

Małgorzata Paszkowska\*

## **Prawo turysty do świadczeń zdrowotnych w państwach Unii Europejskiej**

### **1. Wprowadzenie**

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. W sektorze turystycznym zatrudnionych jest około 9 milionów obywateli UE. Turystyka związana jest bezpośrednio z funkcjonowaniem wspólnego rynku europejskiego. Teoria integracji zakłada, że forma wspólnego rynku pozwala krajom członkowskim uzyskać ściślejsze powiązania gospodarcze i większe korzyści ekonomiczne niż tylko unia celna czy też strefa wolnego handlu<sup>1</sup>. Pojęcie wspólnego rynku w kategoriach prawnych można definiować jako wspólnotowe prawo obrotu gospodarczego, w naukach ekonomicznych będzie to całokształt stosunków handlowo-gospodarczych, obejmujących sprzedaż i kupno towarów, wy-

---

\* Autorka jest adiunktem w Katedrze Prawa Administracyjnego Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie.

<sup>1</sup> J. Kundera, *Jednolity rynek europejski*, Oficyna Ekonomiczna Kraków 2003, s. 44-45.

mianę kapitału, usług<sup>2</sup>. Urzeczywistnienie wspólnego rynku należy do kluczowych celów Wspólnoty. Rdzeniem wspólnego rynku jest zniesienie wszystkich barier handlowych między państwami członkowskimi i stworzenie podstaw dla jednolitego rynku. Unia Europejska zgodnie z art.14 TWE w działalności rynkowej kieruje się następującymi głównymi zasadami:

1. zasadą swobodnego przepływu towarów,
2. zasadą swobodnego przepływu osób,
3. zasadą swobody świadczenia usług,
4. zasadą swobodnego przepływu kapitału<sup>3</sup>.

Powyższe swobody stanowią fundamentalne zasady wspólnego rynku europejskiego. Na turystykę w zakresie omawianym w niniejszym artykule największy wpływ ma zasada swobody przepływu osób. Swoboda przepływu osób należy do fundamentów integracji europejskiej, jest jedną z , , czterech wolności<sup>4</sup>. Podstawowe regulacje prawne dotyczące tej swobody zawarte są w Traktacie Rzymskim o ustanowieniu Wspólnoty Europejskiej (TWE). Zgodnie z jego postanowieniami, swoboda przepływu osób obejmuje zagwarantowanie praw do swobodnego przemieszczania i osiedlania się oraz do podejmowania pracy na terenie całego rynku wewnętrznego (art. 18, 39 TWE)<sup>5</sup>. Zgodnie z art. 18 TWE każdy obywatel Unii ma prawo do swobodnego przemieszczania się i przebywania na terytorium

---

<sup>2</sup> J. Galster, Z. Witkowski, *Kompendium wiedzy o Unii Europejskiej z uwzględnieniem Traktatu Amsterdamskiego*, TNOiK, Toruń 1999, s. 163.

<sup>3</sup> Szerzej nt. swobód rynku unijnego zob. J. Barcz (red.), *Prawo Unii Europejskiej*, Wyd. Prawo i Praktyka Gospodarcza, Warszawa 2006, s. 31-181.

<sup>4</sup> Por. M. Horspool, M. Humphreys, *European Union Law*, Oxford Press 2008, s. 283-425; S. Weatherill, *Cases and Materials on EU Law*, Oxford University Press, 2004, s. 427-443.

<sup>5</sup> Szerzej nt. swobodnego przepływu pracowników L. Mitrus, *Swoboda przemieszczania się pracowników. Komentarz*, Universitas, Kraków 2003.

państw członkowskich, z zastrzeżeniem ograniczeń i warunków ustanowionych w Traktacie i środkach przyjętych w celu jego wykonania. Pod pojęciem swobody przemieszczania się w prawie wspólnotowym rozumie się traktowanie obywateli innych państw członkowskich tak samo, jak obywateli własnego kraju w odniesieniu do zatrudnienia, wynagrodzenia i innych warunków pracy (zakaz dyskryminacji – art. 39 ust. 2 TWE). Swobodny przepływ osób to obszar składający się z następujących grup tematycznych: swobodny przepływ pracowników, wzajemne uznawanie kwalifikacji zawodowych, koordynacja systemów zabezpieczeń społecznych oraz niektóre kwestie z zakresu praw obywatelskich (przede wszystkim dotyczące prawa pobytu i praw wyborczych)<sup>6</sup>. Rynek wewnętrzny UE obejmuje „obszar bez granic wewnętrznych”, w którym zapewniony jest swobodny przepływ osób

Przedmiotem niniejszego artykułu jest przedstawienie prawa turysty – obywatela Unii Europejskiej do otrzymywania świadczeń zdrowotnych (opieki medycznej) podczas podróży (przemieszczania się) po terytorium państw członkowskich UE.

