

TRANSGRANICZNA TURYSTYKA MEDYCZNA W KONTEKŚCIE REGULACJI PRAWNYCH

DATA PRZEŚLANIA: 15.11.2017, DATA AKCEPTACJI: 29.03.2018, KODY JEL: H51, I11, I18, K33, L83

Małgorzata Sztorc

Wydział Zarządzania i Modelowania Komputerowego, Politechnika Świętokrzyska, Kielce
e-mail: msztorc@tu.kielce.pl

STRESZCZENIE

Współcześnie sektor usług turystycznych stanowi jedną z dynamicznie rozwijających się dziedzin życia społecznego. Turystyka spełnia wiele funkcji determinujących konsekwencje jej rozwoju. Za kluczową wśród nich uznaje się funkcję zdrowotną, której realizacją zajmuje się między innymi turystyka medyczna. Wyróżnia się ona spośród innych form turystyki połączeniem podróży w celach zdrowotnych oraz turystycznych. Postępujący proces globalizacji, innowacyjne technologie w inżynierii medycznej oraz jednakowy dostęp do świadczeń zdrowotnych na terenie Unii Europejskiej przyczyniły się do powstania nowych perspektyw w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej oraz świadczenia specjalistycznych usług medycznych. Znaczne koszty usług medycznych w krajach rozwiniętych, odległe terminy planowanych zabiegów, długi czas oczekiwania na wykonanie świadczenia oraz wzrastający popyt na profesjonalne usługi medyczne wynikające z postępującego procesu starzenia się społeczeństw spowodowały, że w 2011 roku Unia Europejska wprowadziła dyrektywę koordynującą prawa pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Celem niniejszego artykułu jest wskazanie na prawa, które przysługują turystyce korzystającemu ze świadczenia medycznego poza granicami własnego państwa. Metodę badawczą stanowiła analiza treści koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz dyrektywy transgranicznej. W artykule wskazano także na postanowienia Trybunału Sprawiedliwości UE, którego wyroki przyczyniły się do wdrożenia zasad transgranicznej opieki medycznej w państwach Wspólnoty Europejskiej.

SŁOWA KLUCZOWE

turystyka medyczna, prawo w turystyce, dyrektywa transgraniczna, świadczenia zdrowotne, ochrona zdrowia na terenie Unii Europejskiej

WPROWADZENIE

Współcześnie wobec powszechnie zachodzących procesów globalizacji, łatwego dostępu do różnych form transportu międzynarodowego, zacierania się granic językowych oraz wzrastającej świadomości społeczeństwa o nowych sposobach korzystania ze świadczeń zdrowotnych turystyka medyczna przekształca się w zjawisko ogólnodostępne. Dokonując analizy turystyki medycznej, należy zauważyć, iż rozwija się ona zwłaszcza w obszarze transgranicznym. Turyści z reguły preferują krótkookresowe podróże niewymagające przemieszczania się do odległych rejonów świata. We współczesnej literaturze przedmiotu turystyka medyczna określana jest jako: fenomen XXI wieku, model transgranicznej opieki zdrowotnej, kategoria offshoringu usług medycznych, rezultat postępującego procesu globalizacji, sektor przemysłu turystycznego bądź kultura masowa.

W konsekwencji zachodzących na przestrzeni wieków procesów globalizacji nastąpił rozwój organizacji międzynarodowych. Ich postępowanie przyczyniło się do ustalenia zasad funkcjonowania państw (ONZ, Unia Europejska) oraz praw znajdujących się na ich terenie obywateli. Sytuacja tego rodzaju wpłynęła na ukształtowanie globalnego łańcucha dostaw placówek medycznych oraz zmian w zarządzaniu instytucjami zapewniającymi opiekę medyczną i ich organizacji. Tym samym świadczenia zdrowotne stały się przedmiotem transgranicznej wymiany usług. Z kolei turystyka medyczna uznana została za kluczową globalną tendencję, której następstwem jest możliwość dokonania wyboru usług medycznych lub skorzystania z tańszych świadczeń zdrowotnych o wyższej jakości.

W związku z występującym zjawiskiem migracji społeczeństwa na obszarze Unii Europejskiej spostrzeżono konieczność ustalenia zasad transgranicznej opieki medycznej. Kluczowe znaczenie przy wdrażaniu norm zapewniających prawa do uzyskania świadczeń medycznych na terenie Unii Europejskiej miało zastosowanie przepisów dotyczących swobody świadczenia usług w zakresie opieki medycznej. Niemniej jednak wprowadzone regulacje nie nakazują zastąpienia państwowych procedur jednym wspólnym systemem, ponieważ opiekę medyczną wyeliminowano z obszaru przedmiotowego wspólnotowej koordynacji krajowych systemów zabezpieczenia społecznego. Z uwagi na okoliczności wynikające z zasady swobodnego przemieszczania się na terenie Unii Europejskiej nie jest ona wykonalna bez jednoczesnego zapewnienia turystom opieki zdrowotnej korzystającym z tego rodzaju swobody. Dlatego też w ramach Unii Europejskiej przyjęto przepisy prawne, które stanowią podstawę koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Ponadto ich celem jest zapewnienie świadczeń medycznych w trakcie czasowego pobytu poza miejscem zamieszkania.

