

Prof. dr hab. Cezary Włodarczyk
Instytut Zdrowia Publicznego
CM Uniwersytet Jagielloński

OPINIA

NA TEMAT PROJEKTU DYREKTYWY PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY O USŁUGACH NA WSPÓLNYM RYNKU COM(2004) 2 final/3 ***

Przynajmniej od czasu przyjęcia strategii lizbońskiej nadrzędne cele UE dają się przyporządkować dwóm zasadom: wzrost poziomu życia obywateli oraz wzrost efektywności ekonomicznej, co można potraktować jako zasady wzajem się wspierające. Jedną z metod, które mają temu służyć jest liberalizacja wymiany i świadczenia usług, w tym także usług zdrowotnych. Korzystać z tego mogą pacjenci, którzy krócej lub dłużej przebywają poza granicami swoich krajów, ale korzyści mogą odnosić także świadczeniodawcy, którzy dzięki liberalizacji poszerzą krąg osób korzystających z usług. To przesunięcie punktu widzenia z zagrożeń (wzrastające obciążenie płatników lub świadczeniodawców) ku potencjalnym korzyściom (swobodne inicjatywy rozwijane przez świadczeniodawców i pozyskiwane przez nich dochody) wyraźnie znaczą kierunek przemian w sposobie postrzegania problemu.

Wstęp

Przez długi czas Wspólnoty Europejskie były nastawione na wzmacniania więzi gospodarczych, częściowo ze względów ideowych, częściowo ze względów ekonomicznych. Problemy społeczne były wówczas pozostawione na uboczu i wiązane głównie ze zjawiskami migracji pracowników. Chodziło zatem o zapewnienie osłon socjalnych osobom, które znalazły się poza granicami swoich ojczystych krajów. Służyły temu różne narzędzia koordynacji, które, nie zmieniając podstawowych mechanizmów, pozwalały dopasowywać ich działanie do potrzeb osób zmieniających miejsce zamieszkania. Z czasem ważnym problemem stały się także świadczenia udzielane turystom, przy czym dotyczyły one na ogół mniej poważnych przypadków (choć pilność udzielenia pomocy większa).

*** opinia przygotowana dla senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia

Sprawy świadczeń medycznych znajdowały się w takiej właśnie kategorii spraw, które podlegały koordynacji. Regulacje No. 1408/71 (nowelizowana w Akcie Akcesyjnym) i 574/72 gwarantowały, że osoby przemieszczającego się do innego kraju będą mogły otrzymać świadczenia na poziomie nie niższym, niż w kraju pochodzenia, również będącym krajem członkowskim. Przepisy te wprowadziły dokumentację ułatwiającą otrzymanie świadczeń: formularz E106 na ubezpieczonych pracowników, formularz E111 dla osób przybywających do innego kraju członkowskiego, w przypadkach wymagających doraźnej interwencji medycznej, formularz E112 stosowany wtedy, gdy pacjent ubiegał się o możliwość uzyskania świadczenia zagranicą. Korzystanie z tych formularzy, a więc także praktyczna możliwość korzystania ze świadczeń poza granicami kraju, wymagała wcześniejszej zgody rodzimego płatnika na wszczęcie takiej procedury. Innymi słowy, płatnik zlokalizowany w kraju pochodzenia musiał przyjąć na siebie odpowiedzialność za pokrycie powstałych kosztów, w zasadzie według stawek obowiązujących w kraju, w którym udzielona była usługa.

Postęp w umacnianiu więzi gospodarczych, utworzenie Unii Europejskiej, a następnie jej rozszerzenie postawiły na porządku dziennym sprawę uprawnień pacjentów do uzyskiwania świadczeń poza granicami własnego kraju oraz prawa świadczeniodawców do osiedlania się i świadczenia usług w innych krajach członkowskich. Początkowo konieczność taka dotyczyła osób przemieszczających się w związku z pracą, później także osób studiujących, turystów oraz osób mieszkających na obszarach przygranicznych, gdzie sieć połączeń komunikacyjnych może zachęcać do korzystania z usług świadczeniodawcy pochodzącego z innego kraju. Chodzi zatem o swobodę przepływu usług (świadczeń), a także ludzi (pacjentów i świadczeniodawców). Ci ostatni muszą mieć możliwość otworzenia praktyki i rozwiązania problemów jej finansowania, jak również problemów związanych z pozyskiwaniem opłat za świadczone usługi. System opłat musi być zorganizowany w taki sposób, aby nie tworzyć dla pacjenta obciążeń większych niż te, które występują w kraju pochodzenia.