## 2. Podstawa prawna

Unia Europejska nie odgrywała do niedawna formalnej roli w zakresie opieki zdrowotnej<sup>7</sup>. Jednakże od lat 90-tych XX wieku Unia zaczyna zaznaczać coraz wyraźniej swoją rolę w zakresie zdrowia publicznego. Związane jest to z jednej strony z posiadaniem przez

---

<sup>6</sup> Szerzej nt. swobody przepływu osób: I. Boruta, *Swoboda przepływu osób*, [w:] J. Barcz (red.), *Prawo Unii Europejskiej, Prawo materialne i polityki*, Wyd. Prawo i Praktyka Gospodarcza Warszawa 2006.

<sup>7</sup> 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*, „Wspólnoty Europejskie” 4/2007.

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. Obecnie art. 152 TWE (wprowadzony na mocy Traktatu Amsterdamskiego) stanowi podstawową regulację w zakresie ochrony zdrowia w prawie UE. Nakłada on na Wspólnotę obowiązek zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego przy określaniu i urzeczywistnianiu wszelkich polityk i działań oraz wyznacza kierunek działań Wspólnoty, mając na celu zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwaniu źródeł zagrożeń dla zdrowia ludzkiego. Działania Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego mają w pełni respektować obowiązki krajów członkowskich dotyczące organizacji i dostarczania świadczeń zdrowotnych oraz opieki medycznej<sup>8</sup>. Analizując regulacje prawa pierwotnego UE, można stwierdzić, iż działalność UE w zakresie organizacji opieki zdrowotnej ogranicza się zgodnie z treścią art. 152 TWE w zasadzie do:

- 1) środków ustanawiających wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa narządów, substancji pochodzenia ludzkiego, krwi i jej pochodnych,
- 2) środków podejmowanych w celu ochrony zdrowia publicznego w obszarach weterynarii i ochrony roślin,

---

<sup>8</sup> Por. art. 152 TWE.

- 3) ochrony i poprawy zdrowia ludzi, wyłączając harmonizację jakichkolwiek przepisów prawa państw członkowskich<sup>9</sup>.

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 do wyłącznej kompetencji krajów członkowskich. Powyższa zasada znalazła potwierdzenie w wielu orzeczeniach ETS<sup>10</sup>. Orzeczenia te wskazywały również, że przy korzystaniu z tej kompetencji państwa muszą respektować prawo wspólnotowe. Państwa członkowskie UE we własnym zakresie kształtują systemy ochrony zdrowia w swoich krajach<sup>11</sup>. System zdrowotny (ochrony zdrowia) jest wyodrębnioną całością złożoną z wielu różnorodnych elementów, między którymi zachodzą różnorodne relacje i który realizuje cel związany ze zdrowiem<sup>12</sup>. 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<sup>13</sup>. Generalnie można wyróżnić dwa systemy (modele) finansowania krajowego systemu zdrowotnego:

---

<sup>9</sup> Por. art. 152 ust. 4 TWE.

<sup>10</sup> Por. np. orzeczenie z 28 kwietnia 1998 w sprawie *R. Kohlla*, Zb. Orz. 1998, s. I-1931.

<sup>11</sup> Szerzej organizacja 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. Poździej, *Systemy zdrowotne*, Wyd. UJ, Kraków 2001.

<sup>12</sup> C. Włodarczyk, S. Poździej, *Systemy zdrowotne...*, s. 6.

<sup>13</sup> Por. M. Paszkowska, *Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w wybranych państwach UE*, „e-Finanse”, 1/2006 (<http://www.e-finanse.com>).

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

Ubezpieczeniowe systemy opieki zdrowotnej funkcjonują w 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. Model ten jest najmniej popularny w praktyce. Model mieszany obowiązuje w Belgii i Grecji. W Polsce od czasu reformy, która weszła w życie 1 stycznia 1999 wraz z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, obowiązuje model ubezpieczeniowy.

