

# OTWARTA METODA KOORDYNACJI JAKO STANDARDOWY INSTRUMENT UZGODNIENIOWY

Yves Jorens

Profesor Uniwersytetu w Gandawie  
Belgia

## WSTĘP

Od 2000 r. otwarta metoda koordynacji stała się najczęściej wykorzystywanym instrumentem europejskiej polityki społecznej. Jednakże otwarta metoda koordynacji to coś więcej niż tylko instrument europejskiej polityki społecznej. W wyniku stosowania tej metody wspólne cele o charakterze ogólnym, które zostały wyznaczone dla potrzeb tej metody, stają się materialnymi standardami przyszłego europejskiego modelu społecznego.

W ramach niniejszego artykułu chciałbym zwrócić uwagę na proces wykorzystywania otwartej metody koordynacji w dwóch wybranych dziedzinach: świadczeń emerytalnych i opieki zdrowotnej. Nie można też zapominać, iż powszechnie uważa się, że sprawy związane z zabezpieczeniem społecznym należą do wyłącznej kompetencji poszczególnych państw członkowskich. Tym niemniej, dzięki otwartej metodzie koordynacji, w coraz większym stopniu można wpłynąć na wewnątrz krajowe debaty dotyczące zabezpieczenia społecznego.

## ŚWIADCZENIA EMERYTALNE

W Komunikacie dla Rady, Parlamentu Europejskiego i Komitetu Społeczno-Gospodarczego z lipca 2001 r. Komisja Europejska powtórzyła wnioski, jakie przyjęto na spotkaniu Rady Europejskiej w Göteborgu w czerwcu 2001 r., gdzie zwrócono szczególną uwagę na konieczność zastosowania bardziej kompleksowego podejścia, które pozwoli sprostać wyzwaniom starzejącego się społeczeństwa, oraz przyjęto trzy ogólne zasady zabezpieczające długookresową stabilność systemów emerytalnych:

- zabezpieczenie możliwości sprostania przez systemy emerytalne postawionym im celom społecznym, czyli zapewnienia osobom emerytowanym i członkom ich rodzin bezpiecznych wypłat odpowiedniej wysokości świadczeń oraz zapewnienia dobrych warunków życia, w połączeniu z opieką zdrowotną i opieką długookresową, dla wszystkich osób starszych;
- zapewnienie stabilności finansowej systemów emerytalnych, tak aby starzenie się społeczeństw nie zagroziło długookresowej stabilności finansów publicznych lub ich zdolności do wypełnienia fundamentalnych założeń budżetu (w rozumieniu ogólnych obciążeń budżetowych i priorytetowych wydatków), a także, by nie prowadziło do niesprawiedliwego podziału zasobów między pokoleniami;
- wzmocnienie zdolności przystosowawczych systemów emerytalnych pozwalających na dostosowanie się do zmieniających się potrzeb społeczeństw i indywidualnych obywateli, co w konsekwencji zwiększy elastyczność rynku pracy, równość szans dla kobiet i mężczyzn w kwestii zatrudnienia i ochrony społecznej, a także poprawi zdolność przystosowywania się systemów emerytalnych do indywidualnych potrzeb osób ubezpieczonych.

Na poziomie Unii Europejskiej wypracowywane jest odpowiednie podejście do tych zagadnień, które połączy obecne procesy tworzenia polityki z myślą o przyszłości systemów emerytalnych z otwartą metodą koordynacji, w sposób który nie wpłynie na istniejący podział kompetencji między politykami krajowymi i europejskimi.

W związku z powyższym Komisja Europejska zaproponowała 11 celów, które wspierają zintegrowane krajowe strategie ukierunkowane na zabezpieczenie przyszłości systemów emerytalnych i które rozwijają trzy główne założenia europejskiej polityki emerytalnej, tj.:

- odpowiedni poziom świadczeń,
- finansową stabilność publicznych i prywatnych systemów emerytalnych,
- modernizację systemów emerytalnych w odpowiedzi na zmieniające się potrzeby społeczeństwa i poszczególnych osób.

