

Dostępność świadczeń zdrowotnych w ramach Wspólnoty Europejskiej

Availability of health care services within the European Community

Tomasz Holecki¹, Agata Bocionek²

STRESZCZENIE

¹Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Wydział Zdrowia Publicznego
Zakład Ekonomiki Zdrowia,
p.o. kierownika.
²Uniwersytet Śląski w Katowicach,
słuchaczka studium doktoranckiego

Prawo swobodnego przepływu osób oraz usług, będące podstawą funkcjonowania Unii Europejskiej, spowodowało konieczność zapewnienia obywatelom Unii Europejskiej, przemieszczającym się wewnątrz Wspólnoty, dostępu do świadczeń wynikających z zabezpieczenia społecznego, a w szczególności usług medycznych na terytorium innego kraju niż kraj pochodzenia. W celu całościowego przedstawienia zastosowania przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dokonano analizy podstawowych aktów prawnych, ustanawiających obowiązujące rozwiązania formalno-proceduralne, niezbędne dla zrozumienia niniejszego zagadnienia.

Opracowanie stanowi teoretyczno-empiryczną analizę faktów, w oparciu o ustawowe zadania i ich realizację prowadzoną przez Narodowy Fundusz Zdrowia, z wykorzystaniem danych statystycznych pochodzących z raportów przygotowywanych przez Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia, zgromadzonych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych NFZ.

SŁOWA KLUCZOWE

świadczenia zdrowotne, usługi medyczne, Narodowy Fundusz Zdrowia, koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego

ADRES

DO KORESPONDENCJI:

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Wydział Zdrowia Publicznego
Zakład Ekonomiki Zdrowia
ul. Piekarska 18
41-900 Bytom
tel. +48 32 397 65 37
e-mail: tholecki@sum.edu.pl

Ann.Acad.Med.Siles. 2010, 64, 3-4, 76-82
Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach
ISSN 0208-5607

ABSTRACT

The right of free movement of people and services, which is essential for the functioning of the European Union made it necessary to provide citizens of the European Union, moving within the community, to access the benefits of the social security systems. Particularly: health services in any member state other than the citizen's own. In order to submit a comprehensive application of the regulations on coordination of social security, by the National Health Fund, an analysis of basic legal acts es-

establishing the existing formal and procedural solutions, necessary for an understanding of this issue, has been done.

The paper is a theoretical and empirical analysis of facts, based on the statutory duties and implementation, undertaken by the National Health Fund, using statistical data from reports prepared by the Head of the National Health Fund, gathered in The Central Registry of Insured Persons.

KEY WORDS

health services, medical services, National Health Fund, co-ordination of social security Systems

WSTĘP

W zjednoczonej Europie, gdzie migracja społeczeństwa jest swoistym trendem – stylem życia, czy też sposobem zapewnienia dobrobytu materialnego, konieczne stało się wdrożenie rozwiązań prawnych, mających na celu ujednoczenie przepisów wspólnotowych oraz zlikwidowanie barier, ograniczających wolność oraz prawa migrantów. Podstawową potrzebą każdej jednostki, decydującą o jej zachowaniach oraz pozycji społecznej jest zapewnienie zdrowia, dlatego tak ważnym, jeśli nie najważniejszym, warunkiem swobodnego przepływu osób jest zapewnienie dostępu do nabytych podczas przemieszczania się w obrębie państw członkowskich świadczeń społecznych oraz rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

Nieuniknionym skutkiem przystąpienia do Unii Europejskiej jest zgoda na ograniczenie autonomii danego państwa członkowskiego, w konsekwencji częściowego przekazania kompetencji w kształtowaniu porządku prawnego w ręce władz wspólnotowych. Formuła Wspólnoty dopuszcza odmiennosć systemową poszczególnych państw, lecz w celu ułatwienia obywatelom UE dostępu do wszelkich świadczeń wynikających z zabezpieczenia społecznego dąży do wypracowania jednolitych standardów w zakresie szeroko definiowanego zdrowia publicznego [1]. Państwo członkowskie ma prawo zachować całkowitą suwerenność jedynie w tych obszarach, które nie są ostatecznie regulowane przepisami wspólnotowymi. Jednakże integracja pomiędzy państwami UE oraz dążenie do ujednoczenia przepisów tych państw powoduje, że obszar ich suwerenności stopniowo się zawęża. Zasada swobodnego przepływu osób oraz usług w obrębie państw członkowskich Unii Europejskiej została wprowadzona na mocy

