

Małgorzata Paszkowska

Zabezpieczenie opieki medycznej jako czynnik rozwoju usług turystycznych

Ekonomiczne Problemy Usług nr 53, 677-694

2010

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MAŁGORZATA PASZKOWSKA

Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

ZABEZPIECZENIE OPIEKI MEDYCZNEJ JAKO CZYNNIK ROZWOJU USŁUG TURYSTYCZNYCH

Wprowadzenie

Turystyka to jeden z najbardziej dynamicznie rozwijających się sektorów gospodarki w skali globalnej. W ostatnich latach coraz popularniejsze stały się koncepcje rozwoju gospodarczego regionów, a nawet całych państw w oparciu o rozwój turystyki. Takie kraje jak Hiszpania czy Włochy od lat inwestują, promują rozwój turystyki i uczyniły z niej jedną z podstawowych i dochodowych dziedzin własnej gospodarki. Turystyka stanowi niewątpliwie istotny czynnik rozwoju społeczno-gospodarczego regionów i państw, przyczyniając się m.in. do zmniejszenia bezrobocia. Na rozwój turystyki ma wpływ wiele czynników o zróżnicowanym charakterze począwszy m.in. od walorów przyrodniczych i antropogenicznych poprzez infrastrukturę noclegową i gastronomiczną oraz komunikacyjną aż do marketingu terytorialnego. Jednym z mniej dostrzeganych (a nawet w ogóle niedostrzeganym) w literaturze i praktyce czynników rozwoju usług turystycznych jest zabezpieczenie opieki medycznej. Zdrowie jest szczególną, nadrzędną wartością w życiu każdego człowieka. Utrata zdrowia powoduje nie tylko konsekwencje indywidualne, ale i społeczne, np. dla chorego turysty i jego rodziny oraz usługodawcy. Związek między zdrowiem człowieka a jego zadowoleniem z życia jest oczywisty. Stan zdrowia człowieka ma istotne znaczenie dla korzystania przez niego z usług turystycznych. Dlatego w interesie przedsiębiorcy turystycznego i podmiotów odpowiedzialnych za rozwój turystyki, a także społecznym leży dbałość o zabezpieczenie turystom krajowym i zagranicznym dostępu do opieki medycznej. Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na rolę dostępności usług medycznych dla rozwoju turystyki w UE i Polsce. Przedmiotem rozważań pierwszej części artykułu jest do-

stęp w ramach koordynacji zabezpieczenia społecznego do opieki medycznej turystom podróżującym po terytorium Unii Europejskiej, natomiast drugiej części – zabezpieczenie opieki medycznej turystom polskim podróżującym po swoim kraju. Choroba może zdarzyć się zawsze i każdemu turyście, niezależnie od miejsca pobytu i rodzaju uprawianej turystyki. W takiej sytuacji często niezbędne staje się skorzystanie z usług medycznych. Dostępność powyższych usług uzależniona jest od kilku czynników, m.in. miejsca pobytu, statusu turysty oraz rodzaju zachorowania.

1. Opieka medyczna podczas podróży po państwach członkowskich UE

Usługi turystyczne stanowią coraz istotniejszy przedmiot zainteresowania Unii Europejskiej. Sezon turystyczny trwa obecnie cały rok, a sektor turystyczny jest jedną z najprężniej rozwijających się dziedzin gospodarki europejskiej. Z jednej strony usługi turystyczne mają decydujące znaczenie dla gospodarki niektórych państw członkowskich UE, np. Grecji, z drugiej zaś – w każdym kraju członkowskim coraz więcej obywateli korzysta z usług turystycznych, tworząc pokaźną grupę konsumentów. Usługi turystyczne mieszczą się w zakresie przedmiotowym unijnej polityki ochrony konsumenta, ale także związane są bezpośrednio z jedną z czterech naczelných zasad jednolitego rynku europejskiego – zasadą (swobodą) przepływu osób.

W ramach polityki ochrony konsumenta UE wydaje akty prawa wtórnego (przeważnie dyrektywy) mające na celu wzmocnienie ochrony konsumentów usług turystycznych¹. UE nie odgrywa formalnej roli w zakresie opieki zdrowotnej², jednakże od lat 90. XX wieku zaczyna zaznaczać coraz wyraźniej swoją rolę w zakresie zdrowia publicznego. Związane jest to z jednej strony z posiadaniem przez UE kompetencji formalnych w dziedzinie zdrowia publicznego, z drugiej zaś strony z intensywnym rozwojem tej dziedziny. Działania UE jednakże sprowadzają się zasadniczo do tworzenia i realizacji programów w zakresie zdrowia publicznego w aspekcie promocji zdrowia i zapobiegania chorobom, pomijając problematykę administrowania opieką zdrowotną. Finansowanie i zapewnienie opieki zdrowotnej (świadczeń zdrowotnych) stanowi wyłączny obowiązek krajów członkowskich, a nie Unii Europejskiej. Nie istnieją bowiem normy unijne nakładające na UE taki obowiązek. Organizacja służby zdrowia i systemu ubezpieczeń zdrowotnych należy

¹ Unijne standardy prawne w zakresie ochrony konsumentów usług turystycznych zawiera przede wszystkim dyrektywa Rady 90/314 dnia 13 czerwca 1990 r. w sprawie zorganizowanych podróży, wakacji i wycieczek (zwana też w literaturze polskiej dyrektywą o podróżach turystycznych za cenę zryczałtowaną).

² Szerzej o polityce UE w zakresie ochrony zdrowia: P.J. Belcher, *Rola UE w ochronie zdrowia*, Ignis, Warszawa 2001; M. Paszkowska, *Kompetencje UE w ochronie zdrowia*, „Współnoty Europejskie” 2007, nr 4.

do wyłącznej kompetencji krajów członkowskich. Powyższa traktatowa zasada znalazła potwierdzenie w wielu orzeczeniach Trybunału Sprawiedliwości UE³. Państwa członkowskie UE we własnym zakresie kształtują systemy ochrony zdrowia w swoich krajach⁴. System zdrowotny wyróżnia rzeczywistość ochrony zdrowia określonego kraju w stosunku do innych krajów. Systemy ochrony zdrowia poszczególnych krajów UE różnią się między sobą. Różnica ta dotyczy przede wszystkim sposobu finansowania ochrony zdrowia w danym kraju. Generalnie można wyróżnić dwa modele finansowania systemu zdrowotnego:

- ubezpieczeniowy (oparty na ubezpieczeniu zdrowotnym obywateli),
- podatkowy/budżetowy (oparty na podatkach)⁵.