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 UE. Jednym z aspektów swobody przepływu osób jest kwestia koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Pojęcie zabezpieczenia społecznego związane jest z ideą pomocy ze strony państwa obywatelowi znajdującemu się w niekorzystnej sytuacji życiowej (w potrzebie). Cele zabezpieczenia społecznego realizuje prawo. Prawo zabezpieczenia społecznego

jest systemem normatywnych gwarancji i świadczeń na wypadek wystąpienia określonego zdarzenia (ziszczenia się ryzyka socjalnego)<sup>14</sup>. Przez ryzyko należy rozumieć niebezpieczeństwo wystąpienia w przyszłości zdarzenia niekorzystnego i niezależnego od woli człowieka (np. choroby). 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 zasad (swobód) jednolitego rynku europejskiego, tj. swobody przepływu towarów, osób, usług i kapitału. Prawodawstwo unijne nie reguluje jednolitych zasad (instytucji) z dziedziny zabezpieczenia społecznego obowiązujących wszystkie państwa członkowskie. 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 zdrowotnego<sup>15</sup>. Ma ona za zadanie zagwarantowanie obywatelom państw członkowskich realizacji ich uprawnień w zakresie zabezpieczenia społecznego w związku z zasadą swobody przepływu osób. Unijną koordynacją

---

<sup>14</sup> J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Zakamycze 2003, s. 23.

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 Madrze, 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 i na Wyspie Man.

Podstawowe zasady koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego uregulowane zostały w art. 42 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, oraz
- 2) rozporządzenie Rady EWG nr 574/72 z 21 marca 1972 roku w sprawie wykonywania rozporządzenia nr 1408/71<sup>16</sup>.

Z powyższych przepisów prawa europejskiego interpretuje się prawo pacjenta w tym również będącego turystą do uzyskiwania świadczeń zdrowotnych (opieki medycznej) podczas przemieszcza-

---

<sup>15</sup> Por. T. Bińczycka-Majewska, *Koordinacja systemów zabezpieczenia społecznego w Unii Europejskiej*, Zakamycze 1999, s. 113.

<sup>16</sup> Szerzej analiza przedmiotowych rozporządzeń: A. Giżejowska, A. Świątkowski, *Zabezpieczenie społeczne. Komentarz*, Universitas, Kraków 2004.

nia się po terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej. Po-  
stawienia tych rozporządzeń są rozstrzygające w przypadku ewen-  
tualnej niezgodności norm ustawodawstwa krajowego z normami  
unijnymi. Rozporządzenie nr 1408/71 weszło w życie w dniu 1 paź-  
dziernika 1972 roku i przyjmuje, że przed tą datą akt ten nie daje  
podstawy do żadnego uprawnienia<sup>17</sup>. Od 2001 roku trwają prace nad  
wydaniem nowego rozporządzenia w sprawie koordynacji zabezpie-  
czenia społecznego mającego bardziej uproszczony charakter<sup>18</sup>.

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  
EFTA<sup>19</sup>. Osoba, która nigdy nie skorzystała ze swobody przemiesz-

---

<sup>17</sup> D. Dzienisiuk, *Zabezpieczenie społeczne w Unii Europejskiej-koordynacja świadczeń*, Difin, Warszawa 2004, s. 35.

<sup>18</sup> Z uwagi na fakt, że rozporządzenia koordynacyjne przyjęte zostały w latach 70-tych, a ich materia jest niezwykle skomplikowana, w 2001 r. podjęto działania mające na celu uchwalenie nowych aktów prawa wspólnotowego, które w uproszczony sposób uregulowałyby przedmiotowy obszar. W roku 2004 uchwalono rozporządzenie Rady i Parlamentu Europejskiego nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, które zastąpi w przyszłości rozporządzenie 1408/71. Zgodnie z art. 91 rozporządzenia 883/2004, data podjęcia jego stosowania uzależniona jest od przyjęcia rozporządzenia wykonawczego, nad którego treścią trwają obecnie prace w Radzie. Prace nad nowym rozporządzeniem wykonawczym, które w przyszłości zastąpi we wspólnotowym porządku prawnym rozporządzenie nr 574/72, podjęte zostały w styczniu 2006 r. Podstawowym celem rozporządzenia jest określenie procedur koniecznych dla realizowania uproszczonych przepisów rozporządzenia 883/2004. Zamierzeniem szczegółowym jest zmodernizowanie i uproszczenie przepisów rozporządzenia nr 574/72, w tym wzmocnienie współpracy pomiędzy instytucjami zabezpieczenia społecznego oraz ulepszanie metod wymiany przez nie informacji, m.in. w wyniku zastosowania elektronicznych środków transmisji danych.