traktatu ustanawiającego Unię Europejską [2] i stanowi fundament ustroju gospodarczego UE. Zasady te poszerzają uprawnienia jednostek, wynikające z posiadania obywatelstwa UE. Jednocześnie prawo swobodnego przemieszczania się osób, przepływu usług, jak również pojęcie obywatelstwa Unii Europejskiej, ograniczają autonomię poszczególnych państw członkowskich. Konflikt pomiędzy prawami jednostki a interesem państwa członkowskiego oraz szczególny charakter usług medycznych spowodował, że usługi te stanowią jedną z gałęzi rynku europejskiego, najczęściej regulowaną dodatkowymi przepisami – tak wspólnotowymi, jak i krajowymi. Obostrzenia te celowo ograniczają swobodny przepływ usług medycznych, m.in. po to, by ochronić znajdujące się w różnym stadium rozwoju krajowe systemy opieki zdrowotnej. Nadanie obywatelom państw członkowskich prawa do swobodnego przemieszczania się niesie ze sobą konieczność zapewnienia dostępu do świadczeń wynikających z zabezpieczenia społecznego, nabytych na terenie innego państwa. Dlatego też u podstaw Wspólnoty Europejskiej określono zakres praw osób migrujących do świadczeń zabezpieczenia społecznego w innym państwie niż kraj pochodzenia.

1. Regulacje prawne

Podstawowym aktem normatywnym Unii Europejskiej i jednocześnie pierwszym dokumentem rozstrzygającym kwestie koordynacji w odniesieniu do pracowników, osób samodzielnie zarobkujących oraz członków ich rodzin przemieszczających się w obrębie Wspólnoty jest Rozporządzenie Rady (EWG) Nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 roku o stosowaniu systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników, osób samodzielnie zarobkujących i członków ich rodzin prze-

mieszczających się we Wspólnocie [3] oraz Rozporządzenie Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 roku w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 [4]. Od dnia 1 maja 2010 r. dokumenty te obowiązują jedynie w odniesieniu do państw członkowskich Europejskiego Stowarzyszenia o Wolnym Handlu, natomiast w krajach Unii Europejskiej obowiązuje nowy porządek prawny wprowadzony na mocy rozporządzenia 883/2004 oraz rozporządzeń regulujących.

Do dnia 30 kwietnia 2004 r. stosunki w zakresie zabezpieczenia społecznego między Polską a innymi państwami regulowały międzynarodowe umowy o zabezpieczeniu społecznym. Miały one na celu zachowanie uprawnień wynikających z przepisów o zabezpieczeniu społecznym, zdobytych na terytorium państwa będącego stroną wspomnianej umowy lub ochronę osoby ubezpieczonej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywającej na terenie danego państwa. Wówczas osoby wykonujące aktywność zawodową na terytorium innego państwa lub wyjeżdżające w celach turystycznych, korzystały z wszelkich świadczeń wynikających z przepisów o zabezpieczeniu społecznym, w tym ze świadczeń zdrowotnych, na podstawie przepisów wspomnianych konwencji. Do momentu akcesji Polski do Unii Europejskiej Polska związała się tego typu umowami z kilkunastoma państwami, w tym również państwami członkowskimi UE. Umowy te z dniem 1 maja 2004 r. zostały zastąpione przez jednolite przepisy Rozporządzenia Rady (EWG) Nr 1408/71 i obecnie nie obowiązują. Jednakże zgodnie z orzeczeniem Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w pewnych wyjątkowych sytuacjach, gdy dana umowa międzynarodowa była korzystniejsza od przepisów wynikających ze wspomnianego rozporządzenia, należy zastosować przepisy korzystniejsze. Zasada ta może być realizowana jedynie wówczas, gdy pracownik, którego sprawa jest rozstrzygana, skorzystał z prawa do swobodnego przemieszczania się, zanim weszły w życie regulacje rozporządzenia nr 1408/71. Drugim koniecznym warunkiem jest przebycie chociażby części okresów ubezpieczeniowych, które są podstawą do uzyskania prawa do świadczeń, przed wejściem w życie w danym państwie wspomnianego rozporządzenia. Zasada stosowania korzystniejszych przepisów jest również zagwarantowana na mocy samego rozporządzenia 1407/71 [5].