Ubezpieczeniowe systemy opieki zdrowotnej funkcjonują we: Francji, Holandii, Luksemburgu i Niemczech. Natomiast oparte na podatkach ogólnych działają w Danii, Finlandii, Hiszpanii, Irlandii, Szwecji, Portugalii i Wielkiej Brytanii. Poza dwoma powyższymi modelami finansowania systemu zdrowotnego można wyróżnić jeszcze model mieszany zawierający w sobie elementy ubezpieczeniowego i podatkowego (Belgia i Grecja).

Każdy obywatel Unii ma prawo do swobodnego podróżowania, podejmowania pracy, studiowania i zamieszkania w wybranym przez siebie kraju Wspólnoty. W razie zmiany miejsca zamieszkania lub podróży obywatela ubezpieczonego w jednym z państw Unii prawo do świadczeń medycznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przemieszcza się razem z nim. Zasadę swobody przepływu osób należy uznać za podstawę prawa pacjenta (w tym także turysty) do świadczeń zdrowotnych w UE⁶. Jednym z aspektów zasady swobody przepływu osób jest kwestia koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego⁷. Pojęcie zabezpieczenia społecznego związane jest z ideą pomocy ze strony państwa obywatelowi znajdującemu się w niekorzystnej sytuacji życiowej (w potrzebie). Sprawy zabezpieczenia społecznego należą do regulowanych bezpośrednio przez kraje członkowskie w ich prawie wewnętrznym, a prawo UE zajmuje się nimi wyjątkowo. UE zajęła się jednakże koordynacją krajowych porządków prawnych dotyczących tradycyjnych dziedzin zabezpieczenia społecznego. Celem prawodawstwa unijnego w powyższym zakresie jest dążenie do zagwarantowania fundamentalnych

³ Por. np. orzeczenie z 28 kwietnia 1998 w sprawie R. Kohlla, Zb. Orz. 1998, s. I-1931.

⁴ Szerzej o organizacji ochrony zdrowia w poszczególnych krajach „starej” UE m.in. E. Hibner, *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, WSH-E, Łódź 2003, s. 65–116; częściowo C. Włodarczyk, S. Poździejch, *Systemy zdrowotne*, Wyd. UJ, Kraków 2001.

⁵ Por. M. Paszkowska, *Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w wybranych państwach UE*, „e-Finanse” 2006, nr 1.

⁶ M. Paszkowska, *Ochrona zdrowia w UE*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 3, s. 115.

⁷ Szerzej swoboda przepływu osób: I. Boruta, *Swoboda przepływu osób*, w: *Prawo Unii Europejskiej, Prawo materialne i polityki*, red. J. Barcz, Wyd. Prawo i Praktyka Gospodarcza, Warszawa 2006.

zasad (swobód) jednolitego rynku europejskiego, tj. swobody przepływu towarów, osób, usług i kapitału. Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych i ich zakres określają przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Koordynacja polega na wprowadzaniu i stosowaniu wspólnych dla wszystkich państw członkowskich zasad, które określają warunki otrzymania pomocy medycznej przez pacjenta (będącego ubezpieczonym). Dzięki koordynacji każde z państw członkowskich UE zachowuje własny, dotychczas obowiązujący system zabezpieczenia społecznego w tym zdrowotnego⁸. Unijną koordynacją systemów zabezpieczenia społecznego objęte są wszystkie państwa członkowskie UE (aktualnie 27) oraz państwa członkowskie Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA), tj. Islandia, Lichtenstein, Norwegia oraz Szwajcaria. Przedmiotowe przepisy obowiązują również na terytoriach francuskich: Gwadelupa, Martynika, Reunion i Gujana Francuska; portugalskich: Azorach i Maderze, hiszpańskich: Majorce, Minorce, Ibizie i Wyspach Kanaryjskich. Przepisów wspólnotowych natomiast nie stosuje się w przypadku: Danii – na obszarze Grenlandii i Wysp Owczych, oraz Wielkiej Brytanii – na Wyspach Normandzkich: Jersey, Guernsey, Alderney, Herm, Sark oraz na wyspie Man. Podstawowe zasady koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego uregulowane zostały w TWE, a szczegółowe warunki ich stosowania określają:

1. Rozporządzenie Rady EWG nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 roku w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników, osób pracujących na własny rachunek oraz do członków ich rodzin przemieszczających się w obrębie Wspólnoty.
2. Rozporządzenie Rady EWG nr 574/72 z 21 marca 1972 roku w sprawie wykonywania rozporządzenia nr 1408/71⁹.

Z powyższych unijnych przepisów wynika prawo pacjenta (w tym także turysty) do świadczeń zdrowotnych na terytorium UE¹⁰. Postanowienia tych rozporządzeń są rozstrzygające w przypadku ewentualnej niezgodności norm ustawodawstwa krajowego z normami unijnymi. Podstawowym warunkiem przy stosowaniu rozporządzeń Wspólnoty z zakresu zabezpieczenia społecznego jest zjawisko przemieszczania się przez osobę zainteresowaną po obszarze Unii Europejskiej lub między państwami Unii a państwami należącymi do EFTA¹¹. Osoba, która nigdy

⁸ Por. T. Bińczycka-Majewska, *Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego w Unii Europejskiej*, Zakamycze 1999, s. 113.

⁹ Szerzej analiza przedmiotowych rozporządzeń: A. Giżejowska, A. Świątkowski, *Zabezpieczenie społeczne, komentarz*, Universitas, Kraków 2004.

¹⁰ Szerzej podstawy prawne opieki medycznej dla unijnych turystów: M. Paszkowska, *Prawo turysty do świadczeń zdrowotnych w państwach Unii Europejskiej*, Zeszyty Naukowe Zakładu Europeistyki WSiLiZ, „ZNACZNIE” 2009, nr 1(9).

