

NHS, Polacy i Brexit.

Opieka zdrowotna w Zjednoczonym Królestwie

PAWEŁ KALETA
Parlament Europejski

STRESZCZENIE: *Proces wystąpienia Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej (Brexit) przyniesie z pewnością różnorakie konsekwencje dla jego mieszkańców, w tym dla przebywających w Zjednoczonym Królestwie Polaków. Prawa, z których korzystają polscy obywatele, staną się bowiem przedmiotem negocjacji w ramach Brexitu, zwłaszcza że nie posiadają one statusu „praw nabytych” w rozumieniu prawa międzynarodowego. Warto przyjrzeć się tej perspektywie z punktu widzenia uprawnień socjalnych Polaków w Zjednoczonym Królestwie, na przykład w zakresie ochrony zdrowia. Celem opracowania jest syntetyczne przedstawienie obecnego stanu brytyjskiego (angielskiego) systemu opieki zdrowotnej. Obecnie nie można przesądzić o wyniku negocjacji, ale można stwierdzić, że brak porozumienia byłby ich zdecydowanie negatywnym rezultatem.*

SŁOWA KLUCZOWE: *Brexit, prawa socjalne, system opieki zdrowotnej, Narodowa Służba Zdrowia, NHS*

Wprowadzenie

Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej to w dalszym ciągu jedno z największych i najwyżej rozwiniętych wśród państw członkowskich Unii Europejskiej¹. Brexit, czyli wystąpienie Zjednoczonego Królestwa z UE, rozpoczął się od referendum w tej sprawie, przeprowadzonego na terytorium Zjednoczonego Królestwa w dniu 23 czerwca 2016 r. Zgodnie z art. 50 Traktatu

o Unii Europejskiej (TUE) z 7 lutego 1992 r.² ma zostać doprowadzony do końca 2019 r.³ Przyniesie on z pewnością różnorakie skutki dla jego mieszkańców, w tym dla przebywających tam Polaków. Liczbę tych ostatnich (która w najbliższym czasie może jeszcze wzrosnąć) szacuje się na około milion, co stanowi najliczniejszą grupę spośród około 3 mln przebywających w Zjednoczonym Królestwie osób pochodzących z wszystkich pozostałych państw członkowskich Unii Europejskiej⁴.

¹ Wywód oparto na: J. Cylus, E. Richardson, L. Findley, M. Longley, C. O'Neill, D. Steel, *Health systems in transition: United Kingdom. Health system review*, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2015; G. Uścińska, *Zabezpieczenie społeczne osób korzystających z prawa do przemieszczania się w Unii Europejskiej*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2013. Por. też np. J. Leowski, *Polityka zdrowotna i zdrowie publiczne*, wyd. 3, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2010, s. 122 i nast.; B. von Maydell, K. Burchardt, K.-D. Henke, R. Leitner, R. Muggels, M. Quanta, P.-L. Rauhała, G. Verschraegen, M. Żukowski, *Enabling Social Europe*, Springer, Berlin 2006, s. 157–158; T. Bińczycka-Majewska, *Ubezpieczenie zdrowotne*, [w:] L. Florek (red.), *Encyklopedia prawa pracy i ubezpieczeń społecznych. Komentarz do instytucji prawnych*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2002, s. 130–131.

² Tekst jednolity Dz.U. C 326 z 26.10.2012, s. 13.

³ Zob. np. J. Martonyi, *Brexit. Brexit?*, Wilfried Martens Centre for European Studies, Brussels 2017, s. 5; A. Fernández Tomás, D. López Garrido, *The impact and consequences of Brexit on acquired rights of EU citizens living in the UK and British citizens living in the EU-27*, European Parliament, Brussels 2017, s. 5, 59.

⁴ Za: ibidem, s. 53, <http://biznes.onet.pl/wiadomosci/ue/brexit-polacy-chca-zdzadzyc-z-wyjazdem/s0hh1v>, pobrano 10.05.2017, <http://wiadomosci.onet.pl/swiat/londyn-polakom-nie-spiesz-sie-z-powrotami-do-polski/r43xt1>, pobrano 8.06.2017.