Celem artykułu jest analiza i wskazanie przepisów prawnych oraz norm obowiązujących na terenie Unii Europejskiej, które przysługują turyście korzystającemu ze świadczenia medycznego poza granicami macierzystego kraju. Rozważania dotyczące zasad transgranicznego korzystania z opieki medycznej podzielono na dwie części. W pierwszej scharakteryzowano rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z 29 kwietnia 2004 roku dotyczące koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Z kolei w drugiej omówiono dyrektywę w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej z 9 marca 2011 roku.

TURYSTYKA MEDYCZNA Z PERSPEKTYWY PONADNARODOWEJ PODRÓŻY W POSZUKIWANIU OPIEKI ZDROWOTNEJ

Współcześnie znaczna część globalnych systemów ekonomicznych podlega korelacji postępującej w następstwie ich wzajemnego oddziaływania na skutek zachodzącego procesu żywienia. Uwarunkowania tego rodzaju stanowią konsekwencję dotychczasowych poczynań oraz aktualnie zachodzących powiązań. Posiadają one związek z ponadnarodową kooperacją w obszarze: przedsiębiorstw, wymiany informacji, transakcji, inwestycji, transportu, podróży biznesowych oraz wypoczynkowych. Powyżej wymienione determinanty w sposób bezpośredni wpływają na międzynarodowe relacje występujące w otoczeniu sektorów, państw, przedsiębiorstw, organizacji oraz ich gospodarek narodowych. Procedury wykonywane są na skutek mechanizmu globalizacji, który w sposób zasadniczy oddziałuje na obszar społeczny, ekonomiczny i gospodarczy. Tym samym globalizację należy uznać za proces o istotnej roli w dynamicznym rozwoju cywilizacji oraz współczesnej gospodarce. Termin globalizacji jest popularnie wykorzystywany, niemniej jednak nie w pełni klarownie oraz konkretnie ujęty.

Literatura przedmiotu dotycząca rozpatrywanego problemu charakteryzuje się szerokim punktem widzenia. Prezentowane w niej podejścia są wielostronne. Zjawisko globalizacji występuje prawie w każdym obszarze funkcjonowania (m.in. w prawie, ekonomii, edukacji, polityce, kulturze, nauce, konsumpcji, turystyce). Przyczynia się ono do większej niż dotychczas zależności przyczynowo-skutkowej gospodarek narodowych. Problematyczne zagadnienie stanowi wskazanie znaczenia globalizacji, ponieważ wyznacza ona różnokierunkowy proces, który należy rozpatrywać z wielostronnych perspektyw.

Termin globalizacji używany jest w kontekście różnych znaczeń, co wynika z wielu sfer, których może dotyczyć, między innymi „rozpowszechniania pewnego rodzaju norm, standardów, ujednoczenia wzorców działalności w skali ogólnosiwiatowej. Do najważniejszych z nich należy zaliczyć: polityczną, prawną, etyczną, naukową, medialną, technologiczną i gospodarczą” (Oczkowska, 2013, s. 18). Ponadto stanowi proces zintensyfikowania ponadnarodowych powiązań, który dotyczy wszystkich dziedzin współczesnej aktywności występujących w otoczeniu: politycznym, społecznym, ekonomicznym i kulturowym.

Z kolei „globalizacja w zakresie gospodarczym danych rynków/sektorów dotyczy aktualnie nie tylko wyrobów, ale coraz częściej usług oraz rynku pracy i technologii. Proces ten stymulowany jest przez przedsiębiorstwa funkcjonujące na tych rynkach w sektorach, które umiędzynarodawiają swoje strategie: marketingowe, zaopatrzenia, zbytu i finansowe” (Śmigielska, 2014, s. 198).

W literaturze przedmiotu zazwyczaj zamiennie używane są określenia globalizacji sektorów oraz globalizacji rynków. Niemniej jednak każde z nich posiada odmienny wymiar wobec implementowanych strategii i zakresu funkcjonowania. Proces globalizacji rynków dotyczy połączenia odmiennych jego modeli w jeden międzynarodowy rynek. Cechą charakterystyczną takich rynków jest występowanie silnej konkurencji międzynarodowej oraz natężenie handlu (Kłosiński, Masłowski, 2005, s. 103–106). Konsekwencje globalizacji rynków dostrzegalne są w wymaganiach nabywców, które dotyczą określonych produktów lub usług. Wówczas, gdy utożsamiane są one z potrzebami konsumentów pojawiającymi się na całym świecie, można sądzić, że rynek jest globalny (Stonehouse, Hamill, Campbell, Purdie, 2001, s. 287). Proces globalizacji rynków, dotyczy także scalenia historycznie odrębnych i oddzielnych rynków regionalnych

w jeden bezgraniczny rynek globalny (Yücel, Dagdelen, 2010, s. 63). Z kolei globalizacja sektorów dotyczy długotrwałego integrowania działalności w obszarze gospodarki i sektora. Polega ona na procesie pogłębiania, rozszerzania działalności handlowej i informacyjnej oraz zwiększenia poziomu inwestycji. Tym samym globalizacja sektorów koncentruje się głównie na możliwości przedsiębiorstwa, której celem jest koordynowanie i konfigurowanie działań dążących do powiększania zysku oraz produkcji na skalę światową (Stonehouse i in., 2001, s. 289).

Pośród wielu sformułowań terminu globalizacji za odpowiadające problematyce niniejszego artykułu uznano określenie zaproponowane przez K. Lee. Autorka uważa, że stanowi ona „proces wzrastającej interakcji ludzkich aktywności w wielu sferach, włączając w to sferę: gospodarczą, polityczną, społeczną i kulturalną (...) oraz proces przejawiający się w trzech wymiarach: przestrzennym, czasowym, a także poznawczym” (Lee, 2000, s. 30).

