

KOORDYNACJA SYSTEMÓW ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO – SKUTKI DLA POLSKIEGO SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

Elżbieta Czyżowska
Narodowy Fundusz Zdrowia

WSTĘP

Istotnym zjawiskiem społecznym ostatnich czterech lat wynikającym z członkostwa Polski w Unii Europejskiej jest migracja naszych obywateli do państw członkowskich Wspólnoty. W związku z realizacją wspólnotowego prawa do swobodnego przepływu osób migracja Polaków ma bezpośredni wpływ na polski system zabezpieczenia społecznego, w tym zdrowotnego, a także na systemy innych państw członkowskich. Odbyna się ona przy udziale koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, której celem jest stworzenie maksymalnej ochrony osób migrujących.

Koordynacja, jako technika działania prawodawcy wspólnotowego, wprowadza prawne, techniczne i administracyjne powiązania pomiędzy różnymi systemami zabezpieczenia społecznego państw Wspólnoty. Różnice między systemami są znaczące. Dotyczą w szczególności metod finansowania, warunków przystępowania i nabywania prawa do świadczeń, poziomu gwarantowanej ochrony, zakresu przysługujących świadczeń oraz warunków, w których obowiązek ochrony lub pozostawania w systemie wygasa¹. Koordynacja nakłada na państwa obowiązek stosowania norm kolizyjnych i łączników, umożliwiających zainteresowanym bezkonfliktowe korzystanie ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego w przypadkach migracji. Do świadczeń nią objętych zaliczane są m.in. świadczenia rzeczowe, przysługujące w razie choroby i macierzyństwa, a także z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

ZASADY KOORDYNACJI ŚWIADCZEŃ RZECZOWYCH

Zasady, na jakich oparta jest koordynacja świadczeń rzeczowych, są analogiczne do zasad przewidzianych dla innych świadczeń z systemu zabezpieczenia społecznego². Wynikają z postanowień Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską (TWE), a także przepisów koordynujących krajowe systemy zabezpieczenia społecznego. Mowa tu o rozporządzeniu Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób pracujących na własny rachunek oraz do członków ich rodzin przemieszczających się w granicach Wspólnoty (zwanego dalej rozporządzeniem) oraz rozporządzeniu Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. ustalającego sposób stosowania rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 (zwanego dalej rozporządzeniem wykonawczym).

Rozporządzenia te odnoszą się do pracowników, osób prowadzących działalność na własny rachunek, emerytów i rencistów oraz studentów, którzy są:

- obywatelami jednego z państw członkowskich Wspólnoty, lub
- bezpaństwowcami, uchodźcami zamieszkującymi na terytorium jednego z państw członkowskich Wspólnoty, lub
- obywatelami państw trzecich legalnie zamieszkującymi na terytorium jednego z państw członkowskich Wspólnoty oraz podlegają lub podlegali ustawodawstwu jednego lub kilku państw członkowskich i z tego tytułu objęci są systemem zabezpieczenia społecznego i zdrowotnego jednego z państw członkowskich Wspólnoty.

Do najważniejszych zasad koordynacji zaliczyć należy zasadę równego traktowania, jedności stosowanego ustawodawstwa, zachowania praw nabytych i w trakcie nabywania, a także współpracy instytucji zabezpieczenia społecznego państw członkowskich.

Zasada równego traktowania

Zasada równego traktowania, uregulowana w art. 12 TWE, zakazuje stosowania jakiejkolwiek dyskryminacji związanej z przynależności państwową, bez uszczerbku dla postanowień szczególnych w tym zakresie. Zasada ta wprowadzona została również do rozporządzenia. Art. 3 ust. 1 stanowi, że: *osoby mieszkające na terytorium jednego państwa członkowskiego, do których stosują się postanowienia tego rozporządzenia, podlegają, z zastrzeżeniem postanowień szczególnych zawartych w niniejszym rozporządzeniu, obowiązkom i korzystają z praw wynikających z ustawodawstwa każdego państwa członkowskiego na tych samych warunkach, co obywatele tego państwa.*

W zakresie koordynacji świadczeń rzeczowych zasada ta umożliwia osobom migrującym objętym ubezpieczeniem zdrowotnym w publicznym systemie ubezpieczeniowym jednego z państw członkowskich, (zwanym uprawnionymi) do korzystania z opieki medycznej w każdym innym państwie Wspólnoty na takich samych zasadach, na jakich opieka ta jest świadczona ubezpieczonym w publicznych systemach opieki zdrowotnej tych państw.

Możliwość korzystania z opieki nie jest w żaden sposób uzależniona od wcześniejszego zamieszkiwania, przebywania lub wykonywania w nich pracy, co potwierdzone zostało w orzeczeniu Trybunału Sprawiedliwości Wspólnoty Europejskiej z dnia 3 maja 1990 r. w sprawie van Heijningen (C-2/89). Równe traktowanie w zakresie świadczeń rzeczowych oznacza, że instytucje właściwe, do których należy ubezpieczony, zostaną obciążone, na ustalonych zasadach, przez zagranicznych świadczeniodawców z tytułu udzielonych świadczeń. Ponadto stosowanie przez państwa członkowskie tych samych regulacji prawnych w zakresie opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych i uprawnionych implikuje dla tych drugich określone skutki prawne i finansowe.

