

Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie rozporządzenia w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz dyrektywy transgranicznej. Próba porównania

Streszczenie: Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej został zagwarantowany w Konstytucji RP, ustawach zwykłych oraz w prawie międzynarodowym. Prawu dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej odpowiadają pewne obowiązki organów władzy publicznej, m.in. obowiązek stworzenia systemu opieki zdrowotnej w akcie rangi ustawy oraz sfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wskazana ustawa wprowadza instytucje list oczekujących, które prowadzone są przez świadczeniodawców z poszanowaniem zasady równego dostępu i które wiążą się z koniecznością oczekiwania przez pacjentów na świadczenie medyczne. Zbyt długie oczekiwanie na udzielenie świadczenia medycznego może być przesłanką zrealizowania swojego prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim niż państwo ubezpieczenia na podstawie rozporządzenia w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dyrektywy transgranicznej. Celem niniejszego artykułu jest wskazanie, jakie prawa i obowiązki pacjenta kształtuje rozporządzenie w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, a jakie dyrektywa transgraniczna.

Słowa kluczowe: pacjent, prawa pacjenta, transgraniczna opieka zdrowotna.

1. Prawo dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w Konstytucji RP oraz ustawach zwykłych

Nie sposób analizować zmieniających się zadań administracji publicznej w demokratycznym państwie prawa bez uwzględnienia zjawiska globalizacji¹. Globalizacja wymusza na organach władzy publicznej określony sposób realizacji zadań publicznych. Przykładem zadań, które w ostatnim czasie doczekały się zmian w sposobie ich realizacji, są zadania z dziedziny ochrony zdrowia. Przystąpienie Rzeczypospolitej Polskiej do struktur Unii Europejskiej oraz oczekiwania mobilnego społeczeństwa co do należytej troski o stan jego zdrowia wymusiły na organach władzy publicznej działania mające na

¹ Globalizacja to proces umiędzynarodowiania finansów, rynków, technologii, istniejących modeli kultury, instytucji ustrojowoprawnych oraz polityki. Przebiega w sferze gospodarki, polityki, ustrojów, prawa i kultury. A. Błaś, *Administracja publiczna w dobie globalizacji*, [w:] A. Błaś, J. Boć, J. Jeżewski, *Nauka administracji*, Kolonia Limited, Wrocław 2013, s. 47.

celu instytucjonalne zagwarantowanie realizacji prawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obywatelom Unii Europejskiej. W niniejszym opracowaniu dokonam porównania statusu pacjenta realizującego prawo dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie rozporządzenia w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz dyrektywy transgranicznej a także wskażę, w jakich sytuacjach korzystniejsze staje się realizowanie prawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie rozporządzenia, a w jakich na podstawie dyrektywy.

O prawie pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej w pierwszej kolejności traktuje art. 68 ust. 2 Konstytucji RP² oraz art. 6 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³. Tak skonstruowanemu prawu pacjenta odpowiadają pewne obowiązki zarówno organów władzy publicznej, jak i podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych⁴. Na mocy art. 68 Konstytucji RP organy władzy publicznej, tj. ustawodawca oraz organy administracji rządowej i samorządowej, zostały zobowiązane do powołania i określenia zasad systemu opieki zdrowotnej w akcie rangi ustawy oraz sfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, natomiast mocą art. 6 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych zobowiązane są wykonywać te świadczenia zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, za pomocą dostępnych metod i środków zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

W doktrynie zadania z dziedziny ochrony zdrowia definiuje się jako zadania publiczne niezbywalne o charakterze ustrojowym⁵. Oznacza to m.in., że organy władzy publicznej⁶ nie mogą wyzbyć się odpowiedzialności względem obywateli za działania mające za przedmiot ochronę zdrowia, zwłaszcza nie mogą przekazywać w całości swo-

² Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, dalej jako Konstytucja RP.

³ Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, dalej jako ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

⁴ Zob. T. Rek, *Prawa i obowiązki świadczeniobiorcy*, [w:] *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, pod red. M. Dercz, Warszawa 2013, s. 271.

⁵ J. Jończyk, *Transformacja ubezpieczeń społecznych i ochrony zdrowia*, [w:] *Konstytucyjne problemy prawa pracy i zabezpieczenia społecznego*, Wrocław 2005, s. 113, cyt. za: S. Jarosz-Zukowska, *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, [w:] *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, pod red. M. Jabłońskiego, Wrocław 2014, s. 668 i n.

⁶ System podmiotów administracji publicznej realizujących zadania w sferze ochrony zdrowia tworzą zróżnicowane podmioty, gdzie szczególną rolę pełnią podmioty publiczne. Będą to m.in.: minister właściwy ds. zdrowia, Główny Inspektor Sanitarny, Główny Inspektor Farmaceutyczny, Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych i Produktów Biobójczych, Rzecznik Praw Pacjenta oraz wojewodowie. Oprócz kluczowych podmiotów administracji rządowej i samorządowej należy wspomnieć o samorządach zawodów medycznych oraz organizacjach pozarządowych, w tym fundacjach i stowarzyszeniach, a także Narodowym Funduszu Zdrowia. A. Rabiega-Przyłęcka, *Organizacja i zadania administracji publicznej w ochronie zdrowia*, [w:] *Prawo administracyjne materialne. Pojęcie, instytucje, zasady*, pod red. Z. Duniewskiej, B. Jaworskiej-Dębskiej, M. Stahl, Warszawa 2014, s. 235-245.

ich obowiązków na rzecz podmiotów prywatnych, a w kształtowaniu warunków funkcjonowania i finansowania systemu kierować się jedynie względami ekonomicznymi⁷. Oczywiście nie oznacza to takiej sytuacji, w której zadania z dziedziny ochrony zdrowia wykonywać będą jedynie podmioty publiczne, np. w postaci zakładów administracyjnych. W demokratycznym państwie prawa możliwe jest wykorzystywanie mechanizmów rynkowych w postaci zlecania zadań administracji publicznej podmiotom prywatnym, w tym zadań polegających na dostarczaniu usług zdrowotnych⁸, gdzie rola organów władzy publicznej związana z instytucjonalnym zapewnieniem obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych polegać będzie na stworzeniu rozwiązań prawnych, kreujących prawa i obowiązki organizatora systemu opieki zdrowotnej oraz kontrahentów i beneficjentów, a także na zapewnieniu nadzoru nad funkcjonowaniem systemu⁹.