¹¹ Europejskie Stowarzyszenie Wolnego Handlu (ang. European Free Trade Association, EFTA), międzynarodowa organizacja gospodarcza powstała 3 maja 1960 r. na mocy konwencji sztokholmskiej, mająca na celu utworzenie strefy wolnego handlu między państwami członkowskimi. Członkami EFTA są obecnie: Islandia, Lichtenstein, Norwegia, Szwajcaria. W 1992 r.

nie skorzystała ze swobody przemieszczania się, nie może się powoływać na przepisy zawarte w rozporządzeniu nr 1408/71, jeśli jednak choć raz przekroczyła granicę, to jest to już przesłanką do zastosowania tego rozporządzenia.

Art. 2 rozporządzenia nr 1408/71 określa zakres podmiotowy koordynacji zabezpieczenia społecznego, wskazując kategorie osób uprawnionych. Osobami uprawnionymi do świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na terenie Unii Europejskiej zgodnie z rozporządzeniem EWG nr 1408/71 są:

- pracownicy najemni i osoby pracujące na własny rachunek oraz członkowie ich rodzin,
- emeryci i renciści oraz członkowie ich rodzin,
- studenci i członkowie ich rodzin,
- turyści,
- osoby bezrobotne i członkowie ich rodzin.

Osoby wyżej wymienione, aby korzystać z prawa do opieki medycznej, muszą spełniać dwa warunki jednocześnie, tzn. posiadać ubezpieczenie zdrowotne w powszechnym systemie ubezpieczeniowym któregośkolwiek z państw członkowskich oraz korzystać z prawa swobodnego przemieszczania się po terytorium tych państw. Każdemu uprawnionemu z któregośkolwiek państw członkowskich Wspólnoty przysługuje w innym państwie członkowskim taki sam zakres świadczeń zdrowotnych jak ubezpieczonemu w tym konkretnym kraju Unii Europejskiej. Uprawniony będzie traktowany tak samo jak ubezpieczony danego państwa członkowskiego w dostępie do świadczeń zdrowotnych i okresie oczekiwania na określone świadczenia. Jeżeli określone usługi medyczne przysługują ubezpieczonemu nieodpłatnie, to nieodpłatnie będą także przysługiwać uprawnionemu obywatelowi innego państwa członkowskiego. Jeśli przewidziane są częściowe opłaty lub tzw. wkład własny dla ubezpieczonych obywateli danego kraju, to opłaty te lub wkład własny będzie zobowiązany uiścić z własnych środków także uprawniony obywatel innego państwa członkowskiego Wspólnoty. Zgodnie z rozporządzeniem EWG 1408/71, osobami uprawnionymi do opieki medycznej na terytorium Unii są między innymi turyści. Prawo unijne dla potrzeb omawianego rozporządzenia wprowadziło definicję tego pojęcia, zgodnie z którą turysta to osoba przebywająca w celach rekreacyjnych i wypoczynkowych czasowo na terytorium innego państwa członkowskiego i podlegająca systemowi zabezpieczenia społecznego, w tym zdrowotnego, w jednym z krajów członkowskich Unii Europejskiej. Dla definicji turysty istotne są dwa elementy: cel pobytu oraz jego długość. Celem pobytu musi być wypoczynek (stanowiący przeciwieństwo wykonywania pracy lub prowadzenia działalności gospo-

EWG i EFTA porozumiały się w sprawie utworzenia wspólnej strefy wolnego handlu na wszystkie towary. Porozumienie w tej sprawie, nieobejmujące jednak Szwajcarii, weszło w życie w 1994 r. tworząc Europejski Obszar Gospodarczy (EOG).

darczej), który może mieć charakter zarówno zorganizowany (np. z biurem podróży), jak i indywidualny. Poza tym może on mieć formę stacjonarną (wczasy) lub objazdową (wycieczka). Przemieszczanie się turysty może dotyczyć terytorium tylko jednego lub większej liczby państw członkowskich Unii/EFTA. Pobyt poza określonym celem musi mieć charakter czasowy. Należy przyjąć, iż brak zamiaru stałego pobytu przy jednoczesnym zamiarze powrotu w określonej dacie po wyczerpaniu okresu wypoczynku wyczerpuje element czasowości. Należy zastanowić się, ile najkrócej może trwać wyjazd turystyczny? Należy przyjąć, że może to być jeden dzień, a nawet kilka godzin (pod warunkiem przekroczenia granicy). Natomiast jeśli chodzi o górną granicę, to znacznie trudniej ją określić w praktyce, zazwyczaj będzie to kilka tygodni, ale może być kilka miesięcy. Poza spełnieniem warunku celu i długości pobytu do uzyskania prawa do świadczeń zdrowotnych niezbędne jest posiadanie statusu ubezpieczonego w własnym kraju, będącym państwem członkowskim UE. W Polsce zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu oraz zakres świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonemu określa obecnie ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w powyższej ustawie mają prawo osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym (ubezpieczeni).

Osoba wypełniająca znamiona definicji turysty z omawianego rozporządzenia ma prawo do świadczeń zdrowotnych podczas swej podróży po państwach UE. Pojęcie świadczeń zdrowotnych nie zostało zdefiniowane w przepisach UE. Oznacza to, że świadczeniami zdrowotnymi będą świadczenia uznane przez poszczególne państwa członkowskie. Ponadto Europejski Trybunał Sprawiedliwości w wyroku z dnia 30 czerwca 1966 roku w sprawie Vaassen-Gobbels stwierdził, iż pojęcie „świadczenia w naturze” odnosi się do: świadczeń leczniczych, pomocy dentystrycznej, opieki medycznej oraz zaopatrzenia w leki. W polskim prawie definicja świadczeń zdrowotnych zawarta jest w ustawie z 30 sierpnia 1991 o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, świadczenie zdrowotne to działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu, a także poprawie zdrowia i inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności związane z:

- badaniem i poradą lekarską,
- leczeniem,
- badaniem i terapią psychologiczną,
- rehabilitacją leczniczą,
- opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem,
- opieką nad zdrowym dzieckiem,

- badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną,
- pielęgnacją chorych,
- pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi,
- opieką paliatywno-hospicyjną,
- orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia,
- zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne,
- czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji,
- czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Przedmiotowy zakres stosowania wspólnotowej koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w tym zdrowotnego, określa artykuł 4 rozporządzenia nr 1408/71. Na mocy przepisów wspólnotowych prawo do opieki zdrowotnej dla osób objętych koordynacją systemów zabezpieczenia społecznego realizowane jest poprzez możliwość korzystania:

- ze świadczeń udzielanych w razie choroby i macierzyństwa,
- ze świadczeń udzielanych z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych¹².

