

# PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

# RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 450

**Polityka ekonomiczna**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu  
Wrocław 2016

Redakcja wydawnicza: Anna Grzybowska, Aleksandra Śliwka

Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz

Korekta: Barbara Cibis

Łamanie: Adam Dębski

Projekt okładki: Beata Dębska

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania  
znajdują się na stronach internetowych Wydawnictwa  
[www.pracenaukowe.ue.wroc.pl](http://www.pracenaukowe.ue.wroc.pl)  
[www.wydawnictwo.ue.wroc.pl](http://www.wydawnictwo.ue.wroc.pl)

Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons

Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska  
(CC BY-NC-ND 3.0 PL)



© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu  
Wrocław 2016

**ISSN 1899-3192**  
**e-ISSN 2392-0041**

**ISBN 978-83-7695-617-6**

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Zamówienia na opublikowane prace należy składać na adres:  
Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu  
ul. Komandorska 118/120, 53-345 Wrocław  
tel./fax 71 36 80 602; e-mail: [econbook@ue.wroc.pl](mailto:econbook@ue.wroc.pl)  
[www.ksiegarnia.ue.wroc.pl](http://www.ksiegarnia.ue.wroc.pl)

Druk i oprawa: TOTEM

## Spis treści

<b>Wstęp</b> .....	11
<b>Lyubov Andrushko:</b> Prognozowanie pozyskania drewna w Polsce na podstawie danych GUS / Roundwood production forecasting in Poland, on the basis of the data of the central statistical office.....	13
<b>Tomasz Bernat:</b> Przedsiębiorczość i oczekiwania większych zarobków a ryzyko podjęcia działalności / Entrepreneurship and higher earnings expectations vs. risk of business set up.....	25
<b>Beata Bieńkowska:</b> Spółdzielnie socjalne – szanse i bariery rozwoju przedsiębiorczości społecznej w Polsce / Social cooperatives – opportunities and threats for social entrepreneurship development in Poland.....	35
<b>Wioletta Bieńkowska-Gołasa:</b> Produkcja i wykorzystanie energii elektrycznej na Mazowszu z uwzględnieniem OZE / Production and use of electricity in Mazowsze with the consideration of renewable energy sources.....	46
<b>Agnieszka Biernat-Jarka:</b> Dzierżawa jako sposób zwiększenia powierzchni gospodarstw rolnych w województwie mazowieckim / Leasing as a method of farms' area increase in Mazowsze Voivodeship.....	56
<b>Krystyna Bobińska:</b> Miejsce kraju w rankingach wieloczynnikowych jako podstawa do identyfikacji nieuruchomionych rezerw rozwoju gospodarczego / The place of the country in the multifactoral ratings as a basis for identification of the hidden reserves for economic growth.....	68
<b>Malgorzata Bogusz, Sabina Ostrowska:</b> Wybrane problemy polityki społecznej i zdrowotnej wobec osób starszych na poziomie lokalnym – sztuka partycypacji / Chosen problems of social and health policy for seniors at local level – the capability of participation.....	82
<b>Przemysław Borkowski:</b> Problemy prowadzenia rachunku kosztów i korzyści w inwestycjach infrastrukturalnych / Challenges in optimising cost-benefit analysis in infrastructure projects.....	91
<b>Barbara Chmielewska:</b> Dysproporcje w jakości życia ludności wiejskiej i miejskiej a polityka ich zmniejszania / Disparities in quality of life of rural and urban population vs. policy of its reduction.....	103
<b>Kazimierz Cyran:</b> Postrzeganie marek własnych produktów żywnościowych a perspektywy ich rozwoju / The perception of private labels of food products vs. the prospects for their development.....	114
<b>Sławomir Dybka:</b> Skuteczność promocji w Internecie – perspektywa klienta / Effectiveness of the Internet promotion – customer perspective.....	125
<b>Malgorzata Gasz:</b> Priorytety rozwoju innowacyjności polskiej gospodarki / Priorities of Polish economy innovation development.....	138

<b>Aleksandra Gąsior:</b> Poziom rozwoju transportu jako determinanta procesu restrukturyzacji dużych przedsiębiorstw / The level of transport as a determinant of the process of large enterprises restructuring .....	150
<b>Edyta Gąsiorowska-Mącznik:</b> Przedsiębiorczość w strategiach gmin województwa świętokrzyskiego / Entrepreneurship in strategies of municipalities of Świętokrzyskie Voivodeship .....	161
<b>Jarosław Górecki, Jadwiga Bizon-Górecka:</b> Analiza zachowania inwestorów w odniesieniu do kryterium ceny za roboty budowlane / Behavior of investors and price for construction works.....	172
<b>Artur Grabowski:</b> Wolność prowadzenia działalności gospodarczej w obszarze sportu profesjonalnego / Freedom of business activity in the area of professional sport.....	182
<b>Sylvia Guzdek:</b> Kooperacja jako główna forma współpracy przedsiębiorstw w międzynarodowych sieciach biznesowych / Cooperation as the main form of cooperation in international networks of business .....	191
<b>Marcin Halicki:</b> The Foster-Hart measure as a tool for determining the set of risky portfolios that do not expose the investor to the bankruptcy / Miara Foster-Harta jako narzędzie do wyznaczania zbioru ryzykownych portfeli, które nie narażają inwestora na bankructwo.....	205
<b>Mateusz Halka:</b> Wykonawcy robót budowlanych na rynku zamówień publicznych a ich kondycja ekonomiczno-finansowa / Construction contractors on the public procurement market vs. their economic and financial standing .....	217
<b>Tomasz Holecki, Magdalena Syrkiewicz-Świtała, Agnieszka Bubel, Karolina Sobczyk:</b> Finansowe konsekwencje realizacji dyrektywy transgranicznej w ochronie zdrowia / Financial consequences of the implementation of the cross-border healthcare directive .....	229
<b>Żaklina Jabłońska:</b> Marketing relacji i CSR jako narzędzia budowania przewagi konkurencyjnej przez franchyzodawców branży gastronomicznej w Polsce / Relationship marketing and CSR as tools for building of competitive advantage by franchisors of foodservice industry in Poland .....	241
<b>Sławomir Jankiewicz:</b> Wpływ bezpieczeństwa energetycznego na rozwój gospodarczy w Polsce / The impact of energy security to the economic development in Poland .....	251
<b>Emilia Jankowska:</b> Zróżnicowanie infrastruktury transportowej w kontekście polityki Unii Europejskiej / The diversity of transport infrastructure in the context of the EU policy .....	260
<b>Bożena Karwat-Woźniak, Paweł Chmieliński:</b> Przemiany w strukturze agrarnej polskiego rolnictwa i wpływ wybranych instrumentów WPR na te procesy / Changes in the agrarian structure of Polish agriculture and the impact of selected CAP measures on these processes .....	272