Warunki funkcjonowania i finansowania systemu opieki zdrowotnej w Rzeczypospolitej Polskiej określone zostały w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁰, ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹¹ oraz w „ustawach samorządowych”¹². Wyżej wymienione ustawy wraz z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry¹³ oraz załącznikiem do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wskazują również na obowiązki podmiotów wykonujących działalność leczniczą tj. świadczeniodawców. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa m.in.: warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasady i tryb ich finansowania, zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń oraz zasady funkcjonowania, organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdro-

⁷ J. Oniszczyk, *Problemy realizacji wolności i praw socjalnych gwarantowanych w Konstytucji RP*, [w:] *Wolności i prawa jednostki oraz ich gwarancje w praktyce*, pod red. L. Wiśniewskiego, Warszawa 2006, s. 225 oraz H. Zięba-Załużcka, *Pojęcie prawa do ochrony zdrowia*, [w:] *Zasada równości w prawie*, pod red. H. Zięby-Załużckiej, M. Kijowskiego, Rzeszów 2004, s. 53, cyt. za: S. Jarosz-Żukowska, *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, [w:] *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, pod red. M. Jabłońskiego, Wrocław 2014, s. 669.

⁸ D. Sześciło, *Rynek, prywatyzacja, interes publiczny. Wyzwania urynkowienia usług publicznych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2014, s. 49.

⁹ D. E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011, s. 147.

¹⁰ Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135, dalej jako ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹¹ Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654, dalej jako ustawa o działalności leczniczej.

¹² Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 1990 r. Nr 16, poz. 95 z późn. zm.), ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 1998 r. Nr 91, poz. 578 z późn. zm.) oraz ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 1998 r. Nr 91, poz. 576 z późn. zm.)

¹³ Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152, dalej jako ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry.

wia¹⁴. Ustawa o działalności leczniczej strukturalizuje podmioty udzielające świadczeń opieki zdrowotnej, natomiast „ustawy samorządowe” regulują funkcjonowanie lokalnych i regionalnych systemów ochrony zdrowia.

Świadczenia opieki zdrowotnej, mocą art. 132 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane są na podstawie umowy o udzielanie tych świadczeń zawartej pomiędzy świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do realizacji zadań z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, tj. NFZ z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 w/w ustawy. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest umową nazwaną, wzajemną, odpłatną, dwustronnie zobowiązującą, w której każda ze stron jest jednocześnie dłużnikiem i wierzycielem. NFZ ma wierzytelność względem świadczeniodawcy, której treścią jest udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, a jako dłużnik jest zobowiązany za udzielone świadczenie zapłacić. Natomiast świadczeniodawca jako dłużnik jest zobowiązany do udzielenia świadczenia, a jako wierzyciel posiada roszczenie o zapłatę¹⁵. Umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej jest umową o świadczenie na rzecz osoby trzeciej, w rozumieniu art. 393 kodeksu cywilnego¹⁶. Osobą trzecią jest świadczeniobiorca, który nie jest stroną umowy, w której zastrzeżono dla niego świadczenie, a któremu przysługuje roszczenie w stosunku do świadczeniodawcy spełnienia świadczenia¹⁷. Świadczeniodawcą może być podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, bez względu na strukturę własnościową i formę prawną prowadzonej działalności¹⁸, ponieważ polski ustawodawca zdecydował się włączyć podmioty prywatne w realizację zadań publicznych z dziedziny ochrony zdrowia¹⁹. Umowa

¹⁴ Narodowy Fundusz Zdrowia to państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną. Został uregulowany w dziale V ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. NFZ odpowiada za organizowanie i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej.

¹⁵ A. Pietraszewska-Macheta, *Kontraktowanie świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Przepisy, praktyka i orzecznictwo*, Warszawa 2014, s. 267-269.

¹⁶ Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.

¹⁷ A. Pietraszewska-Macheta, *op. cit.*, s. 267-269.

¹⁸ P. Horosz, *Zdrowie obywateli jako dobro publiczne*, [w:] *Administracja usług i dóbr publicznych*, pod red. M. Woźniak, Difin, Warszawa 2013, s. 103.

¹⁹ Świadczeniodawcą zgodnie a art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest: podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, osoba fizyczna, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności oraz podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi. Podmiotem wykonującym działalność leczniczą w myśl art. 4 ustawy o działalności leczniczej jest: przedsiębiorca w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej(Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447 z późn. zm.) we wszystkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, jednostka budżetowa, w tym państwowa jednostka tworzona i nadzorowana przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego ds. wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa, posiadająca w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, instytut badawczy, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest zawierana wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a Fundusz, co niezmiennie istotne, zobowiązany jest zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera przede wszystkim rodzaj i zakres udzielanych świadczeń²⁰. W obowiązującym stanie prawnym świadczeniobiorcy²¹ mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie

96, poz. 618 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 185, poz. 1092), fundacja i stowarzyszenie, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej, posiadająca osobowość prawną jednostka organizacyjna stowarzyszenia oraz osoba prawna i jednostka organizacyjna działająca na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania – w zakresie w jakiej wykonuje działalność leczniczą. Działalność leczniczą mogą prowadzić również praktyki zawodowe lekarzy i pielęgniarek. Ponadto mocą art. 6 ustawy o działalności leczniczej, Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej lub wojewodę oraz jednostki samorządu terytorialnego mogą utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie spółki kapitałowej lub jednostki budżetowej. W formie spółki kapitałowej działalność leczniczą może utworzyć i prowadzić uczelnia medyczna.

²⁰ Innymi komponentami umowy, mocą art. 136 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych są m.in.: warunki udzielenia świadczeń, sposób realizacji instrumentów dzielenia ryzyka, wykaz podwykonawców, zasady rozliczeń, kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, zasady rozpatrywania kwestii spornych, postanowienia o rozwiązaniu umowy oraz postanowienia o karze umownej.