Warto zatem przyrzeć się perspektywie Brexitu z punktu widzenia uprawnień społecznych tych osób, zwłaszcza w ochronie zdrowia. Systemy zdrowotne stanowią *czynnik krytyczny, którego rozumienie umożliwia rozumienie całości* współczesnej polityki społecznej⁵. Częścią umożliwiającą zrozumienie całości byłaby zatem także ochrona zdrowia w kontekście Brexitu i jego konsekwencji dla Polaków przebywających w Zjednoczonym Królestwie⁶.

Analizy powyższej problematyki wymagają uwzględnienia już na wstępie pewnego zasadniczego faktu dotyczącego tzw. czterech swobód: przepływu osób, towarów, usług i kapitału⁷, których istnienie ma przyczynić się do tworzenia w ramach Unii Europejskiej jednolitego rynku⁸ (w tym również, jak się wydaje, rynku ubezpieczeń zdrowotnych)⁹. Otóż wynikające z nich prawa nie stanowią praw nabytych, których dalsze poszanowanie w odniesieniu do obywateli innych państw członkowskich po zakończeniu procesu wystąpienia Zjednoczonego Królestwa z UE (zmiana systemu prawnego, któremu podlegają) mogłoby

wynikać z samych zasad lub przepisów prawa międzynarodowego¹⁰. Oznacza to, że przyszły zakres ich uprawnień jest całkowicie zależny od wyniku przedmiotowych negocjacji między Unią Europejską a Zjednoczonym Królestwem¹¹.

Celem opracowania jest syntetyczne przedstawienie obecnego stanu brytyjskiego (czy raczej angielskiego – jako oczywiście najbardziej w praktyce znaczącego podsystemu w ramach Zjednoczonego Królestwa)¹² systemu opieki zdrowotnej, w tym w niezbędnym zakresie jego związków z innymi podobnymi systemami w pozostałych państwach członkowskich UE.

Należy zaznaczyć, że proces wystąpienia z Unii Europejskiej doznał znaczącego spowolnienia ze względu na przedterminowe wybory do Izby Gmin, które odbyły się 8 czerwca 2017 r., przynosząc brak bezwzględnej większości dla którejkolwiek z reprezentowanych tam partii politycznych. Biorąc pod uwagę złożoność brytyjskiego/angielskiego systemu prawnego (*common law*)¹³, w tym fakt, iż w Zjednoczonym Królestwie regulacja prawna ma cha-

⁵ Tak C. Wendt, S. Grimmeisen, H. Rothgang, *Convergence or Divergence of OECD Health Care Systems*, [w:] B. Cantillon, I. Marx (red.), *International Cooperation in Social Security*, Intersentia, Antwerp-Oxford-New York 2005, s. 15 i powołana tam literatura.

⁶ Zob. np. <http://www.politykazdrowotna.com/10334,beda-zmiany-w-zasadach-opieki-zdrowotnej-dla-polakow-w-uk>, pobrano 24.04.2017.

⁷ Tytuł IV Części III, czyli art. 45–66 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej z 25 marca 1957 r. (tekst jedn. Dz.U. C 326 z 26.10.2012, s. 47). Zob. np. A. Fernández Tomás, D. López Garrido, op. cit., s. 41–42; B. von Maydell et al., op. cit., s. 190; w odniesieniu do swobody przepływu osób (pracowników) por. S. Golinowska, L. Florek, W. Orłowski, G. Uścińska, J. Wratny, *Polityka społeczna Unii Europejskiej i jej konsekwencje dla Polski*, IPiSS, Warszawa 1999, s. 50 i nast. Podobnie, ale z odmiennego (krytycznego) punktu widzenia B. Schulte, *Integracja europejska a ochrona socjalna*, [w:] K. Kraus, T. Geisen, K. Piątek (red.), *Państwo socjalne w Europie. Historia-rozwoj-perspektywy*, tłum. M. Bratkowska-Zariczna, P. Zariczny, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2008, s. 401, 406. Zob. też V. Paskalia, *Co-ordination of social security in the European Union: an overview of recent case law*, „Common Market Law Review” 2009, Vol. 65, No. 3, s. 1199–1201, 1205.

⁸ Zob. np. J. Plaňavová-Latanowicz, *Freedoms of the EU Internal Market: An Outline*, [w:] D. Milczarek, A. Adamczyk, K. Zajączowski (red.), *Introduction to European Studies: A New Approach to Uniting Europe*, Centre for Europe, University of Warsaw, Warsaw 2013, s. 149–150; W. Misiński, *Modelowanie systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2007, s. 262, 264–265, 269.