ORZECZNICTWO

Podstawą działania Wspólnot Europejskich, a następnie Unii były przepisy, wydawane celowo, w ramach świadomie prowadzonych polityk dotyczących różnych kwestii. Jak w każdym systemie, stosowanie prawa wymagało sprawdzania jego zgodności z przepisem lub wykładni niezbędnej dla precyzyjnego odczytania intencji normodawcy. Funkcje te spełniał

Europejski Trybunał Sprawiedliwości (European Court of Justice). Jednak jego linia orzecznictwa była nie do końca zgodną z intencjami normodawców.

Orzeczenie Kohll i Decker

W 1998 r. Europejski Trybunał Sprawiedliwości rozstrzygnął dwie sprawy, uznane później za precedensowe. W sprawie Kohll vs. płatnik w Luksemburgu, w której przedmiotem sporu był zwrot części kosztu aparatu ortodontycznego dla nieletniej córki oraz w sprawie Decker vs. Caisse de Maladie w Luksemburgu, w której dochodzono zwrotu kosztu okularów, Trybunał orzekł racje powodów, mimo że w żadnym z tych przypadków nie było wcześniejszej autoryzacji płatnika. Dodać należy, że obydwie te świadczenia należały się uprawnionym według prawa obowiązującego w Luksemburgu, a podstawą orzeczenia była zasada swobody świadczenia usług i swobody przemieszczania się pacjentów, dwie podstawowe zasady prawa UE. Warto wskazać, że ETS, wprowadzając nową interpretację dotychczasowej polityki zdrowotnej UE powołał się na obowiązujące wcześniej prawo.

Orzeczenie Kohll i Decker, mimo że rozstrzygały istotną kwestię, wzbudziły dwie wątpliwości. Po pierwsze, chodziło o zakres stosowania orzeczeń, a więc o możliwość ograniczenia ich tylko do opieki ambulatoryjnej, bez rozszerzania na opiekę szpitalną (przedmiotem niepokoju było utrzymywanie równowagi systemów krajowych, w których szpitale często odgrywają rolę czynnika stabilizującego) Po drugie, wiele krajów członkowskich miało wątpliwości, czy automatyczne finansowanie udzielanych za granicą świadczeń jest zasadne z punktu widzenia polityki zdrowotnej realizowanej w poszczególnych krajach.

Orzeczenie Smits i Peerbooms

W lipcu 2001 ETS wydał orzeczenie dotyczące dwóch roszczeń. Pierwsze, w sprawie Smits-Geraets vs płatnik w Holandii. Przedmiotem dochodzenia była refundacja kosztów leczenia choroby Parkinsona, któremu pacjentka poddała się w Niemczech. Holenderski płatnik odmawiał wypłaty twierdząc, że ekwiwalentna terapia była dostępna w Holandii, a pacjentka nie uzyskała zgody na jej przeprowadzenie za granicą. Pacjentka uzasadniała swoją decyzję twierdząc, że jakość świadczeń w niemieckim szpitalu była wyższa. Drugie, w sprawie Peerbooms vs. płatnik w Holandii. Przedmiotem sporu były koszty leczenia (eksperymentalna neurostymulacja), któremu został poddany pacjent w klinice w Insbrucku. Według zasad holenderskich do świadczeń takich są uprawnieni wyłącznie pacjenci poniżej 25 roku życia.

Pacjent był starszy, więc nie mógł uzyskać usługi w systemie holenderskim. Ponieważ reguły dostępności zostały naruszone, płatnik odmówił zwrotu kosztów (nawiasem mówiąc terapia była skuteczna).

