

Rafał Stankiewicz
(Uniwersytet Warszawski)

RÓWNOŚĆ DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ W REGULACJACH UNIJNYCH

ABSTRACT

EQUAL ACCESS TO HEALTH CARE IN THE EUROPEAN UNION

The article aims to present the questions of ensuring equal access to health care, prevention of inequality and discrimination in access to health care under Community law, as well as review the regulations that increasingly affect the shaping of the Health Policy of the Member States by the European Union. The analysis is conducted in the context of both the provisions of the EU treaties and the regulations contained in the Charter of Fundamental Rights of the European Union, as well as laws made by the Community, case law, and programs supporting health policy. The article, therefore, presents the most important documents relating to the fight against inequality and discrimination in this area, which is one of the key areas of the European Union's commitment to health care and public health. Also discussed herein is the issue of the cross-border provision of healthcare services and reimbursement for medical treatment by EU Member States, in the context of health inequalities which may arise in connection with EU nationals' freedom to receive health services abroad within EU territory./

KEYWORDS: equal access to health care, patient mobility, health gaps, solidarity in health care

SŁOWA KLUCZOWE: równość dostępu do opieki medycznej, mobilność pacjentów, luki zdrowotne, solidarność w ochronie zdrowia

1. Wprowadzenie

Problematyka równości dostępu do opieki zdrowotnej dostrzegana jest w większości wysokorozwiniętych państw świata. Nierówność w dostępie

do opieki zdrowotnej może wynikać z szeregu czynników społecznych i ekonomicznych. Przejawia się ona *de facto* w dyskryminacji osób potrzebujących uzyskać adekwatną do zagrożenia zdrowia i życia pomoc medyczną. W literaturze przedmiotu wskazuje się rozmaite czynniki wpływające na pojawianie się dyskryminacji w świadczeniu usług zdrowotnych. Należą do nich między innymi: 1) zasady definiowania uprawnień do świadczeń; 2) zasady opłat i dopłat; 3) zakres koszyka świadczeń gwarantowanych; 4) odległość geograficzną; 5) możliwość wyboru świadczeniodawcy; 6) reguły działania instytucji (listy oczekujących) oraz 7) własne preferencje pacjentów¹. Pojawienie się nierówności zależy również od innych czynników. Autorzy wymieniają wśród nich między innymi: 1) decyzje podejmowane przez rządy w zakresie kształtowania polityki zdrowotnej, które determinują wielkość i dystrybucję zasobów wykorzystywanych w trakcie udzielania świadczeń; 2) usytuowanie szpitali; 3) liczbę studentów medycyny oraz kierunków i liczbę lekarzy rezydentów oraz warunków odbywania specjalizacji i in.²

Należy wskazać w tym miejscu, że kwestie równego dostępu do opieki zdrowotnej są gwarantowane przez regulacje konstytucyjne w prawie krajowym i w pewnym zakresie również wynikają z prawa Unii Europejskiej. Unia Europejska nie posiada obecnie możliwości regulowania kwestii dotyczących sposobu świadczenia usług, finansowania, czy organizacji systemu ochrony zdrowia w poszczególnych państwach członkowskich. Pomimo odrębności w zakresie organizacji i finansowania podmiotów świadczących usługi opieki zdrowotnej, jak i podmiotów zabezpieczenia społecznego, coraz więcej kwestii w obszarze szeroko pojętego zdrowia publicznego staje się przedmiotem regulacji prawnych i orzecznictwa na poziomie unijnym. Gwarantowana przez regulacje traktatowe i „zazdrośnie strzeżona” niezależność państw członkowskich w obszarze ochrony zdrowia nie ma bowiem charakteru absolutnego, zaś wpływ Unii Europejskiej na ich polityki zdrowotne nie jest bez znaczenia.

-
- 1 R. Busse, E. van Ginneken, M. Woerz, *Access to health care services within and between countries of the European Union*, [w:] *Cross-border health care in the European Union. Mapping and analyzing practices and policies*, eds. M. Wismar, W. Palm, J. Figueras, K. Ernst, E. van Ginneken, M. Woerz, Brussels 2011, s. 49, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135994/e94875.pdf [dostęp: 20 maja 2016].
 - 2 Por. w tym zakresie T. van der Grinten, *Ratiog health care*, „Health Policy Monitor” 2003, May, http://hpm.org/en/Surveys/Erasmus_University_Rotterdam_-_Netherlands/01/Rationing_Health_Care.html [dostęp: 20 maja 2016].

W kontekście podjętym w niniejszej publikacji należy wskazać, że prawo unijne odnosi się do problemu nierówności i dyskryminacji w dostępie do opieki medycznej. W Traktacie o funkcjonowaniu Unii Europejskiej wspomniano o kwestiach sprawiedliwości, równości oraz zwalczaniu dyskryminacji. Kwestie nierówności i dyskryminacji w dostępie do opieki zdrowotnej znajdują się w obszarze zainteresowania polityki socjalnej państw członkowskich, a obecnie również Unii Europejskiej. W UE podejmowanych jest wiele działań, które uwzględniają społeczno-ekonomiczne determinanty nierówności w zdrowiu. W ten sposób Unia postępuje zgodnie z Traktatem z Lizbony oraz Kartą praw podstawowych Unii Europejskiej, które zakazują wszelkiej dyskryminacji – ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, religię lub przekonania, rasę lub pochodzenie etniczne czy orientację seksualną. Unijny Komisarz do spraw Zdrowia, Tonio Borg, powiedział: „Naszym priorytetem musi pozostać przeciwdziałanie nierównościom w dziedzinie zdrowia i walka z wszelkimi formami dyskryminacji w całej Europie. Jest to konieczne, aby Europa mogła skutecznie dążyć do spójności społecznej”³.

Unia Europejska w coraz większym stopniu wpływa na kształtowanie polityki zdrowotnej państw członkowskich. Dzięki interakcji z różnymi podmiotami na szczeblu krajowym, ponadnarodowym i międzynarodowym instytucje unijne tworzą swoisty, nietypowy ustrój rządzenia, który wpływa na formułowanie polityki, stanowienie prawa i alokację środków w tej dziedzinie. Można już na początku postawić tezę, że mimo iż Unia Europejska nie posiada wyłącznych kompetencji w zakresie ochrony zdrowia, dysponuje natomiast dosyć szerokimi uprawnieniami w obszarze zdrowia publicznego. Jednym z obszarów zainteresowania Unii Europejskiej pozostaje zwalczanie nierówności i dyskryminacji w dostępie do opieki zdrowotnej. Podstawowe dokumenty w tym zakresie zostaną zaprezentowane poniżej.

2. Traktatowe rozwiązania odnośnie zdrowia publicznego

Ochrona zdrowia ludzkiego nie stanowiła pierwotnie „celu powołania »Europejskiego Eksperymentu«, który rozpoczął swój byt jako unia

³ T. Borg, *Przeciwdziałanie dyskryminacji w dziedzinie zdrowia*, http://ec.europa.eu/health/newsletter/115/focus_newsletter_pl.htm [dostęp: 20 maja 2016].

gospodarcza i handlowa, nie zaś jako unia socjalna. To z kolei jeszcze dzisiaj skutkuje określonymi następstwami. W konsekwencji powyższego ochrona zdrowia ludzkiego nie stanowi dziedziny tradycyjnie uznawanej za wchodzącą w zakres prawa unijnego. W systemie Unii Europejskiej trudno jest mówić o unijnym prawie zdrowia publicznego, czy jednolitym unijnym systemie ochrony zdrowia, ponieważ zagadnienia takie jak polityka dotycząca służby zdrowia oraz systemu ubezpieczeń zdrowotnych należy do kompetencji wyłącznych państw członkowskich, zaś podstawowym miejscem świadczenia opieki zdrowotnej są instytucje krajowe.