Koordynację świadczeń z ubezpieczenia przysługujących w razie choroby i macierzyństwa regulują art. 18-26 rozporządzenia nr 1408/71, nie podając jednak ich definicji. Świadczenia w razie choroby i macierzyństwa obejmują zarówno świadczenia pieniężne, jak też świadczenia w naturze. Pod pojęciem świadczeń w naturze prawo wspólnotowe określa świadczenia lecznicze, pomoc dentystryczną, opiekę medyczną i zaopatrzenie w leki. Do świadczeń tych należą więc rzeczowe świadczenia medyczne. Zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom uprawnionym w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego jest uzależniony od:

- przepisów wspólnotowych określających kategorię osoby, która jest uprawniona (np. turysta),
- przepisów państwa członkowskiego, udzielającego świadczeń zdrowotnych zgodnie z regulacjami obowiązującymi w tym państwie w zakresie opieki zdrowotnej.

W zależności od tego, jakie regulacje zawarte są w przepisach wspólnotowych, które określają zakres dostępnej opieki zdrowotnej, osoba ubezpieczona może korzystać:

- ze świadczeń zdrowotnych w pełnym zakresie,
- ze świadczeń zdrowotnych natychmiast koniecznych,
- ze świadczeń zdrowotnych w większym zakresie niż świadczenia natych-

¹² A. Krowicka, E. Pitera-Czyżowska, *Opieka zdrowotna po wejściu Polski do Unii Europejskiej*, CeDeWu, Warszawa 2004, s. 80.

miast konieczne,

- z planowanego leczenia w innym państwie członkowskim,
- ze świadczeń zdrowotnych o znacznej wartości,
- ze świadczeń związanych z ciążą i porodem.

Turysta polski podróżujący po państwach UE oraz turysta unijny podróżujący po Polsce ma prawo tylko do tzw. świadczeń zdrowotnych natychmiast koniecznych. Przepisy wspólnotowe dotyczące koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego nie definiują pojęcia: „świadczeń zdrowotnych natychmiast koniecznych”. Powszechnie przyjmuje się, że w zakres świadczeń natychmiast koniecznych wchodzi świadczenia udzielane w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia, a więc świadczenia niezbędne dla ratowania zdrowia lub życia pacjenta¹³. Brak definicji pojęcia „świadczenie zdrowotne natychmiast konieczne” powoduje, że każde państwo członkowskie samo określa świadczenia, jakie w danym przypadku należy uznać za świadczenia niezbędne dla ratowania zdrowia i życia zagrożonej osoby. W konsekwencji to lekarz z danego państwa członkowskiego określa indywidualnie w danym przypadku medycznym, jakie świadczenia wchodzi w zakres świadczeń natychmiast koniecznych dla osoby, której ratuje zdrowie lub życie. Świadczenia natychmiast konieczne to świadczenia lecznicze niezbędne dla ratowania zdrowia i życia osoby. Świadczeniami natychmiast koniecznymi są nie tylko świadczenia udzielane w przypadku nieszczęśliwych wypadków, urazów, ale także w razie nagłych zachorowań, np. ból gardła, gorączka, kaszel. Za świadczenia natychmiast konieczne w świetle przepisów wspólnotowych uznano także dializy nerek i podłączenia do aparatu tlenowego, jeżeli stanowią część rozpoczętego, regularnego i ciągle trwającego leczenia¹⁴. Jeżeli jednak uzyskanie tych świadczeń jest celem podróży chorego do innego kraju członkowskiego, wówczas nie są one traktowane jako świadczenia natychmiast konieczne.

W decyzjach nr 116 z 15 grudnia 1982 i nr 135 z 1 lipca 1987 Komisji Administracyjnej do spraw zabezpieczenia społecznego pracowników migrujących zawarta jest definicja „świadczeń niecierpiących zwłoki”, za które zostały uznane takie świadczenia, których udzielania nie można odsunąć w czasie, gdyż miałyby to negatywny wpływ na zdrowie pacjenta albo stanowiłyby zagrożenie dla jego życia. Wydaje się zasadne odpowiednie stosowanie powyższej definicji dla wyjaśnienia istoty pojęcia „świadczeń natychmiast koniecznych”. Reasumując, zasady korzystania z opieki zdrowotnej w nagłych sytuacjach reguluje artykuł 22 i 22a rozporządzenia nr 1408/71 i artykuł 21 i 23 wykonawczego rozporządzenia nr 574/72. Prawo do powyższych świadczeń przysługuje m.in. turystom objętym ubezpieczeniem chorobowym w jednym z państw członkowskich UE. W celu usprawnienia realizacji uprawnień pacjenta do świadczeń zdrowotnych w innych państwach UE wpro-

¹³ A. Krowicka, E. Pitera-Czyżowska, *op.cit.*, s. 107.

¹⁴ Decyzja nr 163 z 31 maja 1996, Dz. Urz. WE nr L z 21 września 1996.

wadzano standardowe formularze serii E. Formularze opracowane i wypełniane są w języku narodowym, jednakże we wszystkich krajach UE mają jednolitą formę i treść. Opracowano kilka rodzajów formularzy dla poszczególnych grup uprawnionych (np. E-111 dla turystów). Natomiast od dnia 1 stycznia 2006 roku we wszystkich państwach Unii Europejskiej oraz EFTA papierowe formularze E-111 zastąpiono plastikową Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ). Każde państwo członkowskie wydaje kartę we własnym języku urzędowym i zawiera ona ten sam zestaw danych, m.in. dane pacjenta, data ważności karty, numer karty. Zasady rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych uprawnionym pacjentom z państw UE na jej terytorium określone są w artykułach 36 i 63 rozporządzenia nr 1408/71 oraz 93-96 rozporządzenia wykonawczego nr 574/72. Zgodnie z powyższymi przepisami wspólnotowymi każde z państw członkowskich UE rozlicza koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych na swoim terytorium, uprawnionym do tych świadczeń na mocy koordynacji obywatelom innych państw członkowskich UE. Przepisy wspólnotowe przewidują dwie formy rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom uprawnionym, pochodzącym z innych państw członkowskich, tj.:

- koszty rzeczywiste (udokumentowane wpłaty),
- ryczałty.