Po pierwsze, migrującym uprawnionym przysługuje w określonej sytuacji medycznej ten sam rodzaj świadczeń, jaki przysługuje ubezpieczonym w danym państwie.

Po drugie, mają oni taki sam dostęp do świadczeń zdrowotnych, jak ubezpieczeni. Jeżeli istnieje lista pacjentów oczekujących na wybrane świadczenie, to uprawniony może je uzyskać według kolejności wynikającej z tej listy.

Po trzecie, zobowiązani są do ponoszenia takich samych kosztów za leczenie. Jeżeli w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej danego państwa przewidziany jest wkład własny pacjenta, częściowa lub pełna odpłatność za świadczenie, takie same obciążenia finansowe nakładane są na uprawnionych korzystających ze świadczeń w tym państwie.

Natomiast zakres świadczeń zdrowotnych wynika z postanowień rozporządzenia i uzależniony jest od czasu i celu pobytu zainteresowanych w innym państwie członkowskim. Zgodnie z art. 22 ust. 1 pkt a(i) rozporządzenia osoby przebywające czasowo w innym państwie członkowskim mają prawo do korzystania ze świadczeń rzeczowych, które stają się niezbędne z przyczyn medycznych podczas pobytu na terytorium innego państwa członkowskiego, biorąc pod uwagę charakter świadczeń oraz przewidywany czas pobytu. Uprawniony ma prawo do korzystania z opieki medycznej adekwatnej do stanu zdrowia oraz długości planowanego pobytu w wizytowanym państwie. Zakres świadczeń powinien być na tyle szeroki, aby zabezpieczyć migrującego przed wcześniejszym powrotem do swojego kraju w celu uzyskania w nim potrzebnych świadczeń. Każdorazowo o zakresie świadczeń niezbędnych decyduje lekarz przyjmujący w państwie pobytu.

Przepisy rozporządzenia przewidują inny zakres świadczeń dla uprawnionego przebywającego czasowo w wybranym państwie w sytuacji, gdy celem jego pobytu jest uzyskanie określonego leczenia. Jest to wówczas leczenie planowane, określone w art. 22 ust. 1 pkt c(i) rozporządzenia, na które osoba zainteresowana musi uzyskać zgodę swojej instytucji właściwej. Jednocześnie zgodnie z art. 22 ust. 2 zgody nie można odmówić w przypadku, gdy leczenie jest jedynym ze świadczeń znajdujących się w katalogu świadczeń należnych zainteresowanemu na mocy ustawodawstwa państwa jego zamieszkania, ale nie może on być poddany w tym państwie leczeniu w terminie zwykle niezbędnym, uwzględniającym aktualny stan jego zdrowia i prawdopodobny dalszy przebieg choroby.

Powyższe postanowienie implikuje obowiązek wydania zgody na leczenie, również w sytuacji, gdy zainteresowany nie może uzyskać leczenia odpowiedniego do stanu swojego zdrowia, ponieważ leczenie takiego nie przeprowadza się w jego kraju, mimo iż obowiązujące ustawodawstwo przewiduje leczenie danego schorzenia. Zakres leczenia ustalany jest przez instytucję właściwą zainteresowanego z zagranicznym świadczeniodawcą, który w stosunku do uprawnionego zobowiązany jest – zgodnie z zasadą równego traktowania – do stosowania takich samych standardów medycznych, w tym metod klinicznych, leków i aparatury medycznej, jakie w analogicznej sytuacji medycznej stosowałby wobec ubezpieczonego ze swojego państwa.

Najpełniej zasada równego traktowania realizowana jest w odniesieniu do uprawnionych, którzy na stałe zamieszkują na terytorium innego państwa członkowskiego, niż państwo posiadane ubezpieczenia zdrowotnego. W takiej sytuacji objęci są oni opieką zdrowotną w pełnym zakresie. Zakres opieki określają przepisy krajowe państwa zamieszkania.

Zasada jedności stosowanego ustawodawstwa

Zasada jedności stosowanego ustawodawstwa sprowadza się do podlegania przez osobę migrującą ustawodawstwu tylko jednego państwa członkowskiego, zwanego ustawodawstwem właściwym. Dzięki tej zasadzie osoby migrujące chronione są przed negatywnymi sytuacjami, które powstawałyby wskutek obowiązywania różnych systemów zabezpieczenia społecznego i zdrowotnego państw członkowskich. Mowa tu zarówno o sytuacjach, gdy zainteresowany podlegałby ubezpieczeniu społecznemu i zdrowotnemu dwóch lub kilku państw członkowskich i zobowiązany byłby do uiszczania składek na ubezpieczenia w każdym z tych państw (tzw. konflikt pozytywny), jak i w sytuacjach, gdy nie podlegałby ubezpieczeniu społecznemu i zdrowotnemu w żadnym z tych państw i zostałby całkowicie pozbawiony ochrony ubezpieczeniowej (tzw. konflikt negatywny).