W związku z tym, że różnice w tym zakresie pomiędzy poszczególnymi państwami są tak znaczne, można z łatwością zaobserwować znaczną odmienność w zakresie organizacji, świadczeń i przydziału środków przyznawanych na ten cel. Systemy ochrony zdrowia w krajach Unii Europejskiej są zróżnicowane pod względem sposobu organizacji i świadczenia usług zdrowotnych, a także w kwestiach prawnych i finansowych.

Pomimo, że u podstaw poszczególnych systemów państw członkowskich Unii Europejskiej leżą wspólne wartości, takie jak powszechność, dostęp do wysokiej jakości opieki, sprawiedliwość oraz solidarność (solidaryzm) – co powoduje, że przyczyniają się one do spójności społecznej i sprawiedliwości społecznej w Europie – to jednak ich interpretacja zwykle bardzo różni się w praktyce. W poszczególnych państwach członkowskich Unii Europejskiej występują znaczne nierówności w sektorze zdrowia, zróżnicowany jest także poziom udzielanej opieki zdrowotnej. Podstawowe odmienności wynikają m.in. z bogactwa poszczególnych państw członkowskich UE, różnych doświadczeń historycznych, jak i różnych źródeł finansowania świadczenia tychże usług w tychże państwach. Różnice widoczne są pod względem wysokości wydatków przeznaczanych na ochronę zdrowia oraz świadczoną ich jakość, a co za tym idzie również skuteczność.

Gwarantowana przez regulacje traktatowe i „zazdrośnie strzeżona” niezależność państw członkowskich w obszarze ochrony zdrowia nie ma bowiem charakteru absolutnego, zaś wpływ Unii Europejskiej na ich polityki zdrowotne nie jest bez znaczenia.

Realizacja swobód traktatowych wymuszająca konieczność rozwoju transgranicznych usług zdrowotnych, wzajemnego uznawania kwalifikacji personelu medycznego, czy w końcu również tworzenia regulacji prawnych zapewniających dostęp do relatywnie niedrogich oraz bezpiecznych

produktów leczniczych i wyrobów medycznych, wymusiła wręcz z biegiem lat większe zaangażowanie Wspólnot, a następnie samej Unii Europejskiej w obszar szeroko rozumianego zdrowia publicznego.

Początkowy brak w regulacjach wspólnotowego prawa pierwotnego bezpośrednich odniesień do problematyki zdrowia publicznego, zaowocował ostatecznie (początkowo w Jednolitym Akcie Europejskim) większym zainteresowaniem państw członkowskich w powierzeniu organom unijnym jakiegoś zakresu kompetencji w obszarze ochrony zdrowia. W chwili obecnej regulacje te znajdują się głównie w Traktacie o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE). Zgodnie z art. 4 TFUE wspólne problemy bezpieczeństwa w zakresie zdrowia publicznego w odniesieniu do zagadnień określonych w tymże traktacie to jeden z obszarów, w których Unia Europejska dzieli kompetencje z państwami członkowskimi. Ochrona i poprawa zdrowia ludzkiego znalazły się również wśród dziedzin przewidzianych dla tzw. kompetencji wspierających, które w tych obszarach wyłączają wprawdzie aktywność ustawodawczą organów Unii Europejskiej. Art. 6 TFUE podkreśla, że Unia ma kompetencje do prowadzenia działań mających na celu wspieranie, koordynowanie lub uzupełnianie działań państw członkowskich. Do dziedzin takich działań o wymiarze europejskim należy m.in. „ochrona i poprawa zdrowia ludzkiego”. Ponadto, zdrowiu publicznemu poświęcony jest tytuł XIV TFUE (art. 168), stwierdzający w zd. 1 ust. 1, że przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego.

Do kwestii dyskryminacji w zakresie świadczenia usług zdrowotnych odniesiono się w szerokim zakresie w Karcie praw podstawowych Unii Europejskiej (dalej: KPP). Artykuł 21 KPP uznaje prawo do wolności od dyskryminacji, w tym dyskryminacji ze względu na płeć, pochodzenie rasowe lub etniczne oraz religię lub przekonania. Z kolei art. 35 KPP gwarantuje każdemu prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych. Tak więc prawo Unii Europejskiej zakazuje dyskryminacji z sześciu powodów: płci, wieku, niepełnosprawności, religii lub przekonań, pochodzenia rasowego lub etnicznego oraz orientacji seksualnej. Osoby często padają ofiarą dyskryminacji wynikającej z więcej niż jednej przyczyny; taką dyskryminację nazywa się „dyskryminacją z wielu przyczyn jednocześnie”. działań w tym zakresie podejmują również same państwa członkowskie). Unia aktywnie promuje

i chroni prawa podstawowe wszystkich mieszkańców UE w ramach wielu różnych programów.

3. Podstawowe dokumenty unijne w zakresie zapobiegania nierówności i dyskryminacji w dostępie do opieki zdrowotnej

Wróćmy do początku zaangażowania Wspólnot w kwestie dyskryminacji i nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Wprawdzie już na spotkaniu w Hadze w 1969 r. szefowie państw i rządów podjęli decyzję o umacnianiu współpracy socjalno-politycznej⁴, to jednak dopiero na szczycie w Paryżu w 1972 r. polityka społeczna nabrała pełnego znaczenia⁵. Konsekwencją tego było przygotowanie w 1973 r. przez Komisję specjalnego Programu socjalnego⁶, który ostatecznie został uchwalony przez Radę rok później⁷. Głównymi celami programu było: a) polepszenie jakościowej i ilościowej sytuacji w dziedzinie zatrudnienia; b) polepszenie warunków życia i pracy pracowników; c) wzmocnienie roli pracowników i partnerów socjalnych w rozwiązywaniu problemów zawodowych i socjalnych, a także w podejmowaniu decyzji Wspólnoty w zakresach ekonomicznych i społecznych⁸.

Mimo braku wyraźnych działań przez kolejnych kilkadziesiąt lat, dopiero na początku obecnego stulecia przyjęto tzw. Agendę 2000, w której postulowano wyrównanie różnic dzielących państwa i regiony Unii. Problem ten podjęto również w związku z planowanym (dużym)

4 K. Głąbicka, *Polityka społeczna Wspólnot Europejskich*, Warszawa 1998, s. 42.

5 J. Bernhard, *Die Grundlagen der Sozialpolitik im Vertragsrecht der EG*, [w:] *Sozialpolitik in der EG*, Hrsg. H. Lichtenberg, Baden-Baden 1986, s. 11.

6 Por. Council of Europe, Council resolution of 21 January 1974 concerning a social action programme (OJ C 13, 10.02.1974, p. 1), [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:31974Y0212\(01\)&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:31974Y0212(01)&from=EN) [dostęp: 20 maja 2016].