<b>Ewa Koloszyz:</b> Światowy rynek mleka – wybrane zagadnienia / World dairy market – selected issues .....	287
<b>Agnieszka Komor:</b> Wybrane uwarunkowania strukturalne decyzji lokalizacyjnych małych i średnich przedsiębiorstw / Chosen structural conditions of localization decisions concerning small and midium enterprises.....	298
<b>Aleksandra Koźlak, Barbara Pawłowska:</b> Współczesne wyzwania europejskiej polityki transportowej / Current challenges of European transport policy .....	311
<b>Hanna Kruk, Anetta Waśniewska:</b> Parki krajobrazowe i narodowe jako element rozwoju zrównoważonego na przykładzie gmin województwa wielkopolskiego / National and landscape parks as part of sustainable development. Case study: Wielkopolska Voivodeship communes .....	323
<b>Anna Krzysztofek:</b> Dyrektywa 2014/95/UE oraz wynikające z niej zmiany / Directive 2014/95/EU, and changes resulting from it .....	334
<b>Władysława Łuczka:</b> Ekologiczna gospodarka żywnościowa w województwie wielkopolskim w okresie integracji z Unią Europejską / Ecological food economy in Wielkopolska Voivodeship in the time of accession into the European Union .....	347
<b>Aleksandra Majda:</b> The analysis of succession strategy, success determinants in Polish family business – case study / Analiza determinant sukcesu strategii sukcesyjnej w polskich przedsiębiorstwach rodzinnych – studium przypadku.....	357
<b>Janusz Majewski:</b> Problem wyceny zapylania jako usługi środowiskowej / The problem of the valuation of pollination as environment service .....	369
<b>Arkadiusz Malkowski:</b> Ruch graniczny jako czynnik rozwoju regionu przygranicznego na przykładzie pogranicza zachodniego Polski / Border traffic as a factor in the development of border regions on the example of the borderland of Western Poland.....	378
<b>Grażyna Michalczuk, Agnieszka Zalewska-Bochenko:</b> Platforma e-PUAP jako przykład elektroniczacji usług administracji publicznej dla ludności / e-PUAP as an example of electronic services of public administration for the citizens .....	390
<b>Danuta Mierzwa, Małgorzata Krotowska:</b> Czynniki ekonomiczno-społeczne integracji poziomej rolników – raport z badań / Economic and social factors of horizontal integration of farmers – study report .....	399
<b>Karolina Olejniczak:</b> Czynniki rozwoju obszarów funkcjonalnych w świetle badań empirycznych / Factors of functional areas development in the light of empirical research .....	410
<b>Dorota Pasińska:</b> Polski rynek drobiu po wstąpieniu do Unii Europejskiej / Polish poultry market after the accession to European Union .....	421
<b>Ewa Polak, Waldemar Polak:</b> Wskaźniki dotyczące zdrowia i opieki zdrowotnej jako mierniki jakości życia w Polsce na tle wybranych państw /	

Indices referring to health care as the measure of life quality in Poland in comparison to selected countries.....	433
<b>Adriana Politaj:</b> Zakłady aktywności zawodowej oraz zakłady pracy chronionej jako pracodawcy osób niepełnosprawnych w Polsce / Vocational development centres and sheltered workshops as employers of handicapped persons in Poland .....	446
<b>Iwona Pomianek:</b> Klasyfikacja gmin miejsko-wiejskich w Polsce według poziomu rozwoju społeczno-ekonomicznego / Classification of semi-urban communes in Poland by the level of socio-economic development ....	458
<b>Zdzisław W. Puślecki:</b> Current re-shaping of international business / Obecne zmiany kształtu biznesu międzynarodowego .....	471
<b>Magdalena Ratalewska:</b> Rozwój sektora kreatywnego gier komputerowych w Polsce / The development of the creative industries sector of computer games in Poland.....	491
<b>Jarosław Ropęga:</b> Czynniki niepowodzeń gospodarczych małych przedsiębiorstw w aspekcie nowego paradygmatu cywilizacyjnego / Failure factors of small enterprises in the context of new paradigm of civilization ...	501
<b>Robert Rusielik:</b> Wykorzystanie alternatywnych indeksów produktywności do pomiaru efektywności rolnictwa w Polsce / Alternative productivity indexes for measuring agricultural efficiency in Poland.....	514
<b>Izabela Serocka:</b> Znaczenie czynników lokalizacji przedsiębiorstw a aktywność władz lokalnych gmin województwa warmińsko-mazurskiego / The importance of business location factors vs. the activity of Warmia and Mazury Voivodeship local authorities.....	524
<b>Katarzyna Smędzik-Ambroży, Joanna Strońska-Ziemiann:</b> Rozwój lokalny na obszarach wiejskich o zróżnicowanym rolnictwie (przypadek podregionu pilskiego na tle sytuacji w Wielkopolsce) / Local development in rural areas with diversified agriculture (the case of pilski subregion on the background of the situation in Wielkopolska).....	538
<b>Karolina Sobczyk, Tomasz Holecki, Joanna Woźniak-Holecka, Michał Wróblewski:</b> Wykorzystanie środków publicznych w walce z wykluczeniem cyfrowym na poziomie samorządowym / Public funds use against digital exclusion at the level of self-government .....	550
<b>Michał Świtłyk:</b> Efektywność techniczna gospodarstw mlecznych w Polsce w latach 2009-2011 / Technical efficiency of dairy farms in Poland in 2009-2011.....	561
<b>Dariusz Tłoczyński:</b> Konkurencja pomiędzy przewoźnikami Ryanair i Wizz Air jako element rozwoju polskiego rynku usług transportu lotniczego / Competition between Ryanair and Wizz Air as an element of development of Polish air transport market .....	570

