

Zdrowe dzieci - Zdrowa Europa

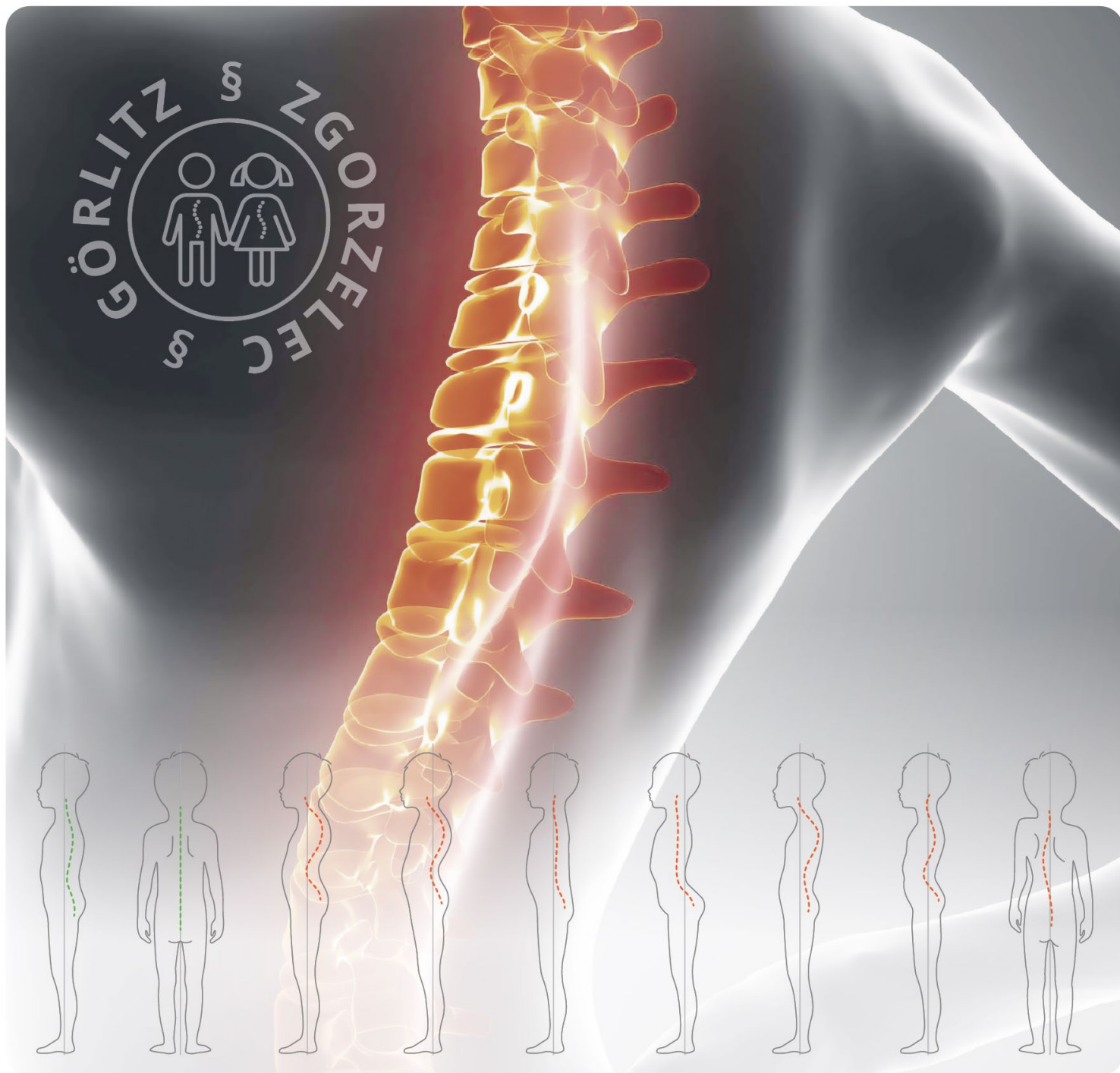
Wielka nauka dla małych pacjentów - WiP

Raport

Opinia dotycząca przepisów prawnych
w zakresie transgranicznego korzystania
z usług zdrowotnych na przykładzie badań
przesiewowych u dzieci w Europamieście
Görlitz/Zgorzelec


napisane przez Dr. Marcin Krzymuski LL.M.

pod redakcją Dr.-Ing. Grzegorz Śliwiński



Wkład ten wykonywano w ramach projektu
„Zdrowe dzieci – zdrowa Europa. Wielka nauka
dla małych pacjentów - WiP”

współfinansowane przez Unię Europejską w
ramach Programu Operacyjnego Polska - Saksonia
2014 - 2020

 **Gesunde Kinder – Gesundes Europa**
Zdrowe dzieci – zdrowa Europa

Interreg 
PL-SN
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Inhaltsverzeichnis

Część pierwsza: Przykłady współpracy transgranicznej w sektorze opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej _____ - 1 -

I. Wprowadzenie	- 1 -
II. Zinstytucjonalizowana współpraca	- 2 -
4. Informacje ogólne	- 2 -
5. Transgraniczny Szpital Cerdanya (FR-ES)	- 2 -
6. Klinika Europejska (Europaklinik) Braunau-Simbach (DE-AT)	- 3 -
III. Międzypaństwowe świadczenie usług	- 3 -
1. Informacje ogólne	- 3 -
2. Projekty współpracy „healthacross” (AT-CZ)	- 3 -
3. ZOAST (FR-BE)	- 5 -
4. IZOM (NL-BE-DE), eIZOM (DE-BE) und eGCI (DE-NL)	- 6 -
IV. Projekty koordynacyjne	- 7 -
1. Informacje ogólne	- 7 -
2. Trisan (DE-FR-CH)	- 8 -
3. Telemedycyna Pomerania (DE-PL)	- 8 -
V. Wnioski	- 9 -

Część druga: Analiza ram prawnych współpracy transgranicznej i polsko-niemieckiej w dziedzinie opieki zdrowotnej _____ - 10 -

I. Wprowadzenie	- 10 -
------------------------	---------------

Część 1. Podstawy transgranicznej współpracy w sektorze ochrony zdrowia w prawie Unii Europejskiej _____ - 11 -

I. Prawo pierwotne Unii Europejskiej	- 11 -
1. Ogólne uwagi na temat kompetencji UE w sektorze zdrowia publicznego	- 11 -
2. Swoboda świadczenia usług (art. 56 i n. TFUE)	- 12 -
3. Swoboda przepływu pracowników (art. 45 i n. TFUE)	- 12 -
4. Swoboda przedsiębiorczości (art. 49 i n. TFUE)	- 13 -
5. Karta Praw Podstawowych UE	- 13 -
II. Otwarta metoda koordynacji (soft law)	- 13 -
III. Przepisy koordynacyjne	- 14 -
1. Przypadek podstawowy	- 14 -
2. Pobyt we właściwym państwie członkowskim	- 15 -
3. Pobyt poza terytorium właściwego państwa	- 15 -
4. Wyjazd w celach świadczeń rzeczowych	- 16 -
5. Wynik tymczasowy	- 16 -
IV. Dyrektywa w sprawie mobilności pacjentów	- 17 -
1. Informacje ogólne	- 17 -
2. Znaczenie dyrektywy dla niemieckich pacjentów w Polsce	- 17 -
3. Skutki prawne dyrektywy dla polskich pacjentów w Niemczech	- 19 -
4. Relacja między rozporządzeniem koordynacyjnym a dyrektywą w sprawie mobilności pacjentów	- 20 -

V. Wnioski tymczasowe	- 22 -
-----------------------	--------

Część 2. Bezpośrednia współpraca kas chorych z zagranicznymi świadczeniodawcami - 23 -

I. Możliwości współpracy według prawa niemieckiego	- 23 -
--	--------

II. Współpraca z zagranicznymi świadczeniodawcami według prawa polskiego	- 24 -
--	--------

III. Wnioski	- 25 -
--------------	--------

Część trzecia: Konsensus dla Europamiasta – Badanie przesiewowe wad postaw u dzieci - 26 -

I. Wprowadzenie	- 26 -
-----------------	--------

II. Badania przesiewowe (Screening) w Niemczech, w szczególności w Saksonii	- 26 -
---	--------

1. Pojęcie „Screening”	- 26 -
------------------------	--------

2. Niemcy - Saksonia	- 26 -
----------------------	--------

3. Badania przesiewowe w Polsce	- 31 -
---------------------------------	--------

III. Możliwości współpracy polsko-niemieckiej	- 32 -
---	--------

4. Możliwości na poziomie prawa Unii Europejskiej	- 32 -
---	--------

5. Porozumienie w sprawie współpracy między kasami chorych a świadczeniodawcami	- 32 -
---	--------

6. Umowa między niemieckim urzędem ds. zdrowia (powiat) i polskim świadczeniodawcą	- 33 -
--	--------

7. Umowa między ubezpieczycielami	- 34 -
-----------------------------------	--------

IV. Działania towarzyszące	- 34 -
----------------------------	--------

V. Wnioski	- 34 -
------------	--------

Część pierwsza Przykłady współpracy transgranicznej w sektorze opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej

I. Wprowadzenie

Celem niniejszej ekspertyzy jest ukazanie tendencji rozwojowych w obszarze współpracy transgranicznej w sektorze opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej oraz jej granicach. Wśród licznych przykładów przedstawione zostaną projekty współpracy, które reprezentują różne podejścia pod względem jej intensywności. W związku z tym wyróżnia się następujące rodzaje współpracy:

- zinstytucjonalizowana współpraca poprzez ustanowienie wspólnej instytucji,
- transgraniczne świadczenie usług przez instytucje krajowe dla pacjentów z zagranicy,
- transgraniczna koordynacja/osieciowanie podmiotów działających w sektorze opieki zdrowotnej.

Niniejsze przykłady mają za zadanie ukazać potencjał oraz możliwe scenariusze współpracy transgranicznej w sektorze opieki zdrowotnej.

Ogólnie rzecz biorąc współpraca oferuje wiele możliwości rozwoju gospodarczego, politycznego, społecznego i kulturowego dla zaangażowanych partnerów, a tym samym dla regionów przygranicznych.¹ Dla projektu „Gesunde Kinder – gesundes Europa | Zdrowe dzieci – zdrowa Europa” na pierwszy plan wysuwają się następujące zalety:

- 1) w obszarze opieki zdrowotnej:
 - a. optymalne wykorzystanie istniejących zasobów,
 - b. lepsze wykorzystanie obiektów poprzez skoordynowane, zharmonizowane oraz uzupełniające usługi zdrowotne,
 - c. wykorzystanie synergii w celu zapewnienia optymalnej opieki zdrowotnej w europejskim mieście Görlitz-Zgorzelec,
 - d. rozszerzenie obszaru , dla którego udzielane są świadczenia obiektów służby zdrowia dla niektórych usług zdrowotnych,
 - e. modernizacja i rozbudowa istniejącej infrastruktury opieki zdrowotnej,
- 2) w obszarze badań naukowych:
 - a. współpraca w zakresie badań i działalności innowacyjnej (współpraca szkół technicznych, instytucji ochrony zdrowia, krajowymi podmiotami zajmującymi się ochroną zdrowia),
 - b. lepsze wykorzystanie środków publicznych (w szczególności funduszy UE) poprzez wykorzystanie wyników projektów transgranicznie.

¹ R. Burger, M. Wieland (Hrsg.), Healthacross Report I. Handlungsleitfäden für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, 2010, S. 84.

II. Zinstytucjonalizowana współpraca

1. Informacje ogólne

Zinstytucjonalizowana współpraca charakteryzuje się stworzeniem transgranicznej instytucji świadczącej usługi na zlecenie właściwych organów z co najmniej dwóch państw członkowskich, która rozliczałaby się bezpośrednio z instytucjami zamawiającymi. Jest to zatem wspólna instytucja, która obsługuje pacjentów tak, jakby byli oni ubezpieczeni w danym państwie członkowskim (z reguły w państwie członkowskim, w którym dana instytucja ma siedzibę).

2. Transgraniczny Szpital Cerdanya (FR-ES)

Jednym z najbardziej znanych przykładów stałej współpracy jest szpital w regionie Cerdanya w Hiszpanii (Katalonia), na granicy w Francję.



Szpital obsługuje pacjentów z trzech prowincji w Pirenejach o łącznej powierzchni 1.340 km² i liczbie 33.000 mieszkańców na granicy hiszpańsko-francuskiej (mapa: mapy Google).

Zakres usług obejmuje medycynę ratunkową, anestezjologię, chirurgię ogólną, ortopedię i chirurgię traumatologiczną, ginekologię i

położnictwo, pediatrię i neonatologię, medycynę wewnętrzną i zdrowie psychiczne. Szpital dysponuje 64 łózkami, 32 pokojami, 3 salami operacyjnymi, salą porodową i dodatkowym zapleczem wielofunkcyjnym.²



Transgraniczny Szpital Cerdanya jest prowadzony przez Europejskie Ugrupowanie Współpracy Terytorialnej (EUWT) Cerdanya. Członkami grupy są Ministerstwo Zdrowia i Solidarności oraz Regionalna Agencja ds. Szpitali Languedoc Roussillon (F) oraz Rada Gminy Puigcerdà, Powiat Cerdanya, Ministerstwo Zdrowia Katalonii, Katalońska Służba Zdrowia i Hiszpańskie Ministerstwo Zdrowia (ES). Podstawy prawne zawarte są w

umowie z dn. 24.04.2010 roku o utworzeniu Transgranicznego Szpitala Cerdanya oraz w umowie i statusie w sprawie utworzenia EUWT.

60 % kosztów budowy (31 mln EUR) pochodziło ze środków EFRR w ramach programu EWT Hiszpania-Francja-Andora (POCTEFA) na lata 2007-2013 oraz 40 % z budżetów krajowych, z czego 60 % pochodziło z Katalonii, a 40 % z Francji. Roczny budżet EUWT wynosi 20 mln euro i zatrudnia około 200 pracowników. Szpital rozpoczął działalność w 2014 roku.

Zasadniczo zastosowanie ma prawo kraju, w którym znajduje się szpital, tj. prawo hiszpańskie/katalońskie. Dotyczy to w szczególności takich kwestii, jak procedury leczenia, przygotowanie i przechowywanie dokumentacji, ochrony danych itp. W przypadku EUWT Cerdanya



² <https://ec.europa.eu/futurium/en/blog/cerdanya-hospital>

członkowie zgodzili się na „surowsze” prawo w niektórych sytuacjach.³ Podstawą wyboru prawa jest art. 8 ust. 2 lit. j) rozp. EUWT. Zgodnie z nim członkowie mogą m.in. określić ustawodawstwo krajowe mające zastosowanie, które to jest bezpośrednio związane z działaniami EUWT i które realizowane są w ramach zadań określonych w umowie. Zgodnie z wyrażonym tu poglądem, wspomniane wyżej rozporządzenie pozwala na wybór prawa w odniesieniu do wymienionych w nim aspektów.

Niewątpliwą zaletą szpitala jest to, że oferuje obywatelom Francji dostęp do specjalistycznej opieki medycznej. Przed wybudowaniem szpitala konieczna była wycieczka do Perpignan (105 km), aby uzyskać dostęp do specjalistycznej opieki.

Istnienie transgranicznego szpitala sprzyja również współpracy w dziedzinach: badań i innowacji, zatrudnienia i mobilności oraz integracji społecznej. Ponadto szpital w znacznym stopniu przyczynił się do rozwoju zatrudnienia młodych specjalistów w regionie przygranicznym, szczególnie w sektorach opieki i zdrowia.

Dalsze informacje: <http://www.hcerdanya.eu>

3. Klinika Europejska (Europaklinik) Braunau-Simbach (DE-AT)

Zaplanowano również utworzenie wspólnej kliniki dla niemiecko-austriackiego pogranicza Braunau-Simbach.⁴ Jednak projekt został przerwany i nie będzie już kontynuowany.⁵

III. Międzypaństwowe świadczenie usług

1. Informacje ogólne

W niniejszej części przedstawione zostaną projekty, w których na pierwszy plan wysuwa się transgraniczne świadczenie usług medycznych. W przeciwieństwie do współpracy zinstytucjonalizowanej, chodzi tu o leczenie pacjentów z zagranicy w krajowej placówce służby zdrowia.