<sup>19</sup> 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. EWG i EFTA porozumiały się w sprawie utworzenia wspólnej strefy wolnego handlu na wszystkie towary.

czania 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.

### 3. Osoby uprawnione i zakres świadczeń zdrowotnych

Artykuł 2 rozporządzenia nr 1408/71 określa zakres podmioty wy koordynacji zabezpieczenia społecznego wskazując kategorie osób uprawnionych. Osobami uprawnionymi do świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na terenie UEj zgodnie z rozporządzeniem nr 1408/71 są:

- 1) pracownicy najemni i osoby pracujące na własny rachunek oraz członkowie ich rodzin,
- 2) emeryci i renciści oraz członkowie ich rodzin,
- 3) studenci i członkowie ich rodzin,
- 4) **turyści**,
- 5) osoby bezrobotne i członkowie ich rodzin.

Szczególne uprawnienia do świadczeń medycznych na terenie Wspólnoty mają:

- 1) pracownicy wysłani do pracy w innym kraju Unii i członkowie ich rodzin,
- 2) pracownicy przygraniczni i członkowie ich rodzin,
- 3) pracownicy sezonowi i członkowie ich rodzin,
- 4) bezpaństwowcy, uchodźcy zamieszkali na terenie państwa członkowskiego UE oraz członkowie ich rodzin.

---

Porozumienie w tej sprawie, nie obejmujące jednak Szwajcarii, weszło w życie w 1994 r. tworząc Europejski Obszar Gospodarczy (EOG).

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 „swoich” ubezpieczonych, to opłaty te lub wkład własny będzie zobowiązany uiścić z własnych środków także uprawniony obywatel innego państwa członkowskiego Wspólnoty.

Zgodnie z rozporządzeniem nr 1408/71 osobami uprawnionymi do opieki medycznej na terytorium Unii są między innymi turyści. Prawo unijne dla potrzeb omawianego rozporządzenia wprowadziło definicję pojęcia turysta, 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 gospodarczej), który może mieć charakter zarówno zorganizowany (np. z biurem podróży) lub indywidualny. Poza tym może on mieć formę stacjonarną (wczasy) lub objazdową (wycieczka). Przemieszczania 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 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w omawianej ustawie mają prawo:

- 1) osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym (ubezpieczeni),

2) inne, niż ubezpieczeni, osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej<sup>20</sup>. Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają w szczególności:

1. osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników (pracownicy, rolnicy, zleceniobiorcy itd.),
2. żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe, żołnierze zawodowi oraz żołnierze odbywający nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową,
3. policjanci, funkcjonariusze ABW, BOR, SG, SW, PSP,
4. sędziowie i prokuratorzy<sup>21</sup>.

Ubezpieczonymi w świetle art. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych są:

- 1) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA),
- 2) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europej-

---

<sup>20</sup> Dz. U. Nr 64, poz. 593 i Nr 99, poz. 1001.

skiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej w celu wykonywania pracy, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich, zgody na pobyt tolerowany, lub osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium,

- 3) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), legalnie zamieszkujące na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), jeżeli podlegają zgodnie z art. 66 obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 68;
- 4) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), niezamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego

---

<sup>21</sup> Por. art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i są objęte:

- a) ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych
- b) ubezpieczeniem społecznym rolników na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Od 1 maja 2004 r. w przypadku obywateli państw UE i państw Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) do uzyskania ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce nie jest konieczne przebywanie przez te osoby na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej w celu wykonywania pracy, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony czy zezwolenia na osiedlenie się. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu oraz opłaceniu składki. W zamian za opłacanie składki na ubezpieczenie zdrowotne ubezpieczeni mają prawo do korzystania bezpłatnie lub za częściową odpłatnością z określonych ustawowo świadczeń zdrowotnych. Z ubezpieczenia zdrowotnego finansowana jest podstawowa opieka zdrowotna, świadczenia specjalistyczne ambulatoryjne i stacjonarne.