## Odpowiedni poziom świadczeń

Państwa członkowskie powinny zagwarantować, że ich systemy emerytalne są w stanie osiągnąć wyznaczone cele socjalne. Dlatego też, bez względu na specyficzne uwarunkowania krajowe, państwa członkowskie powinny:

- 1) zapewnić, że starsi ludzie nie są zagrożeni ubóstwem i mogą cieszyć się życiem na przyzwoitym poziomie oraz zapewnić, że osoby te w odpowiednim stopniu korzystają z rozwoju gospodarczego kraju i mogą aktywnie uczestniczyć w życiu publicznym, sprawach społecznych i życiu kulturalnym;
- 2) zagwarantować powszechny dostęp do odpowiednich systemów emerytalnych publicznych i/lub prywatnych, które pozwolą na uzyskanie prawa do świadczeń emerytalnych pozwalających, w rozsądnych granicach, na utrzymanie po przejściu na emeryturę obecnego poziomu życia;
- 3) upowszechniać solidarność pokoleniową i międzypokoleniową.

## Finansowa stabilność systemów emerytalnych

Państwa członkowskie powinny realizować wielowymiarową strategię mającą na celu stworzenie trwałych podstaw finansowania systemów emerytalnych, w tym powinny wprowadzić odpowiednią kombinację instrumentów politycznych w celu:

- 4) osiągnięcia wysokiego poziomu zatrudnienia poprzez wprowadzenie, tam gdzie jest to niezbędne, kompleksowych reform rynku pracy zgodnie z zapisami Europejskiej Strategii Zatrudnienia oraz Ogólnymi Wytycznymi Polityki Gospodarczej;
- 5) zapewnienia, że wszystkie dziedziny zabezpieczenia społecznego, wraz z polityką rynku pracy i polityką gospodarczą, a zwłaszcza system emerytalny, mają wbudowany system skutecznych zachęt dla starszych pracowników do pozostania na rynku pracy oraz, że pracownicy nie są zachęceni do przejścia na wcześniejszą emeryturę i nie są karani za pozostawanie na rynku pracy po przekroczeniu wieku emerytalnego, a także zapewnienie, że system emerytalny daje możliwość stopniowego przechodzenia na emeryturę;
- 6) przeprowadzenia odpowiedniej reformy systemów emerytalnych, która uwzględni główny cel, jakim jest zapewnienie stabilności finansów publicznych. Jednocześnie stabilności systemów emerytalnych powinna towarzyszyć odpowiedzialna polityka fiskalna, obejmująca, w razie potrzeby, redukcję zadłużenia. Strategie przyjęte w celu realizacji tego założenia mogą obejmować utworzenie celowych funduszy emerytalnych;
- 7) zapewnienia, że przepisy regulujące prawo do świadczeń emerytalnych oraz wprowadzone reformy utrzymują odpowiednią równowagę między osobami aktywnymi zawodowo i emerytami, nie przeciążając osób pracujących i zapewniając odpowiedni poziom świadczeń dla emerytowanych pracowników;
- 8) zapewnienia, poprzez wprowadzenie odpowiednich ram prawnych i skutecznego zarządzania, że prywatne i publiczne systemy emerytalne będą w stanie zapewnić wypłatę świadczeń emerytalnych w sposób skuteczny, niedrogi i bezpieczny.

## Modernizacja systemów emerytalnych w odpowiedzi na zmieniające się potrzeby gospodarki, społeczeństwa i poszczególnych osób

9) zapewnienia, że systemy emerytalne spełniają wymogi elastyczności i bezpieczeństwa na rynku pracy, oraz że bez szkody dla spójności systemów podatkowych państw członkowskich, mobilność na rynku pracy na terytorium państw członkowskich i między tymi państwami, a także nietypowe formy zatrudnienia nie mają negatywnego wpływu na uprawnienia do świadczeń emerytalnych oraz, że system emerytalny nie zniechęca do podjęcia pracy na własny rachunek;

10) dokonania przeglądu przepisów prawnych pod kątem zapewnienia równego traktowania kobiet i mężczyzn z uwzględnieniem zobowiązań wynikających z prawa wspólnotowego;