Okoliczności występujące w gospodarce światowej mające związek z wymianą kapitału, usług i poszerzeniem zasięgu funkcjonowania przedsiębiorstw odnoszą się także do sektora usług turystycznych. Wymienione przemiany zachodzące na rynku zdeterminowane są wzrastającą globalizacją branży turystycznej. Uważa się, że działalność turystyczna pozostaje najbardziej zglobalizowaną ze wszystkich gałęzi przemysłu (Knowles, Dimitrios, Joudallah Bey, 2004). Wobec tego zjawisko globalizacji w szerokim zakresie pojmowane jest z reguły jako proces nasilającej się mobilności społeczeństwa, wymiany informacji, usług, produktów, technologii, zasobów ludzkich i kapitału. Przenikanie się czasu i przestrzeni wpływa na zmiany dostrzegalne również w sektorze turystyki medycznej oraz ochrony zdrowia.

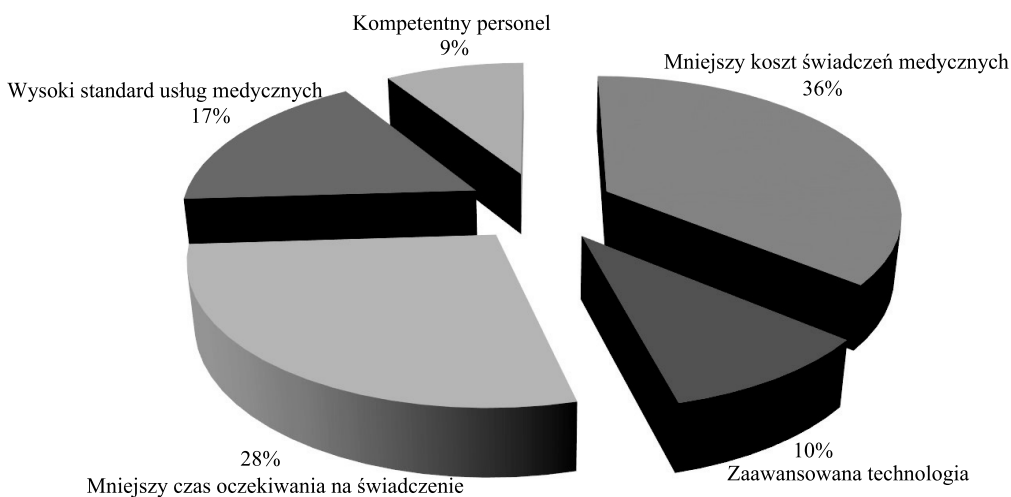
Następstwo procesu globalizacji stanowią liczne migracje nabywców usług zdrowotnych, personelu medycznego, stale postępujący rozwój nowych technologii medycznych oraz zmiany w sposobie konsumpcji i świadczenia usług medycznych. Autonomiczna wymiana towarów, osób, usług, kapitału na obszarze Unii Europejskiej również oddziałuje na rozwój turystyki zdrowotnej i usług medycznych świadczonych turystom zagranicznym. Na skutek występowania turystyki w wielu aspektach życia współczesnej populacji realizuje ona funkcje, które wynikają z konsekwencji jej rozwoju. Wśród kluczowych należy wymienić funkcję zdrowotną. Realizowana jest ona przez trzy formy turystyki zdrowotnej: medyczną, uzdrowiskową i spa & wellness.

Turystykę medyczną uznaje się za zjawisko występujące wśród osób podróżujących z kraju stałego zamieszkania do innego państwa w celu uzyskania dostępu do leczenia medycznego (Connell, 2013). Za tego rodzaju formę podróżowania przyjmuje się zarówno wyjazd związany z pobytem w innym kraju, jak również przejazd w inny rejon własnego kraju, którego zamiarem jest uzyskanie dostępu do usług zdrowotnych na najwyższym poziomie (Lunt, Carrera, 2010). Niezbędne wydaje się uzupełnienie wskazanych powyżej określeń analizowanego problemu. Pod pojęciem turystyki medycznej należy rozumieć nieobowiązkowe, zamierzone i świadome podróże (do innych krajów oraz wewnątrzpaństwowe), których priorytet stanowi uzyskanie specjalistycznej pomocy z zakresu opieki medycznej w celu poprawy aktualnego stanu zdrowia turysty. Migracje o charakterze medycznym występujące w tej formie turystyki powinny być także związane z zamiarem zwiedzania danego regionu oraz wypoczynkiem.

Turystyka medyczna oraz zdrowotna zyskały popularność jako nasilające się globalne zjawisko, które jest symptomatyczne dla XXI wieku (Chew, Darmasaputra, 2015). Ich trend wyznaczają prywatne podróże zagraniczne w celach leczniczych związane ze świadczeniem opieki zdrowotnej, których koszt jest znacznie niższy niż w kraju turysty (Lunt, Carrera, 2011).

Turystyka tego rodzaju stanowi przedmiot wymiany międzynarodowej usług medycznych i jeden z wymiarów globalizacji wpływający na zmieniającą się strukturę opieki zdrowotnej między innymi w państwach Unii Europejskiej. Obecnie świadczenia zdrowotne wykonywane mogą być także za pośrednictwem turystyki medycznej. Na polskim rynku ten rodzaj turystyki rozwija się przede wszystkim w zakresie: chirurgii, ortopedii, okulistyki, onkologii, stomatologii, laryngologii, ginekologii, kardiologii, urologii, flebologii, dietetyki, dermatologii oraz medycyny estetycznej.