Osoba spełniająca znamiona definicji turysty w świetle prawa europejskiego ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych podczas swej podróży po państwach UE, jeżeli ich potrzebuje z uwagi na stan swego zdrowia. 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 dentystycznej, opieki medycznej oraz zaopatrzenia w leki. W polskim prawie definicja świadczeń zdrowotnych zawarta jest w ustawie z 30 sierpnia 1991 r. 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 diagnostycznym, w tym z analityką medyczną, pielęgnacją chorych).

Zakres (szerszy lub węższy) świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom uprawnionym w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego uzależniony jest od przepisów wspólnotowych określających kategorię osoby uprawnionej, czyli określających, kim jest osoba w świetle przepisów rozporządzenia nr 1407/71 oraz przepisów państwa członkowskiego udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Przedmiotowy zakres stosowania wspólnotowej koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w tym zdrowotnego, określa art. 4 rozporządzenia nr 1408/71. W myśl tego artykułu niniejsze rozporządzenie stosuje się do wszystkich ustawodawstw odnoszą-

cych się do gałęzi zabezpieczenia społecznego, jak również do powszechnych i specjalnych systemów zabezpieczenia społecznego, zarówno składowych jak i bezskładowych, oraz do systemów dotyczących obowiązków pracodawcy lub armatora w zakresie:

- a) świadczeń w razie choroby i macierzyństwa,
- b) świadczeń z tytułu inwalidztwa, w tym również zmierzających do zachowania lub zwiększenia zdolności zarobkowania,
- c) świadczeń emerytalnych,
- d) świadczeń dla osób pozostałych przy życiu,
- e) świadczeń z tytułu wypadku przy pracy i choroby zawodowej,
- f) zasiłków pogrzebowych,
- g) świadczeń w razie bezrobocia,
- h) świadczeń rodzinnych<sup>22</sup>.

Zakres przedmiotowy rozporządzenia ogranicza się do ośmiu typowych ryzyk, których lista ma charakter wyczerpujący i konstytutywny. Koordynacją objęte są powszechne i szczególne krajowe systemy zabezpieczenia społecznego zarówno składowe, jak i bezskładowe. Na mocy przepisów wspólnotowych prawo do opieki zdrowotnej dla osób objętych koordynacją systemów zabezpieczenia społecznego realizowane jest poprzez możliwość korzystania:

- a) ze świadczeń udzielanych w razie choroby i macierzyństwa,
- b) ze świadczeń udzielanych z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> Por. art. 4 rozporządzenia Rady nr 1408/71 z 14 czerwca 1971 r. o stosowaniu systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników oraz członków ich rodzin zmieniających miejsce pobytu w granicach Wspólnoty, (tekst jednolity Dz.Urz. WE z 10 grudnia 1992 r., C 325, s. 1).

Koordinację 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 dentystyczną, 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:

- 1) przepisów wspólnotowych określających kategorię osoby, która jest uprawniona (np. turysta),
- 2) 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:

- 3) ze świadczeń zdrowotnych w pełnym zakresie,
- 4) ze świadczeń zdrowotnych natychmiast koniecznych,
- 5) ze świadczeń zdrowotnych w większym zakresie niż świadczenia natychmiast konieczne,
- 6) z planowanego leczenia w innym państwie członkowskim,
- 7) ze świadczeń zdrowotnych o znacznej wartości,

---

<sup>23</sup> A. Krowicka, E. Pitera-Czyżowska, *Opieka zdrowotna po wejściu Polski do Unii Europejskiej*, CeDeWu, Warszawa 2004, s. 80.

8) ze świadczeń związanych z ciążą i porodem<sup>24</sup>.

Osoby ubezpieczone w jednym z państw członkowskich UE niezależnie od tego, czy mają status pracownika, emeryta, bezrobotnego itd., jeżeli wyjeżdżają w celach turystycznych do innego (innych) państw członkowskich mają prawo do korzystania ze świadczeń natychmiast koniecznych. W rezultacie turysta 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 pacjenta<sup>25</sup>. Brak definicji pojęcia „świadczeń zdrowotnych natychmiast koniecznych” 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 na-

---

<sup>24</sup> Szersze omówienie poszczególnych świadczeń np. A. Krowicka, E.Pitera-Czyżowska, *Opieka zdrowotna...*; M. Paszkowska, *Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych w państwach Unii Europejskiej*, TZN 2006, nr 1-2.

<sup>25</sup> A. Krowicka, E.Pitera-Czyżowska, *Opieka zdrowotna...*, s. 107.

głych 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 leczenia<sup>26</sup>. 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 r. i nr 135 z 1 lipca 1987 r. 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 zasadnym odpowiednie stosowanie powyższej definicji dla wyjaśnienia istoty pojęcia „świadczeń natychmiast koniecznych”.