W orzeczeniu Smits-Peerbooms ETS potwierdził zasadę subsydiarności, która stosowana do systemów zdrowotnych przypomina o prawie poszczególnych krajów do samodzielnego kształtowania swoich struktur świadczących usługi medyczne, włącznie z prawem do utrzymywania ich (opieki ambulatoryjnej i szpitalnej) równowagi finansowej. Jednocześnie jednak przypomniał warunki, które powinny być dotrzymane w przypadkach, kiedy powinna być wydawana zgoda na leczenie poza granicami kraju. Po pierwsze, leczenie dostępne zagranicą powinno być „usługą” (service) w sensie przyjętym w orzeczeniu, a więc świadczeniem udzielanym przez samozatrudniającego się fachowca, choć niezależnie od formy relacji między płatnikiem a pacjentem. Po drugie, świadczenie powinno być traktowane jako „normalne”, w sensie szerokiej aprobaty w profesjonalnych kręgach medycznych oraz odpowiadające specyficznym potrzebom pacjenta. Po trzecie, można odmówić zgody tylko wtedy, gdy dostępne jest ekwiwalentne (równie skuteczne) leczenie, które może być udzielone bez zbędnej zwłoki, przez świadczeniodawcę mającego umowę z płatnikiem. Podkreślmy, że w czasie wydawania orzeczenia pojęcia „zbędnej zwłoki” nie było precyzyjnie zdefiniowane.

Orzeczenie w sprawie Ioannidis

25 lutego 2003 ETS wydał orzeczenie w sprawie greckiego emeryta, cierpiącego na przewlekłą angina pectoris, który udał się do Niemiec, zaopatrzonego w formularz E111, wypełniony przez greckiego płatnika. Tam poddał się leczeniu szpitalnemu licząc na to, że koszty zostaną opłacone przez niemiecką kasę chorych, a następnie refundowane przez greckiego płatnika. Jednak niemiecki płatnik zażądał wypełnienia formularza E112 – a więc wyrażenia po fakcie zgody na przeprowadzone leczenie poza granicami kraju. Kolejne instancje nadzorujące greckich płatników uchylały się od rozpatrzenia sprawy, aż dotarła ona do ETS.

Trybunał zauważył, że pierwotnym celem przepisów dopuszczających możliwość korzystania z opieki zdrowotnej za granicą było dążenie do ułatwienia sytuacji przemieszczających się pracowników. Racja taka nie występowała w omawianym przypadku, kiedy korzystającym

był emeryt. Jednakże świadczenia dostępne na podstawie Regulacji 1408/71 nie są ograniczone do sytuacji nagłych, nagłego zachorowania i konieczności udzielenia doraźnej pomocy. Tak więc teoretycznie, świadczenie może być udzielone także w przypadku choroby chronicznej, na którą cierpiał pacjent, a przesłanką wystarczającą może być nagłe pogorszenie się stanu zdrowia i żadna szczególna autoryzacja nie jest wtedy potrzebna. Przepływ pieniędzy następuje wtedy między instytucją zlokalizowaną w kraju pobytu, a instytucją położoną w kraju, w którym wykonano usługę.

Orzeczenie w sprawie Muller-Faure i van Riet

W dniu 13 maja 2003 ETS wydał orzeczenie w Niemczech w sprawach Muller-Faure i van Riet ws płatnicy holenderscy. Będąc w Niemczech w celach turystycznych, p. Muller-Faure poddała się leczeniu ambulatoryjnemu dentystycznemu (sześć koronek i proteza górnej szczęki), ponosząc wydatki około 7.500 DM. Po powrocie do kraju zażądała zwrotu wydatków, ale płatnik oficjalnie odmówił. Przyczyną odmowy była zasada, że w ramach holenderskiego ubezpieczenia pacjenci są uprawnieni do świadczeń w naturze, ale nie do refundacji poniesionych kosztów, chyba że zachodzą nadzwyczajne okoliczności, co w tym przypadku nie miało miejsca. Kolejne instancje podtrzymały ten pogląd.

