstające w związku z niniejszym wnioskiem prawdopodobnie nie będą tak wysokie, żeby ogólnie naruszać stabilność bądź zakłócać planowanie systemów zdrowotnych. Wynika to z faktu, że obywatele uprawnieni są tylko do zwrotu kosztów takiej opieki zdrowotnej, do jakiej byli uprawnieni we własnym kraju, zatem państwa członkowskie muszą ponieść tylko takie koszty opieki zdrowotnej,

jakie i tak musiałyby pokryć. W ocenie skutków oszacowano, że dodatkowe koszty leczenia stanowiłyby mały ułamek jednego procenta łącznych wydatków na ochronę zdrowia i zostałyby znacznie przewyższone przez korzyści. Nawet gdyby w krótkiej perspektywie nieprzewidziany wzrost transgranicznej opieki zdrowotnej miał powodować większe problemy, na przykład w zakresie planowania na poziomie placówek lokalnych, wniosek pozwala państwom członkowskim na wprowadzenie ograniczeń niezbędnych dla bezpieczeństwa całego systemu, przy poszanowaniu orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości. W takim przypadku państwo członkowskie może wprowadzić wymóg uprzedniej zgody dla pacjentów ubiegających się o skorzystanie z transgranicznej opieki szpitalnej, na warunkach określonych przez dyrektywę odzwierciedlającą orzecznictwo Trybunału.

3.5. Jakie będą skutki dla ogólnej organizacji systemów zdrowotnych?

Niektóre zainteresowane podmioty wyraziły zaniepokojenie potencjalnym wpływem transgranicznej opieki zdrowotnej na możliwości państw członkowskich w zakresie kontrolowania dostępu do opieki zdrowotnej. Transgraniczna opieka zdrowotna może stanowić szybszą ścieżkę dostępu do opieki. Może także pomóc w zapewnieniu efektywności ogólnej organizacji systemów zdrowotnych. W opiece zdrowotnej potrzebna jest krytyczna masa pacjentów, by osiągnąć i utrzymać wysoką jakość usług, oraz oczywiście po to, by uzasadnić inwestycje, które w przypadku niektórych nowych terapii mogą być obciążające i niedostępne w niektórych państwach członkowskich. Jeżeli świadczenie opieki transgranicznej może przyczynić się do wytworzenia takiej masy krytycznej, może to także pomóc w dalszym rozwoju opieki zdrowotnej, z czego skorzystają również krajowi pacjenci.

W każdym razie świadczenie opieki pacjentom z innych krajów nie może naruszać najważniejszego celu systemów zdrowotnych państw członkowskich, jakim jest zapewnienie opieki zdrowotnej ich własnym mieszkańcom. W proponowanej dyrektywie zostanie jasno wskazane, że korzystanie z niniejszych ram transgranicznej opieki zdrowotnej nie uprawnia osób z zagranicy do szybszego uzyskania leczenia niż pacjenci krajowi. W przypadku obowiązywania listy oczekujących na dany rodzaj leczenia pacjenci z innych państw członkowskich powinni być na nią włączani na tych samych zasadach i oczekiwać na leczenie tyle samo czasu, co pacjenci krajowi o podobnych potrzebach zdrowotnych. Ponadto podmioty świadczące opiekę zdrowotną nie mają obowiązku przyjmowania pacjentów z zagranicy na planowane leczenie, jeśli zagroziłoby to utrzymaniu potencjału w zakresie leczenia bądź kompetencji medycznych w przyjmującym państwie członkowskim. Gdy jednak kraj ma potencjał umożliwiający zapewnienie pacjentom leczenia szybciej niż w ich własnym kraju, bez wydłużenia czasu oczekiwania innych osób, zaś zainteresowani pacjenci są skłonni do podjęcia, mimo niedogodności, podróży do innego kraju w celu skorzystania z tego leczenia, wówczas będzie można wszystkim zapewnić bardziej efektywną opiekę.

4. PODSUMOWANIE

Wspólne cele systemów zdrowotnych w Unii Europejskiej odzwierciedlają niektóre z najbardziej fundamentalnych wartości obywateli Europy. Należy przestrzegać podstawowych zasad powszechności, sprawiedliwości, dobrej jakości i solidarności. Organizacja i świadczenie usług zdrowotnych oraz opieki medycznej należy i nadal

będzie należeć do kompetencji państw członkowskich. Kompetencje te muszą być wykonywane z poszanowaniem Traktatu. Ponadto Unia Europejska może wnieść znaczącą wartość dodaną dzięki ulepszonej współpracy, z korzyścią zarówno dla tych, którzy się przemieszczają, jak i dla tych pozostających w swoim kraju. W ten sposób UE przyczyni się także do realizacji niektórych z najważniejszych priorytetów jej obywateli oraz dostarczy namacalnego dowodu korzystnego wpływu integracji europejskiej na ich życie codzienne. Należy pamiętać, że wszystkie wyroki Trybunału Sprawiedliwości w tej dziedzinie zostały wydane w odpowiedzi na pytania prejudycjalne w sprawach zainicjowanych przez obywateli usiłujących skorzystać z indywidualnych praw wywodzących się z samego Traktatu WE.

Głównym celem ram prawnych, których dotyczy wniosek, jest zatem wyjaśnienie zasad określonych przez Trybunał Sprawiedliwości, zgodnie z którymi pacjenci mają prawo do zwrotu kosztów opieki zdrowotnej, z której skorzystali w innym państwie członkowskim, do poziomu, który obowiązywałby w przypadku skorzystania z opieki zdrowotnej w ich własnym państwie członkowskim. Prawo to wynika z bezpośredniego zastosowania Traktatu WE, a zaproponowane przez Komisję ramy prawne mają na celu ułatwienie praktycznego stosowania tego prawa.

Znaczna część tego rodzaju wsparcia za strony Wspólnoty związana jest zatem ze współpracą i wzajemnym uczeniem się. Pierwszym ważnym krokiem jest jednak ustanowienie czytelnych ram prawnych, w których może przebiegać taka współpraca. To właśnie jest celem niniejszej inicjatywy.