W celu usprawnienia realizacji uprawnień pacjenta do świadczeń zdrowotnych w innych państwach UE wprowadzono 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). Formularz E-111 był ważny do końca 2005 r. Natomiast od dnia 1 stycznia 2006 r. we wszystkich państwach Unii Europejskiej oraz EFTA papierowe formularze E-111 zastąpiono plastikową Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ). Każde państwo członkow-

---

<sup>26</sup> Decyzja nr 163 z 31 maja 1996 r., Dz.Urz. WE L 241, s. 31.

skie wydaje Kartę we własnym języku urzędowym i zawiera ona ten sam zestaw danych (m.in. dane pacjenta, data ważności karty, numer karty). Prawo do otrzymania EKUZ w Polsce mają osoby ubezpieczone w Narodowym Funduszu Zdrowia. Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego wydaje NFZ na wniosek (sporządzony na urzędowym formularzu) osoby zainteresowanej. Każda osoba ubezpieczona, także członek rodziny, otrzymuje własną kartę. Karta wydawana jest osobom wyjeżdżającym czasowo, np. w celach turystycznych, w celu odwiedzenia rodziny lub znajomych, w związku z krótką podróżą służbową. Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego nie jest dowodem ubezpieczenia w NFZ uprawniającym do świadczeń zdrowotnych na terytorium Polski. Oznacza to, że osoba ubezpieczona w NFZ może posługiwać się EKUZ wyłącznie w innych państwach członkowskich UE. Brak odpowiedniego dokumentu może skutkować koniecznością pokrycia kosztów leczenia bezpośrednio z kieszeni pacjenta.

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.

#### **4. Finansowanie świadczeń zdrowotnych**

Każde państwo Wspólnoty ma własne zasady finansowania świadczeń zdrowotnych. W niektórych większość świadczeń przysługuje pacjentowi bezpłatnie, w innych zaś krajach te same świad-

czenia są częściowo lub całkowicie odpłatne<sup>27</sup>. Zakres odpłatności za świadczenia zdrowotne zależy wyłącznie od prawa wewnętrznego konkretnego państwa członkowskiego UE. W rezultacie wypoczynek za granicą może czasami przysporzyć dodatkowych kosztów związanych z zachorowaniem lub urazem. Dlatego warto przed wyjazdem sprawdzić, na jaką bezpłatną pomoc medyczną w razie wypadku można liczyć w kraju, do którego się wybieramy. Gdy jedziemy na urlop do jednego z państw Unii Europejskiej lub Islandii, Liechtensteinu, Norwegii lub Szwajcarii, to jako osoby ubezpieczone w Narodowym Funduszu Zdrowia mamy prawo do korzystania z opieki zdrowotnej w danym kraju, na takich samych zasadach jak osoby ubezpieczone w tym kraju. W większości przypadków wiąże się to z koniecznością poniesienia części kosztów udzielonych świadczeń medycznych. Opłaty takie nie podlegają zwrotowi przez NFZ. Przykładowo, prawo unijne nie zapewnia pokrycia kosztów transportu sanitarnego do kraju zamieszkania. W zależności od kraju pobierane są częściowe opłaty za usługi medyczne, czy inne opłaty pośrednio związane z leczeniem, np. opłaty za wizytę u lekarza, dopłaty za każdy dzień pobytu w szpitalu, koszt niektórych medykamentów, dopłata za pokój o wyższym standardzie w szpitalu, czy też koszty żywienia szpitalnego. Jeżeli polski turysta będzie miał wypadek we Francji, to zapłaci tylko za takie udzielone świadczenia, które byłyby płatne również dla obywatela Francji w przedmiotowej sytuacji i tylko taki ich zakres otrzyma; i odwrotnie francuski turysta w Polsce

---

<sup>27</sup> Szerzej zasady finansowania świadczeń zdrowotnych w poszczególnych państwach UE M. Paszkowska, *Finansowanie systemu...*, s. 1-15.

zapłaci tylko za takie świadczenia, jakie są odpłatne dla Polaków (czyli w praktyce zasadniczo tylko za leki).

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 artykułach 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<sup>28</sup>.