11) doprowadzenia do większej przejrzystości systemów emerytalnych i zwiększenia ich zdolności dostosowywania się do zmieniających warunków zewnętrznych, tak aby obywatele nadal mogli mieć do nich zaufanie. Należy przygotować wiarygodne i zrozumiałe informacje na temat długookresowych perspektyw systemów emerytalnych, ze szczególnym uwzględnieniem zakładanych zmian w poziomie świadczeń i wysokości składek ubezpieczeniowych. Ponadto, należy dążyć do uzyskania jak najszerszego konsensusu w sprawie polityki emerytalnej i wprowadzanych reform, a także należy ulepszyć metodologię skutecznego monitorowania reformy systemów emerytalnych i realizowanej polityki.

Połączenie społecznej i finansowej stabilności systemów emerytalnych jest najważniejszym celem Unii Europejskiej w odniesieniu do świadczeń emerytalnych. Zachowanie równowagi między społecznym a finansowym aspektem tego zagadnienia jest kluczem do politycznego sukcesu reformy systemów emerytalnych. Na marginesie tego procesu można zauważyć, że zastosowanie otwartej metody koordynacji nie zmierza do uzyskania spójności poprzez stworzenie wspólnego wzorca emerytury, natomiast uwzględnia istniejące różnice w systemach emerytalnych we wszystkich krajach Unii. Otwarta metoda koordynacji koncentruje się wyłącznie na poprawie działania różnych systemów emerytalnych w odniesieniu do 11 zgodnie przyjętych celów określonych dla stabilnych systemów emerytalnych, stabilnych zarówno pod względem społecznym, jak i gospodarczym. Najistotniejszym zagadnieniem jest uczynienie systemów emerytalnych systemami sprzyjającymi zatrudnieniu, bez względu na to czy są to systemy publiczne, czy prywatne, systemy repartycyjne finansowania świadczeń, czy też kapitałowe. Stabilizowanie systemów emerytalnych polega więc na uczynieniu z nich systemów upowszechniających dłuższe życie zawodowe. Najważniejszymi zmianami są te, które umożliwiają i motywują starszych pracowników do dłuższej pracy oraz zachęcają do późniejszego i stopniowego odchodzenia z rynku pracy.

## **OPIEKA ZDROWOTNA**

Otwarta metoda koordynacji zaczęła odgrywać pewną rolę także w dziedzinie opieki zdrowotnej. W tej dziedzinie zauważyliśmy więcej niezdecydowania niż w dziedzinie świadczeń emerytalnych. Powszechnie uważa się, że opieka zdrowotna i polityka zdrowotna należą do wewnętrznych kompetencji poszczególnych państw. Państwa członkowskie biorą odpowiedzialność za organizację systemu opieki zdrowotnej, w tym za określenie sposobu finansowania systemu opieki zdrowotnej, wewnętrzną alokację środków, ustalenie ogólnych priorytetów dla wydatków na opiekę zdrowotną oraz ustalenie zakresu opieki medycznej finansowanej z środków publicznych, określenie zasad dostępu do systemu opieki medycznej w odniesieniu do leczenia klinicznego (w sytuacji płatności za usługę z powszechnego systemu opieki zdrowotnej), strategię zarządzania określonym budżetem, a także za zagadnienia dotyczące jakości, efektywności i skuteczności opieki zdrowotnej. Jednakże, przy pełnym poszanowaniu kompetencji państw członkowskich w tej dziedzinie, istnieje duży potencjał dla rozwijania współpracy na szczeblu europejskim, która przyniesie korzyści pacjentom, pracownikom służby zdrowia oraz innym osobom odpowiedzialnym za system opieki zdrowotnej.