²¹ Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych posługuje się terminem świadczeniobiorcy na oznaczenie pacjenta, który jest: objęty powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym; innym niż ubezpieczony, posiadającym obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub uzyskał w RP status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, spełniającym kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, co do którego nie zachodzi okoliczność, o której mowa w art. 12 ustawy i pomocy społecznej; innym niż wymienione, który nie ukończył 18 r. ż. posiada obywatelstwo polskie lub uzyskał w RP status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach i posiadający miejsce zamieszkania na terytorium RP; innym niż wymienione, posiadający miejsce zamieszkania na terytorium RP, który jest w okresie ciąży, porodu lub połogu, posiada obywatelstwo polskie lub uzyskał w RP status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach. Ubezpieczonymi będą również obywatele państwa członkowskiego UE oraz państwa członkowskiego EFTA, zamieszkujący na terytorium państwa członkowskiego UE lub państwa członkowskiego EFTA; osoby nie posiadające obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub państwa członkowskiego EFTA – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej, które przebywają na terytorium RP na podstawie wizy w celu wykonania pracy, zezwolenia na pobyt czasowy, z wyłączeniem zezwolenia udzielonego na podstawie art. 181 ust. 1 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego UE, zgody na pobyt ze względów humanitarnych oraz zgody na pobyt tolerowany; osoby, które uzyskały w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium, osoby nie posiadające obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub państwa członkowskiego EFTA, legalnie zamieszkujące na terytorium innego niż RP państwa członkow-

zdrowia, zapobieganie i wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Będą to m.in. świadczenia mające za przedmiot: podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, leczenie szpitalne, opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień, rehabilitację leczniczą, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, leczenie stomatologiczne, lecznictwo uzdrowiskowe, zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, ratownictwo medyczne, opiekę paliatywną i hospicyjną oraz świadczenia wysokospecjalistyczne. Wymieniony zakres świadczeń określany jest mianem świadczeń gwarantowanych, tj. świadczeń, które są finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych. Zatem w/w świadczenia będą przedmiotem umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawieranych przez Fundusz z świadczeniodawcą, przy czym umowa określać będzie nie tylko rodzaj świadczenia, ale również ilość. Tym samym świadczeniodawcy będą zobowiązani do udzielania świadczeniobiorcom świadczeń zdrowotnych w ilości zakontraktowanej przez NFZ, a NFZ będzie zobowiązany sfinansować zakontraktowane świadczenia do wysokości określonej w umowie²². Art. 132 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jak już wspomniałam, zawiera pewne zastrzeżenie. Zasadą jest, że podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych jest umowa z określonymi w niej limitami kwotowymi lub ilościowymi, co ma ten skutek, że świadczeniobiorcy nie mogą żądać spełnienia opieki finansowanej ze środków publicznych ponad warunki określone w umowie²³, jednakże mocą art. 19 ustawy w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są świadczeniobiorcy niezwłocznie²⁴. Dotyczy to również świadczeniodawcy, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub wykonał ją w całości, a który w stanach nagłych zobowiązany jest udzielić świadczeniobiorcy świadczenia medycznego, za które NFZ zapłaci. Obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia statuuje również: art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry oraz w art. 15 ustawy o działalności leczniczej.

Poza obowiązkiem udzielania świadczeń zdrowotnych zakontraktowanych przez NFZ, świadczeniodawca zobowiązany jest również do udzielania świadczeń: przez osoby wykonujące zawód medyczny lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje

skiego UE lub państwa członkowskiego EFTA – jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia; ubezpieczonymi będą również osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego UE lub państwa członkowskiego EFTA, niezamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium RP i są objęte: ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych lub ubezpieczeniem społecznym rolników na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników.

²² A. Rabiega-Przyłęcka, *op. cit.*, s. 247.

²³ D. E. Lach, *op. cit.*, s. 245.

²⁴ M. Lulka, *Kontraktowanie świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia*, Warszawa 2015, s. 183.

i uprawnienia do udzielania świadczeń medycznych. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom powinny przede wszystkim odpowiadać wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej i powinny być udzielane za pomocą dostępnych metod i środków zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Świadczeniodawca zobowiązany jest udzielać świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty i atesty, w sposób kompleksowy, tj. obejmujący wykonanie niezbędnych badań oraz w sposób ciągły przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem. Dodatkowo świadczeniodawcy na podstawie ustawy o działalności leczniczej mają obowiązek ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej, co ma stanowić gwarancję finansową w razie orzeczenia odszkodowania lub zadośćuczynienia na rzecz świadczeniobiorcy od podmiotu udzielającego świadczeń.

Następstwem określania w umowach o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej limitów jest czasowe ograniczanie dostępu do niektórych świadczeń²⁵. Zgodnie z unormowaniami art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne udzielane są według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie tych świadczeń. Tym samym ustawodawca zobowiązał świadczeniodawców do prowadzenia list oczekujących. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia powinny być prowadzone w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w rozporządzeniu ministra właściwego ds. zdrowia. W razie zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, który jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie. Listy podlegają okresowej ocenie. Listy oczekujące, jakkolwiek uciążliwe dla pacjentów, są dopuszczalne i wiążące²⁶, a przesłanką ich wprowadzenia jest konieczność równoważenia środków finansowych, pozostających w zarządzie i dyspo-

²⁵ S. Jarosz-Żukowska, *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, [w:] *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, pod red. M. Jabłońskiego, Wrocław 2014, s. 685.

²⁶ Sąd Najwyższy w wyroku z 10 maja 2006 r., III CSK 53/05 podkreślił „Podobnie jak w innych krajach UE, przy niedoborze środków finansowych na zapewnienie wszelkich niezbędnych świadczeń medycznych, wprowadzono limitowanie świadczeń, określając ustawowo zakres i warunki limitowania”. Sąd Najwyższy uznał również, że określone w umowach limity zarówno kwotowe, jak i ilościowe są dopuszczalne i wiążące. Patrz: D. E. Lach, *op. cit.*, s. 270 i n.

zycji NFZ. Jednakże zbyt długie oczekiwanie na uzyskanie określonego świadczenia może być kryterium uzasadniającym sfinansowanie tego świadczenia w innym państwie członkowskim UE jak państwo ubezpieczenia²⁷.

2. Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie rozporządzenia w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz dyrektywy transgranicznej

Podstawą finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom w innym państwie członkowskim niż państwo ubezpieczenia jest Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego²⁸, Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonania rozporządzenia nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego²⁹, Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzające rozporządzenie nr 883/2004 i rozporządzenie wykonawcze na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo³⁰ oraz Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej³¹. Wyżej wymienione akty prawne tworzą instytucjonalne ramy transgranicznej opieki zdrowotnej, której istota polega na możliwości uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim niż państwo ubezpieczenia³². Mocą art. 288 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (dawny art. 249 TWE), rozporządzenie ma zasięg ogólny, wiąże w całości i jest bezpośrednio stosowane we wszystkich państwach członkowskich. Dyrektywa natomiast wiąże w odniesieniu do rezultatu, który ma być osiągnięty, pozostawiając organom krajowym swobodę wyboru formy i środków. Nie jest, co do zasady, bezpośrednim źródłem uprawnień lub obowiązków jednostki, a jej przepisy, aby mogły być stosowane przez podmioty indywidualne, wymagają transpozycji do przepisów prawa krajowego³³. Transpozycja dyrektywy transgranicznej do polskiego porządku prawnego została dokonana poprzez nowelizację ustawy o świad-

²⁷ *Ibidem*, s. 271 i n.

²⁸ Dz. Urz. L 200 z 7.06.2004, s. 1, dalej jako rozporządzenie o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego

²⁹ Dz. Urz. L 284 z 30.10.2009, s. 1, dalej jako rozporządzenie wykonawcze.

³⁰ Dz. Urz. L 344 z 29.12.2010, s. 1.

³¹ Dz. Urz. UE z 4.04.2011, L88/45, dalej jako dyrektywa transgraniczna.

³² H. Izdebski, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle przepisów prawa Unii Europejskiej*, [w:] *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, pod red. M. Dereza, Warszawa 2013, s. 37.

³³ W. Jedlecka, *Dyrektywy Wspólnot Europejskich a prawo wewnętrzne*, Wrocław 2002, s. 21 i n.

zeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz nowelizację ustawy o działalności leczniczej. Wymagała również wydania szeregu rozporządzeń, tj. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju³⁴, Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia³⁵ oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada w sprawie wydania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu³⁶.

Rozwiązania przyjęte na podstawie przepisów rozporządzenia w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz dyrektywy transgranicznej kształtują dwa odrębne systemy prawne, w ramach których świadczeniobiorcom przysługują odmienne prawa i obowiązki. Należy się zatem zastanowić, które ze wskazanych regulacji, pozwolą pacjentowi przemieszczającemu się po Unii Europejskiej w określonych sytuacjach skutecznie realizować prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Leczenie na podstawie przepisów rozporządzenia w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego jest możliwe od momentu przystąpienia Rzeczypospolitej Polskiej do Unii Europejskiej, tj. od 1 maja 2004 r. Na mocy rozporządzenia uprawnionymi do świadczeń będą osoby posiadające prawo do świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawodawstwa jednego z państw członkowskich UE lub państw Europejskiego Porozumienia w Wolnym Handlu (EFTA) i będą mogli korzystać ze świadczeń zdrowotnych zarówno w państwach członkowskich UE, jak i państwach członkowskich EFTA. W ramach przepisów o koordynacji świadczeniobiorcom przysługują świadczenia udzielane w stanach nagłych, świadczenia w pełnym zakresie, leczenie planowane oraz świadczenia z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej. Świadczenia w stanach nagłych, udzielane są w trakcie czasowego pobytu na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) lub Certyfikatu Tymczasowo Zastępującego EKUZ. W takich przypadkach osoba korzystająca z leczenia traktowana jest identycznie jak ubezpieczeni obywatele państwa leczenia, co czasami łączy się z koniecznością poniesienia części kosztów (tzw. współpłacenie)³⁷. Świadczeniami w pełnym zakresie będą świadczenia, które przysługują świadczeniobiorcom na podstawie usta-

³⁴ Dz. U. z 2014 r., poz. 1538.

³⁵ Dz. U. z 2014 r., poz. 1545. Zgodnie z przywołanym rozporządzeniem uprzedniej zgody wymagają m.in. świadczenia: świadczenia opieki zdrowotnej wymagające pozostania pacjenta w szpitalu co najmniej do dnia następnego bez względu na rodzaj udzielanych świadczeń, leczenie w ramach programów lekowych, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 112, poz. 696 z późn. zm.), terapia izotopowa, badania genetyczne, badania medycyny nuklearnej, tomografia komputerowa oraz rezonans magnetyczny.

³⁶ Dz. U. z 2014 r., poz. 1551.

³⁷ G. Jasiński, *Transgraniczna opieka zdrowotna w Unii Europejskiej – Nowa dyrektywa Unii Europejskiej*, „Prawo i Medycyna” 2011, nr 2, s. 102.