Dodatkowo na mocy rozporządzeń rozszerzających zakres podmiotowy (nr 1408/71) prawem tym zostali objęci cudzoziemcy z krajów trzecich, pod warunkiem legalnego zamieszkania na stałe na terytorium państwa członkowskiego [6] oraz urzędnicy państwowi bez rozgraniczenia, czy są beneficjentami powszechnego systemu zabezpieczenia, czy systemów szczególnych [7].

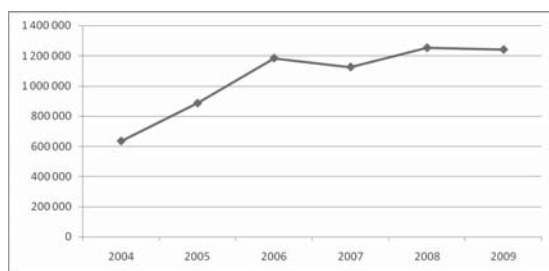
Prawa wynikające z rozporządzenia 1408/71 i rozporządzeń regulujących obejmują nie tylko pracowników najemnych migrujących do krajów Unii Europejskiej i krajów Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA), lecz również osoby prowadzące działalność na własny rachunek, pobierające świadczenia emerytalno-rentowe, studentów, bezpaństwowców, uchodźców oraz osoby pozostające na ich utrzymaniu i osoby pozostałe przy życiu po ich śmierci [8]. Przy czym członkowie rodzin osób zatrudnionych, pracujących na własny rachunek oraz studentów, którzy nie posiadają innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego poza tytułem członka rodziny, są objęci rozporządzeniem nawet, gdy nie są obywatelami żadnego z państw członkowskich. O tym, kto może zostać uznany za członka rodziny i uzyskać prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, decyduje państwo członkowskie, na terytorium którego mają zostać przyznane świadczenia. Według polskiego ustawodawstwa, status członka rodziny osoby ubezpieczonej może posiadać dziecko własne, przysposobione lub objęte opieką prawną, jak również wnuk, pod warunkiem, że nie osiągnęło ono 18. roku życia, natomiast po przekroczeniu tego wieku warunkiem koniecznym do posiadania statusu członka rodziny jest kontynuowanie nauki. Jednakże prawo to przysługuje jedynie do ukończenia 26 lat. Wyjątek stanowią osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, które jednocześnie nie posiadają własnego tytułu do ubezpieczenia, np. wynikającego z pobieranego świadczenia rentowego. Wówczas status członka rodziny ubezpieczonego rodzica bądź dziadka przysługuje bez względu na wiek. Poza wspomnianymi grupami, polskie ustawodawstwo umożliwia również zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny nieubezpieczonego małżonka lub wstępnych. Jednakże w przypadku wstępnych dodatkowym obostrzeniem jest konieczność prowadzenia wspólnego gospodarstwa domowego z osobą zgłaszającą do ubezpieczenia [9].

2. Europejskie dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń zdrowotnych

Wzrastające zjawisko migracji w obrębie Wspólnoty, poza ustanowieniem odpowiednich regulacji prawnych w celu zachowania kontroli nad przepływem osób, spowodowało również konieczność wprowadzenia rozwiązań formalnych gwarantujących osobom uprawnionym prawo swobodnego dostępu do świadczeń zdrowotnych. W związku z tym Komisja Europejska ustanowiła szereg dokumentów, mających na celu potwierdzenie instytucji miejsca pobytu prawa do świadczeń osoby ubezpieczonej w innym kraju oraz zobowiązanie kraju ubezpieczenia do ewentualnego pokrycia kosztów udzielonych świadczeń.