Ms. Van Riet cierpiała na uporczywe bóle nadgarstka, co wymagało przeprowadzenia artroskopii, a następnie zabiegu chirurgicznego łokcia. Prowadzeniem pacjentki zajmował się specjalista szpitala w Amsterdamie, ale wkrótce okazało się, że niezbędne zabiegi mogą być przeprowadzone w krótszym terminie na terenie Belgii. Pacjentka wystąpiła o stosowną zgodę (formularz E112), ale mimo odmowy na prowadzenie leczenia za granicą, poddała się mu, a następnie wystąpiła o refundację (około 94000 BEF). Holenderski płatnik odmówił, wskazując możliwość uzyskania świadczenia w rozsądnym terminie, który wynosił nieco ponad 6 miesięcy (nie było potrzeby uzyskania świadczenia w czasie pobytu zagranicą, podobnie jak w przypadku Muller-Faure).

Odtwarzając przebieg zdarzeń ETS po raz kolejny potwierdził prawo krajów członkowskich UE do suwerennego regulowania zasad umożliwiających zrównoważone gospodarowanie zasobami pozostającymi w dyspozycji ich systemów zdrowotnych, co dotyczy przede wszystkim zasobów szpitalnych (jeśli usługi ogranicza się do świadczeń udzielanych przez osoby samozatrudniające się, takie zastrzeżenie nie jest konieczne). W konsekwencji, zasada

udzielania wcześniejszej zgody, umożliwiającej korzystanie ze świadczeń innych, niż pomoc ambulatoryjna i doraźna powinna być traktowana jako nadrzędna, w stosunku do reguły swobody przepływu świadczeń zdrowotnych (przepływu pacjentów).

ETS stwierdził także, że bardziej restrykcyjna interpretacja Regulacji 1408/71 i 574/72 znajduje pełniejsze uzasadnienie w stosunku do systemów, w których stosuje się regułę udostępniania świadczeń w naturze, a nie wypłacania ich ekwiwalentu w gotówce. Charakterystyczne było, że rządy takich krajów, jak Dania, Niemcy, Hiszpania, Irlandia, Włochy, Szwecja i Wielka Brytania pozytywnie oceniły taką wykładnię.

Jednak stanowisko ETS nie jest do końca konsekwentne i umożliwia wieloraką interpretację. W niektórych fragmentach orzeczenia pojęcie „świadczenia zdrowotne” jest używane w taki sposób, jakby swoboda udzielania świadczeń, ich przepływ (czy możliwość przepływu pacjentów) były zawarta w definicji. Zgodnie z możliwą do odczytania intencją autorów nawet sposób finansowania świadczeń (środki publiczne, środki znajdujące się scentralizowanej dyspozycji) nie ma bezpośredniego wpływu na taką interpretację.

PROCES POLITYCZNY

Aktywność ETS w kształtowaniu zasad dostępności – czy raczej zasad zwracania pieniędzy za świadczenia udzielone poza granicami kraju pochodzenie – tworzyła nową jakość wśród zasad obowiązujących w unijnej polityce zdrowotnej. Przedmiotem niepokoju była przede wszystkim możliwość zakłócenia delikatnej równowagi finansowej, zwłaszcza w stosunku do drogiego świadczeń, wymagających rozbudowanej i kosztownej bazy szpitalnej. To ten proces doprowadził do przygotowania projektu Dyrektywy o świadczeniach na rynku wspólnym COM.3.2004.

Dokument „Enabling Good Health for All”

Wzrastające znaczenie polityki zdrowotnej, ale także trwająca dyskusja na jej temat doprowadziły do przygotowania przez komisarza ds. zdrowia i ochrony konsumentów dokumentu o tytule zatytułowanym jak w tym paragrafie. Był to dokument przede wszystkim polityczny, który był rozwinięciem programu sformułowanego przez Światową Organizację Zdrowia w latach siedemdziesiątych. W tamtym czasie program „Zdrowie dla wszystkich”