Pod pojęciem „koszty rzeczywiste” należy rozumieć realne wydatki poniesione przez świadczeniodawcę związane z realizowaniem poszczególnych świadczeń zdrowotnych. Świadczenia zdrowotne udzielane turystom rozliczane są w formie kosztów rzeczywistych. Wydatki zwracane są na podstawie wystawionej przez instytucję udzielającą świadczeń dokumentacji księgowej. Narodowy Fundusz Zdrowia pełni w Polsce funkcję tzw. instytucji łącznikowej w systemie koordynacji zabezpieczenia społecznego w zakresie świadczeń zdrowotnych. Do obowiązków instytucji łącznikowej należy m.in. rozliczanie kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych obywatelom Unii Europejskiej na terenie Polski, rozliczanie kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom ubezpieczonym w Polsce na terytorium pozostałych państw członkowskich. W praktyce polski turysta (mający status ubezpieczonego), który złamie rękę w Hiszpanii, nie będzie ponosił kosztów udzielonej mu tam pomocy medycznej (w takim samym zakresie jak Hiszpan) i odwrotnie turysta hiszpański nie zapłaci za zaopatrzenie złamania w Polsce (w takim samym zakresie jak polski pacjent) lub też zapłaci, ale adekwatną kwotę zwróci mu krajowa instytucja łącznikowa. Jeżeli osoba podróżująca jako turysta po krajach UE, w tym Polsce, nie ma w swoim kraju ubezpieczenia zdrowotnego, to nie ma prawa do korzystania z preferencyjnej (szczególnie pod względem finansowym) opieki medycznej w ramach koordynacji zabezpieczenia medycznego. Powyższy turysta nie ma uprawnień do korzystania z nieodpłatnej w całości lub części opieki medycznej i musi na zasadach komercyjnych opłacać sam usługi medyczne w razie potrzeby skorzystania z nich. Ułatwiony formalnie dostęp do opieki medycznej dla

turystów unijnych stanowi bezspornie jeden z wielu czynników rozwoju turystyki na obszarze Unii Europejskiej. Sprzyjać może to też rozwojowi usług turystycznych w Polsce, jako że turyści szczególnie z państw tzw. „starej Unii” cenią sobie od lat funkcjonujący system zabezpieczenia medycznego w państwach członkowskich, który również obowiązuje w Polsce od 1 maja 2004. Na zakończenie należy dodać, że dwa lub kilka państw UE lub właściwe władze tych państw mogą przewidzieć inne niż przewidziane w rozporządzeniu nr 1408/71 sposoby dokonywania wszelkich zwrotów lub zaniechać dokonywania wszelkich zwrotów między instytucjami podlegającymi ich kompetencji.

2. Opieka medyczna w Polsce

Sposoby gromadzenia i wydatkowania środków na ochronę zdrowia w danym państwie związane są bezpośrednio z przyjętym w nim modelem systemu zdrowotnego. Do 1999 roku obowiązywał w Polsce model systemu zdrowotnego Siemaszki, charakteryzujący się pełną odpowiedzialnością państwa za dostarczanie świadczeń zdrowotnych oraz ich finansowaniem z budżetu państwa. Model powyższy został zastąpiony przez model ubezpieczeniowy oparty z modyfikacjami na koncepcji Bismarcka, a wprowadzony po raz pierwszy po wojnie ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 6 lutego 1997 roku. Dominującym źródłem finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce jest od końca lat 90. XX wieku ubezpieczenie zdrowotne, stąd można mówić o ubezpieczeniowym modelu systemu zdrowotnego, chociaż niektóre świadczenia finansowane też są z budżetu państwa, a część bezpośrednio przez samych pacjentów (świadczenia niegwarantowane, prywatna opieka medyczna). Od 1 października 2004 roku problematykę ubezpieczenia zdrowotnego reguluje z ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz.U. 2008, nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). Powyższa ustawa kreuje zakres przedmiotowy prawa do świadczeń zdrowotnych świadczeniobiorcy. Realizatorem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Fundusz, działając w celu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym, zarządza środkami finansowymi pozyskiwanymi na podstawie ustawy oraz zawiera umowy ze świadczeniodawcami. NFZ finansuje świadczenia zdrowotne oraz zapewnia refundację leków w ramach posiadanych środków finansowych. Uprawnionymi do określonych przepisami świadczeń zdrowotnych są ubezpieczeni podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu w Narodowym Funduszu Zdrowia, zarówno obowiązkowo, jak i dobrowolnie. Do korzystania ze świadczeń na zasadach określonych w ustawie ubezpieczeniowej mają prawo:

1. Ubezpieczeni, czyli osoby:

- podlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego,
 - ubezpieczające się dobrowolnie,
 - będące członkami rodzin osób podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu lub ubezpieczających się dobrowolnie.
2. Inne niż ubezpieczeni osoby, czyli osoby:
- posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium RP, które spełniają kryterium dochodowe określone w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn.: Dz.U. 2008, nr 115, poz. 728 z późn. zm.),
 - uprawnione do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego,
 - posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP, które nie ukończyły 18. roku życia, oraz kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu.

Oplacenie składki przez osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia lub ubezpieczającą się dobrowolnie w terminie i na zasadach określonych w ustawie, powoduje, że uzyskuje ona, wraz z członkami rodziny, prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego. Ustawowa zasada prawa wolnego wyboru świadczeniodawcy powoduje, że ubezpieczony ma możliwość wyboru dowolnego świadczeniodawcy (lekarza) spośród tych, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych z NFZ. Ubezpieczony w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej w ramach posiadanych przez NFZ środków finansowych. Na podstawie art. 15 ust. 1 omawianej ustawy, świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. W art. 15 ust. 2 ustawy ubezpieczeniowej wymienione są rodzaje świadczeń gwarantowanych świadczeniobiorcy i finansowane ze środków publicznych. Zgodnie z powyższym przepisem, świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu:

- podstawowej opieki zdrowotnej,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- leczenia szpitalnego,
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
- rehabilitacji leczniczej,
- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej,
- leczenia stomatologicznego,
- lecznictwa uzdrowiskowego,
- zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze,

- ratownictwa medycznego,
- opieki paliatywnej i hospicyjnej,
- świadczeń wysokospecjalistycznych,
- programów zdrowotnych,
- leków.