W ten sposób państwo członkowskie zezwala na wykorzystanie swoich zasobów w sektorze opieki zdrowotnej przez obywateli innego kraju.

2. Projekty współpracy „healthacross” (AT-CZ)

Jednym z najbardziej interesujących projektów transgranicznej opieki nad pacjentami są te w ramach pakietu projektów „healthacross” pomiędzy miastami Gmünd (AT) a České Velenice (CZ).

Również w strefie przygranicznej Dolna Austria - Czechy Południowe to właśnie współpraca wymusiła rzeczywiste warunki. Po czeskiej stronie najbliższa karetka pogotowia ratunkowego znajduje się 18 km od Czeskich Velenic; najbliższy szpital w Republice Czeskiej znajduje się 60 km od Czeskich Velenic. Z drugiej strony, w bezpośrednim sąsiedztwie granicy po stronie austriackiej znajduje się sto szpitali regionalnych Gmünd.

Do tej pory projekt "healthacross" składał się z trzech faz:

³ José Miguel Sanjuán, Joan Gil in: Irene A. Glinos, Matthias Wismar (Hrsg.), Hospital and Borders. Seven case studies on cross-border collaboration and health system interactions, 2013, S. 155-179 (S. 171).

⁴ R. Burger, M. Wieland (Hrsg.), Healthacross Report I. Handlungsleitfäden für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, 2010, S. 85-95.

⁵ <https://www.uns-in-simbach.de/news/grenzenlose-gesundheitsversorgung/>

- 1) "healthacross"[2008-2011],
- 2) „healthacross in practice” [2012-2014] oraz
- 3) „healthacross for future” [01.05.2017 - 30.09.2020].

Ponadto zrealizowane zostały dalsze projekty:

- 1) „Gemeinsam Grenzenlos Gesund“ dla długofalowej i trwałej współpracy między Dolną Austrią a Morawami Południowymi w sektorze ochrony zdrowia;
- 2) „Bridges for Birth (B4B)” w nagłych przypadkach neonatologicznych (Krajowy Szpital Hainburg und Szpital Uniwersytecki Dziecięcy w Bratysławie).

Niniejsze trzy projekty "healthacross" mają istotne znaczenie dla obecnego problemu wspólnej opieki zdrowotnej.

a. "healthacross"[2008-2011]

Celem pierwszego etapu projektu było uczynienie usług zdrowotnych w regionie przygranicznym użytecznymi dla ludności w sposób optymalny. W projekcie, główny nacisk położony został na opracowanie wytycznych dotyczących działań oraz studium wykonalności dla transgranicznej placówki służby zdrowia.

Pierwszy projekt zaowocował dwoma raportami:

- 1) „Report I: Wytyczne dotyczące działań w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej “ oraz
- 2) „Report II: Studium wykonalności transgranicznej współpracy stacjonarnej i ambulatoryjnej na obszarze Gmünd i České Velenice”

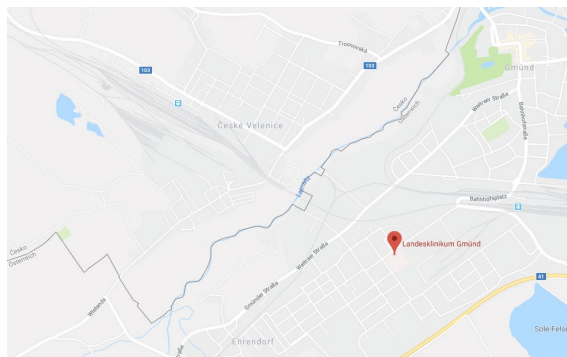
Ponadto przeprowadzono zakrojone na szeroką skalę transgraniczne ćwiczenia ratownicze z udziałem Landesklinikum Gmünd oraz kursy językowe dla personelu. Przygotowano również siłownik dla służb ratowniczych.

Partnerami projektu byli: NÖ Landeskliniken-Holding (AT) jako partner wiodący oraz Südböhmische Krankenhaus AG (CZ).

b. „healthacross in practice” [2012 - 2014]

Od 01.01.2012 do 31.03.2014 roku Dolna Austria zrealizowała wraz z Czechami Południowymi projekt uzupełniający o nazwie "healthacross in practice". W tym przypadku nałożono nacisk na praktyczne wdrożenie transgranicznej opieki zdrowotnej.

W związku z tym od lutego do czerwca 2013 roku określona liczba czeskich pacjentów (łącznie 133) otrzymała leczenie ambulatoryjne w Landesklinikum Gmünd. W nagłych wypadkach możliwe było również leczenie szpitalne. We współpracy z lekarzami medycyny ogólnej z Republiki Czeskiej sporządzono katalog usług dla leczenia w trybie ambulatoryjnym, który zawiera wszystkie usługi, które Landesklinikum było w stanie zapewnić czeskim pacjentom.⁶ Pacjentom z chorobami z określonymi chorobami



⁶ Health across in practice, Landesklinikum Gmünd öffnet für tschechische Patienten, 2013, S. 7: ovrzodzenie žylakowate, infiltracje (lokalna terapia przeciwbólowa przy użyciu aparatu ruchowego), usunięcie małych Entfernung drobnych guzów, diagnostyka chorób żylnych, diagnostyka chorób tętnic obwodowych, spirometria = funkcja płuc, wyjaśnienie

umożliwiono automatycznie leczenie ambulatoryjnie w Landesklinikum Gmünd. Zostało ono przeprowadzone po otrzymaniu odpowiedniego skierowania od czeskiego lekarza.

Ze względu na duże zapotrzebowanie, po uruchomieniu normalnego postępowania do końca 2015 roku 2400 pacjentów z czeskiego obszaru objętego projektem było jeszcze leczonych ambulatoryjnie i stacjonarnie.

Od czeskich pacjentów nie wymagano udziału własnego w finansowaniu. Wszystkie zabiegi wykonywane na czeskich pacjentach w Landesklinikum Gmünd były finansowane przez partnerów projektu.

c. „healthcross for future” [2017 - 2020]

W ramach obecnego (1.5.2017 - 30.9.2020) projektu "healthcross for future" transgraniczna opieka nad pacjentami z Czechami Południowymi będzie kontynuowana w Landesklinikum Gmünd oraz rozszerzona o leczenie szpitalne. W ramach projektu zbadane zostaną możliwości planowania i budowy transgranicznego centrum zdrowia/pierwszej pomocy ("Cross-border Health Cube"). Oddanie centrum do użytku planowane jest na rok 2021.⁷

Transgraniczny ośrodek zdrowia będzie obejmował dziesięć specjalistycznych obszarów: medycynę ogólną, chirurgię, medycynę wewnętrzną, ortopedię, pediatrię, ginekologię, laryngologię, dermatologię, geriatrię oraz medycynę komplementarną. Do tego dojdą jeszcze fizjoterapia, ergoterapia i logopedia. Zostaną także zapewnione usługi pomocnicze, tj. badanie rentgenowskie oraz ultradźwiękowe, oraz laboratorium. Przy pomocy centrum usługi będą świadczone zgodnie z potrzebami miejscowej ludności. Przez to zapewniony zostanie spójny dostęp do opieki medycznej po obu stronach granicy oraz jakość opieki w regionie przygranicznym.

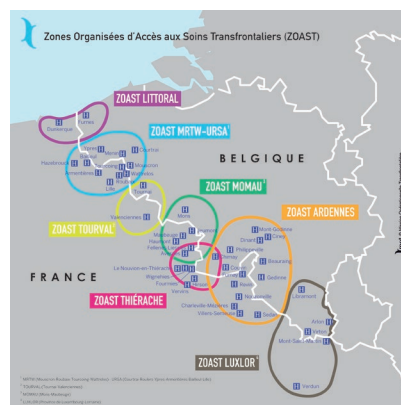
Partnerami projektu są NÖGUS (Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds) oraz czeski powiat Południowe Czechy.

Dalsze informacje: <https://www.healthcross.at>

3. ZOAST (FR-BE)

Współpraca „ZOAST” (Zones Organisées d’Accès aux Soins Transfrontaliers) obejmuje siedem stref wzdłuż granicy francusko-belgijskiej utworzonych w latach 2008-2015. Podstawę współpracy stworzył między nimi traktat państwowy z 01.06.2005 roku między Belgią a Francją. Na mocy traktatu państwowego władze lokalne zawarły umowy o współpracy w zakresie planowania, organizacji i finansowania systemu opieki zdrowotnej.

Mieszkańcy z regionu przygranicznego między Francją a Belgią mogą korzystać z usług zdrowotnych po obu stronach granicy bez dodatkowych oraz finansowych kosztów. Koszt świadczonej opieki zdrowotnej oblicza się



problemów związanych z dolegliwościami żołądkowymi poprzez gastroskopie, wyjaśnienie problemów związanych z dolegliwościami jelitowymi poprzez kolonoskopie, opatrzenie drobnych ran, podejrzenie niedoczynności tarczycy lub nadczynności tarczycy – określenie parametrów tarczycy, chirurgiczne leczenie wrastającego paznokcia na palcach stóp i rąk, badanie zaburzeń rytmu za pomocą długotrwałego EKG (Holter), badanie ciśnienia krwi za pomocą długotrwałego pomiaru ciśnienia krwi, dalsze wyjaśnienie dolegliwości serca za pomocą ergometrii = wysiłkowe EKG, diagnostyka naczyń krwionośnych szyi – wykluczenie zwężenia, leczenie złamań za pomocą odlewu gipsowego.

⁷ Robert Salzer, Baustart für einzigartiges Gesundheitszentrum (<https://noe.orf.at/news/stories/2982361/>).

zgodnie z ustawodawstwem krajowym państwa członkowskiego udzielającego pomocy. Płatności na rzecz usługodawcy dokonywane są przez instytucję ubezpieczeniową państwa, w którym usługi są faktycznie świadczone. Wydatki są zwracane przez fundusz ubezpieczeń zdrowotnych pacjenta. W 2015 roku łącznie 20 000 mieszkańców z obu krajów skorzystało ze świadczeń w drugim państwie członkowskim.

Oprócz siedmiu stref ZOAST osiągnięto porozumienie, które umożliwia francuskim i belgijskim służbom ratowniczym przekraczanie granicy w nagłych przypadkach, które wymagają szybkiej reakcji (np. Service Mobile d'Urgence et de Réanimation).⁸ Ponadto współpraca poprawiła dostęp do wysokiej jakości opieki w pobliżu domu pacjenta na obszarze przygranicznym bez (dodatkowych) inwestycji w infrastrukturę, po prostu poprzez organizację uzupełniającej opieki zdrowotnej w krajach sąsiednich.⁹

Korzyść tego projektu polega przede wszystkim na tym, że tzw. „efekt przygraniczny” został całkowicie wyeliminowany. Pacjenci mogą otrzymać opiekę medyczną po obu stronach granicy bez konieczności uzyskania zgodny ubezpieczenia społecznego.

Przed rozpoczęciem współpracy istniały trudności dla mieszkańców regionów przygranicznych w dostępie do usług zdrowotnych.

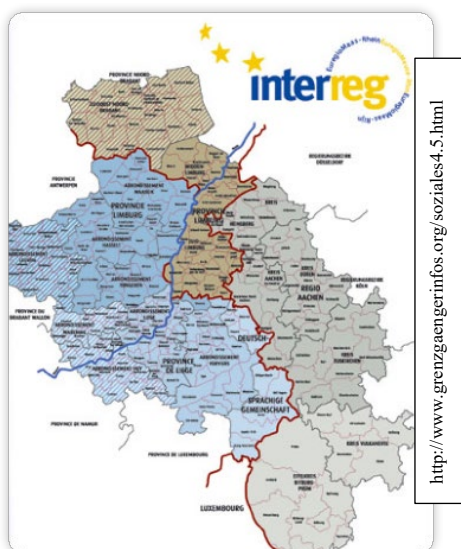
Dalsze informacje: <http://ofbs.dims.fr/accueil.html>

4. IZOM (NL-BE-DE), eIZOM (DE-BE) und eGCI (DE-NL)

W projekcie IZOM („Integratie zorg op maat” = „zintegrowana opieka lekarska na miarę”) współpracują ze sobą AOK Rheinland, holenderska CZ-grupa oraz Katolicka Kasa Chorych. Współpraca ta umożliwi mieszkańcom Euroregionu Maas Rhein skorzystanie z opieki medycznej po obu stronach granicy. Obejmuje ona w szczególności dostęp do ogólnego leczenia specjalistycznego, jak i do leczenia szpitalnego z zakresu ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego, tj. ogólnego leczenia specjalistycznego w diagnostyce (laboratoryjnej, rentgenowskiej, ultradźwiękowej) oraz terapii, zaopatrzenia w leki niezbędne do tego leczenia oraz ewentualnego wymaganego późniejszego leczenia szpitalnego.

⁸ European Commission, Enhancing healthcare cooperation in cross-border regions, European Union, 2018, S. 5.

⁹ European Commission, Enhancing healthcare cooperation in cross-border regions, European Union, 2018, S. 5.



Podstawą projektu jest tzw. umowa IZOM. Wraz z umową strony wprowadziły uproszczoną procedurę administracyjną dotyczącą dostępu do usług zdrowotnych za granicą. W myśl tej procedury osoba ubezpieczona ubiega się o zaświadczenie E112+ (wykorzystywane tylko w tym projekcie) we właściwej dla niej kasie chorych. Zaświadczenie wydawane jest na okres od trzech do dwunastu miesięcy. Okazuje się je wspierającej kasie chorych w kraju leczenia. Następnie wspierająca kasa chorych wystawia pacjentowi własne zaświadczenie o leczeniu w celu jego późniejszego okazania lekarzowi specjaliście. Pacjent z zagranicy jest zatem traktowany tak, jak gdyby był ubezpieczony w kraju leczenia. Koszty leczenia nie są ponoszone przez pacjenta; są one zwracane usługodawcy pomocniczemu przez kasę chorych pacjenta.

Projekt IZOM zakończył się wraz z upływem 2017 roku. Planowane jest wykorzystanie instrumentu ZOAST do przywracania transgranicznej opieki zdrowotnej.¹⁰

Dalsze informacje: <http://www.grenzgaengerinfos.org/soziales4.5.html>



<https://brf.be/regional/563716/>

W 2013 roku kasy chorych AOK Rheinland/Hamburg i Mutualité Chrétienne in Verviers (Belgien) uruchomiły projekt eIZOM, w ramach którego belgijscy pacjenci mogą otrzymać elektroniczną kartę, dzięki której mogą być leczeni bezpośrednio przez niemieckich specjalistów.

Jednocześnie AOK Rheinland/Hamburg rozpoczął współpracę z holenderską CZ-grupą (eGCI). Oznacza to, że osoby ubezpieczone w CZ-grupie będą mogły również korzystać przy pomocy karty eGCI z usług medycznych w Niemczech. Karta eGCI jest ważna w regionie przygranicznym Maas-Rhein, Rhein-Maas-Nord und Rhein-Waal.¹¹



IV. Projekty koordynacyjne

1. Informacje ogólne

Projekty koordynacyjne mają głównie na celu tworzenie sieci wspólnych działań. W ramach tych projektów współpraca jest koordynowana i wspierana przez wiele podmiotów. Świadczenie usług zdrowotnych nie jest głównym celem działań projektowych. Chodzi bardziej o przygotowanie warunków ramowych (także technicznych) dla wymiany między podmiotami zaangażowanymi w transgraniczną współpracę.

Również tutaj można zaobserwować różne stopnie intensywności współpracy. Niektóre projekty oparte są na umowie, bez organizacyjnego utrwalania współpracy. W innych projektach (już po

¹⁰ <https://www.csp-dg.be/single-post/2018/06/29/Ein-Jahr-ohne-IZOM-Abkommen---Lösung-„ZOAST“---CSP-kämpft-weiter-für-ostbelgische-Patienten>

¹¹ Thorsten Krings, Stefanie Fischer, eIZOM, eGCI und EHIC – Tipps und Hinweise für die richtige Abrechnung bei Patienten aus der Grenzregion und dem Ausland, Präsentation vom 24.10.2015 (https://www.ukaachen.de/fileadmin/files/global/dokumente/eGCI_eIZOM_UKA_Vortrag_241015_.pdf).

pewnym etapie współpracy) tworzone są wspólne sieci, a następnie wspólne podmioty prawne – w szczególności stowarzyszenia, które są podmiotami odpowiedzialnymi za organizacyjne aspekty współpracy.