Od przystąpienia Polski do Unii Europejskiej w 2004 r. osoby objęte powszechnym systemem ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia uzyskały m.in. możliwość zabezpieczenia podczas krótkich wyjazdów turystycznych, jak również w celach zawodowych (np. w formie delegacji) do innych krajów UE/EFTA, w razie konieczności skorzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. W tym celu Narodowy Fundusz Zdrowia wydaje takim osobom dokumenty potwierdzające ich ubezpieczenie, będące jednocześnie zobowiązaniem publicznego płatnika do sfinansowania wspomnianych świadczeń udzielonych w ramach

Ryc. 1. Liczba dokumentów E 111N, E 128, EKUZ i Certyfikatów Tymczasowo Zastępujących EKUZ wydanych przez NFZ w latach 2004–2009.



Źródło: Na podstawie danych zawartych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych Narodowego Funduszu Zdrowia.

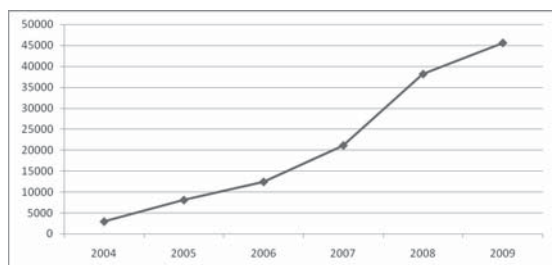
systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Początkowo dokumentami takimi były formularze E 111N i E 128, które następnie zostały zastąpione Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego i Certyfikatem Tymczasowo Zastępującym EKUZ. Jak duże jest zapotrzebowanie wśród ubezpieczonych w NFZ na tego rodzaju dokument, świadczy każdego roku liczba wydanych dokumentów (Ryc. 1).

Po wprowadzeniu w 2004 roku dokumentów potwierdzających ubezpieczenie w NFZ na terytorium innego kraju UE/EFTA, które stanowią zobowiązanie NFZ do pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych ubezpieczonemu na terytorium innego kraju, liczba tych dokumentów wyraźnie wzrastała aż do 2006 roku i od tej pory do chwili obecnej utrzymuje się na wyrównanym poziomie. Aktualnie jest to podstawowa forma zabezpieczenia podczas wyjazdów za granicę, uznawana za ważniejszą od ubezpieczeń oferowanych przez prywatne firmy ubezpieczeniowe. Niejednokrotnie nawet, warunkiem umowy zawieranej z prywatną ubezpieczalnią jest posiadanie europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego. Wynika to z faktu, że EKUZ to jedyny tego rodzaju dokument europejski, stosowany w powszechnym systemie ubezpieczenia i honorowany przez zagraniczne placówki opieki zdrowotnej, który umożliwia zwolnienie z obowiązku pokrycia kosztów niezbędnych świadczeń zdrowotnych.

Poza wspomnianym EKUZ, Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, wydaje również formularze E 106, E 109, E 120 i E 121 (w przypadku ubezpieczonych w NFZ) oraz poświadczenia rejestracji w NFZ tych formularzy (w przypadku ubezpieczonych w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego innego kraju UE/EFTA, posiadających miejsce zamieszkania w Polsce). Uzyskanie tych dokumentów jest uwarunkowane nabyciem prawa do świadczeń zdrowotnych w jednym z państw członkowskich w wyniku wykonywania aktywności zawodowej (w przypadku E 106 i E 109), ubieganiem się o przyznanie świadczeń emerytalno-rentowych (w przypadku E 120) lub pobieraniem tych świadczeń (w przypadku E 121). Częściej niż same formularze Fundusz wydaje wspomniane powyżej poświadczenia rejestracji formularzy, czyli dokumenty, które gwarantują pełne prawo do rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej, udzielanych w placówkach, które zawarły umowę z NFZ, osobom ubezpieczonym w instytucjach (np. w kasach chorych) innego kraju UE/EFTA. Osoba posługująca się takim dokumentem jest traktowana na równi z osobą ubezpieczoną w NFZ, co oznacza, że może korzystać ze świadczeń medycznych na tym samym poziomie i jednakowych warunkach, mimo podlegania ubezpieczeniu in-

nego państwa członkowskiego. W przeciwieństwie do EKUZ, których liczba w ostatnich latach ustabilizowała się na wysokim poziomie, poświadczona formularzy wydawane są w coraz większej liczbie (Ryc. 2).