Systemy opieki zdrowotnej i polityki zdrowotne realizowane w różnych państwach Unii Europejskiej są ze sobą znacznie bardziej powiązane niż było to w przeszłości. Spowodowane jest to wieloma czynnikami, w tym wpływem, jaki wywierają orzeczenia Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości na opiekę zdrowotną w różnych państwach, ale także wspólna kultura i technologie informatyczne pozwalające na upowszechnianie informacji technik medycznych także poza granicami danego kraju. System opieki zdrowotnej opiera się na kontaktach z ludźmi, a pacjenci i pracownicy służby zdrowia poszukują możliwości lecze-

nia poza granicami. Jednocześnie towary (leki i urządzenia) oraz usługi (instytucje ubezpieczeniowe działające na rynku usług medycznych i świadczeniodawcy usług medycznych) mają, na mocy tego samego traktatu, zagwarantowany swobodny przepływ między granicami. Tak więc coraz bardziej oczywistym staje się fakt, że w wielu przypadkach różnorodna aktywność związana z opieką medyczną podlega przepisom prawa europejskiego. Brak zrozumienia tego faktu na szczeblu europejskim utrudnia wypracowanie aktywnego podejścia do tych oczekiwań. Konieczna jest więc bliższa współpraca na szczeblu europejskim.

Dopiero całkiem niedawno współpraca między państwami członkowskimi w dziedzinie opieki zdrowotnej została zaakceptowana w formalny sposób. Świadomość potencjalnego wpływu, jaki może mieć jednolity rynek na krajowe systemy opieki zdrowotnej doprowadziła władze krajowe odpowiedzialne za kwestie zdrowia publicznego do przyjęcia kilku europejskich zasad współpracy także w tej dziedzinie. Wiosną 2004 r. Komisja Europejska wydała komunikat na temat zastosowania „otwartej metody koordynacji” w dziedzinie opieki zdrowotnej, długotrwałej opieki i swobody poruszania się pacjentów.

W ramach tej współpracy Commission DG Sanco, odpowiedzialna za zdrowie publiczne, stworzyła High Level Group on Health Services and Medical Care (Zespół Wysokiego Szczebla ds. Usług Zdrowotnych i Opieki Medycznej), w którego skład weszli przedstawiciele państw członkowskich i Komisji Europejskiej. Zespół ten będzie ściśle współpracował z Komitetem ds. Ochrony Społecznej i może z czasem stać się nowym Komitetem ds. Zdrowia.

Jednakże pierwsze dyskusje na temat zagadnień związanych ze zdrowiem rozpoczęły się w 2003 r. od utworzenia *High Level Reflection Process (Procesu Refleksji na Wysokim Szczeblu)*. Zamierzeniem Komisji nie była, jak to jasno określił Komisarz Byrne, próba zmiany zakresu odpowiedzialności państw członkowskich za ich systemy opieki zdrowotnej, a raczej wypracowanie wspólnej wizji radzenia sobie ze wspólnymi problemami.

*Proces Refleksji na Wysokim Szczeblu* rozpoczął się wokół tych idei. Proces ten koncentruje się wokół 5 zagadnień.

### **Współpraca europejska w celu lepszego wykorzystania dostępnych zasobów**

Zagadnienie to obejmuje następujące problemy: dzielenie się wolnymi miejscami i zasobami oraz opieka ponadgraniczna, w tym pytanie o wielkość europejskiej wartości dodanej w porównaniu z porozumieniami bilateralnymi; kwestie dotyczące informacji i związane z nimi wątpliwości prawne; tworzenie centrów doskonałości; ocena technologii wykorzystywanych w opiece zdrowotnej i współpraca międzynarodowa.

### **Wymagania w zakresie informacji dostarczanych pacjentom, pracownikom służby zdrowia i zarządzającym**

Zagadnienie to dotyczy szeroko pojętej informacji, w tym informacji o możliwości leczenia poza granicami kraju, porównanie metod leczenia, stosowanej terminologii oraz e-zdrowie.

### **Dostępność i jakość opieki zdrowotnej**

Zagadnienie to koncentruje się w sposób szczególny na jakości opieki medycznej, określa ramy jakości i identyfikuje potencjalne kwestie ogólnoeuropejskie, zwracając jednakże uwagę na konieczność zachowania odpowiednich proporcji przy definiowaniu potrzeb na szczeblu europejskim. Przedstawiono także propozycję zbierania informacji na temat przepływów pacjentów między granicami i na temat gwarancji jakości opieki w państwach członkowskich.