7 H. Berie, *Europäische Sozialpolitik*, [w:] *Soziale Integration in Europa I*, Hrsg. G. Kleinhenz, Berlin 1993, s. 48.

8 M. Demmer, *Europäische Sozialpolitik im Spannungsfeld zwischen institutionellem Wettbewerb und institutioneller Integration*, Köln 1994, s. 11; K. Głąbicka, *Polityka społeczna...*, s. 43; por. także W.C. Włodarczyk, [w:] W.C. Włodarczyk, I. Kowalska, A. Mokrzycka, *Szkice z polityki zdrowotnej Unii Europejskiej*, Warszawa 2012, s. 37.

rozszerzeniem Unii Europejskiej⁹. Jako uzupełniający dokument przyjęto jednocześnie tzw. agendę społeczną (*social policy agenda*), której zadaniem było służyć jako skuteczny instrument osiągnięcia celów sformułowanych w strategii lizbońskiej¹⁰. Z kolei w rezolucji z dnia 29 czerwca 2000 r. stwierdzono, że zwiększanie się różnic w stanie zdrowia między państwami członkowskimi i wewnątrz nich wymaga podjęcia działań skoordynowanych zarówno przez poszczególne państwa członkowskie, jak i Unię Europejską jako całość¹¹. W powyższym dokumencie doszło do uznania, że postulat równości, sprawiedliwości i przeciwdziałania dyskryminacji obecny już w europejskiej polityce społecznej dotyczy również ochrony zdrowia. Wkrótce potem przyjęto kolejny dokument w tym zakresie¹².

W listopadzie 2007 r. sporządzono następny dokument dotyczący tychże problemów¹³. Wskazano, że agenda społeczna określona w tym komunikacie oparta jest na „możliwościach”, „dostęp” i „solidarności”. „Możliwości” (*opportunities*) oznaczają dobry start w życiu, wykorzystywanie własnego potencjału każdej osoby i możliwie najlepsze wykorzystywanie szans oferowanych przez innowacyjną, otwartą i nowoczesną Europę. Z kolei „dostęp” (*access*) oznacza między innymi nowe i skuteczniejsze sposoby korzystania z opieki zdrowotnej odpowiedniej jakości i społecznej ochrony. Aby móc korzystać z możliwości, potrzeba więc

9 EU Commission, Europe's Agenda 2000: Strengthening and widening the European Union, <http://aei.pitt.edu/15088/> [dostęp: 20 maja 2016].

10 Council of Europe, Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic, and Social Committee and the Committee of Regions. Social Policy Agenda, Brussels, 28.06.2000, COM (2000) 379, https://www.ucc.ie/archive/hdsp/Social_Policy_Agenda_com379_en.pdf [dostęp: 20 maja 2016].

11 Council of Europe, Communication resolution of 29 June 2000 on action on health determinants (OJ C 218, 31.07.2000, p. 3) [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000Y0731\(03\)&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000Y0731(03)&from=EN) [dostęp: 20 maja 2016].

12 Parlament Europejski, Agenda Społeczna (2006–2010). Rezolucja Parlamentu Europejskiego w sprawie agendy społecznej na lata 2006–2010 (Dz.Urz. UE C 117 E/256).

13 Komisja Wspólnot Europejskich, Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów. Możliwości, dostęp i solidarność. Ku nowej wizji społecznej Europy XXI wieku, Bruksela, 20 listopada 2007 r., KOM (2007) 726, <http://eur-lex.europa.eu?LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0726:FIN:PL:PDF> [dostęp: 20 maja 2016].

dostępu między innymi do opieki zdrowotnej. I w końcu „solidarność” (*solidarity*) oznacza wspieranie spójności społecznej i zrównoważonego rozwoju społecznego oraz troszczenie się, aby nikt nie był pozostawiony samemu sobie.

Powyższy program uległ dosyć szybko istotnej modyfikacji, bowiem już w lipcu 2008 r. przygotowano dokument o nazwie „Odnowiona agenda społeczna: Możliwości, dostęp i solidarność w Europie XXI wieku”¹⁴. W dokumencie tym wspomniano, że starzenie się społeczeństwa Europy wymaga wprowadzenia rozmaitych rozwiązań w zakresie polityki – od wspierania badań nad tym, jak technologie informacyjne mogą przyczynić się do poprawy zdrowia i dobrego samopoczucia osób starszych, po określenie, jakie reformy systemu opieki zdrowotnej i systemu emerytalnego są konieczne, aby sprostać potrzebom starzejącego się społeczeństwa przy równoczesnym zapewnieniu stabilności finansowania publicznego. Wskazano także, że Unia Europejska powinna ułatwiać powszechny dostęp do opieki zdrowotnej na odpowiednim poziomie. Wzmacnianie praw pacjentów do transgranicznej opieki zdrowotnej stanowi ważny aspekt tej kwestii. Zauważono, że istnieje potrzeba większej przejrzystości w zakresie praw pacjentów. W dokumencie podkreślono również, że konieczne staje się tworzenie ram gwarantujących, że państwa członkowskie zachowają zdolność podejmowania decyzji co do swych krajowych systemów opieki zdrowotnej, przy uwzględnieniu konieczności zapewnienia trwałego finansowania. Konieczne jest także wspieranie mobilności pacjentów i specjalistów przez ułatwianie transgranicznej interoperacyjności elektronicznych rejestrów medycznych bez naruszania zasad ochrony danych osobowych. Unia Europejska wspiera działania państw członkowskich mające na celu zagwarantowanie stabilności finansowej systemów zabezpieczenia społecznego, w tym systemu opieki zdrowotnej, zagwarantowanie odpowiednich rent i emerytur w przyszłości oraz zachowanie jakości i dostępności usług. Komisja i państwa członkowskie analizują również konsekwencje gospodarcze i budżetowe, jakie pociągną za sobą starzenie się społeczeństwa oraz reformy systemu emerytalnego i systemu opieki zdrowotnej.

¹⁴ Komisja Wspólnot Europejskich, Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów. Odnowiona agenda społeczna: Możliwości, dostęp i solidarność w Europie XXI wieku, Bruksela, 2 lipca 2008 r., KOM (2008) 412 wersja ostateczna.

Wskazać należy, że cele unijne w tym względzie są związane z zagwarantowaniem wszystkim dostępu do odpowiedniej opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej oraz dopilnowanie, aby potrzeba opieki nie prowadziła do ubóstwa i zależności finansowej¹⁵. Państwa powinny także skutecznie rozwiązywać problemy będące skutkiem nierówności w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej oraz przystosowywać tę opiekę do zmieniających się potrzeb i preferencji społeczeństwa¹⁶.

W 2009 r. przyjęto komunikat Komisji o nazwie „Solidarity in health: Reducing health inequalities in the EU”¹⁷. W dokumencie tym stwierdzono, że nierówności zdrowotne są wywoływane odmiennymi warunkami życia, zachowań zdrowotnych, wykształceniem, rodzajem wykonywanej pracy, wysokością zarobków, poziomem opieki zdrowotnej, profilaktyką zdrowotną oraz działaniami w zakresie ochrony zdrowia. Wskazano, że duży wpływ na tworzenie tychże nierówności ma polityka poszczególnych państw. Nierówności w dostępie do edukacji, zatrudnienia oraz opieki zdrowotnej doświadczane w dzieciństwie oraz w młodości, jak również doświadczenia wynikające z przynależności do określonej płci lub rasy mogą w dużym stopniu wpłynąć na stan zdrowia człowieka w ciągu całego jego życia. Narastanie ryzyk powodujących pogorszenie stanu zdrowia może wynikać z ubóstwa oraz innych cech trudnej sytuacji społecznej (np. niepełnosprawności lub określonej przynależności etnicznej). Dokument podkreśla, że na obszarze całej Unii Europejskiej istnieje gradient społeczny w stanie zdrowia¹⁸; osoby

15 P. Zawadzki, *Instytucje międzynarodowe w walce z ubóstwem i wykluczeniem*, [w:] *Polityka publiczna wobec ubóstwa i wykluczenia społecznego*, red. R. Szarfenberg, C. Zołądowski, M. Thiess, Warszawa 2010, s. 65 i n.