2. Trisan (DE-FR-CH)



Przykładem projektu koordynacyjnego jest projekt TRISAN (Francja-Niemcy-Szwajcaria). TRISAN to projekt wielosektorowy, który łączy w sobie szereg kompetencji i rozwiązań (medycyna, zarządzanie, polityka, ubezpieczenia, prawo, itp.). Projekt ten wspiera podmioty działające w sektorze zdrowia z całego obszaru objętego mandantem Konferencji Górnego Renu. Projekt obejmuje tematy takie jak mobilność pracowników opieki zdrowotnej, opieka ambulatoryjna i szpitalna, usługi w nagłych wypadkach i opieka, epidemiologia, uzależnienia i profilaktyka oraz sprawozdawczość z zakresie promocji zdrowia.

Pomysł stworzenia projektu TRISAN zrodził się z trudności wynikających z realizacji transgranicznych projektów zdrowotnych.¹²

Projekt zapewnia podmiotom chcącym podjąć współpracę praktyczne narzędzia, za pomocą których projekt transgraniczny może być z powodzeniem realizowany. W związku z tym zaoferowane zostaną checklisty oraz metody dla poszczególnych etapów projektu: definiowanie projektu, planowanie, realizacja i ewaluacja. Ponadto projekt oferuje doradztwo odnoszące się do problemów, które zazwyczaj pojawiają się w transgranicznych projektach zdrowotnych. Podmioty działające

w dziedzinie zdrowia mogą zatem otrzymywać informacje na temat radzenia sobie z wyzwaniami międzykulturowymi oraz z zakresu public relations. W ten sposób TRISAN wnosi istotny wkład w analizę transgranicznych barier dla usług zdrowotnych na Górnym Renie.

Dalsze informacje: <https://www.trisan.org>

3. Telemedycyna Pomerania (DE-PL)

Na granicy polsko-niemieckiej należy zwrócić uwagę na projekt „Telemedycyna Pomerania”. Projekt ten dotyczył kwestii transgranicznej telemedycyny. Projekt obejmował łącznie 20 szpitali w Niemczech i 15 w Polsce. Rozpoczęto go w 2002 roku. W 2007 roku nastąpiło wzmocnienie współpracy poprzez założenie stowarzyszenia (Telemedycyna w Euroregionie Pomerania e.V.).¹³

**TELEMEDIZIN
IN DER EUROREGION
POMERANIA**

**Lasst Daten wandern,
nicht Patienten und Ärzte.**

Z projektu wyłoniły się sieci kontaktów. Pierwszą sieć kontaktów: „Telemedyczna sieć na rzecz wspierania opieki nad chorymi na nowotwory w Euroregionie Pomerania” założyło dziesięć szpitali na Pomorzu Przednim, sześć szpitali

z Brandenburgii Północnej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Szpital Wojewódzki w Koszalinie i Uniwersytet Poznański.¹⁴

Celem projektu było połączenie w sieć małych szpitali wiejskich z większymi szpitalami w miastach

¹² Eric Delecousse, Fabienne Leloup, Henri Lewalle: European Cross-Border Cooperation on Health: Theory and Practice, European Union, 2017, S. 41.

¹³ Netzwerk Pomerania Telemedizin, S. 7 (<https://www.dfcsystems.de/wp-content/uploads/2016/10/pomerania-broschuere-dfc-systems.pdf>).

¹⁴ Von Zanthier, Broschüre Grenzüberschreitende Telemedizin zwischen Polen und Deutschland, 2013, S. 26.

takich jak Greifswald, Neubrandenburg i Eberswalde. Możliwości telemedycyny umożliwiają zatem poprawę jakości opieki na obszarach wiejskich i słabo zaludnionych. Ponadto lepsze wykorzystanie potencjału lekarzy oraz wyposażenia powinno być wspierane przez współpracę transgraniczną z Polską. Plan zakładał stworzenie skutecznych i długotrwałych struktur komunikacyjnych dla profilaktyki i diagnostyki chorób.

Projekt ma również na celu dalszą edukację: zorganizowano tele- i wideokonferencje, np. konferencje dydaktyczne w tele-radiologii między ośrodkiem chorób nowotworowych kości w Szczecinie a kliniką uniwersytetu w Greifswaldzie czy też konferencje między internistami, radioterapeutami i urologami z klinik w Szczecinie, Greifswaldzie i Schwedt.¹⁵ W ramach projektu wprowadzono szybkie i skuteczne systemy transferu danych, które umożliwiają specjalistom z Niemiec i Polski analizę danych medycznych i uzyskanie drugiej opinii odnoszącej się do diagnozy za pośrednictwem Internetu. Ponadto utworzono sieć wideokonferencji, która umożliwia omawianie wyników badań pacjentów w ramach rozmów wideo w niemieckich i polskich klinikach.¹⁶ Łącznie istnieje osiem sieci w konkretnych obszarach medycznych, które współpracują ze sobą ponad granicami za pośrednictwem Internetu: Tele-Patologia, Tele-Stroke, Tele-Radiologia, Tele-Laryngolog, Tele-Oftalmologia, Tele-Tumorboard, Tele-Kardiologia. W tym celu zbudowano system dla tele- i wideokonferencji: w 14 lokalizacjach szpitalnych zainstalowano 52 systemy wideokonferencyjne. Są one rozmieszczone w 16 dużych i 12 małych salach konferencyjnych, 23 oddziałach i salach lekarskich oraz mobilnym wózku wideo. Lekarze dyżurujący posiadają 75 licencji wideo do notebooków.¹⁷

Dalsze informacje: <https://www.telepom.eu> (strona jeszcze nieaktywna)

V. Wnioski

Podsumowując, należy stwierdzić, że w UE istnieje wiele przykładów udanych transgranicznych projektów zdrowotnych w UE. Istnieją jednak również próby, które zakończyły się niepowodzeniem z powodu przeszkód nie do pokonania.

Intensywność współpracy osiąga różny stopień: od koordynacji współpracy, poprzez świadczenie usług dla pacjentów z zagranicy, aż po tworzenie wspólnie prowadzonych placówek zdrowotnych.

Celem projektów jest zapewnienie ludności opartego na potrzebach i równego dostępu do placówek opieki zdrowotnej po obu stronach granicy. W ten sposób zamykają one luki, które istnieją dla ludności w regionach przygranicznych jako regionów peryferyjnych danego państwa. Z uwagi na to, że placówki służby zdrowia są ogólnie dostępne tylko po jednej stronie granicy, lepszy dostęp dla ludności z sąsiedniego kraju oraz dostępność opieki zdrowotnej można zapewnić jedynie poprzez współpracę transgraniczną.

Wspólne korzystanie z ofert opieki zdrowotnej prowadzi również do sytuacji zwycięstwa dla wszystkich („win-win-situation”) dla placówek poprzez zapewnienie pełnego wykorzystania ich możliwości, a zarazem dostępności środków finansowych.

¹⁵ Von Zanthier, Broschüre Grenzüberschreitende Telemedizin zwischen Polen und Deutschland, 2013, S. 26.

¹⁶ Komisja Europejska, Telemedizin Pomerania verbessert die medizinische Versorgung in dünn besiedelten Regionen, 4.1.2016 (https://ec.europa.eu/regional_policy/de/projects/germany/telemedicine-pomerania-improves-healthcare-in-sparsely-populated-regions).

¹⁷ Netzwerk Pomerania Telemedizin, S. 11 (<https://www.dfcsystems.de/wp-content/uploads/2016/10/pomerania-broschuere-dfc-systems.pdf>).

Część druga

Analiza ram prawnych współpracy transgranicznej i polsko-niemieckiej w dziedzinie opieki zdrowotnej

I. Wprowadzenie

Przedmiotem niniejszej analizy jest określenie prawnych warunków ramowych dla współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej.

Analiza poniższa opiera się na rozporządzeniach na szczeblu prawa UE, które stanowią ramy dla transgranicznego korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, tj. na rozporządzeniu w sprawie koordynacji systemów ubezpieczenia społecznego (883/2004¹⁸) i dyrektywie w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (2011/24/UE¹⁹).

Rozporządzenie w sprawie koordynacji ustanawia zasady korzystania z usług zdrowotnych w innych krajach UE, zarówno w zakresie leczenia planowanego jak i nieplanowanego. Rozporządzenie opiera się na zasadzie realizacji świadczeń rzeczowych i określa, który z podmiotów jest odpowiedzialny za poniesienie kosztów świadczeń zdrowotnych. Osoba ubezpieczona jest uprawniona do świadczeń realizowanych przez świadczeniodawców zagranicznych tak, jakby była ubezpieczona na podstawie przepisów państwa, w którym ma siedzibę świadczeniodawca. Zasada ta jest łamana jedynie w przypadku eksportu świadczeń pieniężnych, o czym mówi art. 21 rozporządzenie 883/2004.

W planowanym obszarze, tj. gdy pacjent udaje się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania świadczeń rzeczowych, istnieje konkurencja między rozporządzeniem w sprawie koordynacji a dyrektywą w sprawie stosowania praw pacjentów. W tym przypadku pacjent musi wybrać trasę, która jest dla niego korzystniejsza. Cechą wspólną jest to, że korzystanie z usług zdrowotnych za granicą jest zasadniczo powiązane z odpowiednim zezwoleniem wydanym przez właściwy podmiot.

W kontekście obecnego rozwoju na gruncie prawa współpracy transgranicznej planowane rozporządzenie²⁰ nie było jeszcze omawiane. Ma ono na celu ułatwienie państwom członkowskim, m.in. osiągnięcie porozumienia w sprawie prawa właściwego dla projektu transgranicznego.

Na poziomie **krajowym** opracowane zostaną zagadnienia związane z kompetencjami w sektorze zdrowia w obu krajach. W ogólnym zarysie przedstawione zostaną również kompetencje w zakresie realizacji i finansowania badań profilaktycznych w kierunku wad postawy u dzieci z Görlitz i Zgorzelca.

Ponadto przeanalizowane zostanie, czy traktat międzynarodowy między Polską a Niemcami (Saksonią) mógłby ułatwić korzystanie ze świadczeń rzeczowych za granicą i jakie byłyby warunki takiego traktatu.

Wreszcie zbadane zostanie, jakie są możliwości **bezpośredniej współpracy** między krajowymi

¹⁸ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dn. 29.04.2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.U. UE L 166 z dn. 30.04.2004, str. 1-123).

¹⁹ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dn. 09.03.2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.U. UE L 88 z dn. 04.04.2011, str. 45-65).

²⁰ Projekt Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie mechanizmu eliminowania barier prawnych i administracyjnych w kontekście transgranicznym (COM/2018/373 final - 2018/0198 (COD)).

instytucjami ubezpieczeniowymi (niemieckimi kasami chorych i polskim Narodowym Funduszem Zdrowia) a zagranicznymi świadczeniodawcami.

Część 1. Podstawy transgranicznej współpracy w sektorze ochrony zdrowia w prawie Unii Europejskiej

Problem transgranicznego świadczenia usług zdrowotnych już dawno został dostrzeżony w UE i omawiany był w kontekście swobody przemieszczania się i swobody świadczenia usług.

Orzecznictwo oparte na normach prawa pierwotnego (traktatach) zostało skodyfikowane w odpowiednich aktach prawa wtórnego (rozporządzenia i dyrektywy) a następnie wdrożone w państwach członkowskich. Na mocy odpowiedniego rozporządzenia zostały zharmonizowane przepisy koordynacyjne w celu określenia właściwego w zakresie sytuacji transgranicznych prawa ubezpieczeń społecznych.

Pierwszym krokiem jest zbadanie unijnych ram prawnych. Wynika to przede wszystkim z podstawowych wolności (w szczególności swobody świadczenia usług) oraz z działań wprowadzonych przez Unię na podstawie art. 168 TFUE²¹. W zakresie prawodawstwa wtórnego ramy tworzą ogólnie obowiązujące przepisy koordynacyjne oraz wdrażana dyrektywa dotycząca pacjentów.

I. Prawo pierwotne Unii Europejskiej

1. Ogólne uwagi na temat kompetencji UE w sektorze zdrowia publicznego

Zgodnie z zasadą ograniczonego upoważnienia ustawodawczego UE może zasadniczo podejmować działania tylko wtedy, gdy państwa członkowskie przekazały jej odpowiednie kompetencje (art. 5 ust. 1 zdanie 1 TUE²²). Ponadto do wykonywania kompetencji Unii mają zastosowanie zasady proporcjonalności i subsydiarności. W szczególności druga zasada ma silny wpływ na działalność organów UE. Mogą one zatem podejmować działania tylko wtedy i tylko w takim zakresie, w jakim odpowiednie cele mogą zostać lepiej osiągnięte poprzez działania na poziomie ponadnarodowym niż na poziomie krajowym (art. 5 ust. 2 i 3 TUE).

Ponadto państwa członkowskie mogą również podejmować działania o znaczeniu europejskim w dziedzinie ochrony i poprawy zdrowia ludzkiego. UE jest właściwa w tym przypadku w zakresie za przeprowadzenia działań mających na celu wspieranie, koordynowanie lub uzupełnianie działań państw członkowskich (art. 6 TFUE).

Ta kompetencja wspierająca państwa członkowskie została doprecyzowana w art. 168 TFUE. Artykuł 168 ust. 2 TFUE upoważnia UE jedynie do niewiążącego zachęcania państw członkowskich do współpracy w celu zapewnienia komplementarności ich usług zdrowotnych w regionach przygranicznych. Przepis ten daje UE prawo jedynie do wspierania i promowania współpracy transgranicznej między państwami członkowskimi w celu zwiększenia komplementarności ich usług zdrowotnych w regionach przygranicznych (art. 168 ust. 3 akapit 1 zdanie 2 TFUE). Nie idzie

²¹ Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, Dz.U. UE C 326 z dn. 26.10.2012, str. 47–390.

²² Traktatu o Unii Europejskiej, Dz.U. UE C 326 z dn. 26.20.2012, str. 15 i n.

to w parze z konkretnymi uprawnieniami do działania. Ponadto termin "zdrowie" odnosi się tylko do zdrowia publicznego, a nie do zdrowia jednostki.²³

Mowa jest tu więc o szczególnej kompetencji Unii w zakresie wspierania, koordynacji i środków uzupełniających, o której mowa jest w art. 2 ust. 5 TFUE. Właściwość UE nie oznacza, że kompetencje Unii w tych dziedzinach zastępują kompetencje państw członkowskich (art. 2 ust. 5 TFUE). Nawet jeśli zgodnie z postanowieniami TFUE odnoszącymi się do tych dziedzin mogą zostać uchwalone wiążące akty prawne, to i tak nie mogą one prowadzić do harmonizacji przepisów prawnych państw członkowskich.

Ponadto UE posiada wyraźne kompetencje w dziedzinie ochrony zdrowia jedynie w następujących obszarach polityki prewencyjnej:

- ochrona zdrowia w środowisku pracy (art. 153 ust. 1 i 2 TFUE) oraz
- ochrona konsumentów, która oprócz interesów gospodarczych obejmuje również ochronę zdrowia i bezpieczeństwa konsumentów (art. 169 TFUE).

Oprócz wyżej wymienionych, nie istnieją regulacje, które upoważniałyby Unię do uchwalania przepisów dotyczących współpracy transgranicznej w sektorze ochrony zdrowia.

2. Swoboda świadczenia usług (art. 56 i n. TFUE)

Pośrednie skutki dla rozwoju współpracy w sektorze ochrony zdrowia były dotychczas spowodowane głównie orzecznictwem, w szczególności przepisami dotyczącymi swobody świadczenia usług (art. 56 i n. TFUE). Wynika to z przyjęcia przez Trybunał zasady, iż swoboda świadczenia usług obejmuje również usługi medyczne i inne usługi zdrowotne.²⁴ Z drugiej zaś strony zakres stosowania dyrektywy o usługach, która konkretyzuje tę podstawową swobodę, jest ograniczona i nie ma zastosowania do niektórych usług niegospodarczych świadczonych w interesie ogólnym, takich jak usługi zdrowotne (art. 2 dyrektywy usługowej).