Pod pojęciem „koszty rzeczywiste” należy rozumieć realne wydatki poniesione przez świadczeniodawcę związane z realizowaniem poszczególnych świadczeń zdrowotnych<sup>29</sup>. Przepisy nakazują członkom Wspólnoty rozliczać się po kosztach rzeczywistych, przez które należy rozumieć koszty poniesione przez instytucje ubezpieczeniowe na realizację poszczególnych świadczeń. Jednak kwoty podlegające rozliczeniom nie mogą być wyższe niż kwoty płacone przez instytucje właściwe za własnych ubezpieczonych. Przykładowo, w Polsce mogą to być ceny świadczeń zdrowotnych zakontraktowanych przez NFZ na podstawie umów z poszczególnymi świadczeniodawcami.

---

<sup>28</sup> Por. art. 36, 63 rozporządzenia nr 1408/71.

<sup>29</sup> G. Juszczyk, *Kto nam dołoży*, „Służba Zdrowia”, 29-32/2003, s. 16.

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 Wspólnoty, współpraca z instytucjami właściwymi w zakresie rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych w ramach koordynacji oraz współpraca z instytucjami łącznikowymi krajów Unii Europejskiej.

## **5. Podsumowanie**

Analizując prawo UE w zakresie zabezpieczenia społecznego, należy przede wszystkim podkreślić rolę zasady subsydiarności, czyli swoistego priorytetu prawa krajowego wobec prawa wspólnotowego w omawianej dziedzinie, bowiem sprawy zabezpieczenia społecznego należą do regulowanych bezpośrednio przez kraje członkowskie w ich prawie wewnętrznym, a prawo UE zajmuje się nimi wyjątkowo. Unia Europejska zajęła się jednakże koordynacją krajowych porządków prawnych dotyczących tradycyjnych dziedzin zabezpieczenia społecznego. Celem prawodawstwa unijnego w powyższym zakresie jest dążenie do zagwarantowania fundamental-

nych zasad (swobód) jednolitego rynku europejskiego tj. swobody przepływu towarów, osób, usług i kapitału. Prawo wspólnotowe nie zmierza do ustanowienia jednolitego systemu zabezpieczenia społecznego na terytorium całej UE. Ogranicza się jedynie do koordynacji rozwiązań wewnętrznych poszczególnych krajów członkowskich. Dzięki koordynacji każde z państw członkowskich zachowuje swój własny system zabezpieczenia społecznego ze wszelkimi cechami wyróżniającymi go od systemów innych państw UE. Każdy z krajów członkowskich decyduje samodzielnie o warunkach nabycia i utraty prawa do świadczeń oraz o ich rodzajach.

Zasada swobody przepływu osób, stanowiąca jedną z czterech fundamentalnych wolności europejskiego wspólnego rynku, dla swego pełnego urzeczywistnienia wymaga stworzenia odpowiednich instrumentów prawnych. Jedną z dziedzin wymagającą powyższych regulacji jest kwestia prawa do świadczeń zdrowotnych (opieki medycznej). Brak prawa do opieki medycznej stanowi bowiem istotną barierę do korzystania ze swobody przemieszczania się po terytorium Unii Europejskiej. Podstawowymi regulacjami prawa europejskiego dotyczącymi prawa do świadczeń zdrowotnych obywateli UE przemieszczających się po jej terytorium pozostają przepisy o koordynacji zabezpieczania społecznego tj. rozporządzenia nr 1408/71 i nr 574/72. Od ich ustanowienia minęło ponad 30 lat, wydanych zostało kilkadziesiąt orzeczeń ETS w sprawach zabezpieczenia społecznego, a poza tym UE uległa znacznemu poszerzeniu, dlatego też zasadnym jest wydanie nowej bardziej kompleksowej regulacji powyższego zagadnienia w szczególności z uwzględnieniem tak do robku ETS w przedmiotowym zakresie, jak i przeobrażeń społecz-

nych i technologicznych. Obecnie od kilku lat UE pracuje nad nowym rozporządzeniem w tej sprawie a konieczność jego wydania jest bezsporna.