### **Połączenie krajowej polityki zdrowotnej ze zobowiązaniami europejskimi**

W ramach tego zagadnienia zidentyfikowano cztery kluczowe kwestie: ochrona wspólnych celów, takich jak: sprawiedliwość, uniwersalizm i solidarność; podejście horyzontalne uwzględniające

kwestie zdrowotne w stosownych procesach; prawne gwarancje oraz potrzeby instytucjonalne, a zwłaszcza zapewnienie gwarancji prawnych oraz określenie kompetencji.

Bez wątplenia, właśnie ta kwestia stanowi prawdziwy problem. W ramach toczącej się debaty można przedstawić następujące wnioski:

- krajowe systemy opieki zdrowotnej działają na tych samych podstawowych zasadach i stoją przed podobnymi wyzwaniami;
- należy zwrócić uwagę na fakt, że istnieją znaczne różnice między usługami świadczonymi w ramach systemu opieki zdrowotnej a usługami świadczonymi na rynku usług komercyjnych;
- Orzeczenia Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości mogą ograniczyć możliwości państw członkowskich w zakresie utrzymania kosztów pod kontrolą;
- istnieje pewien stopień niepewności co do zależności występujących między zasadami rynku wewnętrznego a kompetencjami danego kraju w zakresie usług z tytułu opieki zdrowotnej i w związku z tym należy poprawić prawne gwarancje, a także uczynić ministrów zdrowia „sternnikami” tego procesu.

### **Kwestie związane ze zdrowiem a spójność UE i fundusze strukturalne**

Powyższy *Proces Refleksji na Wysokim Szczeblu* zaowocował przygotowaniem 19 rekomendacji dotyczących 5 wyjściowych zagadnień.

### **Współpraca europejska**

#### **Prawa i obowiązki pacjentów:**

- dalsze rozpoznanie możliwości uzgodnienia na szczeblu europejskim wspólnego znaczenia terminów: prawa pacjenta, uprawnień i obowiązki – zarówno indywidualne, jak i społeczne, poprzez rozpoczęcie gromadzenia informacji dotyczących tych zagadnień i sposobów rozwiązania powyższych kwestii w państwach członkowskich i państwach kandydujących.

#### **Dzielenie się wolnymi zasobami i opieka ponadgraniczna:**

- zainspirowanie Komisji do stworzenia możliwości dzielenia się na szczeblu europejskim informacjami na temat dostępnej opieki zdrowotnej, podaży usług opiekuńczych, uprawnień i procedur, kosztów, cen, nieszczęśliwych wypadków, danych o pacjentach, a także ciągłości i jakości opieki na terytorium całej Unii, w celu stworzenia ogólnych ram dostępu do informacji. Podejmowane działania mogą objąć także wsparcie dla tworzenia sieci wymiany informacji i tworzenia baz danych;
- ocena obecnie realizowanych, transgranicznych projektów w dziedzinie opieki zdrowotnej, a zwłaszcza projektów Euregio, a także rozwinięcie sieci wymiany informacji między poszczególnymi projektami w celu dzielenia się najlepszymi rozwiązaniami;
- zachęcenie Komisji do zbadania czy możliwe jest stworzenie jasnych i przejrzystych ram dla dokonywania zakupu opieki zdrowotnej, które mogłyby być wykorzystywane przez właściwe instytucje państw członkowskich wchodzące w kontakty ze swoimi odpowiednikami z innego państwa oraz przygotowanie odpowiednich propozycji w tym zakresie;
- zachęcenie do kontynuacji prac rozpoczętych przez Komisję, Radę i Parlament, które zmierzają do stworzenia jasnych, prostych i przejrzystych procedur uznawania kompetencji, które w dużym stopniu polegają na automatycznym uznawaniu kompetencji, tak jak w przypadku obecnych przepisów sektorowych, w celu umożliwienia i rozwinięcia większej mobilności pracowników służby zdrowia.

#### **Europejskie centra doskonalenia:**

- zachęcenie Komisji do podjęcia, we współpracy z państwami członkowskimi i państwami kandydującymi, wysiłków w celu stworzenia mapy centrów doskonalenia oraz wypracowania sposobów budowania sieci kontaktów i nawiązywania współpracy w tej dziedzinie, obejmujących organizację, wyznaczenie i rozwój tych centrów.