wodawstwa danego państwa członkowskiego. W polskim porządku prawnym pełen zakres świadczeń określa ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Świadczenia w pełnym zakresie przysługują pracownikom najemnym oraz osobom pracującym na własny rachunek, w innym państwie członkowskim niż państwo stałego miejsca zamieszkania oraz członkom ich rodzin. Będą to m.in. pracownicy przygraniczni oraz członkowie ich rodzin, pracownicy sezonowi oraz członkowie ich rodzin, emeryci i renciści mieszkający w innym państwie członkowskim niż państwo stałego miejsca zamieszkania, z którego otrzymują emeryturę lub rentę oraz mieszkający z nimi członkowie ich rodzin oraz bezrobotni pobierający zasiłek dla bezrobotnych, zarejestrowani w swoim urzędzie pracy, a poszukujący pracy w innym państwie członkowskim. Prawo do świadczeń udzielanych w pełnym zakresie potwierdza dokument S1 albo jeden z formularzy z serii E100 wydane przez właściwą instytucję ubezpieczenia zdrowotnego. Co niezmiernie istotne, pacjenci posiadający obywatelstwo polskie, ale objęci ubezpieczeniem zdrowotnym w innym państwie członkowskim UE/EFTA nie posiadają prawa do świadczeń w pełnym zakresie, o którym mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Osoby te, w myśl unijnej zasady podlegania w tym samym okresie wyłącznie ustawodawstwu jednego państwa UE/EFTA nie mogą być równolegle objęte ubezpieczeniem w jednym z państw UE/EFTA oraz polskim ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ. Zatem osoby objęte ubezpieczeniem w jednym z państw członkowskich UE/EFTA, przebywające czasowo w Polsce, posiadające kartę EKUZ, mają prawo do świadczeń niezbędnych, w tym prawo do wizyt u lekarza POZ. Nie podlegają natomiast wpisowi na listę aktywną POZ, co skutkuje brakiem możliwości złożenia deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej. Uprawnienie takie przysługuje osobom zamieszkałym w Polsce legitymującym się dokumentem S1 lub formularzem z serii E100 wydanym przez instytucję właściwą innego niż Polska państwa członkowskiego UE/EFTA³⁸. Na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego świadczeniobiorcy mają możliwość leczenia planowanego, czyli takiego, na które pacjent został wysłany przez własną instytucję ubezpieczenia zdrowotnego. Leczenie planowane odnosi się do placówek zagranicznych, które posiadają kontrakt z ubezpieczycielem publicznym. W polskim porządku prawnym zgodę wydaje dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ. Uzyskanie zgody jest gwarancją zwrotu kosztów leczenia, a niekiedy także kosztów podróży. Zezwolenie na leczenie w innym państwie członkowskim UE/EFTA zostaje wydane, jeżeli planowane świadczenie jest przewidziane przez ustawodawstwo państwa członkowskiego, w którym zainteresowany ma miejsce zamieszkania, a którego nie może uzyskać w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia z uwzględnieniem jego

³⁸ Stanowisko Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2014 r., www.nfz.gov.pl, (dostęp: 29.06.2015 r.).

aktualnego stanu zdrowia oraz prawdopodobnego przebiegu choroby³⁹. Dokumentem potwierdzającym uzyskanie zgody jest formularz S2 albo E112. W koordynacji podmiotami zobowiązanymi do poniesienia kosztów leczenia są instytucje właściwe w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego państwa, w którym pacjent jest ubezpieczony oraz sam pacjent w przypadku świadczeń, które objęte są współpłaceniem⁴⁰. Wysokość kosztów ustalana jest według stawek obowiązujących w państwie leczenia. W koordynacji instytucją odpowiedzialną za ustalenie kwoty do zwrotu jest instytucja miejsca pobytu w państwie leczenia, a instytucja wypłacająca kwotę może być instytucją państwa leczenia lub właściwy oddział wojewódzki NFZ. Co istotne z punktu widzenia pacjenta, nie obowiązują żadne terminy do złożenia wniosku o zwrot kosztów leczenia, tj. nie ma określonej daty, po której upływie niemożliwe staje się ubieganie o zwrot kosztów leczenia. Dyrektywa transgraniczna, która stanowi odrębny system prawny, kształtuje odmienne prawa i obowiązki świadczeniobiorcy. Została ona transponowana do krajowego porządku prawnego 15 listopada 2014 r., jednakże świadczeniobiorcom, którzy skorzystali z leczenia po 24 października 2013 r. przysługiwało prawo złożenia wniosku o zwrot kosztów leczenia⁴¹. Państwa, w których można skorzystać ze świadczeń zdrowotnych, to państwa członkowskie UE (w koordynacji dodatkowo państwa EFTA), a uprawnionymi będą podobnie jak w koordynacji osoby posiadające prawo do świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawodawstwa jednego z państw UE/EFTA z wyłączeniem członków rodziny osoby ubezpieczonej oraz emerytów, rencistów, członków rodziny emeryta lub rencisty mieszkających na Cyprze, w Irlandii, Hiszpanii, Niemczech, Portugalii, Finlandii, Szwecji oraz Wielkiej Brytanii, którzy korzystają ze świadczeń zdrowotnych z zakresu transgranicznej opieki zdrowotnej na zasadach obowiązujących w państwach ich zamieszkania⁴². Mocą regulacji dyrektywy transgranicznej, świadczeniobiorcom przysługują świadczenia zdrowotne, gwarantowane zgodnie z ustawodawstwem państwa ubezpieczenia. W polskim porządku prawnym, o czym była już mowa, o świadczeniach gwarantowanych traktuje art. 15 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz poszczególne akty wykonawcze⁴³. Na podstawie przywołanej regulacji świadczeniobiorcy przysługują

³⁹ G. Jasiński, *op. cit.*, s. 102 i n.

⁴⁰ W niektórych sytuacjach pacjent zobowiązany będzie indywidualnie ponieść koszty leczenia za granicą. Chodzi o wspomnianą już konstrukcję współpłacenia, która może obejmować niektóre świadczenia bądź leki, a także w sytuacji braku dokumentu uprawniającego do świadczeń, leczenia w podmiocie spoza systemu publicznej opieki zdrowotnej oraz leczenia wykraczającego poza zakres przysługujących świadczeń. Kwota wynika z przyjętego w placówkach cennika.

⁴¹ Państwa członkowskie miały obowiązek implementować dyrektywę transgraniczną do 25 października 2013 r.

⁴² www.kpk.nfz.gov.pl, (dostęp: 2.07.2015 r.).

⁴³ Są to następujące rozporządzenia: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1248), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2013 r., poz. 1520) oraz rozporządzenie z 20 października 2014 r.