Na podstawie prawa unijnego pacjentom-obywatelom Unii Europejskiej przysługuje specyficzne prawo do świadczeń zdrowotnych na jej terytorium. Każda osoba będąca obywatelem państwa członkowskiego UE jest jednocześnie jej obywatelem. Warunki nabycia obywatelstwa konkretnego kraju UE określane są samodzielnie przez to państwo w jego prawie wewnętrznym. Osobą uprawnioną do korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terytorium państw członkowskich UE jest osoba spełniająca dwa warunki jednocześnie tzn.:

- 1) posiadania ubezpieczenie chorobowego/zdrowotnego (zarówno obowiązkowego, jak i dobrowolnego) w powszechnym systemie ubezpieczeniowym któregośkolwiek z państw członkowskich UE i
- 2) korzystania z prawa do swobodnego przemieszczania się po terytorium tych państw.

Turyści w świetle prawa europejskiego należą do kategorii uprawnionych, obejmującej osoby przebywające czasowo w innym państwie członkowskim. Turysta to osoba przebywająca w celach wypoczynkowych czasowo na terytorium innego niż państwo zamieszkania państwa UE. Turysta ma prawo do świadczeń zdrowotnych o zawężonym zakresie, tj. tylko do świadczeń natychmiast koniecznych. Ogólnie należy przyjąć, z uwagi na brak ich zdefiniowania w przepisach, iż są to wszelkie świadczenia niezbędne dla ratowania zdrowia lub/i życia pacjenta. W praktyce rodzaj i zakres świadczeń natychmiast koniecznych określa indywidualnie dla kon-

kretnego pacjenta (turysty) lekarz udzielający pomocy medycznej. Wydaje się zasadnym określenie w przepisach prawa europejskiego przykładowego katalogu takich świadczeń. Zakres przysługujących świadczeń nie powinien ograniczać prawa do korzystania ze swobody przemieszczania się przez osoby, których stan zdrowia wymaga regularnego leczenia (np. kwestia prawa do dializ). Koszty udzielonych turystom świadczeń zdrowotnych rozliczane są w formie kosztów rzeczywistych i ponosi je instytucja właściwa osoby przebywającej czasowo na terytorium innego państwa. W praktyce istnieje wymagający odrębnej analizy problem zwrotu kosztów w przypadku braku posiadania przez turystę odpowiedniej dokumentacji (EKUZ) potwierdzającej prawo do świadczeń mimo istnienia uprawnień do leczenia.

Mimo, że każdy turysta (ubezpieczony we własnym kraju) podróżując po Unii ma prawo do świadczeń zdrowotnych w sytuacji nagłego zachorowania, to ze względu na duże różnice w zakresie organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w poszczególnych krajach (przede wszystkim w zakresie odpłatności), zasadnym jest dodatkowe wykupienie polisy ubezpieczeniowej od kosztów leczenia. W praktyce dostęp do uprawnionych świadczeniodawców bywa czasem ograniczony (np. na mniejszych wyspach greckich), a indywidualne ubezpieczenie KL lub kupowane przy okazji wycieczki w biurze podróży pozwala skorzystać z usług prywatnej służby zdrowia bez większego uszczerbku dla finansów oraz w zakresie świadczeń nie zawsze mieszczących się w pojęciu świadczeń natychmiast koniecznych.

*Prawo turysty do świadczeń zdrowotnych w państwach Unii Europejskiej*

**Streszczenie**

Turystyka związana jest bezpośrednio z funkcjonowaniem wspólnego rynku europejskiego. W efekcie członkostwa państwa w UE pacjenci (także turyści) uzyskują prawo do świadczeń zdrowotnych na terytorium Unii. Powyższe prawo obywateli UE wynika ze swobody przepływu osób będącej fundamentalną zasadą wspólnego rynku. Turysta ma w UE prawo do świadczeń zdrowotnych o zawężonym zakresie. Podstawowymi regulacjami prawa europejskiego dotyczącymi prawa do świadczeń zdrowotnych obywateli UE przemieszczających się po jej terytorium są przepisy rozporządzenia nr 1408/71 i nr 574/72. Przedmiotem artykułu jest przedstawienie prawa turysty – obywatela Unii Europejskiej do otrzymywania świadczeń zdrowotnych podczas podróży po terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej.

*The right of the tourist to health care services in the EU Member States*

**Abstract**

Tourism is directly connected to a functioning of the Common Market. As a result of the EU membership patients (also tourists) acquire a right to health care services on a territory of the EU Member States. That right comes from a free movement of persons that is one of the fundamental Common Market rules. The tourist in the EU has a right to health care services in a narrow range. The most important legal act dealing with the problem is Regulation No. 1408/71 and Regulation No 574/72. The article presents an objective and subjective scope of tourist's (an EU citizen) right to health services in the EU Member States.