uchodził za najważniejszą inicjatywę w sferze polityki zdrowotnej. Była tam mowa o kilku ważnych sprawach, związanych z rozważanymi tu kwestiami. Po pierwsze, potwierdzano prawo każdego Europejczyka do łatwego i szybkiego dostępu do opieki zdrowotnej, stojącej na wysokim poziomie i niechronionej barierami finansowymi. Dotyczyłoby to każdego miejsca na terenie UE. Po drugie, metodą ułatwiającą dostęp – a także możliwość korzystania z informacji – byłaby karta zdrowotna, znajdująca się w posiadaniu każdego obywatela UE. Jedna sprawa pozostawała jednak niepokojąca. Orzecznictwo ETS koncentrowało się na pracownikach samozatrudniających się, głównie występujących z własnymi inicjatywami ekonomicznymi (usługa była świadczeniem udzielanym dla celów zarobkowych). Tymczasem, polityka zdrowotna krajów UE była oparta na zasadzie troski o dobro publiczne, w dążeniu do którego inicjatywy ekonomiczne odgrywały rolę drugorzędną,

Wnioski i Komunikaty Rady i Komisji Zdrowia UE

26 czerwca 2002 Rada UE przyjęła wnioski na temat przemieszczania się pacjentów i rozwoju opieki zdrowotnej. Rada poparła inicjatywy podjęte przez ministrów zdrowia na spotkaniu w Maladze w lutym 2002, ale wyraziła jednocześnie zaniepokojenie, czy działania zmierzające do tworzenia wspólnego rynku w dziedzinie usług (świadczeń) zdrowotnych będą w pełni zgodne z priorytetami, przyjętymi w polityce zdrowotnej poszczególnych krajów. Mobilność pracowników, rozwój ruchu turystycznego oraz długotrwałe przebywanie za granicą tworzą wiele nieznanych wcześniej problemów. W następnych miesiącach odbyły się kolejne spotkania poświęcone tym sprawom. Na spotkaniu odbytym w dniu 3 lutego 2003 postawiono problem uproszczenia procedur stosowanych w Regulacji 1408/71.

W Komunikacie z dnia 20 kwietnia 2004 r., zaakceptowanym w Brukseli, przyjęto do wiadomości pewne informacje, a także pewne zalecenia dotyczące przyszłego działania. Po pierwsze, od 1 czerwca 2004 r., dzięki modyfikacjom wprowadzonym w Regulacji 1408/71, miała obowiązywać europejska karta ubezpieczeniowa, dzięki czemu znoszona była potrzeba posługiwania się formularzem E111. Po drugie, potwierdzono – jako wybór polityczny – dążenie do wprowadzenia możliwości korzystania z opieki ambulatoryjnej bez konieczności uzyskiwania wcześniejszej zgody płatnika. Zwrot pieniędzy następował wtedy na poziomie równym temu, jaki był przewidziany w kraju pochodzenia. Po trzecie, potwierdzono możliwość korzystania ze świadczeń szpitalnych, w zakresie przewidzianym w kraju pochodzenia, pod warunkiem jednak wcześniejszego uzyskania wcześniejszego zezwolenia.

Powtórzono więc zasadę stosowaną wcześniej przy użyciu formularza E112. Po czwarte, za obowiązującą zasadę uznano uprawnienia pacjenta do uzyskania niezbędnych informacji, dzięki którym mógłby się starać o udzielane za granicą świadczenia, jak i informacji na temat procedur odwoławczych, gdyby starania te okazały się bezskuteczne. Informacje te byłyby także narzędziem zachęcającym pacjentów do szukania świadczeń poza granicami własnego kraju, co mogłoby być narzędziem służącym zarówno poprawie jakości świadczeń, jak i poprawie komfortu odczuwanego przez pacjentów (korzyści płynące ze skracania kolejek). W udostępnianiu świadczeń poza granicami kraju dostrzegano bowiem zjawisko coraz bardziej pozytywne, o czym świadczy wiązanie go z bardziej efektywnym wykorzystywaniem zasobów w ramach UE.