Konsekwencją prawną zastosowania swobody świadczenia usług do usług zdrowotnych jest możliwość wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta. Pacjent może zatem zdecydować między leczeniem w kraju i za granicą. Związane z tym koszty powinny zostać zwrócone zgodnie z zasadami określonymi w dyrektywie 2011/24/UE.

Należy w tym miejscu rozważyć, czy pacjent może domagać się od właściwego podmiotu przyznania mu prawa do wolnych od uprzedniej zgody, transgranicznych świadczeń ambulatoryjnych oraz zwrotu kosztów zgodnie z przepisami dotyczącymi obowiązków instytucji właściwej w zakresie udzielania świadczeń, które wynikają z art. 56 TFUE. Ponadto pojawia się pytanie, jakie prawa mogą z tego wynikać dla świadczeniodawcy, w szczególności w odniesieniu do zawierania umów z zagranicznymi ubezpieczycielami na leczenie osób ubezpieczonych (por. § 140e Księgi V Niemieckiego Kodeksu Prawa Socjalnego V, art. 132 polskiej ustawy o opiece zdrowotnej).

3. Swoboda przepływu pracowników (art. 45 i n. TFUE)

Art. 45 TFUE gwarantuje swobodę przepływu pracowników w UE. Niezbędną konsekwencją takiej swobody jest prawo do korzystania ze świadczeń socjalnych w sposób niedyskryminujący w państwie siedziby. Konsekwentnie, UE została upoważniona w art. 48 TFUE do tego, by

²³ M. Fröhlich, T. Lahann, A. Trautmann, Gesundheitsdienstleistungen in der Großregion SaarLorLux, str. 12.

²⁴ Wyczerpująco F. von Ameln, Grenzen der Dienstleistungsfreiheit im Bereich des Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der Patientenrichtlinie 2011/24/EU, 2015, str. 197 i n.

podejmować działania konieczne w dziedzinie bezpieczeństwa społecznego w celu zapewnienia swobodnego przepływu pracowników. Kompetencja ta doprowadziła do przyjęcia rozporządzenia koordynacyjnego 883/2004 i towarzyszącego mu rozporządzenia wykonawczego nr 987/2009. Oba rozporządzenia razem tworzą podstawową konstrukcję koordynacji systemów zabezpieczenia społecznych ze względu na swobodny przepływ pracowników w UE.

4. Swoboda przedsiębiorczości (art. 49 i n. TFUE)

Swoboda przedsiębiorczości ma znaczenie dla świadczeniodawców, którzy chcieliby przenieść się za granicę. Swoboda przedsiębiorczości odgrywa zatem szczególną rolę w uznawaniu kwalifikacji zawodowych i dyplomów osób pragnących świadczyć usługi medyczne.

5. Karta Praw Podstawowych UE

W art. 35 Karty Praw Podstawowych²⁵ zagwarantowane zostało obywatelom Unii podstawowe prawo do ochrony zdrowia:

Każdy ma prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych. Przy określaniu i realizowaniu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego.

Ta regulacja jest szczególnie ważna dla pacjentów, którzy chcieliby skorzystać z leczenia za granicą. Niniejsze prawo podstawowe generuje kwestię obowiązku państwa członkowskiego w zakresie ułatwiania dostępu do skutecznej opieki zdrowotnej, w tym do świadczeń zagranicznych instytucji opieki zdrowotnej.

II. Otwarta metoda koordynacji (soft law)

W następstwie decyzji państw członkowskich z 2004²⁶ roku, UE stosuje tzw. otwartą metodę koordynacji (OMK) w polityce zdrowotnej.²⁷

Celem OMK jest ukierunkowanie polityki krajowej na realizację pewnych wspólnych celów. Państwa członkowskie muszą te cele zaimplementować w swoje systemy oraz je wdrożyć. Prawidłowość wdrożenia jest badana przy zastosowaniu wspólnie zdefiniowanych instrumentów pomiarowych (statystyki, wskaźniki, wytyczne). Rezultat ("benchmarking") wdrażania jest badany poprzez wzajemną ocenę przez kraje UE i wymianę najlepszych metod postępowania.

W 2004 roku wyznaczono następujące cele polityki zdrowotnej:

- 1) zapewnienie dostępu do wysokiej jakości opieki opartej na uniwersalności, adekwatności i solidarności,
- 2) zapobieganie zagrożeniu ubóstwem lub wykluczeniem, zarówno dla pacjentów, jak i ich rodzin, spowodowanym chorobą, wypadkiem, niepełnosprawnością lub wymogiem opieki ze względu na odeszły wiek,

²⁵ Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej, Dz.U. UE C 364 s dn. 18.12.2000, str. 1 i n.

²⁶ Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - Modernising social protection for the development of high-quality, accessible and sustainable health care and long-term care: support for the national strategies using the "open method of coordination" (COM/2004/0304 fin.), brak w języku polskim.

²⁷ Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - The future of health care and care for the elderly: guaranteeing accessibility, quality and financial viability (COM/2001/0723 fin.), brak w języku polskim.

- 3) promowanie wysokiej jakości opieki w celu poprawy stanu zdrowia i jakości życia ludzi,
- 4) zapewnienie długoterminowej stabilności finansowej dla wysokojakościowej i ogólnodostępnej opieki zdrowotnej (komunikat Komisji z 2004 r.).

Wskaźniki takie jak śmiertelność dzieci, liczba łóżek, liczba lekarzy lub udział wydatków na zdrowie w produkcie krajowym brutto powinny służyć jako punkty odniesienia dla postępów w realizacji wyżej wymienionych celów.

W polityce zdrowotnej, OMK kieruje Komitet Ochrony Socjalnej, przez co mamy do czynienia z zinstytucjonalizowaną formą prawa miękkiego.²⁸ Jednakże stosowanie otwartej metody koordynacji w polityce zdrowotnej nie przyniosło jak dotąd większych postępów.

III. Przepisy koordynacyjne

Po przedstawieniu przepisów prawa pierwotnego, należy sięgnąć do prawa wtórnego. W szczególności należy tu uwzględnić przepisy bezpośrednio stosowanych rozporządzeń oraz dyrektywę w sprawie wykonywania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, bazującą na orzecznictwie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości.

Rozporządzenie koordynacyjne (rozporządzenie 883/2004) i związane z nim rozporządzenie wykonawcze (rozporządzenie 987/2009) nie dają pacjentom podstaw do podnoszenia roszczeń o świadczenia opieki zdrowotnej. Określają one jednak, z jakiego prawa krajowego dana osoba (osoba ubezpieczona lub członkowie jej rodziny) może wywodzić swoje roszczenia w przypadku choroby (inne dziedziny nie powinny być brane pod uwagę w odniesieniu do niniejszego tematu). Warunki, jakie musi spełnić roszczenie oraz jego treść nie są już zatem określane przez prawo Unii, lecz przez prawo krajowe mające zastosowanie na mocy rozporządzenia.

Jednakże rozporządzenie stosuje się tylko w sytuacji, gdy w stanie faktycznym występuje komponent zagraniczny. Mamy z taką sytuacją do czynienia, gdy dana osoba:

- 1) wykonuje pracę zarobkową w państwie członkowskim innym niż to, w którym zamieszkuje (przypadek podstawowy);
- 2) zamieszkuje we właściwym państwie członkowskim;
- 3) przebywa tymczasowo (jako turysta, podróżny itp.) w państwie członkowskim innym niż właściwe państwo członkowskie i miejsce zamieszkania; lub
- 4) udaje się do państwa członkowskiego innego niż państwo właściwe lub państwo zamieszkania w celu leczenia.

Poniżej zostaną przeanalizowane wymienione konstelacje.

1. Przypadek podstawowy

W pierwszym przypadku dana osoba może otrzymać opiekę zdrowotną w państwie swojego miejsca zamieszkania na koszt ubezpieczenia z państwa członkowskiego, w którym ma zatrudnienie, w zakresie, w jakim byłby ubezpieczony w państwie miejsca zamieszkania (art. 17 rozporządzenia 883/2004). Decydujące znaczenie ma zatem prawo krajowe państwa miejsca zamieszkania. Rachunek za leczenie jest wystawiany pomiędzy świadczeniodawcą a ubezpieczycielem danej osoby. Zaświadczenie S2 wydane przez właściwą instytucję służy jako dowód ubezpieczenia. Aby ubiegać się o świadczenia w kraju zamieszkania, osoba zainteresowana

²⁸ Paweł Białynicki Birula, Wykorzystanie metod nowego zarządzania publicznego w kształtowaniu polityki zdrowotnej Unii Europejskiej, Zarządzanie Publiczne 2011 nr 4 (18), str. 37-48.

musi najpierw zarejestrować się w instytucji miejsca zamieszkania (art. 24 ust. 1 rozporządzenia 987/2009). Instytucją miejsca zamieszkania jest instytucja lub organ, który zgodnie z ustawodawstwem przez nie stosowanym przez jest właściwy do udzielania świadczeń w miejscu zamieszkania lub pobytu osoby zainteresowanej lub, w przypadku braku takiej instytucji, instytucja wyznaczona przez właściwą władzę danego państwa członkowskiego (art. 1 lit. r) rozporządzenia 883/2004). Osoba indywidualna nie ma zatem prawa wyboru między systemami państw członkowskich. Zainteresowany powinien korzystać tylko z jednego systemu, a mianowicie państwa zamieszkania.

2. Pobyt we właściwym państwie członkowskim

Zainteresowane osoby mogą ubiegać się o uzyskanie świadczeń rzeczowych we właściwym państwie członkowskim (zazwyczaj w państwie ubezpieczenia) tylko wtedy, gdy przebywają w tym państwie (art. 18 rozporządzenia 883/2004). Nie obejmuje to przypadku wyjazdu do właściwego państwa w celu leczenia. Oznacza to, że praktyka stosowana na granicy polsko-niemieckiej (wiele osób mieszkających w Polsce, ale ubezpieczonych w Niemczech ze względu na wykonywaną tam pracę zarobkową, jedzie do Niemiec w celu skorzystania z tamtejszych usług medycznych) nie jest w zasadzie zgodna z rozporządzeniem. Z jednej strony wynika to z faktu, że niemieccy pracodawcy przestrzegają jedynie zwolnienia z pracy wydanego przez lekarza mającego siedzibę w Niemczech. Z drugiej strony, wielu obywateli polskich zakłada, że jakość usług medycznych w Niemczech jest wyższa niż w Polsce.

3. Pobyt poza terytorium właściwego państwa

Osoby mające miejsce zamieszkania i ubezpieczenia tylko w jednym państwie członkowskim są uprawnione do świadczeń z drugiego państwa członkowskiego, jeżeli czasowo tam przebywają (art. 19 rozporządzenia 883/2004). Są to nagłe przypadki (wypadki), w których leczenie na terytorium państwa członkowskiego jest niezbędne ze względów medycznych. Zasada ta ma zastosowanie przede wszystkim do turystów, studentów, osób podróżujących służbowo itp. Brzmienie art. 19 ust. 1 rozporządzenia 883/2004 wyraźnie wyklucza zatem przypadki, w których pacjent jest przenoszony ze szpitala w jednym państwie do szpitala w drugim państwie, jeżeli jest to konieczne (np. z powodu niewystarczającego wyposażenia medycznego pierwszej instytucji i transportu do drugiego szpitala w tym samym państwie ze względu na stan pacjenta).

W państwie leczenia zainteresowana osoba może otrzymać świadczenia rzeczowe, które są niezbędne z medycznego punktu widzenia, z uwzględnieniem charakteru świadczeń i przewidywanego czasu trwania pobytu. Świadczenia są niezbędne, jeżeli ubezpieczony nie musi wracać do właściwego państwa członkowskiego w celu uzyskania niezbędnych świadczeń medycznych (art. 25 ust 3 rozporządzenia 987/2004). Można ubiegać się o te świadczenia, które stanowią część ustawowego zakresu świadczeń w państwie, w którym odbywa się leczenie, nawet jeśli wykraczają one poza ustawowy zakres świadczeń we właściwym państwie członkowskim.

Świadczenia te udzielane są w imieniu instytucji właściwej, jeżeli ubezpieczony przedstawi dokument wydany przez instytucję właściwą, który potwierdzi uprawnienie do świadczeń rzeczowych (art. 25 lit a) pkt (1) rozporządzenia 987/2009). Karta EKUZ jest jednym z takich dokumentów.²⁹ W przeciwnym razie pacjent musi sam ponieść koszty i dopiero później może wystąpić o ich zwrot do właściwej instytucji. Zwrotu można domagać się, jeżeli:

²⁹ Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego.

- leczenie podczas pobytu za granicą było konieczne,
- zapewniono świadczenia, które byłyby objęte ubezpieczeniem we właściwym państwie członkowskim,
- rachunek wystawiony przez świadczeniodawcę został opłacony oraz
- pacjent jest faktycznie ubezpieczony we właściwym państwie członkowskim.

Zwrotowi podlegają jedynie rzeczywiście poniesione koszty, chyba że koszty leczenia za granicą są wyższe niż w kraju właściwym. W takiej sytuacji pacjent musi ponieść koszty różnicy.

4. Wyjazd w celach świadczeń rzeczowych

Mieszkańcy regionu przygranicznego mogą wyjeżdżać do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania tam świadczeń rzeczowych, jeżeli instytucja właściwa udzieliła stosownej zgody (art. 20 rozporządzenia 883/2004). W tym przypadku przepisy rozporządzenia koordynacyjnego pozostają w konkurencji z przepisami dyrektywy w sprawie mobilności pacjentów. Pacjent może wybrać, czy odwołać się do rozporządzenia koordynacyjnego, czy też do przepisów krajowych służących wdrożeniu dyrektywy. Zgodnie natomiast z art. 20 ust. 2 zdanie 2 rozporządzenia 883/2004 nie można odmówić wydania zezwolenia, jeżeli przedmiotowe leczenie należy do świadczeń przewidzianych w ustawodawstwie państwa, w którym zainteresowany ma miejsca zamieszkania oraz jeżeli nie może ono zostać mu udzielone w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia, z uwzględnieniem aktualnego stanu zdrowia pacjenta oraz prawdopodobnego przebiegu choroby. W ten sposób swobodne uznanie instytucji zostaje zminimalizowane, co w praktyce oznacza obowiązek udzielenia zgody.

d. Niemiecki ubezpieczony w Polsce

Jeżeli niemiecki ubezpieczony planuje uzyskać w Polsce leczenie ambulatoryjne (np. u dentysty) i nie chce ponosić żadnych kosztów z tego tytułu, powinien przed uzyskaniem świadczeń otrzymać zgodę na leczenie od właściwej kasy chorych. Ubezpieczony otrzymuje w takim wypadku zaświadczenie S2 i w związku z tym jest traktowany w Polsce tak samo jak każda osoba posiadająca ustawowe ubezpieczenie zdrowotne w Polsce. Kasa chorych rozlicza koszty leczenia z polskim świadczeniodawcą i NFZ. Oznacza to, że pacjent może skorzystać jedynie z usług tych świadczeniodawców, którzy uczestniczą w publicznym systemie opieki zdrowotnej, tzn. posiadają odpowiednie umowy z NFZ.

e. Polski ubezpieczony w Niemczech

Jeżeli pacjent chce skorzystać z usług niemieckich świadczeniodawców bezpośrednio na koszt NFZ (bez uprzedniej zapłaty faktury), musi przed wyjazdem do Niemiec uzyskać zgodę właściwego dyrektora biura regionalnego NFZ na leczenie za granicą (na podstawie przepisów koordynacyjnych). W takim przypadku również można korzystać wyłącznie z usług świadczeniodawców, którzy posiadają kontrakty z kasami chorych (lekarze ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego).

5. Wynik tymczasowy

W związku z tym przepisy koordynacyjne nie przyznają mieszkańcom strefy przygranicznej żadnych szczególnych praw w zakresie korzystania z opieki zdrowotnej w kraju sąsiednim. Są oni uprawnieni do świadczeń rzeczowych tylko wtedy, gdy przebywają w państwie sąsiednim lub wyjeżdżają tam na podstawie zgody właściwej instytucji na otrzymanie świadczeń rzeczowych na

jej koszt. Zasady te mają zastosowanie zarówno do osób często przekraczających granicę, jak i do tych, którzy zamieszkują i są ubezpieczeni tylko w jednym państwie. Wybór pomiędzy systemami opieki zdrowotnej nie ma tu w zasadzie miejsca.