<b>Weronika Toszewska-Czerniej:</b> Productivity of service delivery process as a factor affecting the level of differentiation / Produktywność procesu usługowego jako czynnik kształtujący poziom zróżnicowania .....	584
<b>Roman Tylżanowski:</b> Stymulatory procesów transferu technologii w przedsiębiorstwach przemysłowych wysokiej techniki w Polsce / Stimulators of technology transfer processes in high-tech manufacturing sector in Poland .....	594
<b>Małgorzata Wachowska:</b> Czas pozyskiwania cudzych idei przez przemysł. Doświadczenia Polski / Adoption time of others' ideas by industry. Experience of Poland .....	606
<b>Agnieszka Werenowska:</b> Kierunki zmian na rynku niskokosztowych linii lotniczych / Directions of changes in the market of low-cost airlines.....	616
<b>Barbara Wieliczko:</b> Wspólna Polityka Rolna a zarządzanie ryzykiem w rolnictwie / Common agricultural policy vs. risk management in agriculture .....	626
<b>Artur Wilczyński:</b> Progi rentowności w gospodarstwach mlecznych w latach 2013-2020 / Break-even point analysis for dairy farms in 2013-2020 .....	633
<b>Jarosław Wołkonowski:</b> Handel zagraniczny Litwy w latach 2012-2015 a sankcje gospodarcze przeciw Rosji / Lithuanian foreign trade in the years 2012-2015 vs. economic sanctions against Russia .....	644
<b>Arkadiusz Zalewski:</b> Uwarunkowania regionalnego zróżnicowania poziomu nawożenia mineralnego w Polsce / Determinants of regional differences of level of mineral fertilization in Poland.....	658
<b>Anna Zielińska-Chmielewska, Mirosław Walawski:</b> The use of futures rapeseed contracts exemplified by a trading company in Poland / Zastosowanie kontraktów <i>futures</i> na rzepak przez przedsiębiorstwa handlowe w Polsce .....	669

## Wstęp

Z wielką przyjemnością oddajemy w Państwa ręce publikację pt. *Polityka ekonomiczna*, wydaną w ramach Prac Naukowych Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu. Opracowanie składa się z 58 artykułów (w tym 5 w języku angielskim), w których Autorzy prezentują wyniki badań dotyczących zagadnień związanych z funkcjonowaniem współczesnych systemów gospodarczych w zakresie polityki gospodarczej. Tematyka podjęta w artykułach jest stosunkowo szeroka – mieści się w czterech obszarach problemowych. Pierwszy przedstawia rozważania związane z polityką innowacyjną, wolnością prowadzenia działalności gospodarczej oraz formami współpracy przedsiębiorstw. Drugi obszar dotyczy polityki transportowej, w tym infrastruktury i konkurencji. Trzeci obejmuje opracowania z zakresu polityki społecznej i zdrowotnej państwa – na poziomie zarówno krajowym, jak i lokalnym. Czwartą grupę stanowią artykuły dotyczące rolnictwa, w tym szczególnie wspólnej polityki rolnej i przemian w strukturze agrarnej.

Publikacja przeznaczona jest dla pracowników naukowych szkół wyższych, specjalistów zajmujących się w praktyce problematyką ekonomiczną, studentów studiów ekonomicznych oraz słuchaczy studiów podyplomowych i doktoranckich.

Artykuły składające się na niniejszy zbiór były recenzowane przez samodzielnych pracowników naukowych uniwersytetów, w większości kierowników katedr polityki ekonomicznej. W tym miejscu chcielibyśmy serdecznie podziękować za wnikliwe i rzetelne recenzje, często inspirujące do dalszych badań. Oddając powyższą publikację do rąk naszych Czytelników, wyrażamy nadzieję, że ze względu na jej wszechstronny charakter spotka się ona z zainteresowaniem i przyczyni do rozpoczęcia inspirujących dyskusji naukowych.

*Jerzy Sokołowski, Grażyna Węgrzyn*



**Tomasz Holecki, Magdalena Syrkiewicz-Świtała,  
Agnieszka Bubel, Karolina Sobczyk**

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

e-mails: tholecki@sum.edu.pl; mswitala@sum.edu.pl; aga.bub@wp.pl; kesobczyk@gmail.com

---

**FINANSOWE KONSEKWENCJE REALIZACJI  
DYREKTYWY TRANSGRANICZNEJ  
W OCHRONIE ZDROWIA**

---

**FINANCIAL CONSEQUENCES  
OF THE IMPLEMENTATION  
OF THE CROSS-BORDER HEALTHCARE DIRECTIVE**

---

DOI: 10.15611/pn.2016.450.20

**Streszczenie:** W efekcie globalizacji w europejskim obszarze gospodarczym doszło do umiędzynarodowienia systemów opieki zdrowotnej, czego konsekwencją jest m.in. rosnąca liczba porozumień o współpracy międzynarodowej, także w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej. Zapisy dyrektywy transgranicznej nie ograniczają profitów wynikających z przepisów o koordynacji i zabezpieczeniu społecznym, związanych ze świadczeniem procedur medycznych w zagranicznych placówkach, ale doprecyzowują prawa pacjenta związane ze swobodą świadczenia usług zdrowotnych. W pracy opisano proces koordynacji przepisów z zakresu ochrony zdrowia w Unii Europejskiej ze szczególnym uwzględnieniem zapisów dyrektywy transgranicznej. Zawarto także przegląd wykorzystywania uprawnień przez polskich pacjentów wraz z analizą kosztów, jakie generują dla publicznego płatnika. Metodą badawczą był przegląd literatury ze szczególnym uwzględnieniem przepisów prawa krajowego i unijnego oraz analiza danych pochodzących z raportów branżowych.

**Słowa kluczowe:** dyrektywa transgraniczna, ochrona zdrowia, finanse publiczne

**Summary:** The phenomenon of globalization in the European economic area and the fact of the creation of a supranational organization, that is the European Union, has meant the opening of borders and the introduction of the provisions on free movement of persons, goods and services, which – in the sphere of healthcare – manifests itself mainly through the internationalization of healthcare systems. Due to the fact that the phenomenon of cooperation within the European Community is growing in strength, mainly due to the growing number of agreements on international cooperation, the member states have developed and implemented the provisions on the application of patients' rights in cross-border healthcare. The present study reveals the process of coordination of health protection in the European Union, with particular emphasis on cross-border provisions of the directive. It also contains a review of the usage of entitlements by Polish patients, together with an analysis of the costs, which they generate for the public taxpayer. The scientific method was to review the literature

with special reference to laws, both national and European Union and the analysis of data from health care sector reports.

**Keywords:** cross-border directive, health care, public finances.

## 1. Wstęp

Zjawisko globalizacji w europejskim obszarze gospodarczym oraz fakt powstania ponadnarodowej organizacji, jaką stanowi Unia Europejska, doprowadziły w konsekwencji do otwarcia granic i wprowadzenia przepisów o swobodnym przepływie osób, towarów i usług, co w sferze ochrony zdrowia przejawia się głównie poprzez umiędzynarodowienie systemów opieki zdrowotnej.

Ponieważ zjawisko kooperacji w ramach Wspólnoty Europejskiej przybiera coraz większe rozmiary, głównie za sprawą narastającej liczby porozumień o współpracy międzynarodowej, państwa członkowskie opracowały, a następnie wdrożyły przepisy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.