Rynek usług medycznych w Polsce jest ograniczony pod względem podmiotowym, zgodnie bowiem z obowiązującym prawem świadczeń zdrowotnych w Polsce mogą udzielać zasadniczo tylko następujące podmioty:

- zakłady opieki zdrowotnej (publiczne i niepubliczne),
- indywidualne praktyki (lekarskie, pielęgniarskie, położnicze),
- grupowe praktyki (lekarskie, pielęgniarskie, położnicze).

Są to świadczeniodawcy rynku usług medycznych. Podlegają oni obowiązkowym wpisom do odpowiednich rejestrów (np. prowadzonych przez organy samorządu zawodowego), co jest niezbędne dla ich funkcjonowania na rynku. Zakład opieki zdrowotnej (ZOZ) jest podstawową, kompleksową formą organizacyjno-prawną, w ramach której mogą być udzielane świadczenia zdrowotne pacjentom w Polsce. Podstawowym aktem prawnym regulującym funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej jest wielokrotnie nowelizowana ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej. W świetle definicji ustawowej zakład opieki zdrowotnej jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych utworzonym i utrzymywanym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych ogółowi ludności lub określonej grupie ludności (np. mieszkańcom powiatu). Zakłady opieki zdrowotnej dzielą się na publiczne i niepubliczne. Kryterium powyższego podziału związane jest z tym, jaki podmiot utworzył ZOZ¹⁵. Najpopularniejszymi w praktyce typami ZOZ-ów są przychodnia i szpital, a także pogotowie ratunkowe. Przychodnia udziela świadczeń zdrowotnych, które mogą obejmować swoim zakresem świadczenia podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, w warunkach ambulatoryjnych lub domowych, w miejscu zamieszkania lub pobytu osoby potrzebującej tych świadczeń. Charakterystyczne dla szpitala jest udzielanie pacjentom całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych. Publiczny zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością. Generalnie PZOZ udziela świadczeń uprawnionym pacjentom (tj. przede wszystkim ubezpieczonym) nieodpłatnie. NZOZ-y udzielają pacjentowi świadczeń odpłatnie lub jeżeli mają kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na takich samych zasadach jak PZOZy ubezpieczonym. Zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia

¹⁵ Por. art. 8 ustawy o ZOZ-ach.

lub życia. Poza ZOZ-ami świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, pielęgniarskie i położnicze. Indywidualne i grupowe praktyki są formą działalności gospodarczej, tzw. regulowanej w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej. Potocznie tzw. gabinet prywatny to – w rozumieniu prawa – indywidualna praktyka medyczna. Stanowi ona jedną z dopuszczalnych form wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki lub położnej. Charakterystyczne dla opisywanego świadczeniodawcy jest założenie i prowadzenie gabinetu tylko przez jedną osobę mającą prawo wykonywania jednego z trzech wyżej wskazanych zawodów medycznych. Praktyki indywidualne dzielą się na ogólne (np. prywatny gabinet lekarza lub pielęgniarki nieposiadających specjalizacji) i specjalistyczne, np. gabinet laryngologiczny, kardiologiczny. Jeżeli praktyka medyczna wykonywana jest przez co najmniej dwie osoby wykonujące ten sam zawód, które zawarły między sobą umowę spółki cywilnej lub partnerskiej, to mamy do czynienia z tzw. grupową praktyką medyczną. Może ona mieć charakter ogólny lub specjalistyczny. Tylko trzy kategorie zawodów medycznych, tj. lekarze, pielęgniarki oraz położne, mogą założyć i prowadzić grupową praktykę medyczną. Zgodnie z art. 50a. ustawy o zawodzie lekarza, lekarze w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mogą prowadzić grupową praktykę lekarską w formie spółki cywilnej lub partnerskiej po uzyskaniu wpisów do odpowiednich rejestrów (prowadzonego przez okręgową radę lekarską i ewidencji działalności gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego). W ramach grupowej praktyki lekarskiej mogą być udzielane świadczenia zdrowotne wyłącznie przez lekarzy będących współnikami spółki. Pacjent potrzebujący świadczeń zdrowotnych ma teoretycznie swobodny wybór rodzaju świadczeniodawcy z wyżej opisanych (ZOZ lub prywatna praktyka medyczna), jednakże w praktyce o wyborze konkretnego świadczeniodawcy decyduje przede wszystkim dostępność oraz jakość świadczeń, a także zasady odpłatności za nie.

Turysta podróżujący po Polsce lub wypoczywający w jednym miejscu może w przypadku jakiegokolwiek zachorowania skorzystać z usług wybranego lub/i najbliższego świadczeniodawcy medycznego. Jeżeli jest ubezpieczony w Narodowym Funduszu Zdrowia (a dotyczy to ok. 85% Polaków), to powinien zwrócić się o udzielenie świadczenia przez świadczeniodawcę, który ma podpisany kontrakt z NFZ – może nim być zarówno publiczny, jak i niepubliczny ZOZ lub prywatna praktyka lekarska. W powyższej sytuacji ma prawo do pełnego zakresu i zasadniczo nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych. Może on również z różnych względów (np. szybszego dostępu) skorzystać z prywatnej opieki medycznej i wtedy zapłaci za nią bezpośrednio sam według cen komercyjnych (obowiązujących u danego świadczeniodawcy). Turysta chcący skorzystać z usług medycznych finansowanych ze środków publicznych powinien okazać świadczeniodawcy medycznemu odpowiedni dokument potwierdzający prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego (po 1 stycznia 2010 będzie to przede wszystkim druk ZUS RMUA). Turyści nieubezpie-

czeniu natomiast mogą korzystać tylko z prywatnej – odpłatnej opieki medycznej. Jednakże w sytuacjach nagłych, związanych z zagrożeniem życia, każdy turysta ma prawo do udzielenia koniecznej pomocy medycznej (niezależnie od posiadania ubezpieczenia lub jego dowodów).