#### **Ocena technologii wykorzystywanej w opiece zdrowotnej:**

- poproszenie Komisji o rozważenie, w jaki sposób można zorganizować i sfinansować trwały, skoordynowany system kontaktów

dla oceny rozwiązań technologicznych wykorzystywanych w opiece zdrowotnej oraz przygotowanie odpowiednich propozycji rozwiązań.

### **Informacja**

#### **Europejskie ramy informacyjne:**

- poproszenie Komisji o stworzenie na szczeblu europejskim ram informacyjnych na temat opieki zdrowotnej na podstawie wyników realizacji programów zdrowia publicznego, uwzględniając różnice potrzeb dotyczących informacji, jakie występują między osobami i pracownikami służby zdrowia; ustalenie, w jaki sposób informacje te mogą być dostarczane oraz jaki jest zakres odpowiedzialności różnych osób i instytucji zaangażowanych w ten proces, z uwzględnieniem wyników prac podjętych w tym zakresie przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) oraz Organizację Europejskiej Współpracy Gospodarczej (OECD);
- zachęcenie Komisji do zajęcia się sprawami dotyczącymi ochrony danych i udostępniania danych poufnych innym państwom członkowskim oraz na szczeblu europejskim;
- zachęcenie Komisji do rozważenia celowości stworzenia zasad europejskich określających zakres kompetencji i odpowiedzialności instytucji i osób oferujących usługi typu e-zdrowie; tj. usługi wykorzystujące technologie informatyczne.

### **Dostępność i jakość usług**

#### **Podniesienie poziomu wiedzy na temat dostępności i jakości usług:**

- zachęcenie Komisji do zbadania metod utworzenia ram instytucjonalnych dla systematycznego gromadzenia danych z całego terytorium rozszerzonej Unii Europejskiej dotyczących liczby pacjentów przemieszczających się na terytorium UE oraz powodów tego przemieszczania się zarówno w ramach systemów przewidzianych w Rozporządzeniu 1408/71, jak i poza tymi systemami, a także gromadzenia danych na temat wyjazdów turystycznych i dłuższych pobytów poza granicami własnego kraju;
- zainspirowanie Komisji do przeprowadzenia badań dotyczących motywacji pacjentów przemieszczających się poza granice danego państwa, jakich schorzeń dotyczą te wyjazdy, typów porozumień bilateralnych, wymagań pacjentów i lekarzy w zakresie potrzebnych informacji oraz doświadczeń pacjentów, zwłaszcza w kontekście rozszerzenia UE;
- zaproszenie państw członkowskich i państw kandydujących do podzielenia się swoimi opiniami na temat istniejących w ich krajach dróg dostępu do opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim i wpływie na ich system opieki zdrowotnej, a także zachęcenie Komisji i państw członkowskich do rozważenia właściwych sposobów odpowiedzi na te wyzwania;
- zachęcenie państw członkowskich i państw kandydujących do utworzenia i wzmocnienia systemu zbierania aktualnych danych o przemieszczaniu się pracowników służby zdrowia oraz zachęcenie państw członkowskich i państw kandydujących do zbierania i dzielenia się, we współpracy z Komisją i odpowiednimi organizacjami międzynarodowymi, informacjami na temat pracowników służby zdrowia.

#### **Analiza wpływu, jaki wywiera aktywność europejska na dostępność i jakość świadczeń:**

- zachęcenie Komisji do przygotowania analizy działań wspólnotowych pod kątem ich wpływu na zwiększenie dostępności i poprawę jakości świadczeń z tytułu opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem działań podejmowanych przez inne organizacje międzynarodowe.

### **Połączenie krajowych priorytetów ze zobowiązaniami europejskimi**

- zainspirowanie Komisji do przygotowania zestawienia dokumentacji dotyczącej kwestii pojawiających się w związku ze wzajemnym oddziaływaniem zasad wspólnotowych i założeń krajowej polityki zdrowotnej.
- zachęcenie Komisji do podjęcia, po konsultacjach z państwami członkowskimi, do zbadania, w jaki sposób można popra-

wić prawne gwarancje świadczeń w świetle orzeczeń Trybunału Sprawiedliwości dotyczących prawa pacjentów do korzystania z opieki medycznej w innym państwie oraz do przygotowania stosownych propozycji.