⁹ B. von Maydell et al., op. cit., s. 195–196; w szerszym kontekście zob. np. W. Misiński, op. cit., s. 13–14, 82 oraz powołaną tam literaturę.

¹⁰ Za: A. Fernández Tomás, D. López Garrido, op. cit., s. 19, 57–59.

¹¹ Por. ibidem, s. 33–34.

¹² Należy zwrócić uwagę, że ochrona zdrowia w Anglii, Szkocji, Walii oraz Irlandii Północnej opiera się właściwie na czterech systemach organizacji. Ze względu na wynikające stąd odmienności oraz relatywne różnice ich znaczenia dalsze rozważania w artykule będą prowadzone zasadniczo na podstawie doświadczeń angielskich, gdyż w Anglii zamieszkuje 80% ludności Zjednoczonego Królestwa, zaś w doktrynie podkreśla się trudności w wykonywaniu badań porównawczych – powyższy wywód za: J. Cylus et al., op. cit., s. 4, 13.

¹³ Zob. np. P. Sarnecki, *Wstęp*, [w:] *Ustany ustrojowe Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej*, tłum. S. Kubas, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 2010, s. 4.

rakter częściowo zwyczajowy¹⁴, nie należy przeceniać znaczenia spowodowanej w ten sposób „przerwy” w procesie legislacyjnym. Jednak z politycznego punktu widzenia trzeba zwrócić uwagę, że w czasie kampanii wyborczej (a w praktyce także w okresie bezpośrednio po wyborach) nie były podejmowane żadne znaczące decyzje polityczne, zaś negocjacje z UE zostały rozpoczęte dopiero w drugiej połowie czerwca tego roku¹⁵.

Wpływ tych czynników czasowych powoduje, że obraz omawianego systemu zostanie uchwycony w wyjątkowo „statycznym” momencie – w początkach właściwego Brexitu (tj. procesu negocjacji z UE) i z uwzględnieniem jedynie takich elementów tego procesu, które ujawniły się na jego wczesnych etapach. Pod względem metodologicznym opracowanie opiera się na analizie aktów prawnych¹⁶, doktryny i literatury przedmiotu, z zastosowaniem metody dogmatyczno-prawnej oraz analizy systemów, a pomocniczo – metody historyczno-prawnej.

Stabilność systemu opieki zdrowotnej w Zjednoczonym Królestwie na tle jego kolejnych reform

Historyczna ewolucja brytyjskich rozwiązań w zakresie opieki zdrowotnej do kryzysu lat 70.

Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej pozostaje jednym z krajów, które *weszły na drogę ustawodawstwa spo-*

*tecznego, sankcjonując i rozbudowując wywodzące się z dobroczynności instytucje opieki społecznej*¹⁷. W okresie II wojny światowej, na polecenie premiera rządu Jego Królewskiej Mości, Winstona Churchilla, przygotowano raport autorstwa komisji polityków i ekspertów pod przewodnictwem Sir Williama Beveridge’a (z którego nazwiskiem łączy się zaproponowane rozwiązania) na temat „ubezpieczenia i służb pokrewnych”, opublikowany w 1942 r.¹⁸ W duchu zrodzonego podczas wojny poczucia egalitaryzmu przedstawiono w nim m.in. propozycję wprowadzenia Narodowej Służby Zdrowia (*National Health Service – NHS*)¹⁹. Miała ona charakteryzować się:

- 1) finansowaniem przez wszystkich obywateli z podatków płaconych przez nich na rzecz budżetu państwa²⁰,
- 2) brakiem konieczności ponoszenia kosztów w momencie korzystania ze świadczeń (*free at the point of use*), ograniczonych zatem jedynie przez potrzeby danego obywatela.²¹

Zdaniem W. Szuberta prawo do świadczeń uzyskało w tworzonych w ten sposób rozwiązaniach (zwanych beveridge’owskimi lub zaopatrzeniowymi) nową motywację i powiązane zostało [...] *nie tyle z przyczynianiem się do gromadzenia odrębnych funduszy celowych, co z samym wkładem pracy na rzecz społeczeństwa, czy też po prostu z przynależnością do niego*²².