Z perspektywy organizacji usług turystycznych należy zauważyć, że także w interesie przedsiębiorców turystycznych leży zapewnienie turystom dostępności do opieki medycznej. W Polsce nie mają oni jednak zbyt dużego wpływu na rozmieszczenie publicznych, a także stacjonarnych świadczeniodawców medycznych. Struktura publicznej służby zdrowia na danym terenie związana jest bowiem z polityką odpowiedniej jednostki samorządu terytorialnego, do której zadań należy organizacja opieki zdrowotnej na swoim obszarze. Natomiast na lokalizację prywatnych świadczeniodawców medycznych mają wpływ przede wszystkim względy komercyjne (biznesowe) i jest to czynnik, który może być wykorzystany np. przez właściciela ekskluzywnego hotelu (lub właścicieli kilku obiektów turystycznych w jednej miejscowości), który otwiera w nim prywatny gabinet lekarski lub nawiązuje współpracę (*outsourcing*) z prywatną praktyką medyczną lub NZOZ-em (opieka medyczna dla gości, ew. pracowników hotelu). Takie działania są zasadne – z jednej strony w ramach podwyższenia standardu usług, z drugiej dla przyciągnięcia klientów do korzystania z usług noclegowych (i innych turystycznych) w miejscowościach pozbawionych dostępu do opieki medycznej lub/i znacznie od niej oddalonych (np. w górach).

Podstawowym działaniem przedsiębiorcy turystycznego, mieszczącym się m.in. w zakresie marketingu usług turystycznych oraz public relations usługodawcy, powinna być działalność informacyjna. Przedsiębiorca turystyczny, ale także organy administracji publicznej odpowiedzialne za rozwój turystyki na danym obszarze, powinny informować potencjalnych oraz odwiedzających turystów o dostępności opieki medycznej. Informacja taka powinna się znaleźć na wszelkich materiałach reklamowych zarówno drukowanych, jak i w wersji cyfrowej. Coraz częściej, co należy uznać za słuszne, w przewodnikach opisujących bazę noclegową przy konkretnym obiekcie znajduje się informacja tekstowa lub piktogram z podaniem odległości do najbliższego szpitala ewentualnie przychodni. To samo dotyczy ofert zamieszczanych w Internecie (strony portali turystycznych i własne). Witryna internetowa jest obecnie podstawowym narzędziem marketingu internetowego, a także niezbędnym instrumentem walki o klienta na rynku usług turystycznych. W dobie społeczeństwa informacyjnego potencjalny turysta przede wszystkim będzie korzystał z Internetu, żeby najpierw ustalić, a potem wybrać cel wyjazdu turystycznego. Stąd też na stronie usługodawcy czy promującej region (miejscowość) nie może zabraknąć informacji o opiece medycznej. Recepcja obiektu hotelarskiego oraz lokalne centra informacji turystycznej to także miejsca do informowania o dostępnej opiece medycznej. Wszelkie informacje o opiece medycznej powinny być aktualne, użyteczne i konkretne (m.in. forma świadczeniodawcy, zakres świad-

czeń, godziny przyjęć, dane kontaktowe) oraz rzetelne (np. wskazywać brak kontraktu świadczeniodawcy z NFZ-em). Poza materiałami informacyjnymi należy pomyśleć o przeszkoleniu personelu w analizowanej dziedzinie, aby mógł on kompetentnie odpowiadać na pytania turystów i pomóc im w uzyskaniu potrzebnych świadczeń. Ponadto należy przeszkolić część pracowników w udzielaniu pierwszej pomocy medycznej. Powyższe proponowane działania powinny mieć wpływ na rozwój turystyki (szczególnie o charakterze pobytowym) w danym regionie.

Podsumowanie

Jednym z dodatkowych bodźców wyjazdów turystycznych do państw Unii Europejskiej dla jej obywateli może być dostępność do opieki medycznej. Turyści mający status ubezpieczonego we własnym kraju mogą korzystać w ograniczonym zakresie z opieki medycznej w innym kraju UE, legitymując się Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego. Według ogłoszonych w maju 2009 przez KE statystyk, liczba kart w obiegu przekroczyła 180 milionów¹⁶. Najwięcej kart wydano w Lichtensteinie, Szwajcarii i Austrii, gdzie odpowiednio 99%, 96% i 96% populacji posiada EKUZ. Mniejszy nakład w niektórych krajach można częściowo wytłumaczyć tym, że ich obywatele rzadziej wyjeżdżają na wakacje poza granice kraju. Statystyki pokazują, że coraz więcej osób (także w Polsce) korzysta z EKUZ. Przykładowo Mazowiecki Oddział NFZ tylko w lipcu i sierpniu wydaje od 40 do 50 tysięcy kart uprawniających do leczenia w Unii Europejskiej. Rocznie jest to 120 tysięcy. W praktyce coraz większym problemem staje się kwestia zwrotu po powrocie do kraju zamieszkania kosztów świadczeń w przypadku braku przez pacjenta w czasie udzielania świadczeń wymaganej dokumentacji, potwierdzającej prawo do świadczeń (np. EKUZ). Należy podkreślić, że Trybunał Sprawiedliwości w swoich orzeczeniach opowiada się za urzeczywistnieniem swobody przepływu pacjentów i wydaje orzeczenia korzystne dla pacjentów występujących z roszczeniami (szczególnie o zwrot poniesionych kosztów świadczeń zdrowotnych). Powyższe stanowisko ETS znalazło wyraz m.in. w sprawach Decker C-120/95 (z 28 kwietnia 1998 r.) oraz Kohll C-158/96 (z 28 kwietnia 1998 r.). Obecnie regulacje w zakresie dostępu, a przede wszystkim rozliczania kosztów opieki medycznej na terytorium UE nie są doskonałe, a wynika to m.in. z faktu, że od czasu wydania regulacji prawnych minęło prawie 40 lat. Z uwagi na duże znaczenie efektywnego w realizacji prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych dla urzeczywistnienia wspólnego rynku Unia Europejska obecnie podejmuje dwutorowe działania legislacyjne, mające na celu zapewnienia osobom ubezpieczonym w państwach członkowskich możliwości swobodnego korzystania z opieki medycznej za granicą. Z jednej strony

¹⁶ Por. ec.europa.eu/polska/news/090506__ekuz_pl, 15.06.2009.