16 Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów: Odnowione zobowiązanie na rzecz europejskiego modelu społecznego. Udoskonalenie otwartej metody koordynacji w zakresie ochrony socjalnej i integracji społecznej, KOM (2008) 418, wersja ostateczna, Bruksela 20 lipca 2008 r.

17 Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, The European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, *Solidarity in Health: reducing health inequalities in the EU*, Commission of the European Communities, Brussels, 20 October 2009 COM (2009) 567 final, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf [dostęp: 20 maja 2016].

18 Światowa Organizacja Zdrowia definiuje ten gradient społeczny jako powiązanie nierówności społeczno-gospodarczych z nierównościami w zakresie zdrowia i dostępu do opieki zdrowotnej.

gorzej wykształcone, wykonujące gorszą pracę lub mniej zarabiające, migranci oraz członkowie mniejszości etnicznych, niepełnosprawni czy bezdomni, umierają w młodszym wieku i częściej chorują. Wyłącznie świadoma polityka społeczna może niwelować te problemy. W dokumencie wskazano, że mimo tego, iż problem nierówności w tym zakresie jest wspólny wszystkim państwom Unii Europejskiej, to jednak różne są jego przyczyny w poszczególnych państwach. Zauważono więc konieczność opracowania wspólnego zestawu składników monitorowania nierówności oraz metodyki oceniania sytuacji zdrowotnej w poszczególnych państwach członkowskich. To będzie umożliwiać jedynie pewne identyfikowanie obszarów wymagających interwencji. Zastosowanie najlepszych metod będzie możliwe wyłącznie po identyfikacji tychże obszarów. Dokument podkreśla również, że organy unijne powinny udzielić wsparcia państwom członkowskim w osiągnięciu celów dotyczących problemów tutaj opisanych. Analiza specyficznych sytuacji prowadząca do ustalania priorytetów i pozwalająca na dobór najbardziej odpowiednich narzędzi umożliwiałaby skuteczniejsze i efektywniejsze prowadzenie interwencji dostosowanej do potrzeb i zaistniałej sytuacji. Trudny proces zmniejszania różnic zdrowotnych powinien dzięki temu stać się łatwiejszy. Podkreślono, że pomocne byłoby skonstruowanie takiego modelu ogólnego rozwoju społecznego i gospodarczego, który prowadziłby do intensyfikacji wzrostu gospodarczego, ale równocześnie do wzmocnienia solidarności i spójności społecznej, a w konsekwencji do poprawy stanu zdrowia.

Podsumowując zawarte w tymże dokumencie tezy, zwraca on szczególną uwagę na: 1) dążenie do zmniejszania różnic zdrowotnych jako część ogólnego rozwoju społecznego i gospodarczego; 2) ulepszanie danych i poprawa podstaw wiedzy (w tym mechanizmów służących pomiarowi, monitorowaniu, ocenie i sprawozdawczości); 3) budowanie zaangażowania społecznego na rzecz zmniejszania nierówności zdrowotnych; 4) wychodzenie naprzeciw potrzebom najsłabszych obywateli oraz 5) rozwój wkładu polityki UE w działania na rzecz zmniejszania nierówności zdrowotnych.

Dalsze dokumenty podjęto już w czerwcu 2010 r. Wówczas to wydano dokument odnoszący się do wykorzystywania idei HiAP w celu zmniejszania nierówności zdrowotnych¹⁹. W dokumencie odniesiono się

¹⁹ Council conclusions on Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health 3019th Employment, Social Policy, health and Consumer Affairs, Council meeting Brussels, 8 June 2010, http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lssa/114994.pdf [dostęp: 20 maja 2016].

do prawnych podstaw zobowiązań unijnych w sprawach równości, które *de facto* wynikają z art. 168 TFUE (zdrowie publiczne) oraz art. 9 TFUE (ochrona zatrudnienia, ochrona socjalna, walka z wykluczeniem społecznym, ochrona ludzkiego zdrowia). Ponownie wskazano na najważniejsze przyczyny prowadzące do pogarszania się stanu zdrowia ludzi, tj. złej sytuacji społecznej i ekonomicznej, podkreślając jednocześnie istnienie gradientu pomiędzy poszczególnymi państwami członkowskimi. Zauważono także, że pogorszenie stanu zdrowia dotyczy takich grup, jak bezrobotni, bezdomni, osoby uzyskujące niskie dochody, osoby z problemami zdrowia psychicznego, niepełnosprawni. Wskazano jednoznacznie na znaczny stan zdrowia populacji i migrantów oraz mniejszości etnicznych (zwłaszcza Romów²⁰). Dokument obrazuje, że ich zły stan zdrowia wynika z wielu przesłanek. Do pierwszej grupy należy zaliczyć przesłanki strukturalne, w tym uwarunkowania społeczno-ekonomiczne i polityczne, warunki sprawowania rządów, sytuację makroekonomiczną, cechy polityki społecznej i zdrowotnej, społeczne normy oraz wartości, świat wartości, jak również otoczenie kulturowe. Do drugiej grupy przesłanek zaliczono takie czynniki, jak niski poziom dochodów, ograniczona edukacja, gorsze warunki budownictwa mieszkaniowego oraz niższy poziom dobrobytu w porównaniu z większością ludności. To niekorzystne położenie jest wzmocniane takimi zjawiskami, jak społeczna dyskryminacja, stygmatyzacja i odrzucenie, nierówny, krzywdzący dostęp do opieki zdrowotnej i innych usług społecznych. Wskazano również wyraźnie, że rozwój dzieci i młodzieży jest zasadniczo kształtowany przez społeczne i ekonomiczne warunki, w jakich żyją ich rodzice. Istotny jest tutaj wpływ bezpośredniego otoczenia, w jakim się wychowują. Powyższe czynniki kreują warunki, które mają zasadniczy wpływ na powstawanie i trwanie społecznego gradientu w zakresie zdrowia społeczności dorosłych. Co więcej, zauważa się również znaczenie wzajemnego oddziaływania wymienionych czynników wzmocniających istniejące problemy. Podkreślono, że gorszy stan zdrowia jest najbardziej wyrazisty w grupach osób wykluczonych, jednakże bywa również postrzegany poprzez nachylenie profilu zdrowotnego w przekroju całego społeczeństwa. Podkreśla się tutaj także konieczność podejmowania interwencji

20 O problemie niskiego poziomu zdrowotności Romów i aktywności Unii Europejskiej w tym zakresie pisze szerzej W.C. Włodarczyk, *Problemy nierówności w zdrowiu*, [w:] W.C. Włodarczyk, I. Kowalska, A. Mokrzycka, *Szkice z polityki zdrowotnej...*, s. 157 i 158.

sprzyjającym zmniejszaniu społecznego gradientu w zdrowiu i poprawy stanu zdrowia grup znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji podejmowanych we wczesnych fazach życia (od etapu prenatalnego do okresu dojrzewania). Społeczne czynniki warunkujące właściwy stan zdrowia publicznego obejmują dostarczenie opieki zdrowotnej wysokiej jakości i to, że efektywna równość może być osiągnięta poprzez interwencję ułatwiającą dostęp do tej opieki dla wszystkich, włączając w to grupy podatne, mając na uwadze poważne luki, które istnieją w wielu państwach w dostępie do opieki zdrowotnej, jak również konieczność solidarności w finansowaniu służby zdrowia. Takie działania – zdaniem twórców dokumentu – doprowadzą ostatecznie do poprawy ogólnego poziomu wykształcenia oraz wydajności gospodarczej na obszarze Unii Europejskiej.