Narodowa Służba Zdrowia została utworzona w 1948 r.²³ Już pierwsze lata funkcjonowania wykazały nietrafność (by nie rzec utopijność) leżącego u podstaw NHS założenia

¹⁴ A.M. Świątkowski, *Europejskie prawo socjalne*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 1998–2000, t. I, s. 61.

¹⁵ Zob. np. Ch. Cooper, *The charge of the soft brigade*, „Politico”, Vol. 3, No. 24, s. 1.

¹⁶ Odwoływanie się w ramach artykułu do systemu prawa angielskiego, który charakteryzuje się dość daleko idącą odmiennością w stosunku do innych, powoduje konieczność podniesienia w tym miejscu kilku związanych z tym faktem kwestii. Otóż prawo angielskie, tak jak jest rozumiane w tym tekście, oznacza prawo tylko tej części Zjednoczonego Królestwa (dla jego oznaczenia jako całości stosowany będzie, w zgodzie z istniejącymi potrzebami, przymiotnik „brytyjski”). Trzeba dodać, że w Zjednoczonym Królestwie nie istnieją dzienniki urzędowe (ustawy są publikowane jedynie w sprawozdaniu parlamentarnym, czyli tzw. Hansard, które nie pełni tej roli). Przyjmuje się bowiem, że akty prawne są powszechnie znane. Wobec powyższego powołuje się je w niniejszej pracy na podstawie brytyjskiej rządowej witryny internetowej (<http://www.legislation.gov.uk>), która jednak nie stanowi źródła prawa i w konsekwencji nie jest tu tak traktowana.

¹⁷ I. Jędrasik-Jankowska, *Ubezpieczenie społeczne. Część ogólna*, Wydawnictwo LexisNexis, Warszawa 2003, s. 15.

¹⁸ Por. G. Szpor, *Ubezpieczenia w systemie zabezpieczenia społecznego*, [w:] G. Szpor. (red.), *System ubezpieczeń społecznych. Zagadnienia podstawowe*, wyd. 5, Wydawnictwo LexisNexis, Warszawa 2009, s. 29–30; J. Leowski, op. cit., s. 23–25.

¹⁹ C. Włodarczyk, S. Poździejch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 106.

²⁰ Ibidem, s. 106–107.

²¹ Za: G. Szpor, op. cit., s. 26; W. Misiński, op. cit., s. 126–127.

²² Za: G. Szpor, op. cit., s. 26, 30.

²³ J. Cylus et al., op. cit., s. 14.

o istnieniu pewnej „zaległości” (*backlog*) „niewykonanych” świadczeń zdrowotnych, które „nadrobienie” pozwoli ustabilizować system na poziomie zapewniającym wszystkim obywatelom należytej jakości bezpłatne świadczenia zgodne z ich potrzebami. Rzeczywistość już w ciągu kilku lat pokazała, że właśnie owa „bezpłatność” świadczeń sprawia, że popytu na nie nigdy nie daje się zaspokoić.

Wprowadzenie w 1951 r. opłat za niektóre kategorie świadczeń rzeczowych (okulary, protezy dentystyczne) stało się pierwszym (i – wskutek jego ideowej pryncypialności – najważniejszym) wylomem w spójności systemu. Dymisja określanego jako „rzeczywisty twórca” obowiązujących w Zjednoczonym Królestwie rozwiązań ministra zdrowia Aneurina Bevana²⁴ była potwierdzeniem tego faktu.

Kolejne rozszerzenia zakresu odpłatności oraz próby wprowadzenia (w latach 70.) hierarchicznie zintegrowanej struktury²⁵ w celu poprawy efektywności tak ukształtowanego systemu (obok którego rozwijały się prywatne ubezpieczenia zdrowotne, umożliwiające swoim uczestnikom szybszy dostęp do świadczeń i większy wybór świadczeniodawców)²⁶ nie wydawały się przynosić rezultatów.

U progu lat 80. stało się jasne, że dotychczasowy sposób finansowania i zapewniania świadczeń dobiega kresu swoich możliwości. Można nawet stwierdzić, że od tej chwili istotą podejścia „beveridge’owskiego” stało się „racjonalizowanie” obydwu tych zagadnień przez konsekwentne reformowanie systemu²⁷. Stąd też zmiany przeprowadzane od tego czasu w omawianym systemie opieki zdrowotnej zo-

staną przedstawione jako integralny element jego współczesnego obrazu.