Ryc. 2. Liczba poświadczonych formularzy NFZ na podstawie zarejestrowanych formularzy E 106, E 109, E 121 w latach 2004–2009.



Źródło: Ibidem.

Najrzadziej wydawanymi dokumentami służącymi zapewnieniu prawa do świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym w NFZ na terytorium innego państwa są zgody Prezesa NFZ na sfinansowanie planowych świadczeń opieki zdrowotnej (leczenia), badań diagnostycznych i transportu do miejsca świadczeń, udzielonych osobie ubezpieczonej w NFZ na terytorium innego kraju [10] (Tab. 1). W przypadku krajów EFTA uzyskanie zgody Prezesa oznacza obecnie wydanie przez właściwy oddział Funduszu formularza E 112, z kolei w celu pokrycia kosztów świadczeń udzielonych na terytorium kraju Unii Europejskiej Fundusz wydaje ubezpieczonemu tzw. dokumenty przenośne S2, S3 lub DA1. Świadczenia udzielone ubezpieczonemu poza terytorium UE/EFTA finansowane są przez Fundusz na podstawie faktury wystawionej przez zagraniczną placówkę opieki zdrowotnej.

Tab. I. Zestawienie decyzji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wydanych w latach 2008-2009.

Rok	Zgody	Odmowy	Umorzenia
2008	114	26	12
2009	107	36	7
Razem	221	62	19

Źródło: Ibidem.

Uzyskanie zgody na sfinansowanie planowego leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej jest możliwe jedynie w przypadku, gdy dane świadczenia nie są wykonywane na terytorium RP

lub gdy czas oczekiwania na ich wykonanie w kraju jest zbyt długi. Jednak najczęściej powodem wydania takiej zgody jest brak dostępu do danej usługi medycznej na terytorium Polski. W 2008 roku zostało wydanych 26 decyzji odmownych na przeprowadzenie leczenia poza granicami RP, w tym 11 decyzji dotyczyło świadczeń, których według wniosku nie można było wykonać w kraju ze względu na zbyt długi okres oczekiwania. We wspomnianych przypadkach, w toku przeprowadzonego przez NFZ postępowania proceduralnego ustalono, że istnieje możliwość udzielenia danego świadczenia w Polsce w terminie odpowiednim ze względu na stan zdrowia pacjenta. W przypadku pozostałych 15 decyzji odmownych, do wniosków złożonych ze względu na brak możliwości wykonania świadczenia w kraju, w toku postępowania ustalono, że na terytorium RP jest możliwe przeprowadzenie przedmiotowego świadczenia. Decyzje o umorzeniu postępowania były wydawane w przypadkach, gdy wnioskowane świadczenia zostały przeprowadzone przed wydaniem decyzji Prezesa Funduszu [11] (Tab. 2).

Tab. II. Liczba decyzji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wydanych w 2008 roku w zależności od przedmiotu wniosku.

Kryterium	Ogółem	Zgoda	Odmowa	Umorzenie
Czas oczekiwania	22	4	11	6
Świadczenie niedostępne w kraju	130	110	15	6
Razem	152	114	26	12

Źródło: Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2008.