Europejski system ochrony zdrowia gwarantuje transgraniczną opiekę zdrowotną, w zakresie której świadczenia wykonywane poza granicami kraju macierzystego turysty finansowane mogą być przez państwowych płatników. Główną przesłankę do podejmowania podróży w celu medycznym stanowią okoliczności ekonomiczne, które wynikają z wyższej jakości lub kosztu świadczonych usług (zob. rys. 1). Kolejną okolicznością wpływającą na wybór miejsca leczenia jest krótszy czas oczekiwania na wykonanie świadczenia medycznego.



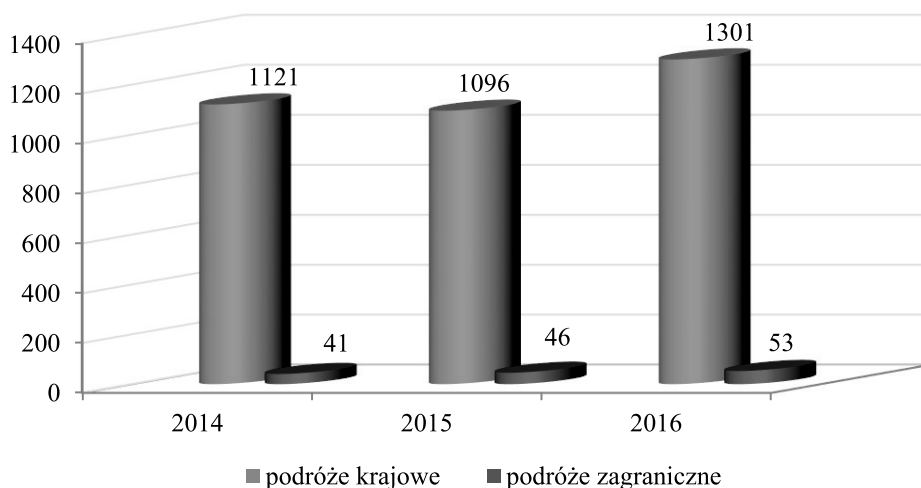
Rysunek 1. Motywy podejmowania aktywności turystycznej w zakresie świadczeń medycznych

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Björnberg, 2017).

Rynek turystyki medycznej jest znaczny, a jego wzrost z roku ma rok coraz szybszy. W 2016 roku wartość globalnego rynku podróży medycznych wyniosła 439 mld dolarów. Według prognoz na kolejne dziesięć lat ulegać będzie ona powiększeniu o 25% w ciągu roku (Stephano, Edelheit, 2017). Natomiast w Europie Środkowo-Wschodniej wskaźnik rozwoju turystyki medycznej kształtuje się w przedziale 12–15% rocznie. Każdego roku z polskiego rynku usług medycznych korzysta 400 tysięcy turystów zagranicznych. Główny cel ich podróży stanowią kliniki: dentystyczne, medycyny estetycznej, chirurgii, uzdrowiska, hotele i ośrodki *medical spa* oraz obiekty świadczące usługi długoterminowej opieki medycznej (*Trendy w polskiej ochronie zdrowia*, 2017). Społeczność uczestniczącą w podróżach medycznych skategoryzować można według pięciu typów (Rosenmöller, McKee, Baeten, 2006):

1. Turyści krótkotrwale odwiedzający dany region, korzystając z pomocy medycznej w następstwie nieszczęśliwych zdarzeń lub przypadkowych zachorowań podczas pobytu wypoczynkowego lub wyjazdu służbowego za granicę.
2. Turyści długoterminowi (tzw. rezydenci), którzy po osiągnięciu wieku emerytalnego podróżują w celach zdrowotnych do innego kraju.
3. Turyści z regionów pogranicznych, którzy na zasadzie podpisanej współpracy między państwami korzystają z transgranicznego świadczenia usług medycznych.
4. Turyści krajowi skierowani na leczenie za granicę przez państwowych płatników na skutek znacznej liczby oczekujących na świadczenie w macierzystym kraju.
5. Turyści medyczni, którzy świadomie podróżują poza granice regionu w celu realizacji świadczenia medycznego.

Na podstawie powyższej klasyfikacji należy wnioskować, że turystyka medyczna ma silny związek z globalizacją sektora ochrony zdrowia państwa, które posiada odpowiednie zaplecze do świadczenia usług oraz przyjmuje turystów. Każdego roku poza granice ojczystego kraju w celach medycznych wyjeżdża coraz większa liczba osób; sytuacja ta zauważalna jest także w przypadku Polski (zob. rys. 2).



Rysunek 2. Liczba podróży według celu zdrowotnego polskich turystów w latach 2014–2016 (w tys.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych (*Turystyka w 2014, 2015; Turystyka w 2015, 2016; Turystyka w 2016, 2017*).

Z rysunku 2 wynika, że w latach 2014–2016 odnotowano wzrost liczby podróży w ramach zagranicznej turystyki medycznej o 29%. Wnioskować należy, iż sytuacja ta wynika z implementacji dyrektywy transgranicznej, która umożliwi polskim turystom uzyskanie zwrotu kosztów leczenia podejmowanego na terenie Unii Europejskiej. Według prognoz w 2026 roku z podróży w celu medycznym skorzysta 4% populacji (Stephano, Edelheit, 2017).