Za właściwe uznano włączanie problematyki ochrony zdrowia do aspektów istotnych dla rozwoju innych polityk UE. Zwrócono uwagę na fakt, że warunki pracy, jak i pozytywne relacje między zdrowiem a wydajnością są obszarami objętymi szczególnym zainteresowaniem Unii Europejskiej. Przyczyniają się bowiem do zapewnienia efektywności systemu ekonomicznego. Zauważono również konieczność tworzenia procedur pozwalających dokonywać obiektywnej oceny wpływu stanu zdrowia poszczególnych grup ludności na obszarze Unii Europejskiej na wzrost poziomu gospodarczego i zamożności społeczeństw.

W powyższym dokumencie podkreślono także, że celem Unii Europejskiej powinno być wspieranie rozwoju gospodarczego przy zachowaniu społecznej spójności. Taka aktywność, w której dojdzie do wykorzystania podejścia opartego na dążeniu do sprawiedliwości w zdrowiu, może wzmocnić skuteczność różnych przedsięwzięć i przyczynić się do osiągnięcia przyjętego przez UE celu. Co istotne, wskazano, że chociaż zwykle wzrost gospodarczy sprzyja ogólnemu rozwojowi, a dążenie do pełnego zatrudnienia jest kluczem do zmniejszenia nierówności w zakresie zdrowia, różnice zdrowotne między różnymi grupami społeczno-ekonomicznymi mogą się rozszerzać, jeżeli kwestie sprawiedliwości nie są właściwie sformułowane i uwzględniane w kreowanych mechanizmach politycznych.

W ostatecznych konkluzjach zawartych w niniejszym dokumencie wskazano, że: 1) dostrzega się wyraźnie wpływ społecznych czynników warunkujących stan zdrowia; 2) należy wspierać kreację narzędzi politycznych dających jak najlepszy start życiowy dzieciom, w tym wspierać kobiety ciężarne i rodziców; 3) należy uwzględniać narzędzia (w tym stosować narzędzia promocji zdrowia i zapobiegania chorobom) pozwalające

w pełni wykorzystywać prawo do powszechnego dostępu do ochrony zdrowia, szczególnie dzieciom, rodzicom i kobietom w ciąży.

Kolejnym dokumentem była rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 8 marca 2011 r. w sprawie zmniejszania nierówności zdrowotnych w UE (2012/C 199 E/04). Rezolucja podkreśla, że powszechność, dostęp do opieki o wysokiej jakości, równość i solidarność są wspólnymi wartościami i zasadami, na których opierają się systemy opieki zdrowotnej w państwach członkowskich Unii Europejskiej.

W swej rezolucji Parlament Europejski dalej stwierdził, że nierówności zdrowotne to nie tylko wynik wielu czynników gospodarczych i środowiskowych oraz stylów życia, lecz także trudności w dostępie do opieki zdrowotnej. Pomimo postępów społeczno-gospodarczych i środowiskowych, które w długiej perspektywie doprowadziły do ogólnej poprawy stanu zdrowia mieszkańców, różne czynniki, na przykład warunki higieniczne i mieszkaniowe oraz warunki pracy, niedożywienie, edukacja, poziom dochodów, spożywanie alkoholu czy palenie tytoniu, nadal bezpośrednio wpływają na powstawanie nierówności zdrowotnych. Podkreślono, że nierówności zdrowotne wiążą się również z trudnościami w dostępie do opieki zdrowotnej, zarówno z przyczyn ekonomicznych – niekoniecznie w przypadku poważnych zabiegów, których koszty są odpowiednio pokrywane w państwach członkowskich, ale w przypadku zabiegów bieżących (np. zabiegi dentystryczne lub okulistyczne) czy też w przypadku profilaktyki – jak i z powodu złej dystrybucji zasobów medycznych na niektórych obszarach UE. Wskazano, że połączenie ubóstwa i innych przyczyn trudnej sytuacji społecznej, takich jak wiek dziecięcy lub podeszły, niepełnosprawność lub przynależność do mniejszości, powoduje dalsze zwiększenie ryzyka wystąpienia różnic zdrowotnych. I odwrotnie – pamiętać też trzeba, że również słabe zdrowie może prowadzić do ubóstwa lub wykluczenia społecznego. Zauważono po raz kolejny, że lata młodości rzutują na wiele aspektów zdrowia i dobrobytu człowieka przez całe jego życie – od otyłości, chorób serca i zdrowia psychicznego po wykształcenie, osiągnięcia zawodowe, status ekonomiczny i jakość życia. W konsekwencji, nierówności zdrowotne mają istotne implikacje gospodarcze dla UE i państw członkowskich.

W 2011 r. przyjęto kolejny dokument²¹. Podkreślono w nim, że wielkość luk zdrowotnych w UE jest niezgodna z podstawowymi unijnymi

21 Council of the European Union EN, Council conclusions on closing health gaps within the EU through concerted action to promote healthy lifestyle behaviours

wartościami, takimi jak solidarność, równość i powszechność. Te „luki zdrowotne” (*health gaps*) są rozumiane jako zróżnicowanie ludności w przedwczesnej śmiertelności, chorobliwości oraz niepełnosprawności. W omawianym dokumencie po raz kolejny potwierdzono, że istnienie i wielkość różnic w stanie zdrowia w Unii Europejskiej pozostają w sprzeczności z podstawowymi unijnymi wartościami, jakimi są solidarność, sprawiedliwość i powszechność.

Wskazać należy w tym miejscu również, że w latach 2007–2010 Unia Europejska realizowała projekt DETERMINE. Był on zasadniczo nakierowany na poprawę świadomości w kwestii nierówności w zdrowiu. Projekt DETERMINE służył lepszemu zrozumieniu problemu nierówności w zdrowiu, ich społeczno-ekonomicznych uwarunkowań oraz stymulowaniu działań w różnych sektorach polityki, które mogą zredukować moralnie i etycznie nieuzasadnione różnice w stanie zdrowia różnych grup społecznych. Był jednym z kilku projektów poświęconych problematyce nierówności w zdrowiu dofinansowanych przez KE z programu zdrowia publicznego lub programów ramowych²². Pierwszym etapem projektu była identyfikacja działań na terenie UE uwzględniających społeczno-ekonomiczne determinanty nierówności w zdrowiu. Wyniki tej analizy zawarto w dokumencie roboczym *Examples of Activity in Europe*²³. Kolejnym etapem projektu były przegląd oraz analiza innowacyjnych działań na rzecz społecznych determinantów zdrowia. Wyniki tej części projektu zawarto w dokumencie roboczym *Lessons from Europe*²⁴.

Realizacja projektu DETERMINE miała na celu posłużenie lepszemu zrozumieniu problemu nierówności w zdrowiu, ich społeczno-ekonomicznych

3131st Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs, Council meeting Brussels, 1 and 2 December 2011, http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lisa/126524.pdf [dostęp: 20 maja 2016].