Organizacja i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej

Podstawą prawną brytyjskich (angielskich) rozwiązań w zakresie opieki zdrowotnej jest obecnie ustawa o opiece zdrowotnej i społecznej (*Health and Social Care Act*) z 2012 r. W ramach systemu opieki zdrowotnej w Zjednoczonym Królestwie *udziela się świadczeń jednolitych dla wszystkich, finansowanych z budżetu*²⁸. Pytanie, czy ten cel udaje się osiągnąć, jest jednak coraz częściej stawiane z całą ostrością przez doktrynę²⁹. Sytuacja zabezpieczenia społecznego w tym państwie jest zatem w znacznej mierze charakteryzowana przez reformy, przeprowadzone w kilku falach w ciągu ostatnich trzydziestu lat³⁰. Doktryna, w tym również z państw Europy kontynentalnej, wydaje się jednak konsekwentnie podkreślać utrzymującą się zasadniczą odmienną „brytyjskiego modelu” w całym zakresie polityki społecznej³¹.

Warto podkreślić, że w szczególności charakterystyczna dla tego modelu silna pozycja rządu centralnego nie utrzymuje się już w Zjednoczonym Królestwie w jednoznaczny sposób, co wynika m.in. z procesu tzw. dewolucji (czyli autonomizacji) Szkocji, Walii i Irlandii Północnej, gdyż kompetencje tych prowincji w zakresie polityki społecznej (w tym zwłaszcza zdrowia) ulegają znaczącemu rozszerzeniu³². Również samorząd lokalny, po okresie prawnego odseparowania od tak ważnej części tej polityki, jak ochrona zdrowia³³,

²⁴ Powyższy wywód za: W. Misiński, op. cit., s. 127.

²⁵ Ibidem, s. 128; J. Cylus et al., op. cit., s. 14.

²⁶ Por. I. Jędrasik-Jankowska, *Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego*, wyd. 6, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2014, s. 28.

²⁷ N. Manning, *Mutual admiration? OECD advice to the UK*, [w:] K. Armingeon, M. Beyeler (red.), *The OECD and European welfare states*, Edward Elgar, Cheltenham-Northampton 2004, s. 197–198.

²⁸ I. Jędrasik-Jankowska, *Ubezpieczenie społeczne...*, s. 16; por. J. Cylus et al., op. cit., s. 105.

²⁹ Reprezentatywny, jak się wydaje, pogląd w tym względzie wypowiadają J.C. Goodman, G.L. Musgrave, D.M. Herrick, *Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej*, tłum. J. M. Fijor, Fijorr Publishing Company, Warszawa 2008, s. 63 i nast. Zob. też B. von Maydell et al., op. cit., s. 181.

³⁰ Por. N. Manning, op. cit., s. 197–201.

³¹ Tak np. T. Scharf, *Polityka społeczna w Wielkiej Brytanii: od ustawy o ubogich do „trzeciej drogi”*, [w:] K. Kraus, T. Geisen, K. Piątek (red.), *Państwo socjalne w Europie. Historia-rozwoj-perspektywy*, tłum. M. Bratkowska-Zariczna, P. Zariczna, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2008, s. 59.

³² Por. np. P. Sarnecki, op. cit., s. 39–41; częściowo odmiennie J. Cylus et al., op. cit., s. 15, 23–24.

³³ Por. P. Sarnecki, op. cit., s. 38.

jest od 2012 r. ponownie szerzej do niej dopuszczany, w kwestiach takich jak zamawianie świadczeń czy zdrowie publiczne³⁴.

Struktura prawna, instytucjonalna i finansowa brytyjskiego (angielskiego) systemu opieki zdrowotnej jest z przyczyny uwarunkowań historycznych (również przyczyn politycznych) dość niejednolita³⁵. W doktrynie stwierdza się, że nieustanne reformy spowodowały dość znaczne odejście od opisywanego wcześniej modelu Beveridge'a³⁶. Niemniej jednak nie wydaje się, by zmiany te doprowadziły do jego porzucenia³⁷. Mimo bowiem ich przeprowadzenia, nadal najwyższą pozycję w systemie opieki zdrowotnej w Zjednoczonym Królestwie zajmuje minister zdrowia (*Secretary of State for Health*)³⁸, któremu jednak w Anglii (podobnie jak w innych częściach Zjednoczonego Królestwa) podlega odpowiednia agencja wykonawcza (*Public Health England*)³⁹.