PRAWO TURYSTY DO ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH W ŚWIETLE ZASAD KOORDYNACJI SYSTEMÓW ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

Przepisy prawne w koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego dotyczą norm wspólnotowych Unii Europejskiej. Wynikają one z zasady swobodnego przepływu osób i uwarunkowane są migracją społeczeństwa. Podstawowy element podróży stanowi zagwarantowanie dostępu do wymaganej opieki medycznej podczas pobytu poza granicami macierzystego kraju. Dlatego też w ramach Unii Europejskiej (UE) podjęto próbę normalizacji fundamentalnych zagadnień mających związek z realizacją świadczeń zdrowotnych w innym państwie wspólnoty. Zagadnienia te regulują przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Choć pojęcie „zabezpieczenie społeczne” znajduje powszechne zastosowanie, to nie występuje jedna przyjęta definicja tego terminu. Zgodnie z uznaną przez Międzynarodową Organizację Pracy definicją zabezpieczenie społeczne oznacza „ochronę, którą społeczeństwo zapewnia swoim członkom, przez szereg środków publicznych chroniących przed zagrożeniami gospodarczymi i społecznymi, wynikającymi ze wstrzymania albo znacznego obniżenia poziomu zarobków z powodu choroby, macierzyństwa, wypadku przy pracy, bezrobocia, inwalidztwa, starości i śmierci; zapewnienia opieki lekarskiej i zasiłku rodzinom z dziećmi” (Ditch, 2012, s. 16–17).

Zasady zabezpieczenia społecznego ustanowiła także Rada Europy na mocy traktatu międzynarodowego w Karcie Praw Społecznych Rady Europy. Dotyczy ona prawa społecznego regulowanego przepisami prawa pracy oraz ubezpieczeń społecznych w charakterze prawa człowieka (Świątkowski, 2006). Niemniej jednak w traktacie nie zdefiniowano terminu zabezpieczenia społecznego.

Pierwsze uregulowania dla ówczesnej Unii Europejskiej dotyczące koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego wprowadziły w ubiegłym wieku państwa kształtujące Europejską Wspólnotę Węgla i Stali (EWWiS) (Szybkie, 2007). Natomiast w XXI wieku Parlament Europejski i Rada (WE) wprowadziły rozporządzenie nr 883/2004 z 29 kwietnia 2004 roku. Dotyczy ono koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego i obowiązuje od 1 maja 2010 roku.

Wskazane rozporządzenia pozwalają ubezpieczonym turystom na całkowitą refundację kosztów opieki medycznej wykonanej w innym państwie należącym do UE. Zwrot kosztów następuje w granicach stosownego publicznego systemu opieki zdrowotnej. Refundacja może nastąpić w przypadku wystąpienia dwóch okoliczności:

- a) leczenia planowanego, które wymaga od turysty uzyskania wcześniejszej zgody instytucji właściwej, przy równoczesnym uwzględnieniu sytuacji z art. 22 ust. 1 lit. c i art. 22 ust. 2 rozporządzenia 1408/71, w których instytucja nie może odmówić zgody;
- b) leczenia w stanach nagłych, które należy się turyście podczas pobytu w innym państwie UE bezpłatnie na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ); brak karty podczas podróży powoduje konieczność uregulowania należności za wykonane świadczenie medyczne, lecz z możliwością późniejszego zwrotu kosztów leczenia przez właściwą instytucję.

Wspomniany w pierwszym przypadku artykuł 22 ust. 2 rozporządzenia nr 1408/71 pozwala turystom objętym ubezpieczeniem zdrowotnym w krajach członkowskich otrzymać świadczenia zdrowotne w innym kraju wspólnoty pod warunkiem, że w kraju macierzystym świadczenia tego rodzaju nie można wykonać w odpowiednim czasie. Przepis ten wyszczególnia dwa zasadnicze

warunki, których spełnienie przyczynia się do obowiązku wyrażenia zgody przez instytucję właściwą na podróż do innego państwa członkowskiego celem uzyskania świadczeń medycznych stosownych do stanu zdrowia, niezależnie od miejsca położenia placówki medycznej bądź uzdrowiskowej. Instytucja właściwa (w Polsce Narodowy Fundusz Zdrowia) nie może odmówić zgody na podróż o charakterze medycznym wówczas, gdy:

- a) świadczenie medyczne zawarte jest wśród zobowiązań przewidzianych w zakresie przepisów prawnych państwa członkowskiego, którego terytorium zamieszkuje turysta;
- b) świadczenie zgodne jest z aktualnym stanem zdrowia turysty, a ze względu na postępujący przebieg choroby leczenie nie może odbyć się w późniejszym (odległym) terminie; dlatego też Instytucja zobowiązany jest do wydania zgody na świadczenie medyczne w najbliższym państwie członkowskim UE względem miejsca zamieszkania turysty.

W ramach koordynacji systemu zabezpieczenia społecznego ubezpieczony turysta może korzystać ze świadczeń zdrowotnych (w pełnym zakresie, natychmiast koniecznych, w większym zakresie niż świadczenia konieczne, o znacznej wartości, związanych z ciążą i porodem) i z planowanego leczenia w innym państwie członkowskim (Krowicka, Pitera-Czyżowska, 2004).