Rozwiązania przyjęte w dyrektywie transgranicznej nie ograniczają dotychczasowych korzyści wynikających z przepisów o koordynacji i zabezpieczeniu społecznym, związanych ze świadczeniem procedur medycznych w zagranicznych placówkach ochrony zdrowia, lecz doprecyzowują prawa pacjenta wynikające ze swobody świadczenia usług zdrowotnych, które do tej pory znajdowały odzwierciedlenie w orzeczeniach wydawanych przez Europejski Trybunał Sprawiedliwości.

Celem artykułu jest przedstawienie procesu koordynacji przepisów z zakresu ochrony zdrowia w Unii Europejskiej, ze szczególnym uwzględnieniem zapisów dyrektywy transgranicznej na przykładzie Polski. W tym celu dokonano analizy przysługujących pacjentom uprawnień i ich wykorzystania w kontekście kosztów ponoszonych przez publicznego płatnika.

## 2. Koordynacja przepisów z zakresu ochrony zdrowia w Unii Europejskiej

Jednym z zadań Wspólnoty Europejskiej jest zapewnienie ochrony zdrowia jej mieszkańcom, co wyprowadza się wprost z brzmienia artykułu 168 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej [*Traktat...* 2008, art. 168], dotyczącego również koordynacji działań zdrowotnych z uwzględnieniem współpracy w regionach przygranicznych [eur-lex.europa.eu]. Podstawowym aktem prawnym, wpisującym się w działania na rzecz zdrowia, a traktującym o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego wraz z regulacją możliwości korzystania z opieki zdrowotnej świadczonej w innym państwie członkowskim UE, było Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r., w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we

Wspólnocie [www.ekuz.nfz.gov.pl]. Dokument ten stanowił podwalinę kształtowania się transgranicznej opieki zdrowotnej, jednak nie umożliwił pełnego dostępu pacjentów do opieki zdrowotnej w innym kraju niż macierzysty i generował szeroki katalog niejasności w zakresie realizacji i finansowania procedur zdrowotnych.

W roku 2004 wydane zostało Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, stosowane w razie zaistnienia nagłej potrzeby udzielania świadczenia zdrowotnego osobom znajdującym się poza granicami własnego kraju lub przemieszczających się do państw członkowskich UE/EFTA w celu uzyskania konkretnej, zaplanowanej wcześniej usługi. Jednak nadal nie określało ono jasno reguł związanych ze świadczeniem transgranicznej opieki zdrowotnej. Dopiero 2 lipca 2008 r. Komisja Europejska przedstawiła Parlamentowi Europejskiemu i Radzie projekt dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej [Jarman, Greer 2010, s. 94; Peeters 2012, s. 29-60], który po licznych zmianach został przedstawiony podczas zorganizowanego w grudniu 2009 r. porozumienia politycznego [Muscat 2010], a w 2010 r. przyjęty przez Radę Europejską i zaakceptowany 19 stycznia 2011 r. przez Parlament Europejski. Finalnie dokument pod nazwą dyrektywy transgranicznej przyjęto 9 marca 2011 r. w Strasburgu i 24 kwietnia 2012 r. wszedł w życie z terminem transpozycji do obowiązującego w poszczególnych krajach członkowskich porządku prawnego wyznaczonym na 25 października 2013 roku.

Polska została zatem zobowiązana do wdrożenia przepisów, mimo iż wraz z Austrią, Portugalią i Rumunią głosowała przeciwko przyjęciu omawianych rozwiązań [Domański i in. 2011]. W konsekwencji proces implementacji unijnych przepisów do polskiego systemu prawnego rozpoczął się 7 lutego 2013 r., kiedy to Ministerstwo Zdrowia opracowało wstępne założenia projektu ustawy o zmianie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Piotrowska i in. 2014, s. 6-11]. Ostatecznie 15 listopada 2014 r. weszła w życie ustawa z 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, a także dwa rozporządzenia Ministra Zdrowia. Pierwsze w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ i drugie w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu. Wymienione przepisy dokonały skutecznej implementacji przepisów dyrektywy transgranicznej do polskiego systemu prawnego [Kruszewska 2014].

Należy zaznaczyć, że chociaż Polska nie dotrzymała określonego w przepisach terminu włączenia założeń dyrektywy transgranicznej do krajowego systemu prawnego, nie stanowiło to formalnych przeszkód w korzystaniu z jej zasad, a następnie wystąpieniu o zwrot poniesionych kosztów leczenia od nakazanego przepisem UE terminu transpozycji [Piotrowska i in. 2014, s. 6-11].

### 3. Istota i zakres dyrektywy transgranicznej

W odniesieniu do leczenia planowanego europejskie prawodawstwo dopuszcza dwa rodzaje postępowania. Pierwsze to rozwiązanie przyjęte w przepisach o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, a drugie wynikające z założeń dyrektywy transgranicznej, która dotyczy wyłącznie leczenia planowanego i jest uzupełnieniem przepisów o koordynacji. Istota dyrektywy opiera się głównie na wyeliminowaniu konieczności każdorazowego ubiegania się o wydawanie zgody na odbycie leczenia w innym niż macierzystym kraju członkowskim Unii Europejskiej. Głównym celem omawianego dokumentu jest wywiązanie się i realizacja zasady swobody świadczenia usług w sferze opieki zdrowotnej, zgodnie z orzecznictwem Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, poprzez stworzenie przejrzystych ram prawnych w zakresie korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej oraz w zakresie zwrotu poniesionych przez publicznego płatnika kosztów leczenia, obowiązujących w każdym z państw członkowskich [Horgan, Byrne, Brand 2013, s. 1-2; Jasiński 2011, s. 100-113].