m.in. świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, oznacza to, że ubezpieczony może skorzystać z tych świadczeń w innym państwie członkowskim niż państwo ubezpieczenia i starać się o zwrot kosztów leczenia od krajowej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, tj. NFZ. Dyrektywa transgraniczna stanowi również normatywną podstawę leczenia planowanego. Inaczej niż w koordynacji, dyrektywa tylko dla niektórych świadczeń przewiduje wymóg uprzedniej zgody dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ. Wykaz tych świadczeń określił Minister Zdrowia w przywoływanym już rozporządzeniu w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Przepisy dyrektywy znajdują zastosowanie zarówno do placówek zagranicznych posiadających kontrakt z publiczną instytucją ubezpieczenia zdrowotnego, jak i tych nie posiadających. Realizując swoje prawo dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie dyrektywy transgranicznej, pacjent płaci za leczenie w państwie, w którym to leczenie miało miejsce w wysokości wynikającej z przyjętego w placówce cennika, obowiązującego w odniesieniu do wszystkich pacjentów, niezależnie od kraju ich pochodzenia, z możliwością ubiegania się o zwrot poniesionych kosztów w kraju ubezpieczenia, według stawki obowiązującej w państwie ubezpieczenia. Instytucją odpowiedzialną za ustalenie kwoty do zwrotu oraz wypłacającą jest właściwy oddział wojewódzki NFZ. Wniosek o zwrot kosztów leczenia należy złożyć w terminie 6 miesięcy od daty wystawienia rachunku lub 6 miesięcy od daty wejścia w życie ustawy implementującej (w przypadku świadczeń i leków udzielonych lub zakupionych po dniu 24 października 2013 r., a przed dniem wejścia w życie ustawy implementującej postanowienia dyrektywy). Podejmując temat dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwie niż państwo ubezpieczenia, należy wspomnieć jeszcze o leczeniu planowanym na podstawie ustawodawstwa krajowego, a konkretnie art. 42 j ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Kryterium decydującym o sfinansowaniu leczenia za granicą jest brak możliwości przeprowadzenia leczenia lub badania diagnostycznego należącego do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju. Decyzje na przeprowadzenie takiego leczenia wydaje Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, kierując się koniecznością udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia wnioskodawcy. Świadczeniobiorcy mogą korzystać z leczenia w placówkach zagranicznych (wszystkich państw) zarówno tych, które posiadają kontrakt z publiczną instytucją ubezpieczenia zdrowotnego, jak i tych nie posiadających.

zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2014 r., poz. 1441), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

A zatem, świadczeniobiorcy mogą realizować swoje prawo dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów rozporządzenia w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, dyrektywy transgranicznej oraz ustawodawstwa krajowego. Wymienione akty prawne tworzą odrębne porządki prawne, które kreują odmienne prawa i obowiązki świadczeniobiorców. Leczenie w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, podobnie jak leczenie na podstawie dyrektywy transgranicznej jest możliwe, gdy przedmiotowe świadczenie zostało ujęte w wykazie świadczeń gwarantowanych, a które nie może być przeprowadzone w kraju, w terminie niezbędnym dla zdrowia pacjenta. W ramach koordynacji pacjenci mogą korzystać ze świadczeń zdrowotnych udzielanych we wszystkich państwach członkowskich UE/EFTA, natomiast dyrektywa transgraniczna umożliwia korzystanie ze świadczeń tylko w państwach członkowskich UE. Koordynacja zakłada instytucje zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego na planowane leczenie za granicą, w sytuacji gdy dyrektywa przewiduje zgodę jedynie dla świadczeń, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Koordynacja umożliwia leczenie jedynie w placówkach będących częścią publicznego systemu ochrony zdrowia, dyrektywa transgraniczna zarówno w placówkach publicznych, jak i prywatnych. Leczenie na podstawie ustawodawstwa krajowego, tj. art. 42j ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, inaczej niż leczenie na podstawie rozporządzenia i dyrektywy, procedowane jest przez Centralę NFZ. Podobnie jak w przypadku przepisów dyrektywy transgranicznej, leczenie możliwe jest w publicznych i prywatnych placówkach medycznych.

3. Środki prawne służące realizacji prawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej

Świadczeniobiorcom, w celu realizacji prawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, udzielanej zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, przysługują konkretne środki prawne⁴⁴ o charakterze cywilnoprawnym, administracyjnoprawnym oraz karnoprawnym. Pacjent, który w wyniku korzystania ze świadczeń zdrowotnych doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, może dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej na podstawie art. 444 kodeksu cywilnego. W szczególności może wystąpić o zadośćuczynienie lub odszkodowanie⁴⁵. Konstrukcją stanowiącą gwarancję wypłaty świadczenia pieniężnego przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w razie orzeczenia zadośćuczynienia lub odszkodowania jest obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej i z tytułu zdarzeń medycznych, które przewiduje ustawa

⁴⁴ D. E. Lach, *op. cit.*, Warszawa 2011, s. 278 i n.

⁴⁵ A. Sieńko, *Prawo ochrony zdrowia*, Warszawa 2006, s. 132-136.

o działalności leczniczej. Co istotne, również dyrektywa transgraniczna nakłada na państwo leczenia obowiązek zapewnienia przejrzystych procedur i mechanizmów umożliwiających pacjentom składanie reklamacji w celu dochodzenia środków naprawczych zgodnie z prawodawstwem państwa leczenia i obowiązek stworzenia systemu ubezpieczenia w zakresie odpowiedzialności zawodowej. Umożliwia to pacjentom realizującym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim niż państwo ubezpieczenia możliwość dochodzenia roszczeń w państwie leczenia. Również ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przewiduje w art. 4, że pacjent, którego prawa zostały w sposób zawiniony naruszone, może dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej na podstawie art. 448 kodeksu cywilnego. Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 444 kodeksu cywilnego. Odnosi się to zarówno do odpowiedzialności kontraktowej, jak i deliktowej⁴⁶.

W celu ochrony praw pacjentów, w tym prawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, ustawodawca zdecydował się wprowadzić do polskiego systemu prawnego instytucję Rzecznika Praw Pacjenta⁴⁷. Rzecznik jest centralnym organem administracji rządowej, powoływanym przez Prezesa Rady Ministrów spośród osób wymienionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru. Zgodnie z art. 50 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Rzecznik wszczyna postępowanie wyjaśniające, na wniosek lub z własnej inicjatywy, jeżeli poweźmie wiadomość co najmniej uprawdopodobniającą naruszenie praw pacjenta. Rzecznik może samodzielnie prowadzić postępowanie wyjaśniające, lub zwrócić się o zbadanie sprawy lub jej części do właściwych organów, w szczególności organów nadzoru, prokuratury, kontroli państwowej, zawodowej oraz społecznej. Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego, Rzecznik może wyjaśnić wnioskodawcy i pacjentowi, którego sprawa dotyczy, że nie stwierdził naruszenia praw pacjenta, skierować wystąpienie do organu, organizacji lub instytucji, w których działalności stwierdził naruszenie praw pacjenta (wystąpienie takie nie może naruszać niezawisłości sędziowskiej) oraz zwrócić się do organu nadrzędnego, nad w/w jednostką z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa.