Poszczególne państwa UE przeciwnie są regulowaniu należności za świadczenia udzielane za granicą. Niemniej jednak w sytuacji, gdy refundacji wydatków za poniesione przez turystę leczenie nie ujmują przepisy unijnego prawa pochodnego lub nie uzyskano zgody na wykonanie świadczenia medycznego poza granicami kraju macierzystego, wówczas Trybunał Sprawiedliwości stosuje przepisy traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej stanowiące o swobodnym przepływie usług. Według nich niewyrażenie zgody na zwrot poniesionych kosztów rozpatrywany jest w charakterze utrudniania funkcjonowania UE, co wynika z zasady swobody. Jeżeli turysta na podstawie rozporządzenia nr 883/2004 lub innych przepisów krajowych nie otrzyma zezwolenia na wykonanie świadczenia medycznego w innym kraju, może skorzystać z opieki zdrowotnej na podstawie przepisów traktatu o swobodzie świadczenia usług.

Rozporządzenie 883/2004 obejmuje wszystkich obywateli UE (oraz ich rodziny), którzy uprawnieni są do korzystania z zasad zabezpieczenia społecznego w jednym z państw członkowskich lub w przypadku obywateli państw trzecich i ich rodzin, związanych z kilkoma państwami członkowskimi. Według przepisów zawartych w rozporządzeniu turyści przebywający w innym państwie członkowskim, ale poza miejscem swojego zameldowania, mają prawo do świadczeń zdrowotnych według zasad określonych przez ustawodawstwo danego państwa. Koszty opieki medycznej pokrywa macierzysta instytucja zabezpieczenia społecznego turysty, wydając między innymi kartę EKUZ.

Niemniej jednak na przestrzeni lat pojawiło się wiele wątpliwości związanych z transgranicznym świadczeniem usług zdrowotnych, które sukcesywnie wyjaśniane były przez Europejski Trybunał Sprawiedliwości (ETS, obecnie Trybunał Sprawiedliwości UE). Mimo wydanych przez ETS rozstrzygnięć nadal brakowało w UE klarownych przepisów regulujących kwestie udzielania transgranicznych świadczeń medycznych. Dlatego też 2 lipca 2008 roku Komisja Europejska zaprezentowała Parlamentowi Europejskiemu oraz Radzie projekt dyrektywy dotyczący stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Jarman, Greer, 2010). W 2010 roku Rada Europejska zaakceptowała projekt, z kolei Parlament Europejski opowiedział się za przepisami 19 stycznia 2011 roku. Tym samym dyrektywa została zatwierdzona 9 marca 2011 roku, natomiast termin jej przystosowania do wymogów poszczególnych państw członkowskich UE ustalono na 25 października 2013 roku.

REGULACJE DYREKTYWY DOTYCZĄCE ZASTOSOWANIA PRAW TURYSTÓW W TRANSGRANICZNEJ OPIECE MEDYCZNEJ

W nawiązaniu do dotychczas obowiązującego prawa Unii Europejskiej w zakresie ochrony zdrowia znowelizowanego licznymi wyrokami Trybunału Sprawiedliwości w 2004 roku zapoczątkowano czynności mające na celu sporządzenie nowej dyrektywy określającej transgraniczną opiekę zdrowotną.

Zasadniczym celem dyrektywy o transgranicznej opiece zdrowotnej (DT) jest zagwarantowanie dostępu do usług zdrowotnych (produktów leczniczych i wyrobów medycznych) w innym państwie członkowskim UE niż kraj, w którym ubezpieczony jest turysta zgodnie z zasadami powszechności, dostępu do wysokiej jakości opieki, sprawiedliwości i solidarności (Wnukiewicz-Kozłowska, 2014). Ponadto dyrektywa uprawnia turystów do zwrotu poniesionych kosztów w związku z wykonanymi świadczeniami medycznymi w innym państwie należącym do UE.

Dyrektywa transgraniczna stanowi dopełnienie dotychczas obowiązujących przepisów, a zwłaszcza wskazanych w poprzednim podrozdziale rozporządzeń dotyczących koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Przeznaczona jest ona wyłącznie do określenia świadczeń, które udzielane są przez świadczeniodawców należących do systemu zabezpieczenia społecznego lub publicznego systemu opieki zdrowotnej państwa członkowskiego. Zakres jej obowiązywania nie dotyczy świadczeń uzyskanych w macierzystym kraju u świadczeniodawców funkcjonujących poza systemem oraz świadczeń w zakresie długoterminowej opieki, przeszczepu narządów, a także programów powszechnych szczepień przeciw chorobom zakaźnym (art. 1 ust. 3 DT).

Zgodnie z art. 1. DT celem jej implementacji jest ustalenie wspólnotowych regulacji prawnych udzielania pewnej i sprawnej opieki medycznej w perspektywie transgranicznej. Przedmiot dyrektywy dotyczy każdego rodzaju opieki medycznej, niezależnie od sposobu jej organizacji i finansowania w wymiarze publicznym oraz prywatnym (art. 2 DT). Różnokierunkowe przedstawienie definicji zakresu dyrektywy zmierza do zagwarantowania homogenicznego standardu, jakości i bezpieczeństwa w zakresie świadczeń medycznych wykonywanych na terenie UE. Natomiast z punktu widzenia turysty stanowi zobowiązanie do uzyskania porównywalnej opieki medycznej w rodzimym kraju, jak i poza jego granicami. Zgodnie z art. 3 DT termin opieki transgranicznej dotyczy następujących sposobów świadczenia opieki medycznej:

- a) korzystania z opieki zdrowotnej za granicą związanej z „mobilnością pacjentów”;
- b) transgranicznego świadczenia opieki zdrowotnej – zapewnienia usług na terytorium kraju członkowskiego dla turysty z innego państwa UE; wśród tego rodzaju świadczeń należy wymienić usługi w ramach: usług laboratoryjnych, telemedycyny, diagnostyki oraz wypisywania recept (art. 3e DT);
- c) stałej obecności podmiotu świadczącego usługę medyczną (art. 3d DT);
- d) czasowej obecności personelu medycznego (art. 3f DT).