IV. Dyrektywa w sprawie mobilności pacjentów

1. Informacje ogólne

W przypadku planowanego korzystania z usług medycznych w innym państwie członkowskim należy również przestrzegać przepisów dyrektywy w sprawie mobilności pacjentów (2011/24/UE) oraz krajowych przepisów, które ją wdrażają. Zgodnie z nr 30 części wstępnej dyrektywy zastosowanie ma dyrektywa albo rozporządzenie unijne w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Różnica polega na tym, iż rozporządzenie stosuje się do świadczeń rzeczowych. Z kolei dyrektywa i jej przepisy wykonawcze dotyczą zwrotu kosztów. Ponadto dyrektywa ma zastosowanie jedynie w przypadkach, gdy pacjent nie znajduje się (jeszcze) w państwie leczenia w momencie korzystania z usług. Tym samym zakres dyrektywy dotyczy tylko planowanego korzystania z usług opieki zdrowotnej za granicą. Leczenie jest planowane wtedy, jeśli pobyt za granicą jest ściśle związany z usługami medycznymi.

W kontekście polsko-niemieckim, korzystanie z usług opieki zdrowotnej wiąże się z różnymi procedurami w zależności od kraju pochodzenia pacjenta. Jednak w każdym przypadku ubezpieczony uiszcza najpierw rachunek otrzymany od świadczeniodawcy. Dopiero potem może on złożyć wniosek o zwrot kosztów do właściwego ubezpieczyciela.

2. Znaczenie dyrektywy dla niemieckich pacjentów w Polsce

W przypadku osób ubezpieczonych w Niemczech, które chcą korzystać z usług zdrowotnych za granicą, zastosowanie ma § 13 ust. 4 i 5 Księgi V Niemieckiego Kodeksu Prawa Socjalnego (SGB V). Rozróżnia się tu świadczenia ambulatoryjne i szpitalne. W pierwszym przypadku ubezpieczony otrzymuje zwrot kosztów opieki medycznej, pod warunkiem, że w Niemczech istnieje również prawo do tych świadczeń (koszyk świadczeń gwarantowanych). Z kolei usługi leczenia stacjonarnego zgodnie z ust. 5 można otrzymać wyłącznie po uzyskaniu uprzedniej zgody właściwych instytucji (kasy chorych). Federalne Ministerstwo Zdrowia (*Bundesministerium für Gesundheit* - BMG) jest zdania, że prawo niemieckie spełnia wymogi dyrektywy i że w związku z tym nie były konieczne żadne zasadnicze zmiany prawne (BMG, nr 2).

a. Świadczenia ambulatoryjne

Niemiecki ubezpieczony może skorzystać na własny rachunek ze świadczeń opieki ambulatoryjnej, której koszty zostałyby pokryte przez kasę chorych także w Niemczech. W takim przypadku może być on również leczony prywatnie. Pacjent taki jest traktowany jak osoba posiadające prywatne ubezpieczenie zdrowotne i tym samym początkowo zostanie obciążony kosztami usług medycznych. W przypadku zapłaty rachunku polskiego świadczeniodawcy, niemiecki pacjent może domagać się zwrotu tych kosztów. Roszczenie o zwrot kosztów jest jednak ograniczone do kwoty, którą kasa chorych zapłaciłaby za takie same świadczenie w Niemczech. W razie potrzeby pacjent musi sam ponieść różnicę. Niektóre kasy chorych, np. dla leczenia protetycznego w Polsce, wymagają również przedłożenia przez pacjenta planu leczenia i planu kosztów zagranicznego

dentysty.

W zasadzie ubezpieczony w Niemczech nie musi uzyskać zgody kasy chorych przed wyjazdem w celu skorzystania ze świadczeń ambulatoryjnych. Tylko w wyjątkowych przypadkach konieczna jest uprzednia zgoda kasy chorych na planowane leczenie ambulatoryjne za granicą. Ma to miejsce szczególnie w przypadku, gdy leczenie wymaga użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury medycznej lub sprzętu medycznego. Odmowa udzielenia zezwolenia może nastąpić jedynie w wyjątkowych przypadkach wymienionych w dyrektywie.

Jeżeli jednak pacjent nie chce ponosić żadnych kosztów, powinien wcześniej od kasy chorych uzyskać zgodę na leczenie. Zezwolenia udziela się, jeżeli dane leczenie stanowi część świadczeń przewidzianych w ustawodawstwie państwa członkowskiego, w którym zainteresowany ma miejsce zamieszkania, jeżeli nie może ono zostać mu udzielone w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia, z uwzględnieniem jego aktualnego stanu zdrowia oraz prawdopodobnego przebiegu choroby. Wraz z zezwoleniem kasa chorych wystawia formularz S2. W ten sposób pacjent może udowodnić w państwie leczenia, że jest traktowany jak osoba z ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym w tym państwie i że jego kasa chorych pokryje koszty. W tym wypadku Państwa prawo do uzyskania świadczeń medycznych wynika bezpośrednio z rozporządzeń europejskich w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (rozporządzenie (WE) 883/2004 i 987/2009).

b. Świadczenia opieki stacjonarnej

Jeżeli osoba ubezpieczona w Niemczech planuje podróż do Polski w celu uzyskania opieki medycznej w szpitalu (leczenie planowane), musi uzyskać uprzednią zgodę właściwej kasy chorych.

Zezwolenie jest udzielane przez kasę chorych, gdy:

- dane leczenie stanowi część prawnie zagwarantowanych świadczeń w Niemczech i
- takie świadczenia nie mogą zostać udzielone w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia, z uwzględnieniem aktualnego stanu zdrowia pacjenta oraz prawdopodobnego przebiegu choroby.

Wraz ze zgodą kasa chorych wystawia zaświadczenie S2. W ten sposób pacjent może udowodnić w Polsce, że jego kasa chorych pokrywa koszty leczenia. Pacjent nie jest w tym wypadku obciążany rachunkiem. Rozliczenie odbywa się wyłącznie pomiędzy świadczeniodawcą a odpowiedzialnymi instytucjami ubezpieczeniowymi w Niemczech i w Polsce. W związku z tym pacjent może korzystać z usług tylko w ramach systemu publicznego, ponieważ fakturowanie odbywa się w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej.

Pacjent może jednak najpierw samodzielnie ponieść koszty i skorzystać usług leczenia stacjonarnego w Polsce, których koszt byłby pokryty przez właściwą kasę chorych w Niemczech. Wówczas niemiecki pacjent jest traktowany w Polsce jak osoba **z prywatnym** ubezpieczeniem zdrowotnym. W takim przypadku pacjent może również skorzystać z usług oferowanych przez prywatnych świadczeniodawców. Ponieważ jednak pacjent zamierza później złożyć wniosek o zwrot kosztów, leczenia takie wymaga również uprzedniej zgody kasy chorych. Zgody tej można odmówić tylko wtedy, gdy takie samo lub równie skuteczne dla pacjenta leczenie odpowiadające ogólnie uznanemu stanowi wiedzy medycznej można uzyskać w odpowiednim czasie od partnera właściwej kasy chorych w Niemczech. Udzielając zgody na leczenie za granicą kasa chorych deklaruje gotowość do poniesienia kosztów. Koszty transgranicznej opieki zdrowotnej będą zwracane do wysokości maksymalnych kwot, jakie zapłaciłaby kasa chorych, gdyby dana usługa

zdrowotna była świadczona w Niemczech, przy czym zwrot nie przekracza kwoty kosztów rzeczywiście poniesionych w związku z opieką zdrowotną.

W tej konstelacji roszczenia niemieckiego pacjenta wynikają z § 13 ust. 4-6 Księgi V Niemieckiego Kodeksu Prawa Socjalnego w związku z dyrektywą 2011/24/UE w sprawie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.

3. Skutki prawne dyrektywy dla polskich pacjentów w Niemczech

W Polsce dyrektywę o mobilności pacjentów transponowano do art. 42a i n. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 42b ust. 1 beneficjentowi przysługuje zwrot kosztów usługi za granicą w przypadku usług gwarantowanych. Upřednie zezwolenie jest wymagane tylko w przypadkach, o których mowa w art. 42 ust. 9 niniejszej ustawy. Katalog świadczeń wymagających zezwolenia został określony przez Ministra Zdrowia w odpowiednim rozporządzeniu (art. 42e ust. 1 ustawy).

c. Usługi ambulatoryjne

Jeśli polski pacjent udaje się do Niemiec w celu skorzystania z usług ambulatoryjnych (wizyta u dentystry, okulisty, ginekologa itp.) i jeśli chce tam skorzystać z usług bezpośrednio na koszt NFZ (tj. bez upředniej zapłaty faktury), musi wcześniej (przed wyjazdem do Niemiec) uzyskać zgodę właściwego dyrektora biura regionalnego NFZ na formularzu S2. W tym przypadku leczenie może być przeprowadzone tylko przez lekarzy ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Pacjent może również udać się do lekarza w Niemczech (ze skierowaniem) i otrzymać leczenie na własny koszt. W takim przypadku pacjent może również odwiedzić prywatnych świadczeniodawców. W takim razie pacjent jest traktowany jak pacjent prywatny i sam opłaca rachunek za otrzymane świadczenia. Pacjent może zwrócić się następnie do NFZ o zwrot tych kosztów. NFZ zwraca pacjentowi koszty leczenia, jeżeli usługa jest częścią katalogu ustawowo gwarantowanych usług, do których ubezpieczony jest uprawniony w Polsce. Zwrotu kosztów dokonuje się w wysokości odpowiadającej stawkom za określone leczenie w Polsce. Różnicę między kosztami leczenia w Polsce i w Niemczech ponosi sam pacjent.

Przepisy dyrektywy zostały transponowane do prawa krajowego w Polsce i w Niemczech i są częścią krajowego systemu prawa opieki zdrowotnej. W związku z tym zastosowanie mają wyłącznie przepisy krajowe danego państwa członkowskiego.

d. Leczenie stacjonarne

Leczenie szpitalne może być przeprowadzone wyłącznie na koszt NFZ po uzyskaniu upředniej zgody dyrektora jednostki regionalnej NFZ. Zgody tej NFZ może odmówić tylko wtedy, gdy świadczenie:

- nie jest świadczeniem gwarantowanym w Polsce, lub
- w Polsce mogą być świadczone przez świadczeniodawcę posiadającego umowę z NFZ w akceptowalnym terminie oczekiwania na świadczenie usług zdrowotnych, lub
- stanowi znaczące ryzyko dla zdrowia pacjenta,
- stanowi znaczące zagrożenie dla zdrowia społeczeństwa, lub
- istnieją poważne wątpliwości, czy niemiecki świadczeniodawca (lekarz, szpital itp.) spełnia obowiązujące w Niemczech normy jakości i bezpieczeństwa.

Dyrektor może udzielić zezwolenia na podstawie rozporządzenia koordynacyjnego

(rozporządzenie 883/2004). Pacjent otrzymuje zaświadczenie S2, które upoważnia go do bezpłatnego leczenia w Niemczech (bez konieczności płacenia rachunku). Rozliczenie odbywa się bezpośrednio pomiędzy niemieckim szpitalem (poprzez niemiecką kasę chorych) a NFZ. NFZ pokrywa również koszty transportu do miejsca leczenia. Pacjent musi jednak zapłacić ryczałt w wysokości 10 euro dziennie za pobyt w szpitalu.

Dyrektor biura regionalnego NFZ może udzielić zgody na leczenie w Niemczech na podstawie dyrektywy w sprawie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (dyrektywa 2011/24/UE). Pacjent otrzymuje wówczas pisemną decyzję. Koszty leczenia szpitalnego w Niemczech musi najpierw pokryć sam pacjent. Po powrocie do Polski może on ubiegać się o zwrot kosztów poniesionych w Niemczech. Jeżeli uzyskał wcześniej zgodę na leczenie w Niemczech, NFZ zwróci mu koszty leczenia w wysokości odpowiadającej finansowaniu leczenia w Polsce. Różnicę między kosztami leczenia w Polsce i w Niemczech ponosi jednak sam pacjent. Ponadto musi on zapłacić szpitalowi ryczałtową kwotę 10 € dziennie.

4. Relacja między rozporządzeniem koordynacyjnym a dyrektywą w sprawie mobilności pacjentów

Rozporządzenie należy stosować zarówno do leczenia zaplanowanego, jak i nieplanowanego. Przeważa pogląd, że dyrektywa obejmuje również leczenie w nagłych wypadkach i planowane leczenie.

Rozporządzenie ma zastosowanie zarówno do ubezpieczenia zdrowotnego, jak i ubezpieczenia wypadkowego (por. art. 36 rozporządzenia koordynacyjnego). Dyrektywa ma zastosowanie do usług zdrowotnych, które zgodnie z ogólnym rozumieniem (por. art. 3 lit. a) dyrektywy - "stan zdrowia (...) do utrzymania lub przywrócenia") obejmują również rehabilitację po wypadku.

Zgodnie z dyrektywą opieka zdrowotna ma charakter transgraniczny wtedy, jeżeli jest świadczona lub zalecana w państwie członkowskim innym niż państwo członkowskie ubezpieczenia. Z drugiej strony w przypadku rozporządzenia decydujące znaczenie ma to, czy właściwe państwo i państwo tymczasowej pomocy w naturze są różne (z reguły - czasami wystarczy miejsce zamieszkania za granicą).

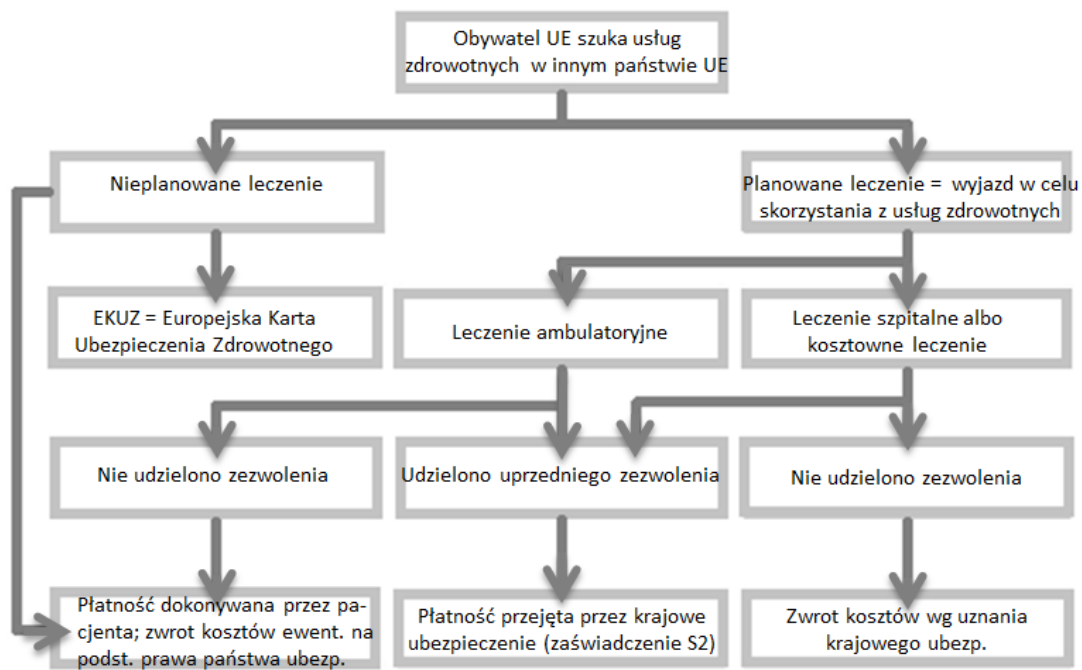
Różnice między dyrektywą a rozporządzeniem zostały przedstawione w poniższej tabeli:

	Dyrektywa	Rozporządzenie
Sektor	Publiczny i prywatny	Tylko publiczny
Leczenie, za które można otrzymać zwrot kosztów	Leczenia, które są dostępne w ramach systemu ubezpieczeniowego kraju ojczystego pacjenta	Leczenia, które są dostępne w ramach krajowego systemu ubezpieczeniowego innego kraju
Upřednia zgoda	Wymagana pod pewnymi warunkami	Wymagana zawsze dla świadczeń planowanych Nie jest wymagana w nagłych wypadkach
Pokrywanie kosztów	Zwrot w wysokości kosztów, które zostałyby zwrócone za dane leczenie w kraju pochodzenia pacjenta	Całkowite przejęcie kosztów (ze wyjątkiem dopłat)
Zwrot dopłaty	W wysokości kosztów w kraju ojczystym	Tak (pod pewnymi warunkami)
Rodzaj zapłaty	Pacjenci płacą „z góry” i otrzymują następnie zwrot kosztów (system zwrotu kosztów)	Między państwami nie jest wymagana przedpłata ze strony pacjenta (system finansowania)
Państwa uczestniczące	Wszystkie państwa UE oraz EOG	Wszystkie państwa UE oraz EOG + Szwajcaria

Źródło: Europejski Trybunał Obrachunkowy na podstawie strony internetowej „Healthcare beyond borders”

V. Wnioski tymczasowe

Prawo unijne nie tworzy zatem żadnej szczególnej podstawy prawnej, która umożliwiłaby mieszkańcom strefy przygranicznej korzystanie z usług medycznych oferowanych w państwie sąsiednim. Podlegają one zatem zasadom ogólnym. Związek między usługami świadczonymi na mocy dyrektywy w sprawie pacjentów a rozporządzeniem koordynacyjnym został przedstawiony na schemacie.