- 22 J. Car, A. Dębska, D. Cianciara, M. Piotrowicz, M.J. Wysocki, *Wspieranie działań na rzecz równości w zdrowiu w Unii Europejskiej...*, s. 22.
- 23 T. Lavin, O. Metcalfe, *Policies and actions addressing the socio-economic determinants of health inequalities: examples of activity in Europe*, DETERMINE Working Document No. 1, Institute of Public Health In Ireland, Brussels 2008, <http://www.closing-the-gap.org/?uid=6183f35383c0a4705f0814cf531aacda&cid=Seite3454> [dostęp: 15 grudnia 2015].
- 24 A. Christopoulos, D. Mc Vey, A. Crosier, *A rapid review of innovation in the context of social determinants. Lessons from Europe*, DETERMINE Working Document No. 2, National Social Marketing Centre, Brussels 2008, <http://www.closing-the-gap.org/?uid=6183f35383c0a4705f0814cf531aacda&cid=Seite3454> [dostęp: 15 grudnia 2015].

uwarunkowań oraz stymulowaniu działań w różnych sektorach polityki, które mogą redukować moralnie i etycznie nieuzasadnione różnice w stanie zdrowia różnych grup społecznych czterech głównych obszarów. Po pierwsze, podnoszenia świadomości i popularyzacji wiedzy o społeczno-ekonomicznych determinantach zdrowia wśród decydentów, specjalistów związanych ze zdrowiem i w społeczeństwie przy wykorzystaniu rzetelnych i zrozumiałych dla szerokiego grona odbiorców danych na temat nierówności w zdrowiu. Po drugie, zwiększenia roli ministerstw zdrowia w działaniach dotyczących społecznych determinantów zdrowia. Po trzecie, uzyskania wsparcia dla prac międzysektorowych poprzez odpowiednie działania ustawodawcze, które mogą efektywnie wspierać realizowanie obranych celów. Po czwarte zaś, propagowania podejścia „uczestniczącego” – współpracy z odbiorcami działań.

4. Kwestie mobilności pacjentów w kontekście kształtowania równego dostępu do opieki medycznej

Zauważyć należy również, że jednym z istotnych czynników wpływających na pojawianie się nierówności zdrowotnych jest zakres swobody korzystania ze świadczeń zdrowotnych za granicą przez obywateli państw UE na jej obszarze. Przepływy pacjentów między państwami członkowskimi są jednak ograniczone, jako że większość pacjentów w Unii korzysta i woli korzystać z opieki zdrowotnej we własnym kraju, niemniej w określonych okolicznościach pacjenci mogą starać się o korzystanie z pewnych form opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim. Dotyczy to chociażby sytuacji nagłych, związanych z wystąpieniem choroby lub wypadku w trakcie okazjonalnych wyjazdów do innych państw. Może dotyczyć również sytuacji, w których pacjenci państw udają się na leczenie do innych państw w związku z koniecznością uzyskania dostępu do procedur leczniczych niedostępnych w państwach pochodzenia lub dostępnych znacznie szybciej. Ponadto, niektórzy pacjenci chcą leczyć się za granicą, aby być blisko członków rodziny mieszkających w innym państwie członkowskim lub aby mieć dostęp do innej metody leczenia niż ta świadczona w państwie członkowskim ubezpieczenia. Często na wybór leczenia za granicą wpływa przekonanie, że w innym państwie członkowskim otrzymają opiekę zdrowotną lepszej jakości. W.C. Włodarczyk podkreśla, że ubiegając się o świadczenie związane z realizacją świadczeń w opiece transgranicznej,

„[...] pacjent może napotykać rozmaite przeszkody w dostępie do świadczeń, które nierzadko przyczyniają się do powstawania nierówności, co dotyczy zarówno różnic w faktycznym korzystaniu, jak i różnic w stanie zdrowia”²⁵. Jak słusznie wskazuje R. Baeten, możliwość korzystania z tej formy opieki zdrowotnej może zasadniczo przyczyniać się do przewyższenia różnorodnych barier organizacyjnych ograniczających dostępność²⁶.

W literaturze przedmiotu wskazano na pojawianie się wielu problemów związanych ze świadczeniem usług transgranicznej opieki zdrowotnej i refundacji kosztów ich udzielenia przez poszczególne państwa członkowskie UE²⁷. Wskazuje się między innymi na możliwy negatywny wpływ tego typu wydatków na bilansowanie się budżetów ochrony zdrowia poszczególnych państw²⁸, jak również problemy z planowaniem wydatków zdrowotnych²⁹. Argumentuje się wręcz, że powyższy względ powinien ograniczać rozwój transgranicznej opieki zdrowotnej³⁰. Z drugiej strony zaś podkreśla się pozytywny aspekt wzrostu zakresu usług w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej dla pacjentów³¹.

Następstwem realizacji swobód wspólnotowych stało się wprowadzenie unijnej instytucji koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego³².

25 W.C. Włodarczyk, *Problemy nierówności w zdrowiu*, [w:] W.C. Włodarczyk, I. Kowalska, A. Mokrzycka, *Szkice z polityki zdrowotnej...*, s. 158.

26 R. Baeten, *Past impacts of cross-border health care*, [w:] *Cross-border health care in the European Union...*, *op. cit.*

27 Y. Jorens, *The Right to Health Care Cross Borders*, [w:] *The Impact of EU Law on Health Care Systems*, eds. M. McKee, E. Mossialos, R. Baeten, PIE-Peter Lang 2003, s. 87 i n.

28 R. Cornelissen, *25eme anniversaire du Reglement (CEE) no. 1408/701, ses resultats et ses limites*, Paper for the European Colloquium 22 Annees du Reglement (CEE) no. 1408/701 sur la securite sociale des travailleurs migrants, Office National de la Securite sociale de Suede and Commission europeenne, Stockholm 1997, s. 41; Y. Jorens, *Grensarbeid: algemene situering en probleemstelling*, [w:] *Grensarbeid: sociaalrechtelijke en fiscaalrechtelijke aspecten*, red. Y. Jorens, Brugge 1997, s. 14.

29 P. Mavridis, *Le citoyen europeen peut-il se faire soigner dans l'Etat de son choix?*, Droit Social 1996, No. 12, s. 1092 i 1093; S. Zechel, *Die territorial begrenzte Leistungserbringung der Krankenkassen im Lichte des EG-Vertrages*, Berlin 1995, s. 29 i n.

30 Y. Jorens, *The Right to Health Care Cross Borders*, s. 87.

31 *Ibidem*, s. 87 i 88. Por. także A. Cygan, *Public healthcare in the European Union: Still a Service of General Interest?*, International & Comparative Law Quarterly, Cambridge University Press 2010, s. 11 i n.; A. du Bois-Pedain, *Seeking healthcare elsewhere*, Cambridge Law Journal 2007, vol. 66, s. 44 i n.

32 Por. m.in. T.K. Hervej, J.V. McHale, *Health Law and the European Union*, Cambridge University Press 2004, s. 112; A. Mokrzycka, *Wspólnotowe podstawy praw*

Jej zadaniem było określenie wspólnych zasad określających warunki otrzymania pomocy medycznej przez pacjenta w innym państwie UE pod warunkiem, że ma on prawo do określonych świadczeń opieki zdrowotnej w państwie zamieszkania. Przepisy te okazały się w pewnym momencie niewystarczające do zapewnienia transgranicznej opieki zdrowotnej na obszarze wspólnotowym. Podjęte prace nad kolejnym aktem unijnym w tym zakresie zakończyły się już w obecnej dekadzie. Ostateczny tekst przyjęto w dniu 9 marca 2011 r. – uchwalono wówczas dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej (dalej również: „dyrektywa 2011/24”)³³. Po implementacji dyrektywy w krajowych porządkach prawnych, rolą dorobku orzeczniczego pozostało wpływać na sposób interpretacji reguł przyjętych w tym zakresie w prawie pozytywnym.