Przepisy dyrektywy w preambule akcentują obowiązek zwrotu kosztów świadczeń medycznych wykonanych podczas podróży transgranicznej. Niemniej jednak w jej dalszej części wskazano, iż zwrot ten powinny być ograniczony wyłącznie do uprawnionej przez turystę opieki (pkt. 13 DT), która wynika z przepisów ubezpieczenia zgodnego z przepisami w macierzystym kraju (art. 7 ust. 1 DT). Tym samym koszty opieki medycznej podlegają zwrotowi przez państwo członkowskie UE wówczas, gdy dana opieka należy do zakresu świadczeń, do których podróży

jest uprawniony w państwie członkowskim ubezpieczyciela. Koszty mogą zostać pokryte wyłącznie do kwoty, którą za dane świadczenie poniesiono by w państwie zamieszkania turysty (art. 7 ust. 4 DT).

Na mocy dyrektywy państwa UE mogą ograniczyć zastosowanie przepisów dotyczących zwrotu kosztów (art. 7 ust. 9 DT) lub wdrożyć mechanizm konieczności uzyskania uprzedniej zgody na skorzystanie z transgranicznych świadczeń medycznych (art. 8 ust. 1). Zezwolenia może wymagać: planowany zabieg, pobyt w szpitalu przez co najmniej jedną noc, zastosowanie wyspospecjalistycznej i kosztownej aparatury medycznej, leczenie stwarzające ryzyko dla pacjenta lub społeczeństwa (art. 8 ust. 2 DT). Na mocy dyrektywy państwo należące do UE może także nie wyrazić zgody na udzielenie świadczenia medycznego. Sytuacja taka może wystąpić, jeżeli (art. 8 ust. 6):

- a) z oceny klinicznej wynika ostateczna pewność, że bezpieczeństwo pacjenta będzie narażone na ryzyko, którego nie można zaakceptować;
- b) istnieje pewność, że społeczeństwo zostanie narażone na zagrożenie bezpieczeństwa w wyniku danego rodzaju transgranicznej opieki medycznej;
- c) istnieją poważne wątpliwości wobec świadczeniodawcy co do poszanowania norm i jakości świadczenia;
- d) opieka zdrowotna może być świadczona na terytorium państwa członkowskiego ubezpieczyciela w terminie uzasadnionym przesłankami medycznymi.

Analizując przepisy dyrektywy, należy zwrócić uwagę, iż w pozostałych przypadkach świadczenia transgranicznej opieki medycznej powinny być dostępne bez konieczności uzyskania zgody turysty na ich wykonanie oraz zwrot poniesionych kosztów. Element ten w porównaniu do przedstawionych powyżej rozwiązań wynikających z koordynacji stanowi kluczową zmianę uznawaną na korzyść turystów z państw należących do UE. Dyrektywa transgraniczna nie dotyczy wprowadzania zmian funkcji realizowanych w obszarze zdrowia przez kraje wspólnoty. Poszczególne państwa nadal samodzielnie mogą organizować i koordynować w swoim kraju system opieki zdrowotnej oraz świadczeń medycznych objęty ubezpieczeniem. Niemniej jednak jej implementacja do 25 października 2013 roku wymagała wprowadzenia odpowiednich norm prawnych w państwach należących do UE. Dlatego też przedstawiciele władzy w Polsce zobowiązani byli do przygotowania ustawy wprowadzającej normy dyrektywy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Termin wdrożenia zmian na rynku polskim nie został zachowany. Dyrektywa została implementowana z rocznym opóźnieniem na mocy ustawy z 10 października 2014 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

PODSUMOWANIE

Turystyka medyczna uznawana jest za błyskawicznie rozwijający się sektor globalnego rynku świadczeń zdrowotnych. Turyści podróżują zazwyczaj do miejscowości transgranicznych w celu uzyskania opieki medycznej. Podróże takie stanowią wynik ponadnarodowego trendu, który łączy proces leczenia, element wypoczynku, zwiedzania oraz korzystania z usług towarzyszących. Indywidualność transgranicznej turystyki medycznej należy rozpatrywać nie tylko z per-

spektywy korzyści dla turystów (społeczeństwa danego kraju), lecz także zysku dla podmiotów wykonujących świadczenia medyczne oraz narodowych systemów zdrowotnych.

Podsumowując powyżej zaprezentowane rozważania na temat transgranicznej turystyki medycznej z perspektywy obowiązujących i analizowanych przepisów prawnych na rynku europejskim, należy zauważyć, iż zwrot kosztów wynikający z ponadnarodowej mobilności turystów można będzie uzyskać głównie w zakresie podstawowych świadczeń medycznych zwłaszcza w regionach przygranicznych. Natomiast leczenie specjalistyczne (szpitalne) wykonywane według wymogów planowania powoduje konieczność uzyskanie uprzedniej zgody właściwej instytucji (NFZ w przypadku turystów z Polski) na skorzystanie z opieki medycznej w innym państwie członkowskim UE. Niemniej jednak przyjęta dyrektywa powinna poprawić bezpieczeństwo turystów, wskazać klarowne procedury w dostępie do opieki zdrowotnej oraz dynamizować współpracę państw członkowskich w zakresie świadczenia usług medycznych.