Zasadniczo ustawodawstwem właściwym jest ustawodawstwo państwa, na terytorium którego zainteresowany pracuje. Obowiązuje zasada *lex loci laboris*, wskazana w art. 13 rozporządzenia. Jednocześnie przewiduje ono inne rozwiązania prawne w tym zakresie, a także wyjątki od zasady stosowania jednego ustawodawstwa. W artykułach od 14 do 17 rozporządzenia określone zostały zasady szczególne, nadrzędne wobec zasady ogólnej. Odnoszą się one m.in. do pracowników delegowanych do pracy na terytorium innego państwa członkowskiego, osób pracujących na własny rachunek, prowadzących czasowo działalność na terytorium innego państwa członkowskiego, pracowników transportu międzynarodowego, pracowników i osób pracujących na własny rachunek na terytorium dwóch lub kilku państw członkowskich.

Postanowienia regulujące kwestie ustawodawstwa właściwego mają znaczący wpływ na kondycję finansową systemów zabezpieczenia społecznego państw członkowskich. Instytucje państw wskazane jako właściwe zobowiązane są do ponoszenia kosztów świadczeń na rzecz migrujących ubezpieczonych w sytuacjach wystąpienia poszczególnych ryzyk ubezpieczeniowych. Wpływ ten jest szczególnie widoczny w odniesieniu do systemów zabezpieczenia

zdrowotnego państw członkowskich Europy Środkowej i Wschodniej, gdzie koszty świadczeń z tytułu choroby, wypadków przy pracy i chorób zawodowych są co najmniej kilkakrotnie niższe, niż koszty analogicznych świadczeń w państwach Europy Zachodniej.

Zasada zachowania praw nabytych i w trakcie nabywania

Zasada zachowania praw nabytych i w trakcie nabywania ustanowiona została w art. 42 TWE. Przepis zobowiązuje Radę do wprowadzenia w dziedzinie zabezpieczenia społecznego: *systemu umożliwiającego pracownikom migrującym oraz uprawnionym osobom od nich zależnym zaliczenie wszystkich okresów uwzględnianych w prawie poszczególnych państw w celu nabywania i zachowania prawa do świadczenia oraz naliczenia wysokości świadczenia, a także wypłatę świadczeń osobom mającym miejsce zamieszkania na terytoriach państw członkowskich.*

W ramach koordynacji zasada odnosi się do wszystkich migrujących – aktywnych zawodowo oraz tych, którzy byli takimi w przeszłości. Uwzględnianie pracy zawodowej, którą osoby migrujące wykonywały w różnych okresach w dwóch lub kilku państwach członkowskich, a także innych, istotnych dla ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego zdarzeń ma zagwarantować tym osobom bezpieczeństwo socjalne i medyczne, a tym samym pełną realizację ich prawa do swobodnego przemieszczania się. Ustawodawstwa dotyczące krajowych systemów zabezpieczenia społecznego uzależniają bowiem nabywanie i zachowywanie prawa do świadczeń, a także ich wysokość od długości okresu ubezpieczenia lub zatrudnienia bądź też od długości okresu zamieszkiwania na terytorium danego państwa członkowskiego. W takiej sytuacji osoby wyjeżdżające do pracy do innego państwa członkowskiego lub wykonujące pracę w kilku państwach mogłyby być pozbawione możliwości korzystania w danym państwie ze świadczeń ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego, pomimo opłacania składek na te ubezpieczenia w różnych państwach, ze względu na zbyt krótki staż ubezpieczeniowy w danym państwie członkowskim.

Zabezpieczenie przed utratą przez osoby migrujące praw nabytych oraz w trakcie nabywania umożliwił wspólnotowy mechanizm sumowania okresów ubezpieczenia (zatrudnienia) zamieszkania oraz uwzględniania zdarzeń zaszłych na terytoriach innych państw członkowskich.

Mechanizm sumowania okresów wskazany w art. 18 ust. 1 rozporządzenia przewiduje, że właściwa instytucja państwa członkowskiego, którego ustawodawstwo uzależnia nabywanie, zachowanie lub odzyskanie prawa do świadczeń od wypełnienia okresów ubezpieczenia, zatrudnienia lub zamieszkania uwzględnia, w koniecznym zakresie, okresy ubezpieczenia, zatrudnienia lub zamieszkania wypełnione pod działaniem ustawodawstwa innego państwa członkowskiego, tak jak gdyby chodziło o okresy wypełnione pod działaniem stosowanego przez nią ustawodawstwa.

Mechanizm ten jest stosowany w odniesieniu do świadczeń o charakterze powszechnym zarówno pieniężnych (takich jak: świadczenia inwalidzkie, emerytalne i rentowe, zasiłki pogrzebowe, dla bezrobotnych, rodzinne, chorobowe i macierzyńskie), jak i rzeczowych (uzyskiwanych z powodu choroby i macierzyństwa). Jednakże nie znajduje zastosowania w odniesieniu do świadczeń przyznawanych z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, gdyż przesłanką ich nabywania nie jest długość okresu ubezpieczenia czy zatrudnienia, a powstanie na terytorium danego państwa członkowskiego określonego zdarzenia bądź sytuacji losowej.