Dyrektywa transgraniczna określa zatem wytyczne i procedury korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w państwach członkowskich UE, niezależnie od organizacji systemu ochrony zdrowia w poszczególnych państwach czy zasad finansowania procedur medycznych, które są zaplanowane. Zaznaczyć jednak należy, że rozwiązania przyjęte w tym dokumencie nie mają zastosowania do świadczeń z zakresu opieki długoterminowej, procedur transplantacji narządów oraz powszechnych programów szczepień przeciw chorobom zakaźnym. Ponadto w niektórych przypadkach wymagana jest uprzednia zgoda na wykonanie określonego świadczenia. Dzieje się tak m.in. wtedy, gdy procedura obejmuje pobyt w szpitalu przez co najmniej jedną noc, wymaga wykorzystania wysoce specjalistycznej i kosztownej aparatury medycznej, a także stwarza szczególne ryzyko dla pacjenta lub społeczeństwa. W praktyce do najczęstszych przyczyn odmowy sfinansowania świadczeń zalicza się przypadki, gdy [Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady... 2011]:

- po przeprowadzonej ocenie klinicznej istnieje pewność, że bezpieczeństwo pacjenta, który chce skorzystać z transgranicznej opieki zdrowotnej świadczonej w innym państwie członkowskim, będzie narażone na nieakceptowane ryzyko, przewyższające potencjalne korzyści wynikające z odbycia takiego leczenia,
- określony rodzaj procedury medycznej jest udzielany przez świadczeniodawcę budzącego wątpliwości co do przestrzegania norm jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwa pacjentów, w tym przepisów dotyczących nadzoru,
- dane świadczenie może zostać udzielone w kraju ubezpieczenia, w terminie uzasadnionym przesłankami medycznymi, po uwzględnieniu stanu zdrowia chorego i prawdopodobnego przebiegu określonego schorzenia.

#### 4. Rozliczanie procedur dyrektywy transgranicznej

Pacjent, decydując się na leczenie w określonym państwie członkowskim UE, musi samodzielnie uregulować kwoty związane z realizacją świadczenia, aby następnie ubiegać się o zwrot poniesionych wydatków w kraju pochodzenia. Wysokość zwrotu kosztów nie może jednak przekraczać wartości tożsamyh produktów i usług medycznych, za które państwo jako organizator systemu płaci krajowym świadczeniodawcom [Koczur 2014, s. 150-162].

Jeżeli wykonana procedura wchodzi w zakres świadczeń gwarantowanych, lecz nie posiada dokładnego odpowiednika wśród świadczeń krajowych, to za podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się kwotę bazową procedur o zbliżonej charakterystyce medycznej [Ustawa... 2014]. Jeśli natomiast występuje różnicowanie na poziomie regionalnym, wysokość zwrotu liczona jest jako średnia ważona kwoty poziomu finansowania danego świadczenia według stanu obowiązującego na dzień 1 stycznia określonego roku, w którym odbywało się leczenie zagraniczne. Jeśli rozliczenie dotyczy gotowości do udzielania świadczeń w formie ryczałtu, to podstawę zwrotu stanowi kwota obliczana jako średnia wartość krajowa finansowania procedury medycznej z danego zakresu, udzielonych jednemu pacjentowi, w ostatnim pełnym kwartale poprzedzającym kwartał, w którym realizowane było świadczenie wynikające z transgranicznej opieki zdrowotnej. Ustalanie średnich kwot finansowania dotyczy zwłaszcza świadczeń gwarantowanych udzielanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w szpitalnych izbach przyjęć, a także wobec jednorazowego incydentu interwencji jednostki ratownictwa medycznego.

W przypadku świadczeń medycznych finansowanych z budżetu państwa, w części podlegającej ministrowi zdrowia podstawą wysokości zwrotu kosztów jest średnia ważona oraz średnia kwota finansowania danej procedury, ustalonej przez ministra zdrowia. W przypadku produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego, kwotą wyjściową uzyskania zwrotu jest kwota finansowania pochodząca ze środków publicznych, w tym odpowiadająca wartości wyrobu medycznego, jednak nie wyższa niż limit finansowania pochodzący ze środków publicznych dla danego produktu lub limit finansowania wspomnianych produktów farmaceutycznych czy wyrobów medycznych wraz z odpłatnością, uwzględnionych w wykazie ustawy o refundacji [Ustawa... 2014].

Jeżeli wartość poniesionych nakładów związanych z realizacją transgranicznej opieki zdrowotnej przekroczyłaby w znaczący sposób poziom kosztów, jakie państwo ubezpieczenia byłoby w stanie zapłacić za identyczną procedurę medyczną wykonaną w swoim kraju, pacjent może mimo wszystko uzyskać całkowity zwrot kosztów w sytuacji, gdy uzyska na to zgodę [Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady... 2011].

Decyzje w sprawie zwrotu poniesionych kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej wydaje, po wcześniejszym złożeniu wniosku przez świadczeniobiorcę, dy-

rektor określonego oddziału wojewódzkiego NFZ, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta. Ponadto może zostać wydana decyzja o zwrocie kosztów innych niż bezpośrednio związanych z leczeniem w innym kraju członkowskim, takich jak koszty podróży czy noclegu, albo innych dodatkowych wydatków, które mogą ponieść osoby niepełnosprawne w związku z procesem korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej, zgodnie z przepisami krajowymi, pod warunkiem uwierzytelnienia odpowiednimi dokumentami [Dyrektywa... 2011].

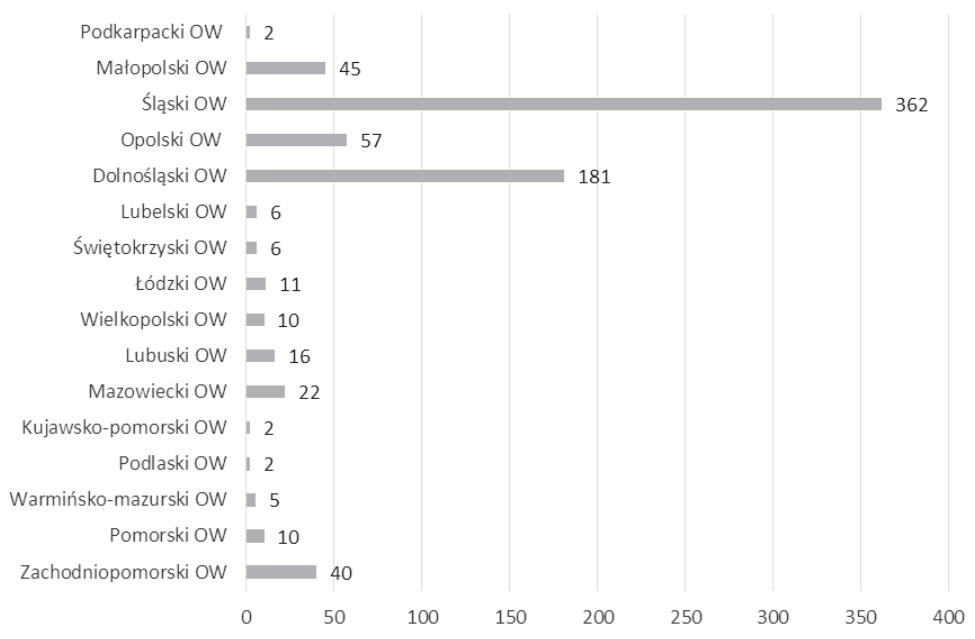
W szczególnych przypadkach dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ może wydać decyzję o odmowie zwrotu kosztów. Są to przede wszystkim sytuacje, kiedy nie zostały spełnione warunki co do zaliczenia danej procedury medycznej do zakresu świadczeń gwarantowanych, pacjent nie uzyskał uprzednio wymaganej zgody, skierowania lub zlecenia odbycia leczenia oraz jeżeli złożono nieprawidłowe bądź niekompletne dokumenty, a także gdy złożono je po upływie określonego terminu. Od wydanych decyzji o odmowie wydania zgody na zwrot kosztów każdemu świadczeniobiorcy przysługuje odwołanie do Prezesa NFZ, natomiast od decyzji ostatecznych przysługuje skarga do sądu administracyjnego [Ustawa... 2014]. Do wniosku składanego w terenowym oddziale NFZ powinny zostać dołączone również:

- oryginał rachunku wystawionego za leczenie odbyte w państwie członkowskim UE lub dokument potwierdzający pokrycie całkowitych kosztów wykonanej procedury medycznej,
- oryginał lub kopia skierowania, zlecenia czy recepty,
- w indywidualnych przypadkach także zaświadczenie świadczeniodawcy potwierdzające zakwalifikowanie do programu lekowego bądź kopia dokumentacji medycznej, potwierdzająca zasadność wystawienia recepty,
- tłumaczenie dokumentów na język ojczysty, sporządzone przez tłumacza przysięgłego w przypadku, gdy opracowane zostały w języku obcym.

Wnioski o zwrot kosztów należy składać przed upływem 6 miesięcy od dnia wystawienia rachunku za zrealizowanie świadczenia. Standardowo decyzja wydawana jest w terminie 30 dni od momentu rozpoczęcia procedury postępowania. Czas oczekiwania na decyzję może jednak zostać przedłużony do 60 dni, kiedy rozpatrzenie wniosku wymaga przeprowadzenia dodatkowego postępowania wyjaśniającego, lub 6 miesięcy, gdy procedura przeprowadzenia postępowania wymaga udziału krajowego punktu kontaktowego do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej. Rozpatrywanie wniosków odbywa się zgodnie z kolejnością ich wpływu do wojewódzkiego oddziału NFZ. Standardowo zwrot kosztów następuje w terminie do 7 dni od momentu wydania ostatecznej decyzji i dokonuje się go poprzez przelanie określonej kwoty pieniężnej na wskazany we wniosku rachunek bankowy świadczeniobiorcy lub w formie przekazu pocztowego [Ustawa... 2014].

## 5. Finansowe aspekty stosowania dyrektywy transgranicznej

Komisja Europejska szacuje, że na terenie całej Wspólnoty udział transgranicznej opieki zdrowotnej w całkowitych wydatkach publicznych stanowi zaledwie 1% kosztów w ochronie zdrowia, a także mniej niż 1% wyjazdów poza granice własnego kraju związane jest z planowanym leczeniem. W Polsce w 2013 r. z usług medycznych świadczonych za granicą skorzystało 0,7% gospodarstw domowych [Koehne 2014], a od 15 listopada 2014 r., czyli daty transpozycji unijnego przepisu do krajowego systemu prawnego, do końca pierwszego kwartału 2015 r., łącznie we wszystkich wojewódzkich oddziałach NFZ, złożono jedynie 777 wniosków o zwrot poniesionych kosztów leczenia poza granicami kraju. Rozkład statystyczny wykazuje wyraźną dominację pacjentów z województwa śląskiego (362) oraz kolejno dolnośląskiego (181), opolskiego (57), małopolskiego (45) i zachodniopomorskiego (40). Szczegóły prezentuje rys. 1.



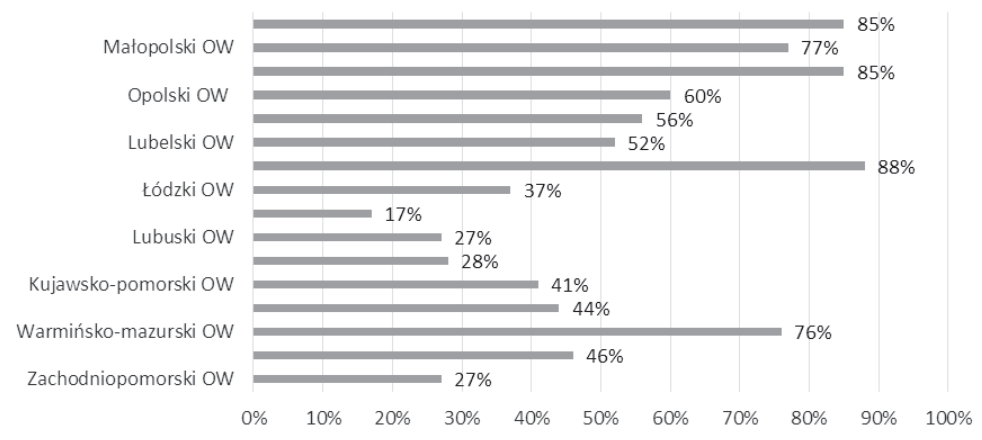
**Rys. 1.** Liczba wniosków o zwrot kosztów leczenia za granicą (15.11.2014 – 31.03.2015)

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych... 2016].

Łączna kwota zobowiązań wynikająca z realizacji wniosków wyniosła we wskazanym okresie 4 203 940 zł, co w zdecydowanej większości (81%) związane było

z realizacją wniosków o zwrot kosztów operacji zaćmy. Najwięcej zabiegów wykonano w Czechach (661), Niemczech (93), Austrii (6), Francji (5), a także po jednej procedurze na Cyprze, w Rumunii, Wielkiej Brytanii, Włoszech i krajach Beneluxu. Średnia wysokość zwrotu kosztów poniesionych w związku z kompleksowym zabiegiem operacji zaćmy kształtuje się na poziomie 5 668 zł, natomiast w sytuacji usunięcia zaćmy niepowikłanej stanowi niemalże połowę tej kwoty – 2 340 zł [www.kpk.nfz.gov.pl]. Pozostała część zabiegów dotyczyła operacji wszczepienia endoprotez stawu biodrowego i kolana [Poradnik NFZ... 2016].

