

# Koszty i zagrożenia związane z operacjami zaćmy finansowanymi w ramach tzw. dyrektywy transgranicznej

*Costs and risks associated with cataract surgery financed under the cross-border directive*

**Andrzej Grzybowski<sup>1,2,3</sup>, Arnold Maciejewski<sup>4</sup>, Justyna Zajdel<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Oddział Okulistyczny, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia w Poznaniu  
Ordynator: prof. nadzw. dr hab. n. med. Andrzej Grzybowski

<sup>2</sup> Katedra Okulistyki, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie  
Kierownik Katedry: prof. nadzw. dr hab. n. med. Andrzej Grzybowski

<sup>3</sup> Fundacja Rozwoju Okulistyki „Okulistyka 21” w Poznaniu  
Prezes: prof. nadzw. dr hab. n. med. Andrzej Grzybowski

<sup>4</sup> SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny w Warszawie  
Rektor: prof. dr hab. Andrzej Eliaż

<sup>5</sup> Instytut Prawa, Społeczna Akademia Nauk w Łodzi  
Rektor: dr hab. Roman Patora



## NAJWAŻNIEJSZE

Operacje zaćmy wykonywane poza granicami Polski w ramach dyrektywy transgranicznej wiążą się z wieloma problemami medycznymi i prawnymi, które powinny być uświadamiane pacjentom oraz stanowić przedmiot analizy Ministerstwa Zdrowia.

## HIGHLIGHTS

Cataract surgery conducted abroad under the cross-border directive is associated with numerous medical and legal problems, which should be communicated to patients and should be analyzed in detail by the Polish Ministry of Health.

## STRESZCZENIE

Wprowadzenie pod koniec 2014 r. zapisów dyrektywy transgranicznej do polskiego systemu ochrony zdrowia, przy ciągle niedopracowanym systemie finansowania leczenia zaćmy w Polsce sprawiło, że tylko w 2015 r. na leczenie zaćmy poza granicami kraju zdecydowało się ponad 4 tys. chorych. Koszty, jakie poniósł Narodowy Fundusz Zdrowia, są szacowane na blisko 10 mln zł. Liczba wyjeżdżających pacjentów systematycznie rośnie, należy się zatem spodziewać dalszego, znacząco wyższego transferu środków publicznych poza granice Polski. Tymczasem zaspokojenie podstawowej potrzeby chorych w postaci usprawnienia dostępu do terapii w Polsce znacznie zmniejszyłoby liczbę osób poszukujących możliwości leczenia w miejscach oddalonych od kraju zamieszkania.

**Słowa kluczowe:** dyrektywa transgraniczna, chirurgia zaćmy, listy oczekujących w okulistyce, organizacja usług okulistycznych w Polsce

## ABSTRACT

Implementation of the cross-border provisions within the Polish healthcare system at the end of 2014, with a deficient system of funding the cataract treatment in Poland, prompted more than 4000 patients to seek treatment outside of the country in 2015. It caused the National Healthcare Fund to incur costs estimated as nearly 10 million PLN. Over the last few years, there have been noticeably more people leaving the country to receive treatment elsewhere. Therefore, it is expected that further public funds will be transferred outside of Poland. Meanwhile, improving the access to cataract surgery in Poland would reduce the number of people traveling abroad.

**Key words:** cross-border directive, cataract surgery, waiting lists in ophthalmology, organization of ophthalmology services in Poland

## MEDYCZNE I FINANSOWE ASPEKTY OPERACJI ZAĆMY POZA GRANICAMI POLSKI

Kiedy w listopadzie 2014 r. ustawodawca, podążając za unijnymi regulacjami, wprowadził w życie zapisy tzw. dyrektywy transgranicznej, chyba nikt nie przypuszczał, jak bardzo zwiększą się możliwości turystyki medycznej dla pacjentów okulistycznych. Wprawdzie Minister Zdrowia w rozporządzeniu z 4 listopada 2014 r. zastosował pewne obostrzenia dotyczące wyjazdów na leczenie poza granicami Polski [1, 2], jednak pacjentom wymagającym usunięcia zaćmy z jednoczesnym wszczepieniem soczewki pozostał swobodę w wyborze miejsca realizacji zabiegu w krajach członkowskich Unii Europejskiej innych niż Polska.

