

Elżbieta Pitrus

Uniwersytet Jagielloński
Instytut Geografii i Gospodarki Przestrzennej

Prawodawstwo unijne regulujące funkcjonowanie uzdrowisk w Europie

Instytucje zjednoczonej Europy regulują wiele kwestii niezbędnych do zgodnego i ekonomicznego funkcjonowania gospodarki. Zasady prawne tworzone przez Unię Europejską obowiązują wszystkie kraje wchodzące w jej skład. Reguła ta odnosi się również do polityki z zakresu zdrowia publicznego, aczkolwiek zakres uregulowań w tej dziedzinie jest niewielki. Kraje członkowskie są związane przepisami zasadniczymi zawartymi w kolejnych traktatach, poszczególne państwa prowadzą jednakże własną politykę w zakresie ochrony zdrowia.

Zdrowie publiczne i jego ochrona, jako dziedzina zainteresowania prawa unijnego, pojawiło się po raz pierwszy w 1957 r., podczas ustalania brzmienia Traktatu Rzymskiego. Treść dokumentu obejmuje uregulowania odnoszące się do kontroli sanitarnej, wymiany towarów i możliwości swobodnego przemieszczania się obywateli (w tej grupie znajdują się zarówno pracownicy służby zdrowia, jak i pacjenci) w obrębie krajów Wspólnoty.

Następnym dokumentem traktującym o problematyce zdrowia jest Jednolity Akt Europejski, podpisany w 1987 r.¹ Odnosi się on w szczególności do obowiązku zapewnienia wysokiej jakości w ochronie zdrowia, w tym poprawy bezpieczeństwa, higieny pracy, ochrony środowiska naturalnego.

Unormowania legislacyjne Unii Europejskiej uzupełniono podpisany w Maastricht w 1992 r. Traktat o Unii Europejskiej, przyznający organizacji dodatkowe kompetencje w zakresie ochrony zdrowia². Artykuł 129 dokumentu mówi, że Wspólnota Europejska będzie czynnie popierać promocję zdrowia poprzez stymulowanie współpracy między państwami członkowskimi, jak również zwracać szczególną uwagę na profilaktykę, a w tym na zapobieganie głównym zagrożeniom zdrowotnym. W szczególności sposób podkreślono rolę informacji i edukacji zdrowotnej na szczeblu unijnym oraz ustanowiono nierozzerwalność polityki zdrowotnej Unii z wymaganiami w zakresie ochrony zdrowia. W tym samym artykule zaznaczono konieczność uwzględniania ochrony zdrowia w pozostałych obszarach polityki Wspólnoty.

W związku z wejściem w życie Traktatu z Maastricht Komisja Europejska opracowała i opublikowała *Komunikat o zakresie prac w dziedzinie zdrowia publicznego*, w którym udokumentowano wszystkie poprzednie działania Wspólnoty oraz określono zasady dalszej działalności w tym zakresie. Dokument zawiera omówienie głównych przyczyn śmiertelności i zapadalności na choroby, pierwszoplanowe trendy zdrowotne oraz wyzwania stojące przed systemami opieki zdrowotnej państw członkowskich, do których zaliczono (Łuczynowicz 2002):

- powiększającą się grupę ludzi w wieku emerytalnym;
- rozwój nowych technologii (w tym medycznych);
- zagrożenie środowiska naturalnego;
- przekształcenia społeczno-ekonomiczne;
- zmiany stylu życia;
- wzrost oczekiwań społecznych w stosunku do systemów ochrony zdrowia.

Ponadto wykonano analizę możliwych działań Wspólnoty w dziedzinie zdrowia, obejmujących badania naukowe, wymianę informacji i personelu oraz tworzenie sieci jednostek monitoringu epidemiologicznego. Równocześnie określono kryteria doboru priorytetów w programach polityki zdrowotnej, do których zaliczono:

- przeciwdziałanie schorzeniom powodującym wysoki poziom śmiertelności i zachorowalności;
- praktyczne aspekty wdrożenia masowych badań profilaktycznych;
- ocenę zaawansowania działań własnych państw członkowskich.

W 1997 r. podpisano w Amsterdamie Traktat Amsterdamski zawierający znówelizowany artykuł 152, który mówi, że sprawy zdrowia będą brane pod uwagę przy formułowaniu i wdrażaniu kompleksowej polityki i działań Wspólnoty³. Działal-

¹ Other treaties and instruments – Single European Act, www.europa.eu.int/abc/obj/treaties/en/entoc113.htm.

² Treaty of European Union, www.europa.eu.int/abc/obj/treaties/en/entoc01.htm.

³ Amsterdam - a new Treaty for Europe, www.europa.eu.int/abc/obj/amst/en/index.htm.

ność Unii Europejskiej nie będzie się ograniczała wyłącznie do profilaktyki chorób, lecz przewiduje się działania na szerszą skalę. Jeden z nowych zapisów pozwala Wspólnocie na wywieranie większego wpływu na politykę państw członkowskich w omawianym zakresie, nadal podkreśla się jednak pierwszeństwo polityki rządów państw członkowskich. Zapisy Traktatu Amsterdamskiego należy interpretować jako podstawę do wdrożenia bardziej efektywnej polityki zdrowotnej w Unii Europejskiej.