Z punktu widzenia pacjenta szczególnie istotna jest proporcja pomiędzy realnymi kosztami poniesionymi w związku z przeprowadzeniem procedury medycznej, w skład której poza samym zabiegiem należy doliczyć m.in. koszty transportu oraz koszty pośrednika organizującego w imieniu pacjenta szczegóły logistyczne i rozliczeniowe, a ostateczną wysokością przyznanego przez NFZ zwrotu. Ciekawym zjawiskiem jest duże zróżnicowanie pomiędzy oddziałami wojewódzkimi tej samej instytucji, jaką jest NFZ. Najwyższe wskaźniki zwrotu poniesionych kosztów uzyskiwano w województwach świętokrzyskim (88%) oraz śląskim i podkarpackim (85%), a najniższe w województwach wielkopolskim (17%) oraz lubuskim i zachodniopomorskim (27%). Szczegóły prezentuje rys. 2.



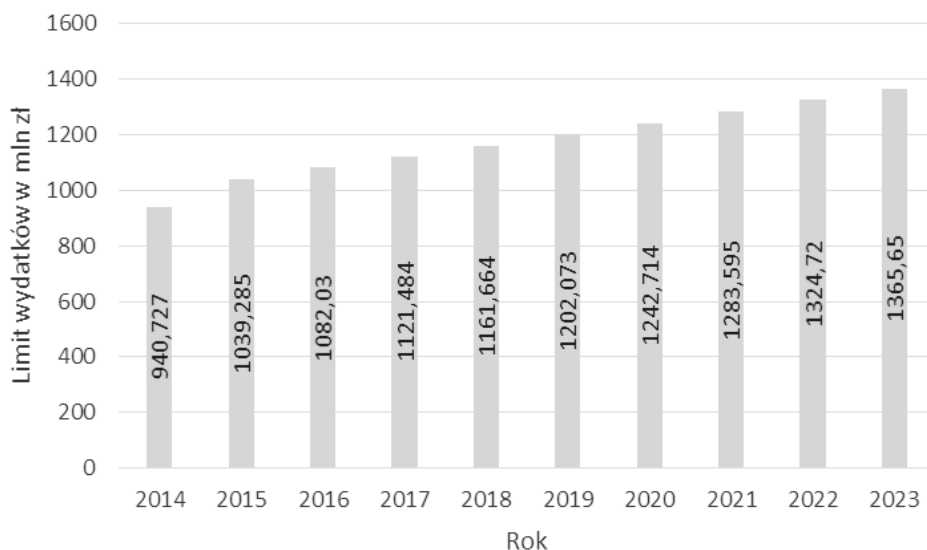
**Rys. 2.** Wysokość przyznanej kwoty zwrotu w porównaniu do kwoty poniesionej przez świadczeniobiorcę

Źródło: [Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych... 2016].

Pacjenci składali również wnioski o zwrot poniesionych kosztów na podstawie rachunków za paliwo (LPG, olej napędowy PB95), okulary przeciwsłoneczne, zakwaterowanie oraz posiłki, a także tłumaczenie faktur i szereg opłat lokalnych, jak



np. koszty obrad Komisji Federalnej czy dodatek za pracę praktykantów. Wszystkie te wnioski spotkały się z odmową refundacji na poziomie oddziałów wojewódzkich NFZ. Uwzględniono natomiast m.in. koszty konsultacji okulistycznej (wniosek 154 zł, zwrot – 61 zł, państwo świadczenia Czechy), usunięcie implantu po złamaniu kłykcia bocznego kości piszczelowej (wniosek 6037 zł, zwrot – 1125 zł, państwo świadczenia Austria) czy koszty badania przedoperacyjnego, znieczulenia i leków przeciwbólowych (wniosek 5740 zł, zwrot – 4888 zł, państwo świadczenia Słowacja) [Poradnik NFZ... 2016].



**Rys. 3.** Graniczna wysokość wydatków przeznaczonych przez NFZ na zwrot kosztów związanych z realizacją dyrektywy transgranicznej

Źródło: [Departament Współpracy Międzynarodowej (2015)].

Według planów finansowych NFZ wydatki przeznaczane na transgraniczną opiekę zdrowotną stanowią obecnie nieco ponad 1,6% publicznych środków przeznaczanych na ochronę zdrowia [Plan finansowy NFZ... 2015, [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl)]. W sytuacji, w której wydatki związane z dokonywaniem zwrotu kosztów leczenia zagranicznego przekroczyłyby kwotę ustalonego limitu na dany rok kalendarzowy, NFZ wstrzyma realizację złożonych wniosków i automatycznie wypłatę finansowej rekompensaty do końca określonego roku. Jeśli przed końcem pierwszego półrocza danego roku nastąpi przekroczenie poziomu 50% kwoty ustalonego limitu, to na stronach internetowych Centrali i Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej NFZ pojawi się informacja o prawdopodobnym terminie zawieszenia realizacji wniosków o zwrot kosztów. Wypłaty wstrzymanych kwot pieniężnych dokonywane będą najpóźniej do dnia

31 stycznia kolejnego roku kalendarzowego. Oznacza to, że NFZ przy stosowaniu procedury związanej ze zwrotem poniesionych wydatków leczenia poza granicami kraju, wprowadza pewne ograniczenia, tzw. limity kosztów z tytułu realizacji wniosków. Wysokość zaplanowanych wydatków prezentuje wykres na rys. 3 [Departament Współpracy Międzynarodowej... 2014/2015]:

## 6. Podsumowanie

W chwili obecnej zaobserwować można pierwsze próby realizacji zapisów wynikających ze swobodnego prawa przemieszczania się w ramach Wspólnoty Europejskiej w powiązaniu z korzystaniem przez polskich obywateli z prawa do opieki zdrowotnej finansowanej przez publicznego płatnika. Egzekwowanie uprawnień wynikających z przepisów o dyrektywie transgranicznej jest bez wątpienia właściwym krokiem w stronę porządkowania zasad postępowania w ochronie zdrowia dla obywateli UE i krajów stowarzyszonych.

Mimo krótkiego okresu realizacji uprawnień oraz niewielkiej liczby danych statystycznych publikowanych dotąd przez instytucje publiczne, zwłaszcza przez Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia, zauważyć można ostrożne podejście do finansowania świadczeń przez polskie instytucje oraz wąski zakres zainteresowania pacjentów, koncentrujących swoje działania w obszarze kilku specjalności zabiegowych.

Prawdopodobnie jednak doświadczenie zebrane przez wszystkie strony wymiany: płatnika, świadczeniobiorcy, świadczeniodawcy, a także instytucji pośredniczących, spowoduje poszerzenie zakresu przyszłej kooperacji. Kooperacji, której zakres finansowy jest wyraźnie ograniczony potencjałem instytucji ubezpieczeniowej, co jest jednak praktykowane również w ramach leczenia wewnątrz krajowego.