Decyzja ta okazała się wybawieniem dla chorych oczekujących na operację zaćmy w wieloletnich kolejkach. Dzięki niej mogli poszukiwać dostępu do szybkiej interwencji chirurga okulisty poza granicami kraju. Dodatkową korzyścią okazała się możliwość dobrowolnej dopłaty pacjentów do materiału wszczepialnego, którego cena przekracza wartość zwrotu proponowanego przez płatnika narodowego. Z drugiej strony – chorzy operowani za granicą, z racji odległości miejsca zamieszkania od miejsca realizacji zabiegu, zostali postawieni przed koniecznością poszukiwania opieki pooperacyjnej z dala od ośrodka, w którym wykonano operację.

Korzyści związane z szybkim dostępem do leczenia i szerokim wyborem soczewek *premium* tylko w 2015 r. skłoniły ponad 4 tys. pacjentów [3] do podjęcia tej drogi leczenia. W tym okresie Narodowy Fundusz Zdrowia wydał na leczenie zaćmy blisko 10 mln zł z budżetu publicznego [wycenienia własne na podstawie stawki wyceny NFZ za pkt], często tak bardzo limitowanego dla podmiotów okulistycznych działających na rynku krajowym.

Jednak to nie liczba wyjeżdżających pacjentów ani kwoty przeznaczone przez płatnika na leczenie zaćmy za granicą powinny budzić szczególny niepokój. Tym, co martwi najbardziej, jest rozbicie procesu leczenia na różne zespoły lekarskie i lokalizacje. Jak wskazuje praktyka, leczenie poza granicami kraju staje się biznesem angażującym podmioty, które specjalizują się w organizacji przejazdów turystycznych. Bardzo często to one wysyłają pacjentów do placówek medycznych za granicą. Nie biorą jednak odpowiedzialności za ich kwalifikację do zabiegu ani opiekę nad nimi po powrocie do Polski. Wydaje się to szczególnie istotne w przypadku pacjentów, u których przebieg choroby jest złożony! Kolejnym elementem wartym podkreślenia jest dynamika rozwoju opisywanego procesu [3]. Rośnie stopniowo świadomość chorych dotycząca możliwości, jakie otwiera przed nimi dyrektywa transgraniczna. Jeśli przeanalizuje się miesięczną dynamikę zwrotu kosztów poniesionych przez pacjentów w 2015 r., wyraźnie widać, że jest to proces rozwojowy (tab. 1, ryc. 1). O ile w styczniu 2015 r. Narodowy Fundusz Zdrowia zrekompensował koszty 94 osobom ope-

TABELA 1

Liczba zabiegów usunięcia zaćmy zrealizowanych poza granicami Polski i opłaconych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (dane za 2015 r.).

| Miesiąc (2015 r.) | Liczba świadczeń* |
|-------------------|-------------------|
| styczeń           | 94                |
| luty              | 178               |
| marzec            | 281               |
| kwiecień          | 367               |
| maj               | 342               |
| czerwiec          | 389               |
| lipiec            | 457               |
| sierpień          | 282               |
| wrzesień          | 481               |
| październik       | 396               |
| listopad          | 514               |
| grudzień          | 477               |

\* Dane uwzględniają jedynie zabiegi **zrefinansowane** przez Narodowy Fundusz Zdrowia i obrazują liczbę pacjentów, a nie liczbę faktycznie zrealizowanych zabiegów.

