

Polityka unijna w zakresie ochrony zdrowia publicznego

W dniu 31 stycznia 2007 r. Stałe Przedstawicielstwo RP przy Unii Europejskiej zorganizowało spotkanie informacyjne z przedstawicielami polskich biur regionalnych w Brukseli i Panią Magdaleną Canowiecką, ekspertem ds. polityki zdrowotnej i ochrony konsumentów. Tematem przewodnim było zdrowie publiczne w Unii Europejskiej

Od lewej: Iwona Krzeszewska-I sekretarz Wydziału ds. Polityki Regionalnej i Spójności, Magdalena Canowiecka ekspert ds. polityki zdrowotnej i ochrony konsumentów Stałego Przedstawicielstwa RP przy Unii Europejskiej w Brukseli

W trakcie trwania spotkania zostały poruszone kwestie związane z :

1. Podziałem kompetencji w zakresie usług opieki zdrowotnej,
2. Środkami finansowymi
3. Pracami nad Strategią Zdrowia Publicznego w UE,
4. Konsultacjami w sprawie usług zdrowotnych,
5. Priorytetami Prezydencji Niemieckiej.

Na zdjęciu: Magdalena Canowiecka- ekspert ds. polityki zdrowotnej i ochrony konsumentów Stałego Przedstawicielstwa RP przy Unii Europejskiej w Brukseli

Podział kompetencji między kraje członkowskie a Wspólnotę

Kraje członkowskie są suwerenne w zakresie usług zdrowotnych. Działanie Unii Europejskiej uzupełnia jedynie ich politykę krajową w zakresie takim jak:

- zapobieganie chorobom,
- zwalczanie epidemii,
- badania naukowe,
- edukację zdrowotną,
- działania w zakresie zwalczania skutków narkomanii.

Państwa członkowskie są w pełni odpowiedzialne za dostarczanie i zarządzanie usługami opieki zdrowotnej. W Traktacie Konstytucyjnym zaproponowano podjęcie wspólnych działań w zakresie koordynacji polityk oraz systemu monitorowania i wczesnego ostrzegania o zagrożeniach zdrowia, jak również w odniesieniu do kwestii związanych ze zwalczaniem alkoholizmu i używania tytoniu.

Środki finansowe

W minionym okresie finansowania 2004-2006 działania związane z usługami opieki

W niniejszym okresie finansowania 2004-2006 działalność związana z usługami opieki zdrowotnej, takie jak np. modernizacja obiektów, wyposażanie ich w nowoczesny sprzęt czy szkolenia personelu, mogły być finansowane w ramach funduszy strukturalnych, Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz Europejskiego Funduszu Społecznego. W tym czasie funkcjonował także unijny Program Zdrowia Publicznego 2003 – 2008.

W chwili obecnej trwają prace nad projektem nowego Programu Zdrowia Publicznego 2007 – 2013. Budżet programu okazał się być znacznie mniejszy niż pierwotnie przewidywano i w związku z tym zaistniała konieczność ograniczenia założeń programu z "6" do "3" celów tj. :

1. poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli,
2. promocja zdrowia,
3. propagowanie wiedzy z zakresu zdrowia

Na program przeznaczono 360,5 miliona euro. Komisja planuje zakończenie prac nad dokumentem w pierwszej połowie 2007 r.

Prace nad Strategią Zdrowia Publicznego w UE

Debata w sprawie stworzenia Strategii Zdrowia Publicznego rozpoczęła się już w 2004 r. Założono, iż będzie to dokument przekrojowy, wielosektorowy, określający priorytety. Jego implementacja, zgodnie z ustaleniami, ma zapewnić konkretne rezultaty. W chwili obecnej, na podstawie rozmów z 2004 r., Komisja Europejska przygotowuje nowy dokument. Do końca lutego br. zainteresowane kraje członkowskie, jak też partnerzy społeczni mogą przysyłać swoje uwagi w tej kwestii. KE zapowiedziała, iż przygotuje projekt strategii w pierwszej połowie 2007 roku.

Podstawowymi przesłankami w tworzeniu strategii są:

- wielowymiarowość
- globalizacja/ działania poza obrębem UE
- promocja zdrowia,
- nierówności i ich zwalczanie
- zagrożenia zdrowotne
- starzenie się społeczeństwa
- nowe technologie medyczne

Proces konsultacji w sprawie wspólnych ram wspólnotowych w zakresie usług zdrowotnych.

Do lat 90 - tych jedyny obowiązujący mechanizm wspólnotowy dotyczący leczenia zagranicą, wynikał z rozporządzenia 1408/71 i 574/729 o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Rozporządzenie 1408/71 upoważnia obywateli UE do korzystania z opieki medycznej podczas pobytu zagranicą na podstawie kart

rozjemstwa i opierał się na przepisach prawa krajowego, na podstawie prawa ubezpieczenia zdrowotnego NFZ. Na podstawie orzeczeń Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości (sprawy C-158/96 Kohl oraz C-120/95 Decker) uznano, iż obywatele mają prawo do opieki zagranicznej i zwrotu kosztów leczenia. W przypadku leczenia szpitalnego powinno być wydane specjalne zezwolenie, ale jedynie w przypadku gdy w kraju zamieszkania służba zdrowia nie jest w stanie wykonać koniecznych zabiegów. W związku z szeregiem podobnych orzeczeń dot. reguł związanych z rynkiem wewnętrznym oraz dostępem do opieki zdrowotnej w innych Państwach Członkowskich, powstała konieczność uregulowania zagadnień związanych z prawem obywateli UE do przemieszczania się. Wówczas w 2004 r. powstał projekt Dyrektywy Usługowej, w której znalazły się m.in. punkty związane z usługami opieki zdrowotnej. W wyniku decyzji Parlamentu Europejskiego oraz Rady, w maju 2006 r., zdecydowano o wyłączeniu sprawy usług zdrowotnych z tej Dyrektywy i zalecono Komisji podjęcie odrębnych działań z tym związanych. W czerwcu 2006 r. Rada wydała oświadczenie o wspólnych wartościach i zasadach w systemach opieki zdrowotnej Krajów Członkowskich, które powinny być respektowane. Od września do stycznia 2007 trwał proces konsultacji publicznych. Komisja poinformowała, iż dokona na tej podstawie analizy opinii krajów członkowskich, jak też partnerów społecznych i latem 2007 zaprezentuje wyniki.

Należy podkreślić, iż proponowane działania Wspólnoty nie mają na celu stworzenia jednolitego systemu opieki zdrowotnej oraz ubezpieczeń społecznych. Są one prowadzone po to by uzyskać przejrzystość w stosowaniu prawa, szczególnie w odniesieniu do swobodnego przemieszczania się, jak też korzystania z usług zdrowotnych poza obszarem kraju macierzystego.

W Polsce w/w dokument został skonsultowany z 150 podmiotami i na tej podstawie przygotowano wspólne stanowisko. Wstępny projekt zakłada utrzymanie zasad określonych w Rozp. 1408/71. Jako instrument prawny proponowana jest Dyrektywa, która powinna regulować kwestie takie jak:

- jakość świadczonych usług,
- mobilność pracowników medycznych,
- odpowiedzialność lekarzy,
- bezpieczeństwo pacjentów.

Priorytety Prezydencji Niemieckiej

Prezydencja Niemiecka wyznaczyła 3 kategorie priorytetów dotyczących zdrowia publicznego, należą do nich:

- a) innowacje,
- b) prewencja zdrowia,
- c) dostępność usług zdrowotnych.