Generalnie, przy stosowaniu techniki sumowania okresów obowiązuje zasada *non-cumul*, zakazująca kumulowania świadczeń tego samego rodzaju, z pewnymi wyjątkami określonymi w rozporządzeniu. Artykuł 12 ust. 1 rozporządzenia stanowi, że nie można przyznać, ani zachować prawa do kilku świadczeń tego samego rodzaju za ten sam okres ubezpieczenia obowiązkowego. W licznych orzeczeniach, np. w sprawie Raad van Arbeid z dnia 5 maja 1983 r. (C-238/81), Valentini z dnia 5 lipca 1983 r. (C-171/82), czy też Knoch z dnia 8 lipca 1992 r. (C-102/79) Trybunał Spra-

wiedliwości podkreślał, że jako świadczenia tego samego rodzaju można uznawać tylko takie, które mają ten sam zakres przedmiotowy, cel oraz identyczny sposób obliczania podstawy wymiaru oraz warunki nabycia prawa, przy czym nie można się tu kierować wyłącznie identycznością kryteriów formalnych.

Mechanizm uwzględniania zdarzeń zaszytych na terytoriach innych państw członkowskich określony został w art. 10a ust. 4 rozporządzenia. Przepis stanowi, że w przypadku ustawodawstwa państwa członkowskiego uzależniającego przyznanie inwalidom lub osobom niepełnosprawnym świadczeń pieniężnych o charakterze bezskładkowym od warunku, że inwalidztwo lub niepełnosprawność zostały stwierdzone po raz pierwszy na terytorium tego państwa, warunek ten uważa się za spełniony, jeżeli stwierdzenia dokonano po raz pierwszy na terytorium innego państwa członkowskiego.

W odniesieniu do świadczeń z tytułu choroby zawodowej art. 57 ust. 2 rozporządzenia wprowadza postanowienie, że w sytuacji, gdy przyznanie świadczeń z tego tytułu zależy od spełnienia warunku, aby dana choroba została po raz pierwszy stwierdzona przez lekarza na terytorium danego państwa, warunek ten uważa się za spełniony, gdy choroba ta została stwierdzona po raz pierwszy na terytorium innego państwa członkowskiego. Natomiast w stosunku do wypadku zaistniałego w drodze do pracy lub z pracy na terytorium państwa członkowskiego innego niż państwo właściwe, rozporządzenie w art. 56 wprowadza unormowanie nakazujące traktowanie takiego wypadku jako wypadku, który nastąpił na terytorium państwa właściwego.

Ponadto przepisy rozporządzenia niwelują te postanowienia w ustawodawstwach krajowych państw członkowskich, które uzależniają przyznanie świadczeń od spełnienia warunku dotyczącego przyczyny schorzenia. Według artykułu 35 ust. 3 warunek taki nie ma zastosowania wobec osób objętych przepisami o wspólnotowej koordynacji niezależnie od tego, w którym z państw członkowskich osoby te zamieszkują.

Zasada współpracy instytucji zabezpieczenia społecznego

Zasada współpracy instytucji zabezpieczenia społecznego państw członkowskich przewidziana została w art. 84 rozporządzenia. Właściwe władze państw członkowskich zobowiązane są do wzajemnego przekazywania wszystkich informacji dotyczących środków podjętych w celu realizacji niniejszego rozporządzenia oraz zmian w ich ustawodawstwach mających wpływ na jego stosowanie. Dla celów wykonania rozporządzenia władze i instytucje państw członkowskich powinny współpracować tak, jakby chodziło o stosowanie ich własnego ustawodawstwa. Mogą porozumiewać się między sobą bezpośrednio oraz z osobami zainteresowanymi i ich pełnomocnikami. Pomoc administracyjna jest, co do zasady, wolna od opłat.

Polskie instytucje wyznaczone do koordynacji świadczeń rzeczowych taką współpracę realizują. Szczególnie zaangażowaną jest instytucja łącznikowa – Departament Współpracy Międzynarodowej (DWM) Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), która utrzymuje bezpośrednie kontakty z instytucjami łącznikowymi i właściwymi innymi państwami członkowskimi. Współpraca polega na wymianie informacji z państwami w zakresie funkcjonowania ich publicznych systemów opieki zdrowotnej, zwłaszcza w zakresie dostępu do świadczeń, zasad ich finansowania, odpłatności pacjenta za świadczenia oraz leki, a także zasad funkcjonowania pogotowia ratunkowego i transportu sanitarnego. Kształtuje się także na płaszczyźnie wymiany doświadczeń w zakresie interpretacji i realizacji niektórych przepisów o koordynacji świadczeń rzeczowych.

Z racji tego, że Polacy bardzo często jako państwo pobytu, zamieszkania oraz delegowania do pracy wybierają Niemcy, wzajemna współpraca jest szczególnie rozwinięta z niemieckimi instytucjami: ubezpieczenia chorobowego – DVKA oraz ubezpieczenia wypadkowego – DGUV. Na bieżąco wyjaśniane są problemy związane ze stosowaniem przepisów o koordynacji przy zastosowaniu

przepisów krajowych obu państw, a także kwestie wzajemnych roszczeń i zobowiązań finansowych.