rowanym poza Polską, to już w grudniu dotyczyło to 477 chorych. Biorąc pod uwagę, że w szczególnych przypadkach proces refundacji kosztów poniesionych przez pacjenta może trwać nawet 7 miesięcy, prawdopodobnie liczba osób poddanych operacji zaćmy w 2015 r. była znacznie większa. Ciekawe wydaje się również to, że osoby decydujące się na operację usunięcia zaćmy za granicą pochodzą z obszaru całej Polski (tab. 2) [3]. Oczywiście optymalny dostęp do leczenia w innych krajach mają mieszkańcy województw przygranicznych. W tym kontekście na szczególną uwagę decydentów systemu ochrony zdrowia, jak i środowiska okulistycznego zasługują regiony południowej Polski. Mieszkańcy tylko czterech województw (dolnośląskiego, opolskiego, śląskiego i małopolskiego) stanowili w 2015 r. 73% osób, które skorzystały z operacji zaćmy w innym niż Polska kraju członkowskim Unii Europejskiej (ryc. 2).

Wydaje się jednak, że głównych przyczyn leczenia poza granicami kraju należy poszukiwać w czynnikach bezpośrednio motywujących chorego. Zgodnie z dostępną wiedzą – dotychczas nie zrealizowano w Polsce projektu, który badałby motywy determinujące pacjenta w wyborze drogi leczenia. Literatura światowa dostarcza jednak opracowań [4], które jednoznacznie wskazują czynniki skłaniające chorego do wyboru miejsca terapii (tab. 3).

Jak twierdzi Ehrbeck w swoim opracowaniu, pacjent poszukuje przede wszystkim dostępu do zaawansowanej technologii [4]. W przypadku okulistyki niewątpliwie jest nią soczewka *premium*, którą chory – za dopłatą – otrzyma np. u naszych południowych sąsiadów, nie uzyska jej natomiast

RYCINA 1

Miesięczna dynamika wzrostu liczby zabiegów usunięcia zaćmy zrealizowanych poza granicami Polski (dane za 2015 r.).

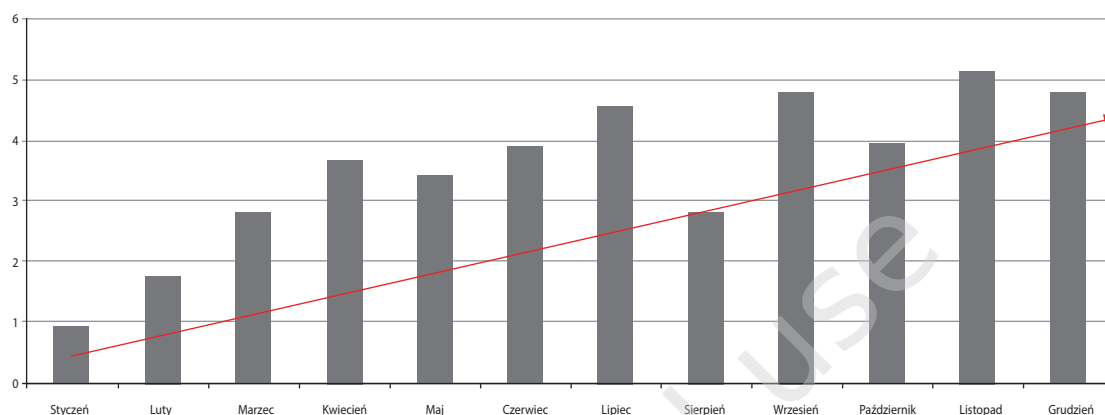


TABELA 2

Liczba wniosków z poszczególnych województw, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia wydał pozytywną decyzję o sfinansowaniu zabiegu usunięcia zaćmy poza granicami Polski (dane za 2015 r.).

| Województwo         | Liczba wniosków* |
|---------------------|------------------|
| dolnośląskie        | 1206             |
| kujawsko-pomorskie  | 21               |
| lubelskie           | 5                |
| lubuskie            | 43               |
| łódzkie             | 71               |
| małopolskie         | 307              |
| mazowieckie         | 127              |
| opolskie            | 424              |
| podkarpackie        | 15               |
| podlaskie           | 10               |
| pomorskie           | 22               |
| śląskie             | 1673             |
| świętokrzyskie      | 47               |
| warmińsko-mazurskie | 20               |
| wielkopolskie       | 29               |
| zachodniopomorskie  | 274              |