(według Wismara, 2011)

Część 2. Bezpośrednia współpraca kas chorych z zagranicznymi świadczeniodawcami

Ponadto możliwa jest też konstelacja, w której krajowe instytucje ubezpieczeniowe (kasy chorych, Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)) zawierają umowy bezpośrednio z zagranicznymi świadczeniodawcami (lekarze, szpitale itp.) na leczenie własnych ubezpieczonych.

I. Możliwości współpracy według prawa niemieckiego

W prawie niemieckim podstawa prawna do bezpośredniego zawierania przez niemieckie kasy chorych umów z zagranicznymi świadczeniodawcami wynika z § 140e Księgi V Niemieckiego Kodeksu Prawa Socjalnego (SGB V). Przepis ten umożliwia kasom chorych rozszerzenie zasady świadczeń rzeczowych na usługi transgraniczne poprzez zawieranie indywidualnych umów ze świadczeniodawcami, o których mowa w § 13 ust. 4 zdanie 2 (tzw. zasada świadczeń rzeczowych na podstawie umowy).³⁰ Zawarcie umowy zgodnie z § 140e leży w uznaniu kasy chorych.³¹

Umowa może zostać zawarta ze wszystkimi świadczeniodawcami z państwa członkowskiego UE (lub Szwajcarii lub państwami EOG) objętymi § 13 ust. 4 zdanie 2 SGB V. Dlatego też partnerami kontraktowymi mogą być tylko ci świadczeniodawcy, dla których warunki dostępu i wykonywania zawodu są przedmiotem dyrektywy unijnej lub którzy są uprawnieni do opieki nad osobami ubezpieczonymi w danym krajowym systemie ubezpieczeń zdrowotnych innego państwa członkowskiego UE. Odpowiednimi świadczeniodawcami opieki zdrowotnej są zatem szpitale, lekarze, apteki lub dostawcy środków leczniczych.

Rozwiązanie to może być korzystne dla ubezpieczonych, ponieważ mogą oni korzystać ze świadczeń za granicą w sposób efektywny czasowo i nieodpłatnie oraz nie ponosząc żadnego ryzyka związanego z kosztami w przypadku świadczeń transgranicznych. Z drugiej strony, ubezpieczonym nie można nakazać korzystania z usług zagranicznego świadczeniodawcy, z którym zawarto umowę zgodnie z § 140e SGB V.³²

Zwrot kosztów opieki dokonywany jest poprzez bezpośrednie świadczenia pieniężne ze strony kasy chorych do zagranicznego świadczeniodawcy. Zagraniczny świadczeniodawca nie jest objęty krajowym systemem wynagradzania w ramach układu zbiorowego (zwłaszcza w obszarze lekarzy kontraktowych).³³ Zgodnie z zasadą efektywności ekonomicznej uzgodnione wynagrodzenie świadczeniodawców nie powinno przekraczać kwot należnych w ramach zwrotu kosztów zgodnie z § 13 ust. 4 SGB V.³⁴

Usługi powinny być świadczone zgodnie z prawem i według norm obowiązujących w miejscu ich wykonania, chyba że umowa stanowi inaczej. Jeżeli kwestie odpowiedzialności za błędy medyczne nie zostaną rozwiązane w drodze umowy, zastosowanie mają zasady ogólne. Są one określane zgodnie z normami kolizyjnymi rozporządzenia Rzym II.

Umowy te jak dotąd nie odegrały istotnej roli w praktyce. Praktycznym przykładem granicy polsko-niemieckiej jest współpraca pomiędzy AOK Nord-Ost i polskim świadczeniodawcą Brandmed w

³⁰ Kingreen (w:) Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 2018, § 140e nb. 1.

³¹ Engelhard (w:) Hauck/Noftz (Hrsg.), SGB V, § 140e nb. 9.

³² Heinig (w:) Berchtold/Huster/Rehborn (Hrsg.), Gesundheitsrecht, 2018, SGB V § 140e nb. 2.

³³ Murawski (w:) Hänlein/Schuler (Hrsg.), Sozialgesetzbuch V, 2016, SGB V § 140e nb. 8.

³⁴ Murawski (w:) Hänlein/Schuler (Hrsg.), Sozialgesetzbuch V, 2016, SGB V § 140e nb. 8.

Słubicach.³⁵ Zgodnie z umową osoby ubezpieczone w AOK mogą korzystać z karty AOK w celu skorzystania z wizyty u chirurgów, ortopedów, kardiologów i urologów. Innym przykładem jest umowa o leczeniu między Brandmed Słubice a Brandenburgskim BKK w dziedzinie fizjoterapii.

II. Współpraca z zagranicznymi świadczeniodawcami według prawa polskiego

Polskie prawo natomiast nie dokonuje wyraźnego rozróżnienia pomiędzy krajowymi i zagranicznymi świadczeniodawcami. Zgodnie z art. 132 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁶ polski ubezpieczyciel (NFZ) zawiera umowy ze świadczeniodawcami, nie wskazując, czy pojęcie to obejmuje również podmioty mające siedzibę za granicą.

Stąd należy sięgnąć do definicji świadczeniodawcy w art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej:

- 1) podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej,
- 2) osoba fizyczna inna niż wymieniona w nr 1), która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,
- 3) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne.

Nr 1) obejmuje osoby i instytucje, o których mowa w art. 4 ustawy o działalności medycznej, a także lekarzy, pielęgniarki i fizjoterapeutów wykonujących swój zawód w ramach praktyki zawodowej, o której mowa w art. 5 tejże ustawy. Do instytucji, o których mowa w art. 4, zalicza się w szczególności spółki (w rozumieniu prawa spółek) oraz niezależne zakłady opieki zdrowotnej (NZOZ).

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej bazuje na wymogach polskiego prawa. Świadczeniodawcy z państw członkowskich UE mogą natomiast tymczasowo świadczyć usługi w Polsce (transgraniczne świadczenie usług³⁷). Nie dotyczy to jednak działalności medycznej (art. 12 nr 26 ustawy z dnia 6 marca 2018³⁸ roku). Oznacza to, że NFZ może zawierać umowy wyłącznie z instytucjami mającymi siedzibę w Polsce oraz osobami w niej zamieszkałymi.

Wątpliwe jest, czy taka interpretacja, reprezentowana również przez NFZ, byłaby zgodna z prawem europejskim. Na pierwszy rzut oka, wydaje się, że tak jest.

Z kolei niemiecka regulacja (§ 140e SGB V) została wprowadzona w kontekście orzecznictwa Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w sprawie Kohll i Decker.³⁹ ETS rozszerzył swobodę świadczenia usług w zakresie leczenia również na świadczenia medyczne. Wraz z wprowadzeniem § 140e SGB V niemiecki ustawodawca chciał umożliwić kasom chorych zawieranie umów ze świadczeniodawcami z innych krajów europejskich w kontekście opieki nad swoimi

³⁵ <https://www.aok.pl/standard-titel-5>

³⁶ Ustawa z 27.8.2004 r. (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, zm. w Dz.U. 2019 r. poz. 1394.), dalej zwana ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej.

³⁷ Art. 5 ustawy z dn. 06.03.2018 o zasadach uczestnictwa przedsiębiorców zagranicznych i innych osób zagranicznych w obrocie gospodarczym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. 2018 poz. 649).

³⁸ Ibidem..

³⁹ Harich (w:) Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching (Hrsg.), BeckOK Sozialrecht, 2019, SGB V § 140e nb. 1.

ubezpieczonymi, a tym samym wdrażając zasadę świadczeń rzeczowych również poza granicami Niemiec.⁴⁰ Jednocześnie jednak przepis ten wdraża bezpośrednio orzecznictwo ETS w sprawie transgranicznego korzystania ze świadczeń medycznych na podstawie biernej swobody świadczenia usług, zakorzenionej w art. 56 TFUE. Istnieją zatem poważne obawy, czy polskie standardy, które pozbawiają przedsiębiorstwa unijne możliwości ubiegania się o umowy o świadczenie usług medycznych, są zgodne z art. 56 TFUE. Jednakże szczegółowe dochodzenie wykracza poza zakres niniejszego sprawozdania i nie jest tu konieczne.

Jeżeli zgodnie z przedstawionym tutaj poglądem zagraniczny świadczeniodawca mógłby również złożyć wniosek o zawarcie umowy z NFZ, to zawarcie umowy musi zostać poprzedzone formalną procedurą wyboru świadczeniodawcy opisaną w ustawie o świadczeniach opieki medycznej. W tym zakresie NFZ jest zobowiązany do zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców, którzy ubiegają się o umowę o świadczenie usług zdrowotnych oraz do przeprowadzenia postępowania w sposób gwarantujący uczciwą konkurencję (art. 134 ustawy o świadczeniach opieki medycznej).

Pojedynczy wyjątek od wymogu bezpośredniego stosunku umownego między NFZ a świadczeniodawcą przewidziany jest w art. 19 ust. 4 zdanie 1 ustawy o świadczeniach opieki medycznej. Zgodnie z nim świadczeniodawca, który nie zawarł z NFZ umowy o świadczenie usług medycznych, ma prawo do zapłaty za opiekę zdrowotną świadczeniobiorcy w nagłych wypadkach.

III. Wnioski

Podsumowując: pacjenci mają możliwość skorzystania z usług medycznych w innych krajach UE. Istnieją - częściowo konkurujące ze sobą - podstawy prawne, które bazują bądź na zasadzie świadczeń rzeczowych (rozporządzenie 883/2004) lub zasadzie zwrotu kosztów (dyrektywa 2011/24/UE i implementujące ją do prawa krajowego przepisy). Pacjent może również korzystać zarówno z usług ambulatoryjnych jak i szpitalnych. Gąszcz przepisów jest jednak trudny do przejrzania, tak że wciąż potrzebne jest uproszczenie sytuacji prawnej.

W regionach przygranicznych obecne przepisy unijne i krajowe nie generują zbyt wiele udogodnień. Głównym instrumentem promowania współpracy transgranicznej nadal więc pozostaje umowa międzynarodowa między zainteresowanymi państwami. Unia Europejska również nie posiada żadnych szczególnych uprawnień w tym zakresie. Zachęca jedynie państwa członkowskie do niezobowiązującej współpracy (art. 6 TFUE, zdanie 2 lit a); art. 10 ust. 3 dyrektywy 2011/24/UE). Jednak w ślad za tym idzie tylko kilka rzeczywistych inicjatyw.

⁴⁰ Bundestag-Drucksache Nr. 15/1525, S. 132.

Część trzecia Konsensus dla Europamiasta – Badanie przesiewowe wad postaw u dzieci

I. Wprowadzenie

Celem niniejszego opracowania jest zbadanie stanu obecnego w odniesieniu do prawnych i finansowych warunków ramowych w Niemczech (Saksonia) i w Polsce (Dolny Śląsk) w zakresie badań przesiewowych układu mięśniowo-szkieletowego, w szczególności w odniesieniu do badań przesiewowych w kierunku skoliozy u dzieci w wieku 9-12 lat.

W wyniku ekspertyzy opracowane zostaną konkretne instrukcje i propozycje działań, które umożliwią zainteresowanym podmiotom zaangażowanie się w długoterminową i wiążącą współpracę.

II. Badania przesiewowe (Screening) w Niemczech, w szczególności w Saksonii

1. Pojęcie „Screening”

Pod pojęciem „screening” (z ang. przesiewanie, siatka, selekcja, prześwietlanie) należy rozumieć systematyczną procedurę testową stosowaną w celu zidentyfikowania pewnych właściwości obiektów testowych na określonym obszarze testowym, który zazwyczaj składa się z dużej liczby próbek lub osób, na określonym obszarze testowym. Screening jest zatem badaniem przesiewowym ukierunkowanym na określone kryteria.⁴¹

2. Niemcy - Saksonia

W odniesieniu do sytuacji prawnej w Niemczech należy najpierw zająć się kwestią podziału kompetencji w sektorze ochrony zdrowia między federacją a krajami związkowymi. Ponadto przedstawione zostaną podstawy prawne przeprowadzania badań przesiewowych w Saksonii. W szczególności dotyczy to wytycznych dla dzieci i młodzieży. Następnie zostanie przedstawiony system z perspektywy organizacyjnej. Na koniec omówione zostaną kwestie finansowe.

e. Znaczenie zasady państwa federalnego – podział kompetencji między federacją a krajami związkowymi

Kompetencje w zakresie opieki zdrowotnej w Niemczech są rozdzielone między federacją a krajami związkowymi.

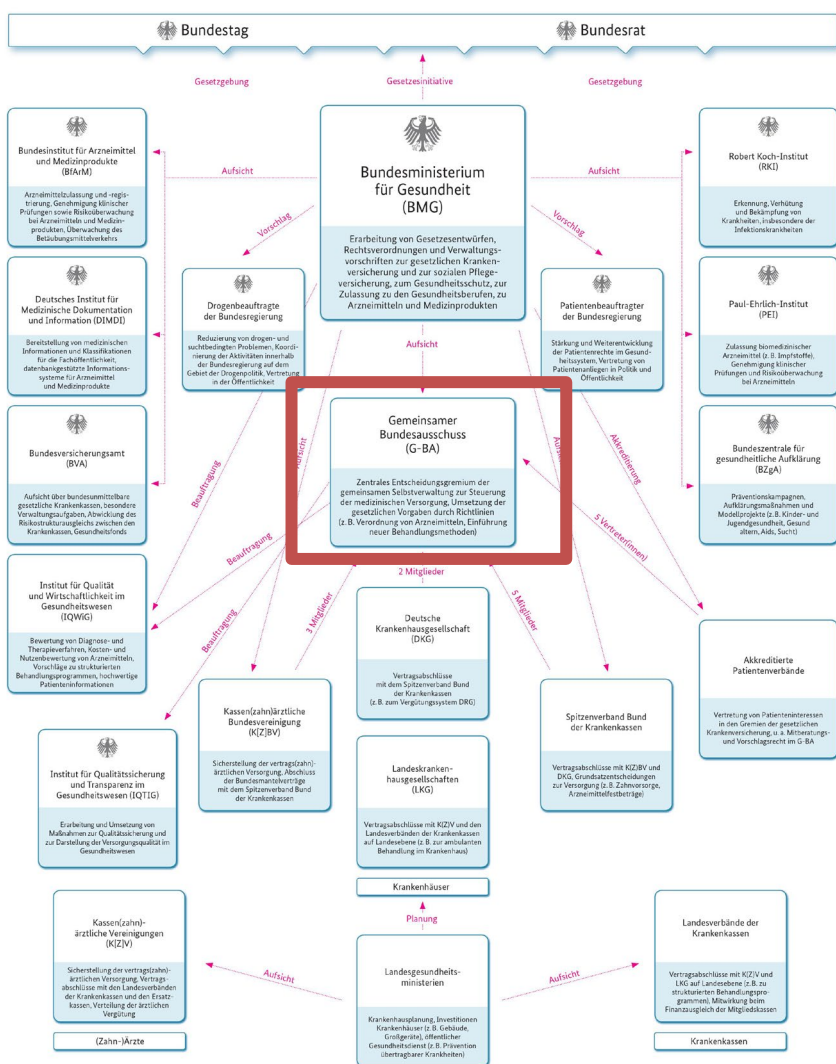
W dziedzinie zdrowia publicznego **federacja** posiada kompetencje regulacyjne w zakresie działań podejmowanych przeciwko chorobom groźnym dla społeczeństwa i chorobom zakaźnym u ludzi i zwierząt, dopuszczania do wykonywania zawodów leczniczych i innych zawodów związanych z ochroną zdrowia oraz z działalnością medyczną, a także w zakresie prawa farmaceutycznego, leków, produktów medycznych, środków leczniczych, środków odurzających i trucizn (art. 74 ust. 1 nr 19 niemieckiej Ustawy Zasadniczej – Grundgesetz, dalej zwana GG). Ponadto kompetencje federacji obejmują również zabezpieczenie ekonomiczne szpitali oraz regulację opłat szpitalnych (art. 74 ust. 1 nr 19a GG). Federacja w dużej mierze określa także prawo w zakresie ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego (gesetzliche Krankenversicherung – GKV), aczkolwiek to kraje

⁴¹ <https://www.juraforum.de/lexikon/screening> (stan na dzień: 21.03.2019).

związkowe są odpowiedzialne za nadzorowanie regionalnych kas chorych.