We współpracy Departament wspomagany jest przez instytucje właściwe, miejsca pobytu i zamieszkania, którymi są oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia. Oddziały współpracują również z zagranicznymi instytucjami miejsca pobytu i zamieszkania w zakresie poświadczania prawa do świadczeń rzeczowych dla polskich ubezpieczonych. Dla osób przebywających czasowo w innych państwach wydają Europejskie Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) lub Certyfikaty Tymczasowo Zastępujące EKUZ. Natomiast dla osób, które przeniosły miejsce zamieszkania z Polski do innych państw Wspólnoty, wydają formularze E 106, E 109, E 121.

Oddziały współpracują także z instytucjami miejsca zamieszkania i pobytu innych państw przy weryfikacji roszczeń finansowych za świadczenia rzeczowe udzielane na ich terytoriach polskim ubezpieczonym (formularze rozliczeniowe – koszty rzeczywiste E 125) oraz instytucjami miejsca pobytu w procedurze zwrotu kosztów leczenia poniesionych przez polskich ubezpieczonych w innych państwach, jeżeli w chwili korzystania ze świadczeń byli osobami ubezpieczonymi, ale nie posiadali EKUZ, ani nie dopełnili formalności w celu uzyskania Certyfikatu Tymczasowo Zastępującego EKUZ (formularz E 126).

Ponadto oddziały te współpracują z zagranicznymi świadczeniodawcami w przypadkach, gdy polscy ubezpieczeni kierowani są do nich na planowe leczenie (formularz E 112).

KOORDYNACJA ŚWIADCZEŃ RZECZOWYCH/ZDROWOTNYCH – AKTUALNE PROBLEMY

Na tle koordynacji świadczeń rzeczowych powstało wiele problemów natury prawnej i organizacyjnej, w szczególności w wyniku wzmożonego polsko-niemieckiego ruchu transgranicznego.

Częstym zjawiskiem jest nieuznawanie przez niemieckich świadczeniodawców Europejskich Kart Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), wystawianych przez oddziały wojewódzkie NFZ dla polskich ubezpieczonych. W większości przypadków jako powód podawany jest brak określonego układu elektronicznego tzw. czipu umożliwiającego odczyt informacji znajdujących się na karcie. Jednolity dla wszystkich państw członkowskich wzór karty, określony w załączniku 1 do decyzji nr 190 Komisji Administracyjnej ds. Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących z dnia 18 czerwca 2003 r. w sprawie specyfikacji technicznej Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego taki czip przewiduje, ale nie ustala obowiązku jego zamieszczenia. Obowiązkowe dane wskazane na awersie odnoszą się do ubezpieczonego i dotyczą:

- imienia i nazwiska,
- daty urodzenia,
- numeru identyfikacyjnego osoby/PESEL,
- numeru identyfikacyjnego instytucji wydającej kartę,
- numeru identyfikacyjnego karty,
- daty ważności karty.

Napis „Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego” oraz nazwy pól na karcie zapisane są w języku urzędowym państwa wydającego kartę. Rozmieszczenie pól jest identyczne na kartach wydawanych przez wszystkie państwa członkowskie, co umożliwia łatwe porównywanie zawartych w nich danych.

Nieakceptowanie polskich kart EKUZ rodzi obowiązek pokrywania przez zainteresowanych kosztów uzyskanych świadczeń zdrowotnych, najczęściej ambulatoryjnych. Polscy uprawnieni traktowani są w takich sytuacjach jak osoby nieubezpieczone i obciążani kosztami leczenia według stawek komercyjnych stosowanych przez niemieckich lekarzy. Procedura zwrotu kosztów poniesionych przez pacjenta, realizowana na podstawie art. 34 rozporządzenia wykonawczego (formularz E 126), obejmuje jedynie koszty, jakie wynikają ze stawek stosowanych przy udzielaniu świadczeń dla osób ubezpieczonych. Pozostałe koszty musi ponieść polski ubezpieczony, mimo posiadania w chwili korzystania ze świadczeń statusu osoby uprawnionej.

Problem ten był kilkakrotnie zgłaszany przez polską instytucję łącznikową instytucjom niemieckim. Instytucje te podejmowały działania informacyjne w stosunku do niemieckich instytucji właściwych, wydały też okólniki i poradniki w tym zakresie. Jest więc nadzieja, że z czasem problem ten zostanie rozwiązany.

W praktyce udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie EKUZ nastęrcza świadczeniodawcom trudności związane z określeniem zakresu tego leczenia. Zdarza się, że udzielane świadczenia mają charakter jedynie natychmiast koniecznych. Dlatego przy ustalaniu niezbędnego zakresu świadczeń należy posiłkować się decyzją nr 194 Komisji Administracyjnej ds. Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących z dnia 17 grudnia 2003 r. w sprawie jednolitego stosowania artykułu 22 ust. 1 pkt a(i) rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 w kraju członkowskim, w którym następuje pobyt.

Komisja wskazała, że kryteria ustanowione w artykule 22 ust. 1 pkt a(i) rozporządzenia nie mogą być interpretowane zawężająco, szczególnie jeśli chodzi o choroby przewlekłe lub już istniejące. Stanowisko Komisji wynika z orzeczenia Trybunału Sprawiedliwości w sprawie Ioannidis (C-326/00), w którym stwierdził on, że pojęcie „niezbędnego leczenia” nie może być interpretowane tak, że świadczenia są ograniczone wyłącznie do przypadków, w których byłyby niezbędne w związku z nagłym zachorowaniem, ale należą się również w przypadkach, gdy osoby przemieszczające się cierpią na choroby przewlekłe.