Zgodnie z motywem 33 dyrektywy 2011/24 założeniem stawianym przed przepisami tejże dyrektywy nie jest ustanowienie uprawnienia do zwrotu kosztów opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim, jeżeli taka opieka zdrowotna nie jest objęta zakresem świadczeń przewidzianym w ustawodawstwie państwa członkowskiego ubezpieczenia danej osoby. Jednocześnie niniejsza dyrektywa nie powinna zapobiegać rozszerzeniu przez państwa członkowskie ich systemu świadczeń rzeczowych na opiekę zdrowotną świadczoną w innym państwie członkowskim. J. Bazylińska-Nagler słusznie zauważa, że powyższe rozwiązanie powoduje, iż dyrektywa: „faktycznie zachęca do rozszerzania przez państwa członkowskie ich systemu świadczeń rzeczowych na transgraniczną opiekę zdrowotną”³⁴. Tym samym obowiązek zwrotu kosztów leczenia za granicą, zgodnie z dyrektywą, jest ograniczony tylko do świadczeń, do których pacjent jest uprawniony w swoim państwie ubezpieczenia, nie wyklucza zwrotu przez państwa kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej ponad ten poziom.

Państwa członkowskie ubezpieczenia powinny dać pacjentom prawo do co najmniej takich samych świadczeń w innym państwie członkowskim, jak te przewidziane w prawodawstwie państwa członkowskiego

pacjenta do ochrony zdrowia w UE. Dyrektywa „Pacjenci bez granic”. Zarys problemu, [w:] W.C. Włodarczyk, I. Kowalska, A. Mokrzycka, Szkice z polityki zdrowotnej..., s. 316.

³³ Dz.Urz. L 88/45.

³⁴ J. Bazylińska-Nagler, *Transgraniczne usługi zdrowotne w unijnym i polskim porządku prawnym*, „Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego” 2015, nr 01, s. 5.

ubezpieczenia. Jeżeli wykaz świadczeń nie wyszczególnia dokładnie stosowanej metody leczenia, ale określa typy leczenia, państwo członkowskie ubezpieczenia nie powinno odmawiać uprzedniej zgody lub zwrotu kosztów, powołując się na fakt, że metoda leczenia nie jest dostępna na jego terytorium, ale powinno ocenić, czy planowane lub otrzymane leczenie transgraniczne odpowiada świadczeniom przewidzianym w jego prawodawstwie. Fakt, że obowiązek zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej zgodnie z niniejszą dyrektywą jest ograniczony tylko do opieki zdrowotnej figurującej wśród świadczeń, do których pacjent jest uprawniony w swoim państwie członkowskim ubezpieczenia, nie wyklucza zwrotu przez państwa członkowskie kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej ponad ten pułap. Dla przykładu, państwa członkowskie mają prawo zwracać dodatkowe koszty, takie jak nocleg i podróż, lub dodatkowe koszty ponoszone przez osoby niepełnosprawne, nawet w przypadkach, gdy koszty te nie podlegają zwrotowi w przypadku opieki zdrowotnej świadczonej na ich terytorium³⁵.

Kwestią, na którą zwraca się szczególną uwagę w kształtowaniu regulacji odnoszących się do transgranicznej opieki zdrowotnej, jest uprzednia zgoda państwa ubezpieczenia na finansowanie świadczeń udzielanych w państwie leczenia. Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Trybunału państwa członkowskie mogą uzależniać od uprzedniej zgody pokrycie przez krajowy system kosztów opieki szpitalnej zapewnianej w innym państwie członkowskim. Było to już przedmiotem szczegółowej analizy w niniejszym rozdziale. Trybunał orzekł, że wymóg ten jest konieczny i uzasadniony, ponieważ liczba szpitali, ich rozmieszczenie geograficzne, sposób ich organizacji oraz ich wyposażenie, a nawet rodzaj świadczeń medycznych, które są w stanie zaoferować poszczególne placówki, to obszary, w których powinno być możliwe planowanie, zazwyczaj mające zaspokoić zróżnicowane potrzeby. Warto przypomnieć, że Trybunał stwierdził, iż takie planowanie ma na celu zapewnienie wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia szpitalnego wysokiej jakości w danym państwie członkowskim.

W świetle orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej uzależnienie pokrycia kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w innym państwie członkowskim przez ustawowy system zabezpieczenia społecznego lub krajowy system opieki zdrowotnej od uprzedniej zgody jest

³⁵ Por. motyw 34 dyrektywy 2011/24.

ograniczeniem w swobodnym przepływie usług³⁶. Mając na uwadze wypracowane w orzecznictwie sądów unijnych poglądy, prawodawca unijny wskazał kilka istotnych wytycznych, jakimi powinny kierować się państwa członkowskie przy regulacji w prawie krajowym kwestii ewentualnego mechanizmu uprzedniej zgody na realizację transgranicznej opieki zdrowotnej.

W motywie 42 omawianej dyrektywy wskazano wyraźnie, że względu na to, iż to państwa członkowskie są odpowiedzialne za ustanawianie zasad dotyczących zarządzania, wymogów, standardów jakości i bezpieczeństwa oraz za organizację i świadczenie opieki zdrowotnej i że w poszczególnych państwach występują różne wymogi związane z planowaniem, to do państw członkowskich należy podjęcie decyzji, czy jest potrzeba wprowadzenia systemu uprzednich zgód, a jeżeli tak, określenie, które świadczenia opieki zdrowotnej wymagają takiej zgody w ramach krajowego systemu, zgodnie z kryteriami ustalonymi w niniejszej dyrektywie i z uwzględnieniem orzecznictwa Trybunału.

Artykuł 4 ust. 3 dyrektywy 2011/24 potwierdza, że w odniesieniu do pacjentów z innych państw członkowskich w trakcie wykonywania transgranicznej opieki zdrowotnej powinna być stosowana zasada niedyskryminacji ze względu na przynależność państwową. Brzmienie powyższego rozwiązania „tonowane” (przynajmniej w zakresie tworzenia regulacji krajowych na poziomie krajowym realizujących zasadę niedyskryminacji) jest rozwiązaniem opisanym w zdaniu drugim tego przepisu, gdzie wskazuje się, że nie narusza to możliwości przyjęcia przez państwo członkowskie leczenia – jeżeli jest to uzasadnione nadrzędnymi względami poddyktowanymi interesem ogólnym, takimi jak wymogi planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie członkowskim lub dotyczące woli kontrolowania kosztów oraz unikania, na ile to możliwe, wszelkiego marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich – środków dotyczących dostępu do leczenia służących wypełnieniu podstawowego obowiązku, jakim jest zapewnienie wystarczającego

³⁶ Zatem, co do zasady, państwo członkowskie ubezpieczenia nie powinno uzależniać pokrycia kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w innym państwie członkowskim od uprzedniej zgody, w przypadku gdy koszty tej opieki – jeżeli udzielono by jej na terytorium tego państwa – zostałyby sfinansowane przez jego system zabezpieczenia społecznego lub krajowy system opieki zdrowotnej.

i stałego dostępu do opieki zdrowotnej na jego terytorium. Środki takie są ograniczone do tego, co jest konieczne oraz proporcjonalne i nie mogą stanowić środka arbitralnej dyskryminacji oraz są z wyprzedzeniem podawane do publicznej wiadomości³⁷.