– zachęcenie Komisji do rozważenia celowości stworzenia stałego mechanizmu na szczeblu europejskim, który wspierałby współpracę europejską w dziedzinie opieki zdrowotnej i monitorował wpływ Unii Europejskiej na systemy opieki zdrowotnej oraz do przygotowania stosownych propozycji.

### **Zagadnienia zdrowotne a spójność Unii Europejskiej i fundusze strukturalne**

– zachęcenie Komisji, państw członkowskich oraz państw kandydujących do zastanowienia się, w jaki sposób można włączyć inwestycje w zdrowie, rozwój infrastruktury ochrony zdrowia oraz podnoszenie kwalifikacji do priorytetów finansowanych w ramach obecnych instrumentów finansowych Wspólnot, a zwłaszcza w ramach celu pierwszego.

20 kwietnia 2004 r., w wyniku prac podejmowanych w ramach *Procesu Refleksji na Wysokim Szczeblu*, Komisja wydała komunikat zawierający kilka propozycji, między innymi:

- zapewnienie większych gwarancji prawnych zgodnie z dyrektywą Bolkenstein (dyrektywa będzie stanowić podstawę prawną),
- zapewnienie lepszej informacji,
- lepsze wykorzystanie technologii poprzez tworzenie sieci kontaktów,
- stworzenie jasnych i przejrzystych ram pozwalających na transgraniczne dzielenie się wolnymi zasobami,
- systematyczna wymiana „najlepszych praktyk”.

Należy zauważyć wzrastającą świadomość faktu, że prawo europejskie może mieć pozytywny wpływ na dziedzinę ochrony zdrowia. W rzeczy samej można powiedzieć, że postulaty zwiększenia wpływu europejskiego stają się coraz głośniejsze.

Konieczne jest więc stworzenie europejskich ram prawnych. Europejski Trybunał Sprawiedliwości jest bardzo krytykowany za swoje orzeczenia w sprawach dotyczących transgranicznej opieki zdrowotnej. Jednakże Trybunał Sprawiedliwości był postawiony w sytuacji bez wyjścia. Procesy związane z jednolitym rynkiem i swobodą poruszania się osób stają się coraz bardziej zaawansowane, a jednocześnie w przypadkach, gdzie działania te mają wpływ na krajowe systemy opieki zdrowotnej, prawnicy z Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości nie mają odpowiednich podstaw prawnych, na których mogą pracować, poza ogólnymi deklaracjami dotyczącymi zapewnienia wysokiego poziomu opieki zdrowotnej. Sytuacja ta pokazuje konieczność wypracowania europejskich ram prawnych poprzez swoją znaczącą i chyba nieoczekiwaną wewnętrzną sprzeczność. Wszyscy ci, którzy oczekują gwarancji zachowania kompetencji poszczególnych państw członkowskich w zakresie ustalania kształtu własnego modelu państwa opiekuńczego, powinni uświadomić sobie, że nie da się stworzyć takich gwarancji bez podjęcia działań na szerszą europejską skalę. Zagwarantowanie kompetencji krajowych w tej dziedzinie wymaga szerszych działań na skalę europejską. Zatem absolutnie konieczne jest stworzenie europejskich ram prawnych.

W komunikacie wydanym w kwietniu 2004 r. Komisja Europejska wyraziła opinię, że Dyrektywa Bolkenstein powinna stanowić podstawę prawną dla podejmowanych działań.

W styczniu 2004 r. Komisja Europejska opublikowała projekt Dyrektywy w sprawie Usług na Rynku Wewnętrznym, która znacznie liberalizuje przepisy dotyczące sektora usług. Dyrektywa ta wprowadza ogólne ramy prawne dla wszystkich świadczonych usług, wymieniając enumeratywnie usługi zdrowotne i usługi specjalistów w dziedzinach podlegających specjalnym uregulowaniom prawnym, takim jak medycyna.