Świadczenia udzielane za zgodą Prezesa NFZ są zawsze świadczeniami wysokospecjalistycznymi i kosztownymi, a stan zdrowia świadczeniobiorcy często wymaga natychmiastowego leczenia. Mimo to, by uzyskać wspomnianą zgodę, należy spełnić ściśle określone kryteria. Pierwszym krokiem w celu uzyskania dokumentu jest złożenie do właściwego oddziału Funduszu wniosku o zgodę na leczenie poza granicami RP. Wniosek w części wypełnia świadczeniobiorca, a w części lekarz specjalista danej dziedziny medycyny, posiadający stopień naukowy doktora habilitowanego lub tytuł profesora nauk medycznych [12]. Lekarz ocenia konieczność przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych poza gra-

nicami kraju, biorąc pod uwagę przebieg choroby, stan zdrowia oraz przewidywany rozwój choroby. Jednocześnie wskazuje placówkę na terytorium innego państwa, w której możliwe jest udzielenie pacjentowi świadczeń zdrowotnych. Po złożeniu wniosku, oddział Funduszu weryfikuje wniosek pod względem formalnym i po wykluczeniu ewentualnych nieprawidłowości, może zwrócić się o opinię do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny właściwej dla przedmiotowego leczenia lub badań diagnostycznych. Na uzyskanie opinii przewidywany jest okres dziesięciu dni [13], licząc od dnia wpływu dokumentacji do konsultanta wojewódzkiego. Konsultant wojewódzki ocenia konieczność udzielenia świadczeń poza granicami RP oraz potwierdza wybraną placówkę opieki zdrowotnej lub wskazuje inną placówkę i uzasadnia jej wybór. Następnie oddział Funduszu uzgadnia z wybraną placówką wstępne koszty leczenia lub badań i w terminie do trzech dni przesyła dokumentację do Prezesa NFZ, który z kolei w terminie do pięciu dni roboczych od dnia otrzymania dokumentów wydaje decyzję w sprawie udzielenia zgody lub odmowy na leczenie lub bada-

dziny medycyny, co wydłuża procedurę o kolejne dziesięć dni roboczych. Po wydaniu zgody Prezesa Funduszu, oddział regionalny w ciągu 2 dni roboczych wydaje odpowiednią decyzję (Tab. 3). Decyzję Prezesa otrzymuje osoba wnioskująca, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, który wypełnił część wniosku, jak również oddział wojewódzki Funduszu, za pośrednictwem którego finansowane są wnioskowane świadczenia.

Wyboru placówki opieki zdrowotnej, w której możliwe jest przeprowadzenie wnioskowanych świadczeń, dokonuje się spośród placówek całego świata. Natomiast dotychczasowe doświadczenie wskazuje, że najczęściej wybierane są instytucje państw znajdujących się

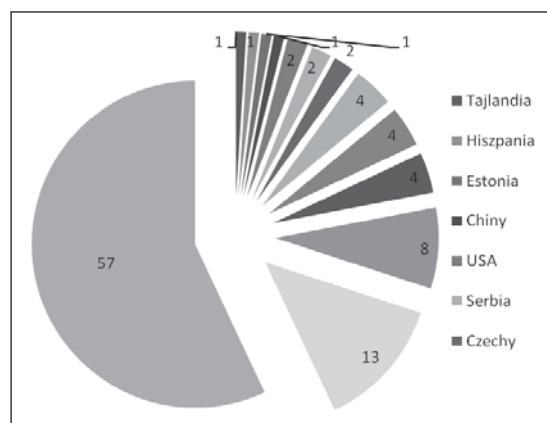
Tab. III. Liczba wydanych decyzji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w 2008 roku z podziałem na dziedziny medycyny.

Dziedzina medycyny	Liczba decyzji Prezesa NFZ
Ortopedia	34
Okulistyka	16
Badania diagnostyczne/genetyczne	12
Chirurgia (w tym: ogólna, onkologiczna, plastyczna, szczękowo-twarzowa, klatki piersiowej, naczyniowa)	18
Położnictwo i ginekologia	15
Neurochirurgia	8
Transplantologia	2
Kardiochirurgia	4
Rehabilitacja	1
Otolaryngologia	1
Psychiatria	1

Źródło: Ibidem.

nia diagnostyczne poza granicami RP oraz pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń [14]. Przed wydaniem decyzji, Prezes NFZ może zwrócić się o opinię na temat zasadności wnioskowanego świadczenia do krajowego konsultanta odpowiedniej dzie-

Ryc. 3. Odsetek pozytywnych decyzji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia według krajów, w których realizowane były przedmiotowe świadczenia w 2008 r.