⁴⁶ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora”, Toruń 2010, s. 31; A. Dyląg, *Przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jako forma prywatyzacji zadań publicznych*, Toruń 2014, s. 227 oraz B. Madej, *Odpowiedzialność administracji publicznej w systemie ochrony zdrowia*, Kraków 2014, s. 56 i n.

⁴⁷ T. Rek, *op. cit.*, s. 332; M. Pawłowska, M. Rostocki, *Prawo ochrony zdrowia*, [w:] *Materiałne prawo administracyjne*, pod red. M. Miemca, LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 142 i n.

Wnioskodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. W sprawach cywilnych dotyczących naruszenia praw pacjenta Rzecznik może z urzędu lub na wniosek strony żądać wszczęcia postępowania oraz brać udział w toczącym się postępowaniu na prawach strony. W postępowaniach w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów Rzecznik ma prawo żądać przedstawienia dokumentów oraz wszelkich informacji dotyczących okoliczności stosowania praktyk, co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, iż mają charakter praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Rzecznik wszczyna postępowanie i wydaje decyzje o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów, nakazuje on jej zaniechania lub wskazuje działania niezbędne do usunięcia skutków naruszenia zbiorowych, wyznaczając termin podjęcia tych działań. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności. Decyzje Rzecznika są ostateczne, na które przysługuje skarga do sądu administracyjnego. Sąd administracyjny rozpatruje skargę niezwłocznie.

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta normuje postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Pacjent, który uległ zakażeniu biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia w następstwie niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną czynności określonych w ustawie jako zdarzenia medyczne, może złożyć wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego do wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych właściwej ze względu na siedzibę szpitala. Przedmiotowe postępowanie stosuje się do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej. Celem postępowania jest ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne, a w konsekwencji ustalenie odszkodowania lub zadośćuczynienia i zawarcie ugody pomiędzy poszkodowanym a ubezpieczycielem⁴⁸. Postępowania przed wojewódzką komisją nie prowadzi się, gdy w związku z tym samym zdarzeniem prawomocnie osądzono sprawę o odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne albo toczy się postępowanie cywilne w tej sprawie. W literaturze przedmiotu zwraca się jednak uwagę na pewne wątpliwości związane z ustanowieniem wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, np. krytycznie oceniany jest sposób weryfikacji orzeczeń wydanych przez komisję wojewódzką⁴⁹.

⁴⁸ E. Sarnecka, A. Jacek, S. Porada, *Odpowiedzialność szpitala z tytułu zdarzeń medycznych*, [w:] *Etyczne problemy zarządzania w ochronie zdrowia*, pod red. J. Hartmana, Z. Zalewskiego, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 167.

⁴⁹ J. Rzucidło, *Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami ds. orzekania o zdarzeniach medycznych a prawo do sądu podmiotu leczniczego, prowadzącego szpital*, [w:] *Aktualne wyzwania ochrony wolności i praw jednostki*, pod red. M. Jabłońskiego, S. Jarosz-Żukowskiej, Wrocław 2014, s. 367.

Z punktu widzenia prawa dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz dyrektywy transgranicznej należy wspomnieć o środkach odwoławczych przysługujących świadczeniobiorcom na decyzje wydane przez dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ oraz Prezesa NFZ. Na decyzje wydane przez dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ na podstawie przepisów rozporządzenia w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz dyrektywy transgranicznej przysługuje odwołanie do Prezesa NFZ oraz skarga do WSA, natomiast na decyzje wydane przez Prezesa NFZ na podstawie art. 42j ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przysługuje skarga do WSA.

Polskie ustawodawstwo przewiduje również odpowiedzialność karną za przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu, która została uregulowana w rozdziale XIX kodeksu karnego⁵⁰. Odpowiedzialność karna została przewidziana za spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, naruszenie czynności narządu ciała lub spowodowanie rozstroju zdrowia, a także za narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W sytuacji, gdy podczas udzielania świadczeń dojdzie do popełnienia czynu noszącego znamiona przestępstwa, możliwe jest skierowanie sprawy na drogę sądową w postępowaniu karnym⁵¹.

4. Wnioski

Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej został zagwarantowany w Konstytucji RP, ustawach zwykłych oraz w prawie międzynarodowym. Prawu dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej odpowiadają pewne obowiązki organów władzy publicznej, m.in. obowiązek stworzenia systemu opieki zdrowotnej w akcie rangi ustawy oraz sfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przede wszystkim ustawa wskazuje zakres świadczeń gwarantowanych, czyli takich, do których świadczeniobiorca ma prawo w ramach publicznego systemu zabezpieczenia społecznego. Wskazana ustawa wprowadza również instytucje list oczekujących, które prowadzone są przez świadczeniodawców z poszanowaniem zasady równego dostępu

⁵⁰ Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553.

⁵¹ Na ten temat: A. Sieńko, *op. cit.*, Warszawa 2006, s. 128; J. Sawicki, *Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym*, Warszawa 1965, s. 11; S. Rutkowski, *Wybrane zagadnienia z zakresu odpowiedzialności karnej lekarza*, „Prokuratura i Prawo” 1999, Nr 9, s. 71; A. Zoll, *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 31; A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1988, s. 4; A. Fiutak, *Prawo w medycynie*, Warszawa 2010, s. 73; E. Dyttus, *Błąd w sztuce lekarskiej a prawo pacjenta do należytej opieki lekarskiej*, [w:] *Lege Artis. Problemy prawa medycznego*, pod red. J. Haberkona, R. D. Kocyłowskiego, B. Pawelczyka, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza. Wydział Prawa i Administracji, Poznań 2008, s. 145.

pu. Listy oczekujących, choć uciążliwe dla pacjentów są dopuszczalne, a w linii orzeczniczej Sądu Najwyższego, dopuszczalne i wiążące. Jednakże zbyt długie oczekiwanie na udzielenie świadczenia medycznego może być przesłanką zrealizowania swojego prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim niż państwo ubezpieczenia na podstawie rozporządzenia w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dyrektywy transgranicznej. Zgodnie z regulacją przywołanej dyrektywy państwa członkowskie leczenia zobligowane są do stworzenia przejrzystych procedur i mechanizmów umożliwiających pacjentom składanie reklamacji w celu dochodzenia środków naprawczych zgodnie z prawodawstwem państwa członkowskiego leczenia, w przypadku gdyby ponieśli oni szkodę wynikającą z otrzymanej opieki. Procedury przewidziane w polskim prawie krajowym to m.in. możliwość złożenia skargi do Rzecznika Praw Pacjenta, skierowanie sprawy do wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, dochodzenie swoich roszczeń na drodze sądowej na podstawie powództwa cywilnego oraz w postępowaniu karnym. Legitymację do złożenia skargi lub skierowania sprawy na drogę sądową mają świadczeniobiorcy posiadający prawo do świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawodawstwa jednego z państw członkowskich UE lub państw Europejskiego Porozumienia w Wolnym Handlu (EFTA).

