

Streszczenie pracy doktorskiej pt.

„Prawa pacjentów do transgranicznej opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej na przykładzie Polski i Niemiec”

Rozprawa doktorska napisania pod kierunkiem prof. dr hab. Gertrudy Uścińskiej

1. Przedmiot rozprawy oraz uzasadnienie podjęcia tematu

Tematem dysertacji jest problematyka dostępu do transgranicznych świadczeń zdrowotnych. „Świadczenie transgraniczne” odnosi się do każdej usługi medycznej wykonanej poza państwem ubezpieczenia w ramach Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Kwestie te zostały uregulowane w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz w dyrektywie 2011/24/UE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowanie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Zakresem podmiotowym rozprawy objęto obywateli UE, którym przyznano uprawnienia pacjenta transgranicznego na podstawie norm prawa UE.

Organizacja systemów ochrony zdrowia jest elementem polityki publicznej, prowadzonej autonomicznie przez poszczególne rządy. Szczególna troska państw o zdrowie obywateli została ugruntowana historycznie, a odzwierciedlenie tego znajdujemy w modelach systemu ochrony zdrowia powstałych w XIX wieku. Wśród dominujących rozwiązań znajdują się niemiecki model Bismarcka – tak zwany ubezpieczeniowy oraz brytyjski model Beveridge’a – tak zwany zaopatrzeniowy.

Konstrukcja Unii Europejskiej oparta jest na czterech fundamentalnych swobodach przepływu: towarów, osób, kapitału i usług. Zgodnie z orzecznictwem Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej oraz prawem Unii Europejskiej świadczenia zdrowotne są usługami, ale mimo to są one wyłączone ze swobodnego przepływu. Wynika to z silnego zróżnicowania systemów ochrony zdrowia w państwach członkowskich UE, a więc

potencjalnie ogromnego wyzwania wiążącego się z harmonizacją tych systemów, umożliwiającą swobodę przepływu tych usług.

Przyjęty w Europie model *welfare state* skutkuje oczekiwaniami obywateli Unii Europejskiej dotyczącymi zwiększenia dostępu do transgranicznych usług medycznych. Dlatego zdrowie jako obszar polityki publicznej staje się coraz bardziej znaczącym wyzwaniem dla państw europejskich. Przyczynia się do tego przede wszystkim starzenie się społeczeństw, ale także rozwój medycyny. Od dwóch dekad obserwuje się dynamiczny, aczkolwiek nierówno rozłożony wśród państw UE, wzrost odsetka PKB przeznaczanego na ochronę zdrowia. W wyniku tego pojawiają się obawy, iż rozwiązania zwiększające dostępność do transgranicznych świadczeń zdrowotnych zdestabilizują sytuację finansową instytucji właściwej.

Przedmiotem dysertacji jest analiza wdrożenia w Polsce i w Niemczech przepisów Unii Europejskiej, tj.:

- 1) rozporządzenia 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego,
- 2) dyrektywy 2011/24/UE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.

Szczególną uwagę zwrócono na kwestie restrykcyjności wdrożenia tych norm do krajowych porządków prawnych w Polsce i w Niemczech.

Analizie poddano skutki finansowe wynikające z możliwości korzystania z opieki transgranicznej. Przedstawiono je z perspektywy 7-letniego okresu obowiązywania tych regulacji. Pozwoliło to na porównanie funkcjonowania rozwiązań w Polsce i w Niemczech.

2. Cel naukowy i badawczy

Celem naukowym dysertacji jest weryfikacja postawionej tezy, iż restrykcyjne wdrożenie w Polsce norm prawa Unii Europejskiej z zakresu opieki transgranicznej wynikające z obaw o stabilność finansową instytucji właściwej nie znajduje odzwierciedlenia w faktach.