Źródło: Ibidem.

w niedalekiej odległości od kraju, tj. w Niemczech, Belgii oraz Wielkiej Brytanii (Ryc. 3).

PODSUMOWANIE

Ze względu na problemy związane z interpretacją zawiłych i niedoprecyzowanych przepisów rozporządzenia 1408/71, rozstrzyganych niejednokrotnie wyrokami Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, oraz coraz szerszy zakres stosowania tych przepisów, konieczne stało się wprowadzenie zmian, których celem będzie uproszczenie i unowocześnienie skomplikowanej materii formalno-proceduralnej oraz przyspieszenie komunikacji pomiędzy instytucjami realizującymi wspomniane przepisy. Dlatego też po ponad trzydziestu latach obo-

wiązywania rozporządzenia 1408/71 zastąpiono je Rozporządzeniem Rady i Parlamentu Europejskiego nr 883/2004 [15].

Pomijając udoskonalone zapisy prawne, zgodne z dotychczasowym dorobkiem Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, największe zmiany zostały wprowadzone w kwestii praktycznego stosowania przepisów o zabezpieczeniu społecznym, głównie poprzez stopniowe wprowadzanie elektronicznego przepływu dokumentów w komunikacji pomiędzy dwiema lub kilkoma instytucjami oraz pomiędzy instytucją a ubezpieczonym oraz ustalenie nowych dokumentów unijnych, zastępujących stosowa-

wane dotychczas formularze. Wdrożenie systemu elektronicznej wymiany informacji dotyczących zabezpieczenia społecznego dla sektora ubezpieczeń zdrowotnych – EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information) oraz jednorodnych dokumentów przenośnych w miejsce czasochłonnej wymiany informacji drogą pocztową oraz kilkustronicowych, niejasnych dla świadczeniobiorcy formularzy serii E, w ciągu najbliższych kilku lat, z pewnością usprawni obowiązujący wspólnotowy system zabezpieczenia społecznego, prowadząc do zwiększenia dostępności świadczeń zdrowotnych.

PIŚMIENNICTWO:

1. Tatara T., Matysiak A., Wyrozębska A. Opieka zdrowotna w krajach Unii Europejskiej – organizacja i funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia, *Zdrowie Publiczne, Polish Journal of Public Health* 2009 Nr 119, s. 175-178.
2. Traktat Ustanawiający Wspólnotę Europejską sporządzony w Rzymie dnia 25 marca 1957 r. (Dz. U. 04.90.864/2).
3. Dz. U. L 149 z 5.07.1971, z późn. zm.
4. Dz. U. L 74 z 27.03.1972, z późn. zm.
5. Art. 7. ust. 2 lit. c Rozporządzenia Rady (EWG) Nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r.
6. Rozporządzenie Rady (WE) Nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. (Dz. U. L124 z 20.05.2003).
7. Rozporządzenie Rady (WE) nr 1606/98 z dnia 29 czerwca 1998 r. (Dz. U. L 209 z 25.07.1998) zmieniające rozporządzenie nr 1408/71 i rozporządzenie 574/72.
8. Art. 2, ust. 1 i 2 Rozporządzenia Rady (EWG) Nr 1408/71.
9. Art. 5, pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. z 2008 r. Dz. U. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).
10. Art. 26 ust. 1 i art. 97 ust. 3 pkt. 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. z 2008 r. Dz. U. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).
11. Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2008 rok.
12. §4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. z dnia 31 grudnia 2007 r. Nr 249 poz. 1867 z późn. zm.).
13. § 6 ust. 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. z dnia 31 grudnia 2007 r. Nr 249 poz. 1867 z późn. zm.).
14. § 8 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. z dnia 31 grudnia 2007 r. Nr 249 poz. 1867 z późn. zm.).
15. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. U. L 166 z 30.04.2004, sprostowanie: L 200 z 07.06.2004).