\* Dane uwzględniają jedynie wnioski **zapłacone** przez Narodowy Fundusz Zdrowia i obrazują liczbę pacjentów, a nie liczbę faktycznie zrealizowanych zabiegów.

w Polsce. (Trwają wprawdzie prace nad takim rozwiązaniem, ale w chwili pisania tego artykułu nie obowiązywały w naszym kraju dobrowolne dopłaty pacjentów do innowacyjnego materiału wszczepialnego, którego koszt przekracza poziom finansowania NFZ).

RYCINA 2

Liczba wniosków z poszczególnych województw, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia wydał pozytywną decyzję o sfinansowaniu zabiegu usunięcia zaćmy poza granicami Polski (dane za 2015 r.).



Województwa: dolnośląskie, opolskie, śląskie, małopolskie – 73% świadczeń.

TABELA 3

Dlaczego pacjent decyduje się na leczenie za granicą?

| Czynniki motywujące pacjenta do leczenia poza własnym krajem                           | %  |
|--|----|
| Dostępność zaawansowanej technologii medycznej (soczewka <i>premium</i> ) <sup>1</sup> | 40 |
| Wysoka jakość zabiegu  | 32 |
| Szybki dostęp do leczenia <sup>2</sup>   | 15 |
| Niższe koszty usługi medycznej dla chorego   | 9  |
| Niższe koszty pośrednie dla chorego  | 4  |

<sup>1</sup> Brak dostępu do soczewki *premium* w ramach procedur finansowanych przez NFZ.  
<sup>2</sup> Niewystarczające finansowanie okulistyki przez NFZ znacząco wydłuża czas oczekiwania na zabieg w Polsce.

Kolejny istotny czynnik motywujący pacjenta do leczenia za granicą stanowi czas dostępu do terapii. Na temat czasu oczekiwania na zabieg usunięcia zaćmy w Polsce napisano już wiele artykułów [5]. Wątek ten jest z pewnością doskonale znany wszystkim, dla których dobro pacjenta okulistycznego jest najważniejsze. Trudno zrozumieć, dlaczego szybki dostęp do zabiegu usunięcia zaćmy jest możliwy w innych krajach członkowskich Unii Europejskiej, a w Polsce nie.

Biorąc pod uwagę potrzeby pacjentów i możliwości finansowe NFZ, wydaje się, że obowiązujące regulacje stanowią szansę na oszczędności dla płatnika publicznego. Koszt zabiegu usunięcia zaćmy niepowikłanej w Polsce wynosi 2236,00 zł [6]. Za ten sam zabieg zrealizowany poza granicami kraju NFZ zrefunduje pacjentowi kwotę 2111,00 zł [7]. Choć jednostkowo różnica w cenie za zabieg na poziomie ok. 100,00 zł wydaje się mało znacząca, to z czasem – w skali wszystkich świadczeń zrealizowanych poza Polską – kwota ta może stać się istotną pozycją oszczędnościową w budżecie publicznym, a los niedofinansowanych placówek okulistycznych w dalszym ciągu pozostanie nieistotny.