Dyrektywa ta ma zastosowanie w przypadku gdy:

- pacjent przemieszcza się w celu skorzystania z opieki medycznej do kraju, w którym znajduje się świadczeniodawca;
- świadczeniodawca zapewniający opiekę zdrowotną przemieszcza się do kraju członkowskiego pacjenta w celu zapewnienia opieki medycznej.

– opieka zdrowotna świadczona jest na odległość (np. w ramach telemedycyny).

Jakkolwiek Dyrektywa ta zawiera wiele pozytywnych elementów, istnieje ryzyko, że wprowadzenie tego projektu w życie może doprowadzić do deregulacji sektora opieki zdrowotnej. Projekt ten nie uwzględnia specyfiki tego sektora, w którym asymetria w dostępie do informacji jest charakterystyczną cechą relacji między świadczeniodawcą a pacjentem oraz gdzie mechanizm ustalania cen na podstawie popytu i podaży nie ma prawie zastosowania, gdyż płatność dokonywana jest zwykle przez osobę trzecią. Projekt ten nie uwzględnia udziału tego płatnika, instytucji finansującej świadczenia zdrowotne w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej zarówno w definicji ceny, jak i w definicjach zakresu i jakości opieki. Projekt ten nie bierze pod uwagę całej złożoności sytuacji w sektorze opieki zdrowotnej, gdzie istnieją wzajemne oddziaływania między wieloma zaangażowanymi partnerami.

Przyjęcie tego projektu bez odpowiednich modyfikacji treści może doprowadzić do znacznej deregulacji sektora opieki zdrowotnej i znacznie osłabić kierowniczą rolę państw członkowskich w zarządzaniu zasobami ludzkimi, w zakresie ustalania norm i kontrolowania jakości usług, planowania, zasad postępowania, warunków płatności etc.

### **WNIOSKI**

Oczywiste jest, że w chwili obecnej Unia Europejska odgrywa istotną rolę w toczących się dyskusjach na temat reformy krajowych systemów zabezpieczenia społecznego, chociaż nadal powszechne jest przekonanie, że systemy te podlegają kompetencjom krajowym poszczególnych państw.

Idea europejska nie jest próbą stworzenia wspólnego wzorca systemu emerytalnego czy systemu opieki zdrowotnej, ale próbą zachowania i okazania szacunku dla różnic obserwowanych w systemach w całej Europie.

Poprzez zastosowanie otwartej metody koordynacji Europa pokazuje nam pożądany kierunek reformy tych systemów. Właśnie tu po raz pierwszy możemy obserwować pojawienie się europejskich standardów socjalnych.

### **LITERATURA**

- Joint report by the Social Protection Committee and the Economic Policy Committee on objectives and working methods in the area of pensions*, Brussels, 10 March 2003, DOC. 7165/03 COM(2001) 362 final.
- Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, Modernising social protection for the development of high-quality, accessible and sustainable health care and long-term care: support for the national strategies using the "open method of coordination"*, COM 2004/304, 20/4/2004.
- Communication from the Commission to the Council, the European Parliament and the Economic and Social Committee Supporting national strategies for safe and sustainable pensions through an integrated Approach*, Brussels, 3 July 2001.
- Communication from the Commission to the Council, to the European Parliament and to the Economic and Social Committee. The Future Evolution of Social Protection from a Long-Term Point of View: Safe and Sustainable Pensions*, Brussels, 11.10.2000, COM(2000) 622 final.
- Communication from the Commission, Follow-up to the high level reflection process on patient mobility and healthcare developments in the European Union*, COM 2004/301, 20/4/2004.
- High Level Process of Reflection on Patient Mobility and Healthcare Developments in the European Union Outcome of the Reflection Process*, Brussels, 9/12/2003 Reference: HLPR/2003/16.
- Joint report of the Social Protection Committee and the Economic Policy Committee on objectives and working methods in the area of pensions: applying the open method of co-ordination*, Brussels, 23 November 2001, DOC. 14098/01.
- Jorens Y., red. (2002), *The Influence of International Organization on National Social Security Law in the European Union, The example of Old-Age Pension*, Nomos, Baden-Baden.
- Jorens Y., red. (2003), *Open method of Coordination – Objectives of European Health Care Policy*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.