Literatura

Administracja usług i dóbr publicznych, pod red. M. Woźniak, Difin, Warszawa 2013.

Materialne prawo administracyjne, pod red. M. Miemca, LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013.

Aktualne wyzwania ochrony wolności i praw jednostki, pod red. M. Jabłońskiego, S. Jarosz-Żukowskiej, Wrocław 2014.

Błaś A., Boć J., Jeżewski J., *Nauka administracji*, Kolonia Limited, Wrocław 2013.

Dyląg A., *Przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jako forma prywatyzacji zadań publicznych*, Wyd. Dom Organizatora, Toruń 2014.

Etyczne problemy zarządzania w ochronie zdrowia, pod red. J. Hartmana, Z. Zalewskiego, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013.

Fiutak A., *Prawo w medycynie*, Warszawa 2010.

Jasiński G., *Transgraniczna opieka zdrowotna w Unii Europejskiej – Nowa dyrektywa Unii Europejskiej*, „Prawo i Medycyna” 2011, nr 2.

Jedlecka W., *Dyrektywy Wspólnot Europejskich a prawo wewnętrzne*, Wrocław 2002.

Konstytucyjne problemy prawa pracy i zabezpieczenia społecznego. Referaty na XV Zjazd Katedr i Zakładów Prawa Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, pod red. H. Szurgacz, Wrocław 2005.

- Lach D. E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011.
- Lulka M., *Kontraktowanie świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia*, Warszawa 2015.
- Madej B., *Odpowiedzialność administracji publicznej w systemie ochrony zdrowia*, Kraków 2014.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2010.
- Pietraszewska-Macheta A., *Kontraktowanie świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Przepisy, praktyka i orzecznictwo*, Warszawa 2014.
- Prawo administracyjne materialne. Pojęcie, instytucje, zasady*, pod red. Z. Duniewskiej, B. Jaworskiej-Dębskiej, M. Stahl, Warszawa 2014.
- Prawo publiczne ochrony zdrowia*, pod red. M. Dercz, Warszawa 2013.
- Lege Artis. Problemy prawa medycznego*, pod red. J. Haberk, R. D. Kocyłowskiego, B. Pawelczyka, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza. Wydział Prawa i Administracji, Poznań 2008.
- Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, pod red. M. Jabłońskiego, Wrocław 2014.
- Rutkowski S., *Wybrane zagadnienia z zakresu odpowiedzialności karnej lekarza*, „Prokuratura i Prawo” 1999, nr 9.
- Rzucidło J., *Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami ds. orzekania o zdarzeniach medycznych a prawo do sądu podmiotu leczniczego, prowadzącego szpital*, [w:] *Aktualne wyzwania ochrony wolności i praw jednostki*, pod red. M. Jabłońskiego, S. Jarosz-Żukowskiej, Wrocław 2014.
- Sawicki J., *Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym*, Warszawa 1965.
- Sieńko A., *Prawo ochrony zdrowia*, Warszawa 2006.
- Sześciło D., *Rynek, prywatyzacja, interes publiczny. Wyzwania urynkowania usług publicznych*, Wyd. Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2014.
- Wolności i prawa jednostki oraz ich gwarancje w praktyce*, pod red. L. Wiśniewskiego, Warszawa 2006.
- Zasada równości w prawie*, pod red. H. Zięby-Załuckiej, M. Kijowskiego, Rzeszów 2004.
- Zoll A., *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1988.
- Zoll A., *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5.

Wykaz aktów prawnych

- Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483).
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. L 200 z 7.06.2004).

- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonania rozporządzenia nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. L 284 z 30.10.2009).
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzające rozporządzenie nr 883/2004 i rozporządzenie wykonawcze na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo (Dz. Urz. L 344 z 29.12.2010).
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. UE L 88/45 z 4.04.2011).
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – kodeks cywilny (Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 1990 r. Nr 16, poz. 95 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152).
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 1998 r. Nr 91, poz. 578 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie wojewódzkim (Dz. U. z 1998 r. Nr 91, poz. 576 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2003 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 213).
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417).
- Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytucjach badawczych (Dz. U. z 2010 r. Nr 96, poz. 618 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 185, poz. 1092).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654).
- Ustawa z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2013 r., poz. 1650).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r. Nr 200, poz. 1661).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r., w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenie opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 250, poz. 1884).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1248).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2013 r., poz. 1520).

Rozporządzenie z 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2014 r., poz. 1441).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1413).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju (Dz. U. z 2014 r., poz. 1538).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2014 r., poz. 1545).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wydania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. z 2014 r., poz. 1551).

Wykaz orzeczeń sądowych

Wyrok SN z 10 maja 2006 r., III CSK 53/05

Wykaz innych materiałów

www.nfz.gov.pl, (dostęp: 29.06.2015 r.).

www.kpk.nfz.gov.pl, (dostęp: 2.07.2015 r.).

Access to health care services on the basis of regulation on the coordination of social security systems and cross-border directive. Trying to compare

Summary: Access to healthcare services has guaranteed in the Constitution RP, domestic and international law. Public authority have to create principles of functioning and financing the health care system. The main law, which create principles of functioning and financing the health care system is the Act of 27 August 2004 on healthcare services financed from public funds. This Act establishes the waiting lists. These lists can be the reason of financing health care services abroad. The aim of this article is to show what kind of rights the patient has on the basic of the regulation on the coordination of social security systems and directive on the application of patient's rights in cross-border healthcare.

Key words: patient, patient's rights, cross-border healthcare.