Istotnym problemem zidentyfikowanym w 2005 r. jest rozwój transgranicznej turystyki medycznej. Dotyczy polskich kobiet ubezpieczonych, głównie z województwa zachodniopomorskiego, które w celu uzyskania świadczeń okołoporodowych masowo wyjeżdżały do niemieckiej, przygranicznej Kliniki Uckermark w Schwedt. Klinika ta podejmowała różne działania informacyjne i marketingowe zachęcające polskie ubezpieczone do swobodnego korzystania z jej usług na podstawie EKUZ.

Jak wiadomo karta służy do korzystania ze świadczeń niezbędnych, określonych w art. 22 ust. 1 pkt a(i) rozporządzenia. Natomiast w sytuacji, gdy celem pobytu w innym państwie jest uzyskanie określonego leczenia lub świadczeń, zainteresowani – na podstawie art. 22 ust. 1 pkt c rozporządzenia – powinni legitymować się formularzami E 112, wystawionymi przez właściwe oddziały wojewódzkie NFZ.

Instytucja polska kilkakrotnie sygnalizowała o nieprawidłowościach niemiecką instytucję właściwą, jednakże nie wpłynęło to na dalsze działania kliniki. Dlatego też polska instytucja łącznikowa wstrzymała płatności w celu weryfikacji przy udziale strony niemieckiej roszczeń związanych ze świadczeniami realizowanymi w Schwedt. Jednakże niemiecka instytucja łącznikowa odmówiła współpracy w tym zakresie. Kwestia ta nie została dotychczas rozwiązana.

Ważnym problemem będącym następstwem sposobu ustalania ustawodawstwa właściwego dla osób prowadzących w Polsce działalność gospodarczą, w tym rolników i wyjeżdżających do pracy sezonowej na terytorium Niemiec, są zobowiązania finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia do pokrywania kosztów udzielonych tym osobom świadczeń rzeczowych, w szczególności w wyniku wypadków przy pracy.

Wydaje się, że w sytuacji, gdy osoba pracuje w jednym państwie członkowskim, a w drugim prowadzi działalność gospodarczą, zastosowanie powinien mieć art. 14c pkt a rozporządzenia, na podstawie którego ustawodawstwem właściwym jest ustawodawstwo państwa wykonywania pracy. Komisja Administracyjna ds. Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących wyraziła jednak opinię, że zastosowanie powinien mieć art. 14a ust. 1 pkt a rozporządzenia. Przepis stanowi, że: *osoba zwykle prowadząca działalność na własny rachunek na terytorium państwa członkowskiego i wykonująca pracę na terytorium innego państwa członkowskiego w dalszym ciągu podlega ustawodawstwu pierwszego państwa członkowskiego, pod warunkiem że przewidywany okres wykonywania pracy nie przekracza 12 miesięcy*. Na jego

podstawie osoby prowadzące w Polsce działalność gospodarczą i pracujące w Niemczech podlegają nadal ustawodawstwu polskiemu. Zatem powinny być przez pracodawców niemieckich zgłoszone do polskiego systemu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego, jako pracownicy. Jednak w wielu przypadkach pracodawcy nie realizują tego obowiązku.

Zgodnie z art. 67 ust. 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na koszt Narodowego Funduszu Zdrowia powstaje po zgłoszeniu do Funduszu osoby podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego. Powstaje zatem pytanie, czy jeżeli osoba uzyska świadczenia na koszt Funduszu, to czy zastosowanie powinien mieć art. 50 ust. 5 i 7 omawianej ustawy, który stanowi, że: *w razie nie odprowadzania przez zobowiązanego płatnika przez okres dłuższy niż miesiąc składki na ubezpieczenie zdrowotne za ubezpieczonego, Fundusz obciąża tego płatnika poniesionymi kosztami udzielonych ubezpieczonemu świadczeń opieki zdrowotnej, a opłacenie zaległych składek wraz z odsetkami nie zwalnia z obowiązku pokrycia kosztów udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej*³.

Istotnym problemem jest również brak możliwości automatycznej weryfikacji sytuacji, w których Polacy prowadzący działalność na własny rachunek na terytorium Niemiec nadal – niegodnie z przepisami o koordynacji – pozostają w polskim systemie ubezpieczenia zdrowotnego. Z ubezpieczenia korzystają jako osoby, które ubezpieczyły się dobrowolnie na podstawie art. 68 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej lub figurują jako członkowie rodzin polskich ubezpieczonych. Przedsiębiorcy prowadzący działalność gospodarczą na terenie Niemiec zasadniczo nie podlegają obowiązkowemu państwowemu ubezpieczeniu chorobowemu i powinni ubezpieczać się dobrowolnie. Jeżeli nie zgłoszą się do ubezpieczenia, wszystkie koszty leczenia zobowiązani są pokrywać z własnych środków finansowych.

Pierwsze kilka lat stosowania przepisów o koordynacji świadczeń rzeczowych pokazało, jak wiele problemów prawnych, organizacyjnych i finansowych powstaje w tym procesie. Większość z nich wynika z dużych różnic w rozwiązaniach ustalonych w systemach państw członkowskich, a także w cenach za usługi i świadczenia udzielane przez usługodawców zagranicznych.