Realizacja zasady niedyskryminacji wskazana została precyzyjnie w jednym z kolejnych rozwiązań normatywnych. Otóż państwa członkowskie mają obowiązek zapewnić, aby świadczeniodawcy stosowali na swoim terytorium wobec pacjentów z innych państw członkowskich tę samą skalę opłat za opiekę zdrowotną, która jest stosowana wobec pacjentów krajowych w porównywalnej sytuacji zdrowotnej, lub pobierali opłatę skalkulowaną zgodnie z obiektywnymi, niedyskryminacyjnymi kryteriami, jeżeli nie istnieje porównywalna cena dla pacjentów krajowych³⁸. Powyższe rozwiązanie nie narusza przepisów krajowych, które umożliwiają świadczeniodawcom ustalanie własnych cen, pod warunkiem że nie dyskryminują oni pacjentów z innych państw członkowskich³⁹. Co istotne również, regulacje dyrektywy nie naruszają przepisów ustawowych ani wykonawczych państw członkowskich dotyczących stosowania języków. Państwa członkowskie mogą zdecydować o dostarczaniu informacji w innych językach niż języki urzędowe danego państwa członkowskiego.

5. Zakończenie

Problemy nierówności i dyskryminacji w dostępie do opieki zdrowotnej znajdują się obecnie również w obszarze zainteresowania Unii Europejskiej. Od kilkudziesięciu lat zaobserwować można aktywność Unii Europejskiej w tym zakresie. Sprowadza się ona zasadniczo do wydawania dokumentów o charakterze postulatycznym, jednakże kwestie nierówności i dyskryminacji w dostępie do opieki medycznej wynikają również z regulacji prawa pierwotnego.

W Traktacie o funkcjonowaniu Unii Europejskiej wspomniano o kwestiach sprawiedliwości, równości oraz zwalczaniu dyskryminacji. W UE podejmowanych jest wiele działań, które uwzględniają społeczno-ekonomiczne

³⁷ Por. także L. Hancher, W. Sauter, *EU Competition and Internal Market Law in the Healthcare Sector*, Oxford 2012, s. 210–211.

³⁸ Por. art. 4 ust. 4 dyrektywy 2011/24.

³⁹ Por. art. 4 ust. 4 zdanie drugie dyrektywy 2011/24.

determinanty nierówności w zdrowiu. Unia aktywnie promuje i chroni prawa podstawowe wszystkich mieszkańców UE w ramach wielu różnych programów i inicjatyw. Takie postępowanie jest zgodne z traktatem z Lizbony oraz Kartą praw podstawowych Unii Europejskiej, które zakazują wszelkiej dyskryminacji – ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, religię lub przekonania, rasę lub pochodzenie etniczne czy orientację seksualną.

Istotne znaczenia dla zwalczania nierówności w dostępie do opieki medycznej mają również regulacje w zakresie mobilności pacjentów na obszarze unijnym.

Bibliografia

- Baeten R., *Past impacts of cross-border health care*, [w:] *Cross-border health care in the European Union. Mapping and analyzing practices and policies*, s. 255 i n., http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135994/e94875.pdf [dostęp: 20 maja 2016].
- J. Bazylińska-Nagler, *Transgraniczne usługi zdrowotne w unijnym i polskim porządku prawnym*, „Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego” 2015, nr 01.
- Berie H., *Europäische Sozialpolitik*, [w:] *Soziale Integration in Europa I*, Hrsg. G. Kleinhenz, Berlin 1993.
- Bernhard J., *Die Grundlagen der Sozialpolitik im Vertragsrecht der EG*, [w:] *Sozialpolitik in der EG*, Hrsg. H. Lichtenberg, Baden-Baden 1986.
- Busse R., van Ginneken E., Woerz M., *Access to health care services within and between countries of the European Union*, [w:] *Cross-border health care in the European Union. Mapping and analyzing practices and policies*, red. Wismar M., Palm W., Figueras J., Ernst K., van Ginneken E., Woerz M., Brussels 2011, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135994/e94875.pdf [dostęp: 20 maja 2016].
- Christopoulos A., Mc Vey D., Crosier A., *A rapid review of innovation in the context of social determinants. Lessons from Europe*, DETERMINE Working Document No. 2, National Social Marketing Centre, Brussels 2008, <http://www.closing-the-gap.org/?uid=6183f35383c0a4705f-0814cf531a-acda&id=Seite3454> [dostęp: 15 grudnia 2015].
- Cornelissen R., *25eme anniversaire du Reglement (CEE) no. 1408/701, ses resultats et ses limites*, Paper for the European Colloquium 22 Annees

- du Reglement (CEE) no. 1408/701 sur la securite sociale des travailleurs migrants, Office National de la Securite sociale de Suede and Commission europeenne, Stockholm 1997.
- Cygan A., *Public healthcare in the European Union: Still a Service of General Interest?*, International & Comparative Law Quarterly, Cambridge University Press 2010, s. 11 i n.; A. du Bois-Pedain, *Seeking healthcare elsewhere*, Cambridge Law Journal 2007, vol. 66.
- Demmer M., *Europäische Sozialpolitik im Spannungsfeld zwischen institutionellem Wettbewerb und institutioneller Integration*, Köln 1994.
- Głąbicka K., *Polityka społeczna Wspólnot Europejskich*, Warszawa 1998.
- Grinten van der T., *Rationing health care*, Health Policy Monitor 2003, May, http://hpm.org/en/Surveys/Erasmus_University_Rotterdam_-_Netherlands/01/Rationing_Health_Care.html [dostęp: 20 maja 2016].
- L. Hancher, W. Sauter, *EU Competition and Internal Market Law in the Healthcare Sector*, Oxford 2012.
- Hervey T.K., McHale J.V., *Health Law and the European Union*, Cambridge University Press 2004.
- Jorens Y., *Grensarbeid: algemene situering en probleemstelling*, [w:] *Grensarbeid: sociaalrechtelijke en fiscaalrechtelijke aspecten*, red. Y. Jorens, Brugge 1997.
- Jorens Y., *The Right to Health Care Cross Borders*, [w:] *The Impact of EU Law on Health Care Systems*, eds. M. McKee, E. Mossialos, R. Baeten, PIE-Peter Lang 2003.
- Lavin T., Metcalfe O., *Policies and actions addressing the socio-economic determinants of health inequalities: examples of activity in Europe*, DETERMINE Working Document No. 1, Institute of Public Health In Ireland, Brussels 2008, <http://www.closing-the-gap.org/?uid=6183f35383c0a4705f0814cf531aacda&cid=Seite3454> [dostęp: 15 grudnia 2015].
- Mavridis P., *Le citoyen europeen peut-il se faire soigner dans l'Etat de son choix?*, Droit Social 1996, No. 12, s. 1092 i 1093; S. Zechel, *Die territorial begrenzte Leistungserbringung der Krankenkassen im Lichte des EG-Vertrages*, Berlin 1995.
- Włodarczyk W.C., *Problemy nierówności w zdrowiu*, [w:] W.C. Włodarczyk, I. Kowalska, A. Mokrzycka, *Szkice z polityki zdrowotnej Unii Europejskiej*, Warszawa 2012.
- Zawadzki P., *Instytucje międzynarodowe w walce z ubóstwem i wykluczeniem*, [w:] *Polityka publiczna wobec ubóstwa i wykluczenia społeczne-go*, red. R. Szarfenberg, C. Żołądowski, M. Thiess, Warszawa 2010.