Projekt Dyrektywy o usługach w ramach wspólnego rynku

Proces polityczny i orzecznictwo w sprawie dostępu do świadczeń zdrowotnych udzielanych w innych krajach toczyły się równoległymi i nie do końca zbieżnymi torami. Mimo że dokumenty europejskie są na ogół pisane językiem dyplomatycznym, można było odczytać, że orzecznictwo ETS jest bardziej prorynkowe, podczas gdy orientacja polityczna organów wybieralnych Unii była bardziej prospołeczna. Kładło się to cieniem na wspólnotowej ideologii UE, ale ograniczało także możliwości ekonomicznego przyspieszenia, zwłaszcza w perspektywie celów strategii lizbońskiej. Takie zapewne przesłanki legły u podstaw projektu Dyrektywy, która jest formą kompromisu między dwiema ujawnionymi tendencjami.

Przypomniano, że jej przedmiotem są usługi, a więc świadczenia udzielane przez samozatrudniającego się profesjonalistę (art.4.1), co osłabiało jej wpływ na dostęp do świadczeń szpitalnych, których osoby o takim statusie udzielają stosunkowo rzadko. Przedmiotem regulacji miały jednak być świadczenia zdrowotne – poza eksplicite dokonanyimi wyłączeniami (art.2), w tym także świadczenia szpitalne (art.4.10).

Regulując sprawę finansowania kosztów świadczeń udzielanych poza granicami kraju w projekcie odróżniono świadczenia szpitalne i pozaszpitalne. W odniesieniu do świadczeń pozaszpitalnych wymóg wcześniejszego uzyskiwania zgody został zniesiony. Uznano, powołując się na orzecznictwo ETS, że koszty, które mogą powstać w ten sposób nie są na tyle poważne, by mogły zakłócić równowagę finansów krajowego systemu zdrowotnego. Jednocześnie kraj pochodzenia mógł narzucić wymogi dotyczące trybu korzystania albo jego

szczegółowych zasad. W odniesieniu do świadczeń szpitalnych państwa członkowskie zobowiązywały się wyrażać zgodę na udzielenie świadczenia za granicą, jeśli świadczenie to było zawarte w gwarantowanym pakiecie w kraju pochodzenia, ale nie mogło być przeprowadzone w czasie wymaganym, z powodu obecnego lub przyszłego, przewidywalnego stanu zdrowia. Kwoty przeznaczane na pokrycie wydatków poniesionych na te świadczenia, nie mogły by być niższe, niż kwoty wydatkowane w kraju. Jeśli jednak zakres udzielonych świadczeń był mniejszy niż ten, który należałby się w kraju pochodzenia, ten ostatni powinien pokryć różnicę. System udzielania zgody musiał być zgodny z innymi wymogami Dyrektywy. W uzasadnieniu projektu Dyrektywy przypomniano, że wydatki szpitalne są przedmiotem planowania i rygorystycznej kontroli w większości krajów UE.

Stanowisko Polski

Rząd RP zaproponował wyłączenie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 2)

Jako uzasadnienie, powołano rozstrzygnięcia zawarte w projekcie Dyrektywy, że każdy obywatel mógłby korzystać bez uprzedniej zgody instytucji właściwej w państwie pochodzenia ze świadczeń pozaszpitalnych w innym państwie członkowskim. Istnieje prawdopodobieństwo – zlekceważone przez autorów projektu – że wiązałoby się to z dużym obciążeniem finansowym dla niektórych państw członkowskich (mechanizm refundacji), w tym Polski, które borykają się z problemami finansowymi w ochronie zdrowia.

Nie jest natomiast trafny argument, że koszty opieki ambulatoryjnej, przy przestrzeganiu zasad dobrej praktyki, są statystycznie wyższe niż koszty świadczeń, udzielanych w ramach opieki szpitalnej (np. krótkiej obserwacji na oddziale ogólnym).