## Literatura

- Departament Współpracy Międzynarodowej, (2015), *Świadczenia udzielane w ramach opieki transgranicznej – Zwrot kosztów świadczeń* [Internet]. Centrala NFZ; 2014.11.14 [aktualizacja 2015.03.23]. URL: <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/nasze-zdrowie-w-ue/swiadczenia-udzielane-w-ramach-opieki-transgranicznej/zwrot-kosztowswiadczen,4.html> (dostęp: 2015.04.20).
- Domański F., Leśniewska A., Poznański D., Sagan A., 2011, *Patients and cross-border health care*. [w:] Sagan A., Panteli D., Borkowski W et al., *Poland: Health system review. Health Systems in Transition*, vol. 13, no. 8. The WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 197 p. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/PDF\\_file/0018/163053/e96443.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/PDF_file/0018/163053/e96443.pdf) (dostęp: 2015.04.23).
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. URL: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX:32011L0024> (dostęp: 2015.03.09).

- Horgan D., Byrne D., Brand A., 2013, *Editorials – EU directive on patients' rights to cross border Healthcare – A largely theoretical achievement; so much more remains to be done*. *BMJ* 2013 December 31; 347:f7694: 1 – 2. doi:10.1136/bmj.f7694.
- Informacje dla świadczeniobiorców* [Internet]. NFZ; 2012.01.04 [aktualizacja 2014.11.26]. URL: [https://www.ekuz.nfz.gov.pl/leczenie-planowane/informacje-dla-swadczeniobiorcow#\[1,2\]](https://www.ekuz.nfz.gov.pl/leczenie-planowane/informacje-dla-swadczeniobiorcow#[1,2]) (dostęp: 2015.04.28).
- Jarman H., Greer S., 2010, *Cross-border trade in health services: Lessons from the European laboratory*. *Health Policy*, vol. 94, s. 158-163, URL: [http://www.researchgate.net/publication/38032783\\_Crossborder\\_trade\\_in\\_health\\_services\\_Lessons\\_from\\_the\\_European\\_laboratory](http://www.researchgate.net/publication/38032783_Crossborder_trade_in_health_services_Lessons_from_the_European_laboratory) (dostęp: 2015.05.19).
- Jasiński G., 2011, *Transgraniczna Opieka Zdrowotna w Unii Europejskiej – nowa dyrektywa Unii Europejskiej*, *Prawo i Medycyna*, 2; 43, vol. 13, s. 100-113.
- Koczur W., 2014, *Transgraniczna opieka zdrowotna w Unii Europejskiej – wybrane zagadnienia*, [w:] *Polityka społeczna wobec problemu bezpieczeństwa socjalnego w dobie przeobrażeń społeczno-gospodarczych*, Zeszyty Naukowe Wydziałowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Katowice, s. 150-162. URL: <http://www.sbc.org.pl/dlibra/docmetadata?id=108211&from=publication> (dostęp: 2015.02.12).
- Koehne N., 2014, *Wydział Statystyki Zdrowia. Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r. – Wyniki badań GUS*. Główny Urząd Statystyczny – Departament Badań Społecznych i Warunków Życia; 11 str. URL: [http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/2/4/1/ochrona\\_zdrowia\\_w\\_gospodarstwach\\_domowych\\_w\\_2013\\_r.v2.pdf](http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/2/4/1/ochrona_zdrowia_w_gospodarstwach_domowych_w_2013_r.v2.pdf) (dostęp: 2015.05.08).
- Kruszewska M., 2014, *Implementacja dyrektywy o transgranicznej opiece medycznej* [Internet]. 2014.11.14. URL: [http://www.nil.org.pl/dla-lekarzy/zrp\\_informuje/implementacja-dyrektywy-o-transgranicznej-opiece-medycznej](http://www.nil.org.pl/dla-lekarzy/zrp_informuje/implementacja-dyrektywy-o-transgranicznej-opiece-medycznej) (dostęp: 2015.04.12).
- Muscat A.N., 2010, *EU cross-border health care and public health*, *European Journal of Public Health*, 20(2), s. 128-129. doi:10.1093/eurpub/ckq018.
- Peeters M., 2012, *Free Movement of Patients: Directive 2011/24 on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare*, *European Journal of Health Law*, vol. 19, s. 29-60.
- Piotrowska M.D., Sowa P., Pędziński B., Szpak A., 2014, *Transgraniczny przepływ pacjentów – proces implementacji dyrektywy o stosowaniu praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej w Polsce*, *Hygeia Public Health*, vol. 49(1), s. 6-11. URL: [www.h-ph.pl/pdf/hyg-2014/hyg-2014-1-006.pdf](http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2014/hyg-2014-1-006.pdf) (dostęp: 2015.04.02).
- Plan finansowy NFZ na 2015 r., [ww.nfz.gov.pl](http://ww.nfz.gov.pl).
- Poradnik NFZ – Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w oparciu o przepisy dyrektywy transgranicznej*, Centrala NFZ, Warszawa 2016.
- Przykładowe stawki stosowane przy zwrocie kosztów świadczeń udzielanych w ramach opieki transgranicznej w 2014 r. – informacja orientacyjna* [Internet]. 2014.11.07. URL: [http://www.kpk.nfz.gov.pl/images/downloads/Cennik\\_SHORT\\_LIST\\_2014-11-07.pdf](http://www.kpk.nfz.gov.pl/images/downloads/Cennik_SHORT_LIST_2014-11-07.pdf) (dostęp: 2015.04.30).
- Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie. Dz. Urz. WE nr L 149/2 z 05.07.1971 r. URL: [https://www.ekuz.nfz.gov.pl/sites/default/.../1408\\_71\\_PL\\_EurLex.pdf](https://www.ekuz.nfz.gov.pl/sites/default/.../1408_71_PL_EurLex.pdf) (dostęp: 2015.05.18).
- Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej*, Dz. Urz. UE C115/47 z 9 maja 2008 r. URL: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/%20TXT/%20PDF/?uri=OJ:C:2008:115:FULL&from=PL> (dostęp: 2015.05.18).
- Ustawa z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2014 poz. 1491). URL: [isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20140001491](http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20140001491) (dostęp: 2015.04.20).

Wengler L., Popowski P., Gac A., Adrych-Brzezińska I., Zarzeczna-Baran M., Jędrzejczyk T., 2013, *Podstawowe pojęcia, cel i zakres zastosowania*, [w:] Wengler L., Popowski P., Adamska-Pietrzak E. i wsp., *Europeizacja prawa ochrony zdrowia. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej – wprowadzenie do problematyki*, Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych, Gdańsk, s. 11-20.

*Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w oparciu o przepisy dyrektywy transgranicznej*, Centrala NFZ, Warszawa 2016.