LITERATURA

- Björnberg, A. (2017). *Euro Health Consumer Index 2016*. France: Health Consumer Powerhouse Ltd.
- Chew, Y.T., Darmasaputra, A. (2015). Identifying research gaps in medical tourism. W: M. Kozak, N. Kozak (red.), *Destination Marketing: An International Perspective* (s. 110–142). London: Taylor & Francis Group Ltd.
- Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*, 43, 1–13.
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24 UE z 9.03.2011 w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Dz.U. UE L088 z 4.04.2011.
- Ditch, J. (2012). *Introduction to Social Security; Policies, Benefits and Poverty*. London–New York: Routledge Taylor&Francis Group.
- Jarman, H., Greer, S. (2010). Cross-border trade in health services: Lessons from the European Laboratory. *Health Policy*, 94 (2), 158–163.
- Kłosiński, K.A., Masłowski, A. (2005). *Globalizacja sektora usług w Polsce*. Warszawa: PWE.
- Knowles, T., Dimitrios, D., Joudallah Bey, E.-M. (2004). *The globalization of tourism and hospitality: a strategic perspective*. London: Thomson.
- Krowicka, A., Pitera-Czyżowska, E. (2004). *Opieka zdrowotna po wejściu Polski do Unii Europejskiej*. Warszawa: CeDeWu.
- Lee, K. (2000). *Globalization and Health: An Introduction*. London: Palgrave MacMillan.
- Lunt, N., Carrera, P. (2010). Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas*, 66 (1), 27–32.
- Lunt, N., Carrera, P. (2011). Systematic review of web sites for prospective medical tourists. *Tourism Review*, 66, 57–67.
- Oczkowska, R. (2013). *Międzynarodowa ekspansja przedsiębiorstw w warunkach globalizacji. Motywy – strategie – tendencje*. Warszawa: Difin.
- Rosenmöller, M., McKee, M., Baeten, R. (2006). *Patient Mobility in the European Union. Learning from Experience, European Observatory*. Copenhagen: The Cromwell Press, Trowbridge, Wilts.
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z 29.04.2004. Dz.U. L 166, 30.04.2004, p. 1 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.
- Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z 14.06.1971. Dz.U. L 149 z 5.07.1971 (brak daty) w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie.
- Rozporządzenie Rady (EWG) nr 574/72 z 21.03.1972. Dz.U. L 74 z 27.03.1972 dotyczące wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek.
- Rozporządzenie Rady (EWG) nr 874/72 z 21.03.1972 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie.

- Stephano, R.-M., Edelheit, J. (2017). *2016–2017 Global Buyers Survey Medical Tourism*. Florida: Global Healthcare Resources.
- Stonehouse, G., Hamill, J., Campbell, D., Purdie, T. (2001). *Globalizacja: strategia i zarządzanie*. Warszawa: Felberg SJA.
- Szybkie, A. (2007). Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego we Wspólnocie Europejskiej. *Polityka Społeczna*, 11–12, 14–23.
- Śmigiel, G. (2014). Innowacje w procesie globalizacji przedsiębiorstw handlu detalicznego. *Problemy Zarządzania Finansów i Marketingu*, 34, 197–206.
- Świątkowski, A.M. (2006). *Karta Praw Społecznych Rady Europy*. Warszawa: C.H. Beck.
- Turystyka w 2014*. (2015). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Turystyka w 2015*. (2016). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Turystyka w 2016*. (2017). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, wersja skonsolidowana. Dz.Urz. UE C 326/49 z 26.10.2012.
- Trendy w polskiej ochronie zdrowia*. (2017). Warszawa: PwC.
- Ustawa z 10.10.2014 o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Dz.U. 2014, poz. 1491.
- Wnukiewicz-Kozłowska, A. (2014). Charakterystyka dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011.24/UE. *Medium Dolnośląska Izba Lekarska*, 2, 56–67.
- Yücel, R., Dagdelen, O. (2010). Globalization of Markets, Marketing Ethics and Social Responsibility. *Business, Management and Economics "Globalization – Today, Tomorrow"*, 4 (2), 61–76.

CROSS-BORDER MEDICAL TOURISM IN THE CONTEXT OF LEGAL REGULATIONS

ABSTRACT

Nowadays the tourism sector is one of the most dynamically developing areas of social life. Tourism fulfils many functions that determine the consequences of its development. The most crucial among them is the health function, which is realized through, inter alia, medical tourism. It is distinguished from other forms of tourism by combing travel for health and tourist purposes. The progressive globalization process, innovative technologies in medical engineering and equal access to health services within the European Union contributed to the emergence of new perspectives for the functioning of the health system and the provision of specialist medical services. Significant costs of medical services in the developed countries, distant dates of planned procedures, long waiting time to be granted benefits and an increasing demand for professional medical services resulting from the progressive aging of the population led, in 2011, to introducing by the European Union of a directive adjusting patients rights in cross-border healthcare. The aim of this paper is to show what rights a tourist is entitled to when using medical services outside one's country. The research method involved an analysis of the content of the social security systems coordination and the cross-border directive. The paper also indicates the provisions of the EU Court of Justice, which have contributed to the implementation of cross-border healthcare within the European Community

KEYWORDS

medical tourism, law in tourism, cross-border directive, health benefits, health care in the European Union

Translated by Małgorzata Sztorc