#### ASPEKTY PRAWNE LECZENIA ZAĆMY ZA GRANICĄ

Jak wyżej wspomniano, udzielanie świadczeń chirurgicznych w innym kraju niesie ze sobą wiele problemów medycznych, w tym brak ciągłości standardowej opieki pooperacyjnej, a także opieki w przypadku powikłań śródoperacyjnych i pooperacyjnych. Należy również zwrócić uwagę, że w tych warunkach zarówno uzyskanie dodatkowych informacji dotyczących procesu leczenia, jak i potencjalne dochodzenie roszczeń związanych z odpowiedzialnością cywilną lub karną staje się bardzo trudne. Problemy związane z okulistycznym leczeniem transgranicznym trzeba więc odnieść nie tylko do zagadnień medycznych i finansowych, lecz także do kwestii prawnych, które stanowią nieodłączny element udzielania każdego świadczenia zdrowotnego, a w szczególności zabiegów podwyższonego ryzyka.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w czasie rokującym największe szanse powodzenia stanowi podstawę realizacji obowiązku dołożenia należytej staranności [8]. Obowiązek świadczeniodawcy (tj. podmiotu udzielającego świadczeń finansowanych przez NFZ), jak i podmiotów realizujących komercyjną działalność leczniczą stanowi udzielenie świadczeń zdrowotnych w czasie rokującym największe szanse powodzenia. Jest to czas, w którym wykonanie świadczenia zdrowotnego, np. zabiegu chirurgicznego, będzie skutkowało (lub z największym prawdopodobieństwem może skutkować) osiągnięciem optymalnego efektu terapeutycznego [9]. W przypadku chorych wymagających usunięcia zaćmy oczekiwanie na wykonanie zabiegu przez kilkanaście miesięcy lub kilka lat stanowi w oczywisty sposób naruszenie prawa pacjenta do uzyskania świadczenia zdrowotnego od-

powiadającego wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej w czasie rokującym największe szanse powodzenia.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej UoPP) „pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej” [10]. Definiując aktualną wiedzę medyczną, należy odnieść się zarówno do kontekstu kształtującego merytoryczną i praktyczną podstawę udzielania świadczeń (tj. do aktualnych wskazań wiedzy medycznej określonych m.in. w wytycznych postępowania w poszczególnych dziedzinach medycyny) [11], jak i do aspektów administracyjnych związanych z czasem i dostępnością udzielania świadczeń, które w oczywisty sposób wpływają na ich zasadność i skuteczność. W przypadku pacjentów wymagających operacji usunięcia zaćmy z jednoczesnym wszczęciem soczewki oczekiwanie na wykonanie zabiegu przez okres, który nie rokuje optymalnymi szansami powodzenia, stanowi naruszenie prawa pacjenta do świadczeń odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, co jest podstawą do ubiegania się o zadośćuczynienie z tytułu naruszenia praw pacjenta – zgodnie z art. 4 ust. 1 UoPP [10].

Wprowadzenie przepisów dotyczących opieki transgranicznej [12] pozwala pacjentom skorzystać ze świadczenia zdrowotnego na terenie innego państwa członkowskiego UE z jednoczesną możliwością ubiegania się o refinansowanie kosztów leczenia przez NFZ. Możliwość ta w tym zakresie stanowi realizację prawa do uzyskania świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej w czasie rokującym największe szanse powodzenia. Warto podkreślić, że zwrot wartości świadczenia udzielonego poza granicami RP jest możliwy wyłącznie do wysokości kosztów, jakie polski płatnik (NFZ) przeznaczył na jego kompleksowe udzielenie. Oznacza to, że koszty dodatkowego leczenia, w tym farmakoterapii stosowanej np. poza charakterystyką produktu leczniczego (*off-label use*) w ramach szeroko pojętego postępowania leczniczego, nie są pokrywane przez NFZ [13].

Należy zaznaczyć, że chociaż pacjent ma prawo skorzystać z usług medycznych poza granicami Polski, istotne trudności mogą wystąpić w zakresie dochodzenia roszczeń majątkowych w odniesieniu do potencjalnych szkód (rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała) powstałych w procesie udzielania świadczeń poza granicami RP zarówno na etapie ich wykonania, jak i kontroli oraz monitorowania w okresie pozabiegowym. Nie bez znaczenia pozostaje również realizacja praw pacjenta pobierającego świadczenia zdrowotne poza Polską, w tym szczególnie w zakresie prawa do informacji, wyrażania świadomej zgody i dostępu do dokumentacji medycznej z prowadzonego i zakończonego leczenia [14, 15].