Głównym celem badawczym pracy jest pogłębiona analiza i ocena przepisów Unii Europejskiej regulujących dostęp do opieki medycznej poza państwem ubezpieczenia. Zbadano traktatową ewolucję rozwiązań prawnych dostępu do świadczeń zdrowotnych, zawartych w normach prawnych pojawiających się wraz z rozwojem integracji i tworzenia się Unii Europejskiej oraz wpływ orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej na finalny kształt dyrektywy 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej

opiece medycznej. Przeanalizowano wpływ rozwiązań prawnych zaimplementowanych do polskiego porządku prawnego. Ponadto poddano analizie raporty sprawozdawcze z realizacji dyrektywy 2011/24/UE przygotowane na zlecenie Komisji Europejskiej oraz coroczne sprawozdania z działalności instytucji właściwej. Podjęte prace badawcze pozwoliły na weryfikację postawionej tezy.

3. Przyjęte teza i pytania badawcze

W pracy przyjęto tezę główną – restrykcyjny model wdrożenia dyrektywy 2011/24/EU w Polsce nie ma uzasadnienia, w tym szczególnie wynikającego z argumentów o możliwości destabilizacji finansowej polskiego systemu ochrony zdrowia.

Przyjęto także pytania badawcze, na które udzielono odpowiedzi w poszczególnych rozdziałach dysertacji.

1. Polityka publiczna dotycząca ochrony zdrowia jest jedną z najważniejszych polityk publicznych we współczesnych państwach, na co wskazuje szczególne zainteresowanie polityków tymi zagadnieniami oraz alokacja znaczących środków na rozwiązanie wyzwań związanych z dostępnością do usług zdrowotnych.
2. Analiza wskazuje, iż katalog świadczeń zawarty w dyrektywie 2011/24/UE jest znacząco korzystniejszy dla pacjentów niż w rozporządzeniu 883/2004. Niemniej dyrektywa 2011/24/UE – jako norma prawa wymagająca wdrożenia w państwach członkowskich – umożliwia wprowadzenie ograniczeń, które *de facto* zrównują uprawnienia z tymi wynikającymi z rozporządzenia 883/2004.
3. Dostępność do transgranicznych świadczeń zdrowotnych jest w Niemczech bardzo szeroka, zaś obywatele Polski mają liczne ograniczenia, wynikające ze sposobu wdrożenia dyrektywy 2011/24/UE.
4. Koszty świadczeń udzielanych poza państwem ubezpieczenia nie wpływają na stabilność finansową żadnego systemu ochrony zdrowia w UE.

4. Struktura pracy

Praca składa się z wprowadzenia, pięciu rozdziałów zawierających wnioski oraz zakończenia.

W pierwszym rozdziale rozprawy przedstawiono podstawy metodologiczne polityk publicznych, opisano główne modele systemów ochrony zdrowia występujące w Europie oraz poddano analizie ich rolę oraz wpływ na funkcjonowanie państwa i społeczeństwa.

W rozdziale drugim omówiono prawa pacjentów wynikające z ustawodawstwa europejskiego oraz ich ewolucje w kolejnych traktatach. Analizie poddano orzecznictwo TSUE z zakresu praw pacjentów do opieki medycznej poza państwem ubezpieczenia. Ze względu na tematykę i zakres pracy opisano dwa akty prawne, tj. rozporządzenie 883/2004 oraz dyrektywę 2011/24/UE.

W rozdziale trzecim opisano niemiecki, a w czwartym polski system ochrony zdrowia. Analizie poddano sposób organizacji obu tych systemów, z uwzględnieniem ich uwarunkowań finansowych. Przedmiotem opisu są także prawa pacjentów do opieki poza państwem ubezpieczenia, wdrożone na podstawie rozporządzenia 883/2004/UE i dyrektywy 2011/24/UE. Skoncentrowano się przede wszystkim na sposobie implementacji (restrykcyjności) przepisów UE do krajowych norm prawnych.

Rozdział piąty podejmuje analizę sprawozdań NFZ w zakresie korzystania ze świadczeń transgranicznych poza państwem ubezpieczenia na mocy rozporządzenia 883/2004 i dyrektywy 2011/24/UE.