DANE STATYSTYCZNE⁴

Wyniki analiz porównawczych danych za lata 2004–2007 w zakresie realizacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia zadań wynikających z przepisów o koordynacji świadczeń rzeczowych pokazują, że następuje stały wzrost liczby zaświadczeń wydawanych przez Fundusz w celu potwierdzania uprawnień dla polskich ubezpieczonych do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w innych państwach członkowskich Wspólnoty.

Wzrasta liczba formularzy rozliczeniowych E 125 załączanych do not przesyłanych do Centrali Funduszu z innych państw członkowskich. W 2006 r. było 36 538 takich formularzy, a w 2007 r. – 43 989, co oznacza ponad 20-procentowy ich wzrost.

Obserwuje się również zwiększenie liczby osób uprawnionych korzystających ze świadczeń medycznych na terytorium Polski. Liczba formularzy rozliczeniowych E 125, które zostały przesłane do innych państw za świadczenia udzielone w 2007 r., wzrosła o 80% w porównaniu z rokiem ubiegłym (z 16 136 w 2006 r. do 29 043 w 2007 r.).

W 2007 r. oddziały wojewódzkie NFZ wystawiły łącznie 1 128 733 zaświadczeń potwierdzających polskim ubezpieczonym prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie innych państw członkowskich. Podobnie jak w poprzednich latach najwięcej wystawiono ich w śląskim oddziale NFZ – w 2007 r. łącznie 188 484 tych dokumentów, co stanowi prawie 17% ich ogółu. Kolejnymi oddziałami pod względem liczby wydanych dokumentów były: mazowiecki – 121 248 sztuk, wielkopolski – 100 232 sztuki, małopolski – 91 866 sztuk, dolnośląski – 85 599 sztuk oraz po-

morski – 83 862 sztuki. Oddziały te wystawiły łącznie prawie 60% wszystkich wydanych zaświadczeń.

Ponad 99% dokumentów wystawionych w 2007 r. dotyczyło potwierdzenia ubezpieczonym prawa do świadczeń rzeczowych podczas czasowego pobytu w innym państwie członkowskim, a więc na podstawie Europejskich Kart Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) i Certyfikatów Tymczasowo Zastępujących EKUZ. Pozostały 1% stanowiły dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń dla osób, które przenosiły miejsce zamieszkania na teren innego państwa członkowskiego, a zwłaszcza formularze: E 106, E 109, E 121, a także E 120, E 123 oraz formularz E 104 – potwierdzający okresy ubezpieczenia. Oddziały wydały: 1 103 178 EKUZ, 20 708 Certyfikatów Tymczasowo Zastępujących EKUZ, 1449 formularzy E 106 – potwierdzających prawo do świadczeń rzeczowych dla osób mieszkających w państwie innym niż państwo właściwe, 607 formularzy E 121 – zaświadczeń o zarejestrowaniu emeryta/rencisty lub członków jego rodziny oraz 69 formularzy E 109 – zaświadczeń dla potrzeb rejestracji członków rodziny osoby ubezpieczonej.

Z deklaracji ubezpieczonych wynika, że największa liczba dokumentów wystawiona została na pobyty czasowe do Niemiec (285 228 EKUZ oraz 10 017 Certyfikatów), co stanowiło około 26% wszystkich tego rodzaju zaświadczeń.

Biorąc pod uwagę całkowitą liczbę wydanych w 2007 r. dokumentów potwierdzających prawa do świadczeń rzeczowych na pierwszym miejscu również znalazły się Niemcy (297 012 zaświadczeń). Kolejne pozycje zajmowały: Wielka Brytania – 100 876 (9%), Włochy – 96 154 (9%), Francja – 59 759 (5%) oraz Austria – 43 210 (4%) i Słowacja – 39 254 (3%). Na wyjazdy osób ubezpieczonych do jednego z sześciu wymienionych państw Fundusz wydał w sumie ponad 56% wszystkich zaświadczeń.

W związku z przystąpieniem do Unii Europejskiej z dniem 1 stycznia 2007 r. takich państw, jak: Rumunia i Bułgaria, ubezpieczonym wystawiono odpowiednio 12 430 i 2305 dokumentów potwierdzających prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w tych krajach.

SKUTKI FINANSOWE KOORDYNACJI ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA PODSTAWIE ROZLICZEŃ Z INNYMI PAŃSTWAMI

W 2007 r. do NFZ wpłynęły noty rozliczeniowe z 23 państw członkowskich Wspólnoty. Łączna wysokość roszczeń za świadczenia udzielone polskim ubezpieczonym kształtowała się na poziomie zbliżonym do 2006 r. i wynosiła prawie 115 mln zł⁵. Podobnie jak w latach poprzednich, ponad 58% wszystkich roszczeń pochodziło od instytucji niemieckich, następnie od: francuskich (prawie 10%), belgijskich (ponad 7%), szwedzkich (ponad 6%) oraz włoskich (ponad 5%).