Na szczególną uwagę zasługuje także fakt, że „niezależnie od możliwości korzystania przez pacjentów z transgranicz-

nej opieki zdrowotnej zgodnie z niniejszą dyrektywą państwa członkowskie ponoszą odpowiedzialność za świadczenie obywatelom na swoim terytorium bezpiecznej, wydajnej, wysokiej jakości i ilościowo odpowiedniej opieki zdrowotnej. Ponadto skutkiem transpozycji niniejszej dyrektywy do prawa krajowego i jej stosowania nie powinno być zachęcanie pacjentów do korzystania z leczenia poza swoim państwem członkowskim ubezpieczenia” [12]. Wynika stąd, że choć obywatele polscy mają możliwość skorzystania ze świadczeń zdrowotnych poza granicami RP, to Skarb Państwa ponosi potencjalną odpowiedzialność za skutki nieudzielenia świadczeń zdrowotnych w czasie rokującym największe szanse powodzenia, w związku z niemożnością ich zainicjowania na terenie Polski. Ponadto – zgodnie z literalnym brzmieniem przepisów dyrektywy transgranicznej [12] – możliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych poza granicami Polski stanowi wyjątek od zasady, zgodnie z którą pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnemu stanowi wiedzy medycznej na terenie państwa, którego jest obywatelem. Mając na uwadze charakter i miejsce udzielanych świadczeń (tj. świadczenia o charakterze podwyższonego ryzyka udzielane poza granicami RP), z punktu widzenia prawa kluczowe jest określenie zasad odpowiedzialności za negatywne następstwa procesu terapeutycznego, w tym wystąpienie niepożądanych zdarzeń medycznych niezależnych od woli podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych oraz odpowiedzialności za negatywne następstwa dla życia i/lub zdrowia pacjenta, które wynikły z nieprawidłowo prowadzonego procesu kontrolnego po wykonaniu zabiegu. W odniesieniu do pacjentów, u których do powstania szkody doszło w związku z nieprawidłowo prowadzonym postępowaniem kontrolnym po wykonaniu zabiegu, istotne jest rozważenie, czy zakłócenia procesu kontrolnego (wizyt kontrolnych, leczenia powikłań, wdrożenia postępowania profilaktycznego w czasie rokującym największe szanse powodzenia) wynikły z obiektywnych przeszkód dotyczących udzielenia świadczenia zdrowotnego, czy też z przyczynienia się pacjenta do powstania szkody (np. niezgłoszenia się z przyczyn subiektywnych na kolejną wizytę). Bez względu na etiologię szkody, aktualne regulacje prawne przewidują złożony algorytm kompensacji szkody powstałej w związku z leczeniem poza granicami RP [16].

Określenie zakresu i możliwości dochodzenia roszczeń majątkowych przez pacjentów, którzy doznali szkody w związku z uzyskaniem świadczeń poza granicami Polski, wykra-

cza istotnie poza ramy niniejszej pracy, niemniej stanowi niezwykle ważny problem na płaszczyźnie realizacji prawa pacjenta do uzyskania rekompensaty majątkowej za szkody wynikłe z szeroko pojętego procesu leczenia.

Reasumując, należy podkreślić, że jakkolwiek leczenie podejmowane na podstawie przepisów o opiece transgranicznej stwarza możliwość uzyskania świadczeń zdrowotnych w czasie optymalnym dla skuteczności procesu terapeutycznego, stanowiąc tym samym realizację podstawowych praw pacjenta [10], to istotnie utrudnia, a w wielu przypadkach uniemożliwia zarówno kontynuowanie optymalnego procesu kontrolnego po wykonaniu zabiegu, dochodzenie roszczeń majątkowych w związku z powstaniem szkody niemajątkowej (rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała) na etapie postępowania terapeutycznego i pozabiegowego, jak i uzyskanie rekompensaty w formie zadośćuczynienia lub odszkodowania za szkody, do których wystąpienia doszło w ramach interdyscyplinarnego procesu terapeutycznego prowadzonego w części na terenie Polski, a zakończonego np. poza granicami RP.