Kompetencje **krajów związkowych** związane są z wdrażaniem ustaw federalnych; landy sprawują co do zasady nadzór techniczny i służbowy nad samorządowymi urzędami ds. zdrowia. Te z kolei wykonują zadania z zakresu publicznej służby zdrowia, takie jak np. zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych lub szkolna opieka zdrowotna. Kraje związkowe posiadają również kompetencje w zakresie zapewnienia opieki szpitalnej i przepisów dotyczących zdrowia publicznego. We własnych ustawach dotyczących publicznej służby zdrowia landy określają cele i instrumenty zapobiegania chorobom i promocji zdrowia. Kraje związkowe są odpowiedzialne za planowanie sieci szpitali. Kompetencje do planowania szpitali oraz w zakresie inwestycji szpitalnych gwarantuje krajom związkowym posiadanie znaczącego wpływu na bliskość obszarów mieszkalnych i jakość opieki szpitalnej. W dziedzinie opieki szpitalnej kraje związkowe ponoszą koszty inwestycji w szpitale, a GKV koszty operacyjne. W tym obszarze istnieją wspólne kompetencje.

Das Gesundheitssystem



Ryc. 1. System zdrowia w Niemczech. Źródło: Federalne Ministerstwo Zdrowia RFN.

f. Podstawy prawne badań przesiewowych w Saksonii

Podstawy prawne ważne dla kwestii badań przesiewowych u dzieci obejmują w szczególności:

- a. na poziomie federalnym: SGB V (Piąta Księga Kodeksu Prawa Socjalnego, dalej określana jako SGB V)
- b. na poziomie krajowym:
 - a) SächsGDG (ustawa o publicznej służbie zdrowia w Saksonii),
 - b) SchulGesPflIVO (rozporządzenie o szkolnej opiece zdrowotnej),
 - c) SächsKitaG (ustawa o opiece przedszkolnej w Saksonii),
 - d) SchulG (ustawa o szkolnictwie).

W § 26 SGB V⁴² badania lekarskie dla dzieci i młodzieży są zdefiniowane jako świadczenia objęte ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym (*gesetzliche Krankenversicherung*). Z jednej strony oznacza to, że ubezpieczone dzieci i młodzież mają prawo do "badań mających na celu wczesne wykrywanie chorób". Mogą domagać się od właściwych organów przeprowadzenia określonych ustawowo badań. Badania te są finansowane z funduszy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

W celu zapewnienia jednolitości świadczeń w Niemczech, organ centralny tj. Wspólna Federalna Komisja Lekarzy, Kas Chorych i Szpitali (Gemeinsamer Bundesausschuss – GBA) ustala treść, rodzaj i zakres badań (§ 26 ust. 2 zdanie 2 SGB V). Zgodnie z tym przepisem, GBA określiła program badań zarówno w tzw. wytycznych w sprawie wczesnego wykrywania chorób u dzieci (Kinder-Richtlinie⁴³, zwanej dalej Kinder-RL) oraz w wytycznych w sprawie badań zdrowotnych młodzieży (Jugendgesundheitsuntersuchung-Richtlinie⁴⁴, zwanej dalej Jugendgesundheitsuntersuchung-RL).

(1) Kinder-RL

Zgodnie z § 1 ust. 1 Kinder-RL dzieci do 18. roku życia mają prawo do uzyskania badań w zakresie wczesnego wykrywania chorób stanowiących istotne zagrożenie dla ich rozwoju fizycznego, psychicznego lub psychospołecznego. Jeśli jest to wskazane pod względem medycznym, badania te obejmują również zalecenia w odniesieniu do świadczeń w ramach profilaktyki wad postaw zgodnie z § 20 ust. 5 SGB V⁴⁵, które mogą być skierowane w zależności od wieku do dziecka albo

⁴² Piąta Księga Kodeksu Prawa Socjalnego – Ustawowe ubezpieczenie zdrowotne, dalej jako: SGB V, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (stan na dzień: 21.03.2019).

⁴³ Wytyczne GBA w sprawie wczesnego wykrywania chorób u dzieci, ostatnio zmienione w dniu 19.10.2017 i weszły w życie z dniem 16.03.2018; Uchwała GBA o zmianie wytycznych w sprawie wczesnego wykrywania chorób u dzieci (Kinder-Richtlinie): badania przesiewowe noworodków w celu wczesnego wykrywania zespołu SCID z dnia 22.11.2018, https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3586/2018-11-22_Kinder-RL_SCID-Screening_BAnz.pdf (Stan na dzień: 21.03.2019). <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/>, (Stan na dzień: 21.03.2019).

⁴⁴ Wytyczne GBA w sprawie badań zdrowotnych młodzieży, ostatnio zmienione w dniu 21.06.2016 i weszły w życie z dniem 01.01.2017, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1270/RL-JUG_2016-07-21_iK-2017-01-01.pdf (stan na dzień: 21.03.2019).

⁴⁵ Kasa chorych może świadczyć usługi w zakresie profilaktyki wad postaw zgodnie z ust. 4 nr 1, jeżeli są one certyfikowane zgodnie z ust. 2 zdanie 2 przez kasę chorych lub przez nią upoważnioną do tego zadania osobę trzecią. Przy podejmowaniu decyzji o świadczeniu usług w zakresie profilaktyki wad postaw kasa chorych bierze pod uwagę zalecenie profilaktyczne zgodnie z § 25 ust. 1 zdanie 2, § 26 ust. 1 zdanie 3 lub pisemnie wydane zalecenie w ramach profilaktyki zdrowotnej w miejscu pracy lub innego badania lekarskiego. Kasa chorych może gromadzić, przetwarzać i wykorzystywać dane osobowe wynikające z zalecenia profilaktycznego wyłącznie za pisemną zgodą i po uprzednim pisemnym poinformowaniu osoby ubezpieczonej. Zgoda może być w każdej chwili odwołana w formie pisemnej. Zgodnie z tym przepisem kasy chorych mogą przekazywać swoje zadania innym kasom chorych, ich stowarzyszeniom lub grupom roboczym. § 23 ust. 2 zdanie 2 stosuje się odpowiednio do usług w zakresie profilaktyki wad postaw świadczonych przez kasę chorych ze względu na szczególne warunki zawodowe lub rodzinne.

do rodziców lub innych opiekunów. Uchwalone na podstawie § 26 w związku z § 92 ust. 1 zdanie 2 nr 3⁴⁶, § 92 ust. 4⁴⁷ SGB V przez GBA wytyczne określają bliżej działania medyczne służące wczesnemu wykrywaniu chorób u dzieci i młodzieży, które odpowiadają wymogom prawnym § 26 SGB V.

Szczegółowa diagnoza, a jeśli jest to konieczne to także przeprowadzone w odpowiednim czasie leczenie, powinny zapobiegać wszelkim podejrzanym przypadkom lub możliwym zagrożeniom dla zdrowia dzieci. Jeśli badanie ujawni obecność lub podejrzenie choroby, lekarz powinien zadbać o to, by te przypadki, jeśli to konieczne w ramach leczenia, były poddawane dalszej, ukierunkowanej diagnozie oraz terapii. W przypadku widocznych oznak zaniedbania lub znęcania się nad dziećmi, lekarz prowadzący badanie musi podjąć niezbędne kroki uwzględniając niemiecką ustawę o współpracy i informacji w sprawie ochrony dzieci w brzmieniu z dnia 1 stycznia 2012 roku. Zgodnie z Kinder-RL (chyba że wytyczne stanowią inaczej) badania mogą być przeprowadzane wyłącznie przez lekarzy, którzy są w stanie świadczyć usługi na podstawie swojej wiedzy i doświadczenia, są do tego uprawnieni zgodnie z regulaminem wykonywania zawodu lekarza i którzy posiadają niezbędne wyposażenie.

Badanie przedmiotowe dziecka obejmuje – stosownie do jego wieku - wiele parametrów, takich jak waga, długość ciała, odpowiedni dla wieku rozwój, badanie poszczególnych narządów, a także głowy i układu mięśniowo-szkieletowego. Dokonując diagnozy rozwojowej lekarz bada m.in. zdolności motoryczne, percepcję i zdolności poznawcze, kompetencje społeczne i emocjonalne dziecka oraz interakcję dziecka z rodzicami. Jeśli badania te ujawnią obecność lub podejrzenie choroby, lekarz powinien zadbać o to, by przypadki te poddane zostały dalszej, ukierunkowanej diagnostyce i, jeśli to konieczne, terapii.

Oprócz wczesnego wykrywania chorób w ramach badania zwraca się uwagę na indywidualne obciążenia oraz zagrożenia dla zdrowia dziecka, a także na porady profilaktyczne dla rodziców. W razie potrzeby lekarz powinien wydać odpowiednie zalecenia profilaktyczne oraz zwrócić uwagę na oferty świadczeń dla rodziców i dzieci, jakie są dostępne w danym regionie.

(2) W szczególności U11

Badanie U11 jest badaniem zalecanym, czyli badaniem profilaktycznym nie obowiązkowym. Niektóre kasy chorych oferują to badanie w ramach ubezpieczenia. Obecnie obejmuje ono takie obszary jak: dysfunkcje szkolne, zaburzenia socjalizacyjne oraz zaburzenia zachowania, anomalie w uzębieniu, anomalie jamy ustnej i szczękowo-twarzowe, problemy z nowoczesną technologią oraz ewentualnie rozwój dojrzewania płciowego.⁴⁸

⁴⁶ W szczególności powinna przyjmować wytyczne dotyczące działań służących wczesnemu wykrywaniu chorób i oraz działań mających na celu zapewnianie jakości badań przesiewowych, jak również realizacji zorganizowanych programów badań przesiewowych w zakresie chorób nowotworowych zgodnie z § 25a, w tym systematycznego rejestrowania, monitorowania i poprawy jakości tych programów.

⁴⁷ Wytyczne, o których mowa w ust. 1 zdanie 2 nr 3, regulują w szczególności: 1. stosowanie metod ekonomicznych oraz warunków, które obejmują wiele działań służących wczesnemu wykryciu chorób, 2. szczegóły dotyczące zaświadczeń i zapisu danych przy przeprowadzaniu działań służących wczesnemu wykryciu chorób, 3. szczegóły dotyczące procedury i przeprowadzenia analizy dokumentacji, jak również ewaluacji środków wczesnego wykrywania chorób, w tym zorganizowanych programów badań przesiewowych w zakresie chorób nowotworowych, zgodnie z § 25a.

⁴⁸ Definicja Niemieckiego Stowarzyszenia Zawodowego Pediatrów (niem. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., w skrócie: bvkj).

(3) Jugendgesundheitsuntersuchung-RL

Celem niemieckich wytycznych opracowanych dla młodzieży (Jugendgesundheitsuntersuchung-RL) jest wczesne wykrywanie chorób stanowiących poważne zagrożenie dla rozwoju fizycznego, psychicznego i społecznego. Wczesne wykrywanie ryzyk psychicznych oraz psychospołecznych czynników ryzyka ma na celu zapobieganie niewłaściwemu rozwojowi w okresie dojrzewania. Ponadto indywidualnie występujące zachowania zagrażające zdrowiu można wykryć na wczesnym etapie.

Młodzież należy pouczyć odpowiednio wcześniej o zagrożeniach dla zdrowia, a także, jeżeli jest to medycznie wskazane, należy sporządzić zalecenia profilaktyczne (zgodnie z załącznikiem nr 2 do tych wytycznych) na świadczenia w ramach profilaktyki wad postaw zgodnie z § 20 ust. 5 SGB V.

Badania przesiewowe wśród młodzieży mają na celu zapobieganie możliwym zagrożeniom dla zdrowia osób ubezpieczonych poprzez zapewnienie szczegółowej diagnostyki, doradztwa i, w razie potrzeby, odpowiedniego leczenia w przypadku podejrzenia choroby. Anamneza oraz badania przedmiotowe ograniczają się do tych zaburzeń i anomalii w postawie, które mogą być leczone i konsultowane z lekarzem na wczesnym etapie lub są ważne dla społecznej integracji nastolatka.

Jednym z najważniejszych badań w dziedzinie profilaktyki skoliozy jest badanie J1 (z niem. Jugendalter – wiek młodzieńczy) w wieku 13-14 lat⁴⁹. Badania kliniczno-przedmiotowe koncentrują się w tym wypadku na:

- a) pomiarze ciała (wzrost i waga),
- b) przedwczesnym lub opóźnionym rozwoju płciowym,
- c) zaburzeniach wzrostu i rozwoju fizycznego (np. mały/duży wzrost, niedowaga i nadwaga),
- d) nadciśnieniu tętniczym,
- e) chorobach gardła/organów klatki piersiowej oraz organów brzusznych (np. wole),
- f) nieprawidłowościach w układzie szkieletowym (np. skolioza).

Jeżeli w trakcie wymienionych wyżej badań zostanie stwierdzona obecność choroby lub pojawi się podejrzenie jej wystąpienia, lekarz powinien zadbać o to, by dotknięty nią nastolatek został poddany dalszej i konkretnej diagnozie lub terapii. Jeżeli jest to medycznie wskazane, lekarz wydaje zalecenia profilaktyczne (zgodnie z załącznikiem nr 2) na świadczenia w ramach profilaktyki wad postaw zgodnie z § 20 ust. 5 SGB V. Wymogi dotyczące dokumentacji i analizy zostały określone w wytycznych w pkt 5.

Zgodnie z pkt 4 wytycznych dla młodzieży, badania mogą być przeprowadzane przez lekarzy, którzy są w stanie świadczyć usługi z uwagi na swoją wiedzę i doświadczenie, a ponadto są do tego uprawnieni zgodnie z zasadami wykonywania zawodu lekarza oraz posiadają niezbędne wyposażenie.

Należą do nich lekarze specjaliści w dziedzinie medycyny ogólnej i lekarze ogólni, jak również lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii oraz lekarze specjaliści w dziedzinie medycyny wewnętrznej, którzy zdecydowali się na świadczenie usług w roli lekarzy rodzinnych zgodnie z § 73 ust. 1 a SGB V.

Młodzież powyżej 12. roku życia jest badana przez pediatrę.

⁴⁹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/kindergesundheit/frueherkennungsuntersuchung-bei-kindern.html> z dnia 15.02.2019 (stan na dzień: 21.03.2019).

g. Organizacja badań przesiewowych w Saksonii

Kasy chorych realizują zadania we współpracy z określonymi przez prawo krajów związkowych instytucjami odpowiedzialnymi za opiekę nad dziećmi oraz opiekę zdrowotną. W tym celu kasy chorych i tzw. zastępcze kasy chorych (*Ersatzkrankenkassen*) mogą zawierać odpowiednie umowy ramowe z placówkami krajowymi (§ 26 ust. 3 SGB V). Badania wykonują pediatrzy.