Z uwagi na znaczenie zagadnień ochrony zdrowia odgrywają one coraz większą rolę w procesie akcesyjnym krajów kandydujących. Wśród aspektów najbardziej problematycznych wymienia się:

- dostosowanie legislacji krajów kandydujących do dorobku prawnego Wspólnoty i przygotowanie instytucjonalnych możliwości wdrożenia nowych uregulowań;

- oddziaływanie procesu rozszerzenia Unii Europejskiej na stan zdrowia społeczeństwa oraz systemy ochrony zdrowia państw członkowskich i krajów kandydujących;

- uwzględnienie potrzeb krajów kandydujących w formułowaniu i/lub modyfikacji polityki zdrowotnej Wspólnoty poprzez ewentualny udział tych krajów w procesie podejmowania decyzji.

W celu rozszerzenia debaty Komisja Europejska opublikowała w 1998 r. *Komunikat w sprawie rozwoju publicznej polityki zdrowotnej Unii Europejskiej*. Dokument rozpoczyna się od przeglądu współczesnej sytuacji zdrowotnej we Wspólnocie, prezentowanej za pośrednictwem szeregu wskaźników: przeciętna spodziewana długość życia, wskaźnik śmiertelności niemowląt i śmiertelności okołoporodowej. W następnej kolejności przedstawiono wyzwania stojące przed systemami ochrony zdrowia i różnorodne obciążenia, którym systemy te podlegają, tj. konieczność sprostania potrzebom wynikającym z sytuacji demograficznej, presja obniżania kosztów w celu zmniejszenia deficytów budżetowych oraz konkurencja o nakłady na zdrowie, nowe metody terapeutyczne. Współcześnie społeczeństwa w znacznie większym stopniu niż w przeszłości oczekują zaspokojenia swoich potrzeb zdrowotnych. Trend ten ma charakter rosnący, co skutkuje zwyżkującym zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne i wiążącym się z nim wzrostem kosztów.

W podsumowaniu *Komunikat w sprawie rozwoju publicznej polityki zdrowotnej Unii Europejskiej* zidentyfikował zagadnienia szczególnie ważne w procesie przygotowań krajów kandydujących do wstąpienia do UE. Zakwalifikowano do nich (Łuczynowicz 2002):

- brak nowoczesnej koncepcji publicznej polityki zdrowotnej, odpowiadającej wyzwaniom stojącym przed systemem ochrony zdrowia;
- relatywnie niskie nakłady na ochronę zdrowia;
- zwiększającą się zachorowalność na choroby zakaźne;
- zmniejszenie ilości wykonywanych szczepień ochronnych;
- rosnącą konsumpcję leków;
- potrzebę modernizacji i ulepszenia jednostek medycyny ratowniczej;

- niski status społeczny i ekonomiczny pracowników służby zdrowia (czego konsekwencją mogą być migracje na dużą skalę);
- negatywne oddziaływanie zanieczyszczenia środowiska na stan zdrowia populacji.

Omówione dokumenty wyczerpują listę regulacji unijnych z zakresu polityki ochrony zdrowia. Brak w nich jakichkolwiek bezpośrednich odniesień do lecznictwa uzdrowiskowego, gdyż tak szczegółowe kwestie normalizowane są przez każde państwo członkowskie we własnym zakresie i według wewnętrznych przepisów.

Unia Europejska nie dysponuje budżetem, który byłby przeznaczony na wsparcie bezpośrednich działań w sferze lecznictwa uzdrowiskowego i turystyki, tak jak ma to miejsce w innych dziedzinach. Jednakże bardzo wiele działań pośrednich w lecznictwie i turystyce otrzymuje wsparcie w ramach różnych programów europejskich. W Polsce firmy uzdrowiskowe i turystyczne zaliczają się do sektora małych i średnich przedsiębiorstw, które mogą korzystać z unijnych środków pomocy. W kręgu zainteresowania znajduje się ochrona środowiska naturalnego, transport, bezpieczeństwo konsumentów, a więc branże, dla których we Wspólnocie przeznaczają się znaczne środki pomocowe. Największymi budżetami mogącymi finansować lokalne przedsięwzięcia z zakresu turystyki, ochrony środowiska, reorientacji zawodowej i wspierania przedsiębiorczości są unijne fundusze strukturalne, tj. Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego, Europejski Fundusz Społeczny, Europejski Fundusz Rolny (Golba 2003).