## PODSUMOWANIE

Dzisiejsza sytuacja, zmuszająca chorych do poszukiwania możliwości leczenia zaćmy poza granicami kraju, stanowi konsekwencję braku spójności systemu zapewniającego im dostęp do skutecznej terapii w Polsce. Operacyjne leczenie zaćmy, choć jest najbardziej efektywnym modelem przywracania dobrostanu pacjenta, wciąż jest w Polsce niedopracowane. Długi czas oczekiwania na leczenie, ograniczenia w dostępie do innowacyjnej technologii i potrzeba ciągłego oszczędzania na pacjentach motywują chorych do podejmowania leczenia za granicą. Niesie to ze sobą wydatki z budżetu publicznego wobec podmiotów zagranicznych i stanowi istotny problem w dostępie pacjentów do opieki pooperacyjnej. Dodatkowo ewentualne dochodzenie roszczeń przez pacjentów z tytułu odpowiedzialności cywilnej może być utrudnione lub wręcz niemożliwe.

### ADRES DO KORESPONDENCJI

**prof. nadzw. dr hab. n. med. Andrzej Grzybowski**

Oddział Okulistyczny, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski

im. J. Strusia w Poznaniu

61-285 Poznań, ul. Szwajcarska 3

e-mail: ae.grzybowski@gmail.com

## Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 04.11.2014 r. w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia [online: <http://dziennikustaw.gov.pl/DU/2014/1545/1>].
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 07.11.2014 r. w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycia kosztów transportu [online: <http://dziennikustaw.gov.pl/du/2014/1551/1>].

3. Pismo Centrali NFZ z dnia 23.03.2016 r., znak: DWM.0123.5.2016.W.07555.BSZ.
4. Ehrbeck T, Guevara C, Mango P. Mapping the Market for Medical Travel. *The McKinsey Quarterly* 2008; 1-11.
5. Grzybowski A, Maciejewski A. Koszty społeczne odroczonego terminu zabiegu usunięcia zaćmy z jednoczesnym wszczepieniem soczewki. *Ophtha Therapy* 2016; 3(1): 53-58.
6. Zarządzenie nr 110/2015/BP Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31.12.2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne [online: <http://nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1102015bp,6461.html>].
7. Przykładowe stawki stosowane przy zwrocie kosztów świadczeń udzielanych w ramach opieki transgranicznej w 2016 r. [online: <http://www.kpk.nfz.gov.pl/images/downloads/Cennik.pdf>].
8. Orzeczenie SN z 13 X 2005 r., sygn. IV CK 161/05, OSP 6/2006, poz. 71, z glosą M. Nesterowicza.
9. Wyrok SA w Lublinie z dnia 29.09.2005 r., sygn. I ACa 510/05 [online: <http://www.lexlege.pl/orzeczenie/18630/i-aca-510-05-wyrok-sadu-apelacyjnego-w-lublinie/>].
10. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6.11.2008 r., t.j. Dz.U. z 2012 r., poz. 159, ze zm.
11. Zajdel J. Moc prawna standardów medycznych i wytycznych praktyki klinicznej. *Medycyna Praktyczna* 2010; 5(231): 119-126.
12. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27.08.2004 r., Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027, ze zm., implementująca dyrektywę UE nr 2011/24 w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.
13. Dokument MZ-PL0-460-3361-15/SS/02 z dnia 20.11.2006 r., stanowisko MZ w sprawie zakresu finansowania ze środków publicznych terapii lekami poza zarejestrowanymi wskazaniami.
14. Zajdel J. Zgoda i sprzeciw pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego. In: Zajdel J (ed). *Prawo medyczne*. Wolters Kluwer, Warszawa 2016: 2-56.
15. Zajdel R. Zasady prowadzenia, udostępniania i archiwizowania dokumentacji medycznej – zagadnienia praktyczne. In: Zajdel J (ed). *Prawo medyczne*. Wolters Kluwer, Warszawa 2016: 159-239.
16. Kubicki L. Błąd w sztuce w toku interdyscyplinarnego postępowania leczniczego. *Prawo i Medycyna* 2001; 3: 33-37.