Projekt dyrektywy niewystarczająco precyzyjnie rozróżnia świadczenia szpitalne od pozaszpitalnych. W konsekwencji, zaistnieć może ryzyko, iż dla ominięcia konieczności uzyskania zgody swojej instytucji właściwej, pacjenci chcący skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w innym państwie członkowskim, mogliby się godzić na przeprowadzenie w warunkach ambulatoryjnych pewnych procedur obarczonych ryzykiem komplikacji, dla których tzw. "dobra praktyka kliniczna" nakazuje 1/2-dniową obserwację szpitalną. Wydaje się, że w takiej argumentacji wyraźnie przecenia się

możliwość wpływu pacjenta na decyzje medyczne. Z jednej bowiem strony istnieją profesjonalne standardy postępowania, a z drugiej - istnieje możliwość egzekwowania odpowiedzialności ubezpieczeniowej, która zniechęci do podejmowania zbyt ryzykownych praktyk.

Uprzywilejowanie świadczeń ambulatoryjnych nie jest jednak błędem, bo wielokrotnie zabiegi przeprowadzane w takich warunkach są bardziej korzystne zdrowotnie i bardziej opłacalne ekonomicznie. Stanowisko MZ w tej sprawie świadczy o wyraźnie konserwatywnym nastawieniu.

Dalej rząd argumentuje, że liberalizacja rynku świadczeń w tym sektorze, mogłaby spowodować odpływ pacjentów z państw, w których występują kolejki oczekujących na zabiegi, które można wykonać ambulatoryjnie, do innych państw członkowskich, czego skutkiem byłoby pogorszenie sytuacji sektora opieki zdrowotnej. Obawiam się, że autor tego argumentu tylko częściowo zna sytuację opieki zdrowotnej w Polsce, gdzie występuje raczej niedobór świadczeń, niż ich nadmiar. To nie NFZ odstępuje od ustalania limitów ilościowych na świadczenia, ale świadczeniodawcy permanentnie je przekraczają. Taki mechanizm był wykorzystywany w wielu krajach i służyło to poprawie jakości.

MZ reprezentuje bardzo konserwatywne stanowisko, gdy twierdzi, że istniejąca w Polsce baza uzdrowskowa daje możliwość uczestniczenia w przetargach na świadczenie takich usług w całej Wspólnocie. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia, powyższe może być realizowane na podstawie odrębnych istniejących przepisów i nie istnieje potrzeba wprowadzenia odrębnych uregulowań prawnych w tym zakresie, ale warto najpierw sprawdzić, które pakiety publicznie finansowane zawierają tego rodzaju świadczenia (żeby chciały stanąć do przetargów)

Ministerstwo Zdrowia twierdzi, że nie ma wielu polskich usługodawców, którzy są zainteresowani świadczeniem usług medycznych za granicą. Wśród osób, które zdecydowały się na świadczenie usług w państwach członkowskich, większość wolała wybrać formę zatrudnienia u pracodawcy niż prowadzenia własnej działalności gospodarczej lub świadczenia usług transgranicznie. W związku z tym, warto postawić pytanie: na jakiej podstawie MZ formułuje swoje oceny dotyczące stanu aktualnego oraz co jest podstawą przewidywań, dotyczących przyszłości. Odpowiedź na te pytania jest ważna, gdyż MZ jawi się jako siła bardzo konserwatywna, która nie widzi możliwości ani potrzeby liberalizacji

sektora usług medycznych, zwłaszcza w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych., a zatem nie dostrzega żadnych korzyści z przystąpienia Polski do UE. Potrzeba taka nie powstałaby nawet wtedy, gdyby świadczenie usług obcokrajowcom mogłoby przysłużyć się dynamizowaniu zmian, które zachodzą w polskim systemie. MZ już od dłuższego czasu próbuje reformować ten system, na ogół bez szczególnego rezultatu, być może więc warto podjąć wysiłki zmierzające w nowym kierunku.

Konkluzja

Biorąc pod uwagę, że świadczenia zdrowotne są jednym z głównych tematów rozważanych w projekcie Dyrektywy, propozycja ich wyłączenia spod działania przepisu wydaje się ryzykowna, a gdyby miała być przedstawiana jako stanowisko polityczne, należałoby to czynić z największą ostrożnością. Natomiast łatwiejsze byłoby - proponowane w stanowisku - rozróżnienie na świadczenie usług w ramach prowadzenia działalności gospodarczej oraz na transgraniczne świadczenie usług.

Kraków, 15 lutego 2005