Badania są dokumentowane w tzw. „Żółtym Zeszycie” (*Gelbes Heft*). Zawiera on wyjmowaną kartę uczestnictwa, za pomocą której rodzice mogą wykazać regularny udział dziecka w badaniach - np. w przedszkolach - bez przekazywania poufnych informacji. Dzięki badaniom przesiewowym stan uzębienia dzieci i młodzieży może być stale polepszany.

h. Finansowanie badań

Koszty badań przewidzianych w ustawie ponoszą kasy chorych.

Badanie przesiewowe J1 jest rozliczane ze świadczeniodawcami ryczałtem, bez żadnych ograniczeń ilościowych. Wynagrodzenie ma charakter pozabudżetowy. Dla rozliczeń obowiązuje w EBM (z niem. Einheitlicher Bewertungsmaßstab – Wspólne Kryteria Oceny) pozycja w taryfie: 01720. Mogą ją rozliczać wszyscy licencjonowani pediatrzy, lekarze medycyny ogólnej oraz lekarze rodzinni.⁵⁰

i. Wnioski

Ustawowe ubezpieczenie zdrowotne obejmuje szeroki zakres wczesnej diagnostyki i środków zapobiegawczych u dzieci i młodzieży (U1-U9 i J1). Układ mięśniowo-szkieletowy jest badany w badaniach U1-U9 (do wieku 5 lat). Ponadto badania przesiewowe w kierunku skoliozy są przeprowadzane tylko na młodzieży w wieku od 13 do 14 lat (w ramach badania J1).

W związku z tym badania układu mięśniowo-szkieletowego u dzieci w wieku istotnym z punktu widzenia projektu (9-12 lat) nie są objęte zakresem wytycznych GBA dotyczących badań dzieci i młodzieży (Kinder- und Jungenuntersuchungsrichtlinien).

Można w tym wypadku rozważyć rozszerzenie badania U11 (9-10 lat) na badanie układu mięśniowo-szkieletowy. W takiej sytuacji BKJV e.V. musiałyby zostać zaangażowane w celu odpowiedniego rozszerzenia zakresu badań U11.

3. Badania przesiewowe w Polsce

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej⁵¹, przyjęte na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵², przewiduje m.in. gwarantowane świadczenia lekarza rodzinnego oraz gwarantowane świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej w środowisku dydaktyczno-wychowawczym.

Wykaz gwarantowanych świadczeń zapewnianych przez lekarza rodzinnego oraz warunki ich realizacji obejmuje m.in. wykrywanie zaburzeń układu ruchowego, w tym boczego skrzywienia kręgosłupa, podczas badania dzieci uczęszczających do trzeciej klasy szkoły podstawowej i pierwszej klasy szkoły średniej (zob. załącznik nr 1, część III).

Ponadto lista gwarantowanych świadczeń pielęgniarki lub higienistki szkolnej w środowisku

⁵⁰ <https://www.kbv.de/html/5527.php>

⁵¹ Dz.U. 2016, Poz. 86.

⁵² Dz.U. 2018, Poz. 1510 w aktualnym brzmieniu.

dydaktycznym i wychowawczym oraz warunki ich realizacji obejmuje również stwierdzenie zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego, w tym skrzywienia boczne kręgosłupa w klasach trzeciej, piątej, jak również klasy pierwszej szkoły licealnej (obecnie klasa siódma szkoły podstawowej) i klasy pierwszej szkoły średniej (zob. załącznik nr 4, część II).

Świadczenie tych usług finansowane jest z budżetu NFZ na podstawie umów pomiędzy NFZ a lekarzem rodzinnym. Badania są przeprowadzane przez lekarza rodzinnego lub pielęgniarkę szkolną/higienistkę.

III. Możliwości współpracy polsko-niemieckiej

W poniższym rozdziale zaprezentowane zostaną możliwości stworzenia wspólnego programu badań przesiewowych w kierunku skoliozy dla dzieci z Europamiasta Görlitz-Zgorzelec.

4. Możliwości na poziomie prawa Unii Europejskiej

Mechanizmy wynikające z prawa UE zostały już opisane w Ekspertyzie dotyczącej obszaru nr 2 ("Warunki ramowe dla współpracy transgranicznej i polsko-niemieckiej w dziedzinie opieki zdrowotnej"), w części 1 nr III i IV (str. 5 i n.).

Rozwiązanie kwestii **zwrotu kosztów** zgodnie z dyrektywą w sprawie mobilności pacjentów nie wchodzi w rachubę. Zakres stosowania tej dyrektywy odnosi się do świadczeń zdrowotnych, do których ubezpieczony jest uprawniony w państwie członkowskim ubezpieczenia (art. 7 ust. 1 dyrektywy). Ponieważ badanie przesiewowe skoliozy u dzieci w wieku 9-12 lat nie są częścią katalogu świadczeń ustawowych w Niemczech, mechanizm zwrotu kosztów nie może być zastosowany.

Z drugiej strony **zasada świadczeń rzeczowych** ma zastosowanie do świadczeń przyznawanych na mocy unijnego prawa koordynacyjnego (rozporządzenie 883/2004). Zgodnie z art. 20 rozporządzenia 883/2004 dzieci ubezpieczone w Niemczech mogą ubiegać się o świadczenia (badania przesiewowe), jeżeli posiadają zezwolenie właściwego podmiotu. Zezwolenia udziela się, jeżeli m.in. dane badanie stanowi część świadczeń przewidzianych w ustawodawstwie państwa członkowskiego miejsca zamieszkania danej osoby (art. 20 ust. 2 zdanie 2 rozporządzenia 883/2004). Zgodnie z powyższym badania przesiewowe w kierunku skoliozy u dzieci w wieku od 9 do 12 lat nie są jednak częścią katalogu świadczeń ustawowych w Niemczech. Oznacza to również, że nie wchodzi w rachubę również mechanizmy wynikający z rozporządzenia koordynacyjnego.

5. Porozumienie w sprawie współpracy między kasami chorych a świadczeniodawcami

Zgodnie z § 11 ust. 6 SGB V kasy chorych mogą przewidywać w swoich statutach dodatkowe świadczenia, które nie zostały wyłączone przez Wspólną Federalną Komisję Lekarzy, Kas Chorych i Szpitali (GBA). W ten sposób kasy chorych mogłyby również sfinansować dodatkowe badania dzieci i młodzieży.⁵³

Ponadto niemieckie kasy chorych oraz Stowarzyszenie Zastępczych Kas Chorych (*Verband der Ersatzkassen e.V.*, w skrócie: vdek) mogą zawierać bezpośrednio umowy z właściwymi

⁵³ zob. Umowa na rozszerzoną ofertę profilaktyczną dla dzieci i młodzieży (badanie profilaktyczne U10, U11, J2) między Kassenärztliche Vereinigung Sachsen a AOK PLUS z dnia 09.11.2012 r. (https://www.kvs-sachsen.de/fileadmin/data/kvs/downloads/vertrag/SKMBT_50113070807020.pdf).

świadczeniodawcami za granicą zgodnie z § 140e SGB V. Warunki zawarcia takiego porozumienia zostały już omówione w sposób bardziej szczegółowy w ekspertyzie nr 2.⁵⁴ Oznacza to, że niemieckie kasy chorych (jak również tzw. zastępcze kasy chorych) mogłyby zawrzeć bezpośrednią umowę z polskim świadczeniodawcą (np: Wielospecjalistycznym Szpitalem - Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu). Umowa ta musiałaby regulować w szczególności zakres świadczeń a także działania mające na celu zagwarantowanie jakości oraz finansowanie.

Członkowie kas chorych (ubezpieczenie), które podpisałyby umowę, byłoby w tym wypadku uprawnieni do korzystania ze świadczeń realizowanych przez polską placówkę. Forma i kwota rozliczenia musiałaby wówczas zostać uregulowana w indywidualnej umowie. Umowa powinna przewidywać gwarancje spełnienia określonych wymogów dotyczących m.in. personelu (odpowiednie dopuszczenie do wykonywania zawodu lekarza (badanie) i/lub fizjoterapeuty (leczenie)).

Zaletą tego rozwiązania byłoby to, że za przeprowadzenia badania byłoby odpowiedzialny wyłącznie jeden partner. Ponadto wszystko byłoby oferowane w jednym miejscu i przez jeden podmiot.

6. Umowa między niemieckim urzędem ds. zdrowia (powiat) i polskim świadczeniodawcą

Obok zadań, które są przydzielone urządowi ds. zdrowia z mocy prawa, urzędy te oferują również w szczególności badania i opiekę nad dziećmi i młodzieżą w odniesieniu do ich rozwoju zdrowotnego oraz świadczenie odpowiednich porad dla opiekunów, w szczególności w ramach profilaktyki zdrowotnej w placówkach przedszkolnych i szkołach oraz w kwestiach zdrowia stomatologicznego (§ 11 ust. 6 SächsGDG).

Urzędy ds. zdrowia musiałby wówczas być odpowiedzialne za przeprowadzanie badań przesiewowych w kierunku skoliozy u dzieci w wieku 9-12 lat. Obecnie urząd ds. zdrowia w Görlitz jest odpowiedzialny m.in. za badania przesiewowe uczniów 6. klasy i uczniów szkół specjalnych. Badania te obejmują również badania przedmiotowe (wzrost, waga, ciśnienie krwi). W ten sposób mogą być one również wykorzystywane jako badania przesiewowe w kierunku skoliozy.

Podstawą prawną badań w okresie edukacji szkolnej jest § 26a SchulG oraz §§ 4 i 5 niemieckiego rozporządzenia w sprawie szkolnej opieki zdrowotnej⁵⁵. Badania odbywają się z inicjatywy szkoły, na prośbę rodziców lub na podstawie oferty pediatrycznej. Właściwymi podmiotami są pediatrzy zatrudnieni we właściwym urzędzie ds. zdrowia.

Przepis ten zapewnia zatem wystarczającą elastycznością umożliwiającą określenie terminu i zakresu badania. Jednak niezbędne byłyby zmiany prawne w celu określenia wieku badanych osób oraz rozszerzenia odpowiedzialności za realizację badań na zagraniczne (polskie) placówki opieki zdrowotnej.

⁵⁴ Analiza ram prawnych współpracy transgranicznej i polsko-niemieckiej w dziedzinie opieki zdrowotnej. Opinia ekspercka w zakresie zadania nr 2, str. 13 i n.

⁵⁵ Sächsische Schulgesundheitspflegeverordnung z dnia 23.08.2018 (SächsGVBl. 2018 nr 13, str. 598).

7. Umowa między ubezpieczycielami

Możliwa byłaby również bezpośrednia współpraca między ubezpieczycielami (niemieckimi kasami chorych i polskim NFZ). Przedmiotem tej umowy mogłoby być pokrycie kosztów badań dzieci ubezpieczonych w Niemczech. W tej konstelacji umowa o świadczenie usług obowiązywałaby wyłącznie między świadczeniodawcą a polskim ubezpieczycielem. Jednakże umowa ta musiałaby wyraźnie przewidywać badania dzieci pochodzących z Saksonii. Umowa mogłaby odnosić się tylko do badań, które są częścią oferty kasy chorych.

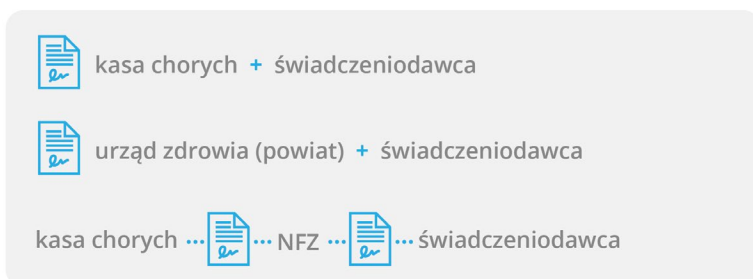
IV. Działania towarzyszące

Wskazanim powyżej działaniom powinny towarzyszyć aktywności promocyjne, w szczególności odpowiednie kampanie w mediach. Programy profilaktyczne, których celem jest zapobieganie wadom postawy, mogłyby być wykorzystywane jako narzędzie działań promocyjnych.

V. Wnioski

Prawo polskie i niemieckie (saksońskie) różni się od siebie pod względem zasad przeprowadzania badań przesiewowych u dzieci. Oznacza to, że należy podjąć działania, które nie tylko ujednoczą te dwa systemy opieki zdrowotnej, ale skoordynują je, względnie wprowadzą nową ofertę.

Z dostępnych środków na pierwszy plan wysuwają się działania umowne. Są one możliwe w następujących konstelacjach:



Zalety rozwiązań kontraktowych to w szczególności:

- 1) stworzenie oferty dostosowanej do potrzeb (liczba dzieci, wiek),
- 2) elastyczność (umowa w sprawie kosztów badań, czas związania umową),

Główną wadą rozwiązań umownych jest natomiast przede wszystkim warunek wstępny w postaci odpowiedniej podstawy prawnej dla partnerów publiczno-prawnych. O ile kasy chorych zostały wyraźnie upoważnione przez art. 140e SGB V do zawierania umów transgranicznych, o tyle powiaty muszą odwoływać się do ogólnych przepisów dotyczących współpracy transgranicznej (art. 28 niemieckiej Ustawy Zasadniczej). Ponadto, niektóre konstelacje (w szczególności umowa pomiędzy niemieckim powiatem a polskim świadczeniodawcą) mogą wymagać zmian ustawodawczych (ustawa o szkolnictwie) i odpowiednich aktach wykonawczych. Może to opóźnić zawarcie umowy.

Spośród opisanych powyżej rozwiązań najbardziej obiecujące wydają się rozwiązania nr 2 i 3. W tych konstelacjach poruszane są kwestie instytucji bezpośrednio związanych z opieką zdrowotną. Bezpośrednie powiązanie między tymi instytucjami znacznie skróciłoby drogi decyzyjne, a tym samym umożliwiłoby bezpośredni kontakt w bieżących kwestiach.



Gesunde Kinder – Gesundes Europa Zdrowe dzieci – zdrowa Europa

Große Wissenschaft für kleine Patienten / Wielka nauka dla małych pacjentów



**TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
DRESDEN**



Stacjonarny Ośrodek Rehabilitacji

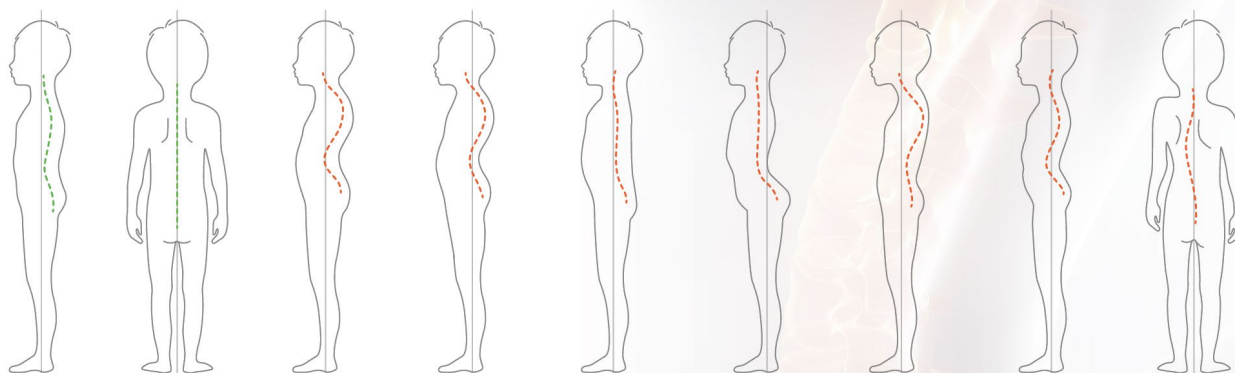
ul. Konarskiego 5b, 59-900 Zgorzelec/Polen
www.zdze.spzoz.zgorzelec.pl

TU Dresden, Fakultät ET/IT

Institut für Biomedizinische Technik
01062 Dresden
www.ibmt.et.tu-dresden.de

Kontakt / kontakt

Projektleiter / kierownik projektu
Dr.-Ing. Grzegorz Śliwiński, Visiting Professor of UJK
grzegorz.sliwinski@tu-dresden.de



Interreg
PL-SN

Europäischer Fonds für regionale Entwicklung



EUROPÄISCHE
UNION