W zakończeniu dokonano weryfikacji postawionej tezy. Na tej podstawie sformułowano wstępne sugestie związane ze zmianą sposobu implementacji do polskiego prawa norm prawa unijnego w zakresie transgranicznej opieki medycznej.

5. Weryfikacja postawionej tezy i pytania badawcze

Wynik przeprowadzonych w pracy badań oraz analiz pozytywnie zweryfikował główną hipotezę badawczą oraz pozwolił odpowiedzieć na pytania badawcze.

Postawiona w rozprawie hipoteza główna stwierdzająca, iż restrykcyjny model wdrożenia dyrektywy 2011/24/EU w Polsce nie ma uzasadnienia, w tym szczególnie wynikającego z argumentów o możliwości destabilizacji finansowej polskiego systemu ochrony zdrowia, została pozytywnie zweryfikowana. Przeprowadzono analizę ustawy z dnia 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w której znajdują się rozwiązania prawne wdrażające do polskiego porządku prawnego normy zawarte w rozporządzeniu 883/2004 oraz w dyrektywie 2011/24/UE. Dokonano oceny zgodności implementacji z normami prawa Unii Europejskiej. Dyrektywa pozostawia

państwom członkowskim elastyczność w zakresie wdrożenia do prawa lokalnego. Przeprowadzona analiza wskazała, iż w Polsce zastosowano wszystkie możliwe ograniczenia, zgodne z zapisami dyrektywy 2011/24/UE. Analiza siedmioletniego okresu korzystania ze świadczeń transgranicznych wskazuje, że nie mają one wpływu na stabilność finansową instytucji właściwej – Narodowego Funduszu Zdrowia. W analizowanym okresie sumaryczne koszty świadczeń transgranicznych nie przekroczyły 1% budżetu NFZ.

Analiza wydatków na ochronę zdrowia zarówno w wymiarze europejskim, jak i polskim przedstawiona w długim szeregu czasowym wskazuje, że wszystkie państwa mierzą się z dynamicznie rosnącymi wydatkami na tę politykę publiczną. Jednocześnie zwrócono uwagę, że w ostatniej dekadzie partie wyborcze osiągające najwyższy odsetek poparcia społecznego adresowały kwestie związane z ochroną zdrowia w priorytetowy sposób. Badania sondażowe dowodzą, że zdrowie jest jedną z najważniejszych wartości dla Polaków. Przyniesione analizy pozwalają stwierdzić, że polityka publiczna zajmująca się ochroną zdrowia jest jedną z najważniejszych polityk publicznych.

Rozporządzenie 883/2004 jest podstawową normą prawa UE, które zapewnia koordynację systemów zabezpieczenia społecznego, w tym dostępu do ochrony zdrowia podczas przemieszczania się w obrębie Unii. Jest to więc gwarancja dostępu do leczenia niezbędnego dla zachowania zdrowia lub życia w trakcie pobytu w jakimkolwiek państwie UE. Dyrektywa 2011/24/UE umożliwia w ograniczonym zakresie podejmowanie leczenia planowego poza państwem ubezpieczenia. Państwa członkowskie UE muszą zapewnić dostępność do leczenia planowego, o ile jego oczekiwany czas trwania nie przekracza 24 godzin (tak zwane leczenie jednego dnia). Zapewnienie dostępności w szerszym zakresie jest fakultatywne. Wnioskuje się więc, że przedmiotowy katalog świadczeń zawarty w dyrektywie 2011/24/UE nie stanowi istotnego przełomu w stosunku do katalogu dostępnego na podstawie rozporządzenia 883/2004.

W dysertacji poddano analizie implementację dyrektywy 2011/24/UE w Polsce i w Niemczech. Stwierdzono, iż Polska w obawie o stabilność NFZ zastosowała wszystkie przewidziane w dyrektywie 2011/24/UE ograniczenia i restrykcje, zaś w Niemczech dostęp do świadczeń transgranicznych był wprowadzony wraz z dostosowywaniem prawa do orzecznictwa TSUE, więc był faktycznie dostępny jeszcze przed wejściem w życie dyrektywy 2011/24/UE.