trwają prace nad wydaniem rozporządzenia wykonawczego do nowego rozporządzenia koordynacyjnego nr 883/2004, z drugiej natomiast nad dyrektywą w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej (której projekt w lipcu 2008 roku przedłożyła KE, a w maju 2009 roku zaopiniował Komitet Regionów). Dyrektywa w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej zmierza do zapewnienia osobom ubezpieczonym w państwach członkowskich Unii Europejskiej możliwości swobodniejszego korzystania z opieki medycznej poza granicami własnych krajów, co jest zgodne z zasadami swobody przepływu usług, osób i kapitału. Przedmiotowa dyrektywa będzie regulowała zasady udzielania i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, zarówno przez publicznych, jak i prywatnych świadczeniodawców. Ogólnie przyjęty mechanizm systemowy zakłada, iż każdy wyjeżdżający za granicę pacjent po otrzymaniu w innym kraju Unii Europejskiej świadczenia opieki zdrowotnej będzie mógł dochodzić od płatnika zwrotu kosztów otrzymanych świadczeń. Wystarczającymi warunkami otrzymania refundacji będzie przedstawienie krajowej instytucji ubezpieczeniowej rachunku lub faktury wystawionej przez zagranicznego płatnika. Powyższą dyrektywę należy uznać za instrument prawny korzystnie wpływający także na rozwój sektora usług turystycznych, gdyż w praktyce zwiększy i ułatwi dostęp do opieki medycznej dla turystów podróżujących po UE.

Obecnie turysta podróżujący po krajach UE ma prawo do opieki medycznej, ale w stosunkowo wąskim i uzależnionym od systemu zdrowotnego konkretnego kraju zakresie. Koordynacja zapewnia zasadniczo dostęp tylko do publicznej służby zdrowia, a na niektórych obszarach, takich np. jak wyspy greckie, funkcjonuje tylko prywatna ambulatoryjna opieka medyczna, co może okazać się raczej niekorzystne dla turysty i jego finansów oraz poczucia bezpieczeństwa. Dlatego też większość turystów dodatkowo nabywa ubezpieczenie kosztów leczenia za granicą. Ubezpieczenie takie chroni turystę przed niekorzystnymi skutkami majątkowymi choroby. Brak takiego ubezpieczenia może bowiem w przypadku choroby podczas wyjazdu zagranicznego w celach turystycznych spowodować poważne koszty (m.in. leczenie, transport). Umowę ubezpieczenia może zawrzeć z zakładem ubezpieczeń bezpośrednio turysta lub biuro podróży na jego rzecz¹⁷. Dla zabezpieczenia opieki medycznej z wykorzystaniem polisy ubezpieczeniowej podstawowe znaczenia ma zakres świadczeń i zasady ich realizacji (przede wszystkim rozliczenie płatności). Stąd wybór oferty w przypadku indywidualnego turysty powinien być przemyślany, natomiast w przypadku wyjazdów zorganizowanych – zależy od biura podróży. W drugim przypadku wybór dobrej oferty ubezpieczeniowej należy do szerszej grupy działań organizatora turystyki w zakresie zabezpieczenia opieki medycznej

¹⁷ Szerzej o ubezpieczeniu kosztów leczenia: M. Nesterowicz, *Prawo turystyczne*, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2006, s. 201–202.

turystom i może stać się wyróżnikiem konkurencyjności jego oferty.

Od lat praktykowanym działaniem przedsiębiorców turystycznych, a szczególnie hotelarzy w popularnych europejskich i światowych destynacjach turystycznych, jest nawiązywanie w różnych formach współpracy ze świadczeniodawcami medycznymi. W hotelu może bowiem być utworzony gabinet lekarski (stałe lub sezonowo) lub hotel może mieć do dyspozycji gabinet (klinikę) funkcjonujący w danej lub pobliskiej miejscowości. Powyższe działania są bardzo wygodne dla turystów i niewątpliwie mogą przyczynić się do rozwoju usług turystycznych, m.in. powodując wzrost liczby turystów korzystających z konkretnego obiektu hotelarskiego. W przypadku Polski takie postępowanie stanowi raczej *novum*. Jednakże powinno się ono powoli rozwijać, szczególnie w miejscowościach ukierunkowanych na turystów zagranicznych. Najłatwiej zacząć od podjęcia współpracy z istniejącym prywatnym gabinetem lekarskim, którego lekarz mógłby przyjeżdżać do hotelu w razie potrzeby na wezwanie (koszty samej konsultacji może pokrywać zarówno hotel, jak i pacjent). Za rozwojem zabezpieczenia medycznego przemawiają też względy demograficzne, począwszy od postępującego starzenia się społeczeństwa europejskiego poprzez średnią wieku turystów podróżujących po Europie (duża ich część to emeryci z bogatszych państw UE, np. Niemiec). Nie można także zapominać o stale powiększającej się grupie turystów niepełnosprawnych. Konkludując, należy stwierdzić, że zabezpieczenie opieki medycznej turystom może mieć coraz większy wpływ na rozwój turystyki, a zależy ono w dużej mierze od instrumentów prawnych, ale także od lokalnych działań przedsiębiorców turystycznych.

GEWÄHRLEISTUNG DER GESUNDHEITSPFLEGE ALS FAKTOR FÜR DIE ENTWICKLUNG VON TOURISMUSDIENSTE

Zusammenfassung

Der Tourismus ist ein von dynamisch entwickelter Wirtschaftgebiet in der Global-skala. Der Tourismus ist ohne Zweifel ein wichtiger gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Entwicklungsfaktor von Gebieten und Ländern. Auf der Entwicklung des Tourismus hat Einfluss vielen verschiedenen Faktoren sowohl Naturwerte, Unterkunft- und Gastronomiebasis als auch Territorial Marketing. Ein von wenig in der Literatur und Praxis bemerkbarer Entwicklungsfaktor der Tourismusdienste ist die Gewährleistung der medizinische Pflege. Die Gesundheit ist allen anderen Werten übergeordnet. Der Gesundheitszustand von Menschen hat grosse Bedeutung für die Benutzung der Tourismusdienste. Der Artikel hat Aufmerksamkeit auf der Zugangsrolle zu Gesundheitspflege als Entwicklungsfaktor der Tourismus in der Europäische Union und in Polen erregen. Der erste Teil dieses Artikel behandelt vom Zugang zur medizinische Pflege

für Touristen , die durch EU- Ländern reisen. Der zweite Teil behandelt von der Gewährleistung medizinische Pflege für polnische Touristen, die durch Polen reisen.

Übersetzt von Anita Szeremeta