Średni rzeczywisty koszt leczenia osoby (udzielonych świadczeń) rozliczony na formularzu spadł w stosunku do poprzedniego roku o ponad 500 zł. Najwyższy koszt średni odnotowany został w odniesieniu do roszczeń instytucji norweskich. Wynosił ponad 22 tys. zł, ale dotyczył jedynie hospitalizacji. Wysoki średni koszt świadczeń wynika również z roszczeń: francuskich – około 6,5 tys. zł, włoskich – ponad 6 tys. zł, holenderskich – około 6 tys. zł, cypryjskich – ponad 5 tys. zł oraz szwedzkich – około 5 tys. zł. Najniższa wysokość średniego kosztu za świadczenia wynika z roszczeń przedstawionych przez Estonię, Maltę, Słowenię i Węgry. W przypadku największego partnera Polski w zakresie realizacji przepisów o koordynacji – Niemiec wysokość średniego kosztu kształtowała się na poziomie 2300 zł.

W 2007 r. Narodowy Fundusz Zdrowia przekazał do 28 państw członkowskich roszczenia za świadczenia udzielone w Polsce na rzecz uprawnionych z tych państw. Do not rozliczeniowych załączonych zostało ponad 29 tys. formularzy E 125, w łącznej wysokości prawie 19,5 mln zł. W porównaniu z rokiem poprzednim całkowita kwota przedstawionych roszczeń była wyższa o około 30%, a liczba wystawionych formularzy E 125, wzrosła o prawie

80% (z 16 136 w 2006 r. do 29 043 w 2007 r.). Jednakże średnia wysokość kosztu świadczeń rozliczonych na jednym formularzu E 125 spadła o ponad 250 zł (z 925,43 zł za 2006 r. do 668,60 zł w 2007 r.).

WNIOSKI

Koordynacja świadczeń rzeczowych, tak jak cała koordynacja, jest mechanizmem gwarantującym osobom korzystającym z prawa do swobodnego przemieszczania się bezpieczeństwo socjalne tych osób. Prawo do ochrony zdrowia, wskazane m.in. w Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej, jest jednym z najważniejszych uprawnień obywateli Wspólnoty. Dlatego podejmowane są dalsze działania wspólnotowe mające na celu ułatwienie korzystania z transgranicznej opieki medycznej. Nowe rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, które zacznie obowiązywać wraz z wejściem w życie rozporządzenia wykonawczego, ma na celu wzmocnienie praw osób objętych koordynacją, w tym praw związanych z korzystaniem z transgranicznej opieki medycznej.

Na podstawie orzeczeń Trybunału Sprawiedliwości Wspólnot Europejskich podejmowane są dalsze prace dotyczące urzeczywistnienia swobody przepływu usług zdrowotnych. Komisja Europejska wystąpiła z propozycją opracowania dyrektywy, która w sposób kompleksowy uregulowałaby kwestie mobilności pacjentów, a zwłaszcza stworzyłaby wspólnotowe ramy dla świadczenia bezpiecznych, wysokiej jakości i skutecznych usług zdrowotnych. Obecnie trwają prace nad projektem dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.

Wszystkie te działania mają na celu sprecyzowanie uprawnień i wprowadzenie większej swobody dla pacjentów w zakresie korzystania ze świadczeń medycznych w innych państwach członkowskich Wspólnoty. Jednakże ciężar kosztów wynikających z koordynacji świadczeń rzeczowych jest dla państw ekonomicznie słabiej rozwiniętych, np. dla Polski, dużym obciążeniem. Bilans rozliczeń Polski z innymi państwami członkowskimi jest ujemny. Wynika to z faktu, że koszty analogicznych świadczeń w państwach Europy Zachodniej są kilka lub kilkanaście razy wyższe niż w naszym kraju.

¹ Informacje na temat systemów zabezpieczenia społecznego, w tym zdrowotnego/chorobowego, obowiązujących w państwach EOG można znaleźć, m.in. w corocznie aktualizowanym opracowaniu Komisji Europejskiej – MISSOC (Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and EEA).

² Por. T. Bińczycka-Majewska, *Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego w Unii Europejskiej*, wyd. I, Kraków 1999, s. 40 i n.; D. Dzienski, *Zabezpieczenie społeczne w Unii Europejskiej – koordynacja świadczeń*, Warszawa 2004, s. 38 i n.

³ Problematyka dotycząca pracowników sezonowych w kontekście stosowania art. 14a ust. 1 (a) rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 jest złożona i wymaga odrębnego opracowania. Szerzej A. Miłkowski, *Stanowiska NFZ przekazywane do Ministerstwa Zdrowia*, dokument NFZ.

⁴ Dotyczą one liczby wydanych upoważnień do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w niezbędnym zakresie w okresie pobytu Polaków w innych państwach członkowskich, a także do korzystania z opieki zdrowotnej w pełnym zakresie po przeniesieniu miejsca zamieszkania do innego państwa członkowskiego – na podstawie danych polskiej instytucji łącznikowej Departamentu Współpracy Międzynarodowej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, a także rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2006 i 2007, dostępnych na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia: www.nfz.gov.pl.

⁵ Uchwała nr 20/2008/I Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 czerwca 2008 r. w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2007 r. oraz Uchwała nr 13/2007/I Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2007 r. w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2006 r.