Problematykę zdrowotną zawartą w przepisach Unii Europejskiej reguluje w Polsce Narodowy Program Zdrowia. Jest on realizowany od początku lat 90. XX w. w kolejnych przedziałach czasowych (obecnie na lata 2007-2013). Został opracowany według wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia przedstawionych w strategii *Zdrowie dla wszystkich* w 2000 r. Podstawowym założeniem polskiej wersji programu jest promocja zdrowia i zapobieganie chorobom. Wdrożeniem zajmują się organy administracji rządowej i samorząd terytorialny. Za cel strategiczny obrano poprawę zdrowia i jakości życia ludności poprzez stwarzanie odpowiednich warunków oraz kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia, podejmowanie działań na rzecz zdrowia własnego i innych, kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki oraz zmniejszanie różnic w zdrowiu i dostępności do świadczeń zdrowotnych, a także przywrócenie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

W odniesieniu do uzdrowisk poprzedni Narodowy Program Zdrowia przewidywał zapewnienie kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych, efektywne wykorzystanie środków przeznaczonych na zakup świadczeń, wzrost nakładów na leczenie uzdrowiskowe, bardziej ekonomiczną eksploatację istniejącej bazy i zapobieganie jej dekapitalizacji, zwiększenie dostępności usług dla pacjenta oraz intensyfikację świadczeń z zakresu rehabilitacji przedrentowej⁴. Dokument postulował zwiększenie środków przeznaczanych na finansowanie uzdrowisk (nakłady w ramach kon-

⁴ Narodowa Ochrona Zdrowia, 2003, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index>.

traktów na leczenie uzdrowiskowe w latach 2001-2002 utrzymywały się poniżej poziomu 1% budżetu Kas Chorych (Kralkowska 2002) oraz gmin uzdrowiskowych i rozważał powołanie społecznej Rady Uzdrowisk Polskich, której zadaniem byłoby koordynowanie działań ZUS, KRUS, PFRON, resortów zdrowia i skarbu, samorządów terytorialnych i podmiotów uzdrowiskowych. Z drugiej strony Narodowy Program Zdrowia zapowiadał i dokonał wzmocnienia merytorycznego nadzoru Ministerstwa Zdrowia nad działalnością uzdrowisk, co stoi w sprzeczności z wcześniejszymi postulatami prywatyzacji. Nową kwestię stanowiła propozycja wprowadzenia szczególnego statusu spółek uzdrowiskowych jako przedsiębiorstw użyteczności publicznej.

W ramach przygotowań przedakcesyjnych Polska podpisała szereg zobowiązań gwarantujących obywatelom prawa przysługujące społeczeństwom innych krajów członkowskich. Jednym z nich jest zarządzenie, zgodnie z którym na wyjazd do któregoś z krajów członkowskich (po wejściu do Unii) nie jest potrzebne dodatkowe ubezpieczenie. Jeżeli obywatel Polski przebywający za granicą nagle zachoruje lub jego stan gwałtownie się pogorszy, koszty pobytu w zagranicznym szpitalu pokryje NFZ. Planowany wyjazd na bezpłatne leczenie za granicę nie będzie jednak możliwy bez zgody Ministerstwa Zdrowia lub NFZ.

Tworzenie i funkcjonowanie uzdrowisk w poszczególnych krajach członkowskich Unii Europejskiej regulują ustawy mające formę albo przepisów ogólnych (odnoszących się do całego systemu ochrony zdrowia) albo szczegółowych (normalizujących kwestie kreowania, funkcjonowania, klasyfikacji, wspierania rozwoju, norm i standardów leczniczych). Dodatkowo legislacja państw europejskich wprowadza szereg rozwiązań prawnych, pozwalających na pozyskanie dodatkowych dochodów dla miejscowości uzdrowiskowych, których zadaniem jest rekompensata dochodów utraconych z tytułu ograniczeń w rozwoju albo zabezpieczenie środków na realizację specyficznych zadań uzdrowiskowych, nieznanymi innym gminom.

Literatura

- Amsterdam – a new Treaty for Europe*, www.europa.eu.int/abc/obj/amst/en/index.htm.
- Golba J., 2003, *Stan prawny uzdrowisk polskich w porównaniu ze stanem prawnym uzdrowisk w krajach Unii Europejskiej – wyzwania, jakie stoją przed rządem i środowiskiem uzdrowiskowym*, referat z XII Kongresu Uzdrowisk Polskich, Rabka.
- Kralkowska E., 2002, *Miejsce lecznictwa uzdrowiskowego w systemie ochrony zdrowia – stan i perspektywy rozwoju*, referat z XI Kongresu Uzdrowisk Polskich, Krynica.
- Łuczynowicz Ł., 2002, *Zarys polityki UE wobec ochrony zdrowia*, *Ogólnopolski Przegląd Medyczny*, nr 2, http://srv.spinnet.com.pl/spin/test/a_zarys.htm.
- Narodowa Ochrona Zdrowia, 2003, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index>.
- Other treaties and instruments – Single European Act*, www.europa.eu.int/abc/obj/treaties/en/entoc113.htm.
- Treaty of European Union*, <http://www.europa.eu.int/abc/obj/treaties/en/entoc01.htm>.