Odrębność strukturalna i niejednorodność wewnętrzna Narodowej Służby Zdrowia (*National Health Service – NHS*)⁴⁰, w Anglii z szefem (*Chief Executive of the NHS England*), na którym spoczywa zarządzanie systemem przy wsparciu biur regionalnych (*Regional Offices*) i zespołów lokalnych (*Area Teams*)⁴¹, pozostaje najistotniejszą konsekwencją niejednorodności brytyjskiego systemu opieki zdrowotnej. Kolejne elementy brytyjskiego (angielskiego) systemu zdrowotnego to:

- 1) częściowo niezależni od NHS lekarze pierwszego kontaktu (*general practitioners – GPs*); trwałym elementem reformy z 1991 r. okazało się traktowanie świadczonych przez nich usług jako najważniejszej działalności NHS, co przejawia się przede wszystkim w skwapliwie wykorzystywanej przez nich możliwości dysponowania budżetem⁴²,
- 2) grupy przychodni, zrzeszone w formie „klinicznych grup zamawiania” (*clinical commissioning groups – CCGs*)⁴³, które od 2012 r. stopniowo zastąpiły wcześniejsze rozwiązania, funkcjonujące w formie prawnej, znanej *common law* jako *trusts* (ta ostatnia pozostaje w mocy w odniesieniu do szpitali)⁴⁴.

Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na fakt, że:

- niezależność każdego GP uwidacznia się w jego statusie pracownika danej przychodni, której umownie zleca się świadczenie usług (do 2012 r. to GP był niezależnym wykonawcą – *independent contractor* – któremu umownie zlecało się ich świadczenie),
- specjalista, obok pracy w placówce służby zdrowia, może prowadzić prywatną praktykę (o ile nie włącza do niej „państwowych” pacjentów lub recept na leki)⁴⁵.

Tak szczegółowy opis struktury systemu zdrowotnego wydaje się konieczny, aby na tle „beveridge’owskiego” modelu ukazać, widoczne m.in. w powyższych kwestiach, znacz-

³⁴ J. Cylus et al., op. cit., s. 78.

³⁵ Ibidem, s. 6, 23–24; R.B. Saltman, H.F.W. Dubois, *The Historical and Social Base of Social Health Insurance Systems*, [w:] R.B. Saltman, R. Busse, J. Figueras (red.), *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, Open University Press, Maidenhead-New York 2004, s. 22–26. Zob. też B. von Maydell et al., op. cit., s. 181.

³⁶ I. Jędrasik-Jankowska, *Ubezpieczenie społeczne...*, op. cit., s. 16. Zob. też np. R. Lowe, *The Welfare State in Britain since 1945*, wyd. 3, Palgrave, Basingstoke 2005, s. 354–355, 370–374.

³⁷ Reprezentatywny pogląd wypowiadają w tej kwestii J. Cylus et al., op. cit., s. 105–106.

³⁸ <https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health>, pobrano 30.04.2017. J. Cylus et al., op. cit., s. 17–18.

³⁹ <https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england>, pobrano 30.04.2017, J. Cylus et al., op. cit., s. 15, 19.

⁴⁰ NHS w Anglii, Walii, Szkocji oraz Irlandii Północnej to właściwie cztery odrębne organizacje. J. Cylus et al., op. cit., s. 4, 13.

⁴¹ Za: ibidem, s. 18, <http://www.england.nhs.uk/about/structure/>, pobrano 30.04.2017.

⁴² Por. J. Cylus et al., op. cit., s. 16, 18–19.

⁴³ Ibidem, s. 18, 58.

⁴⁴ Konstrukcja masy majątkowej prawno-rzeczowej (por. D.E. Lach, *Powiernicza technika realizacji zabezpieczenia społecznego*, „Państwo i Prawo” 2009, nr 3, s. 34 i nast.), zarządzanej przez jeden podmiot (osoba fizyczna, osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej) w imieniu innego i pozostającej wyodrębnionym przedmiotem własności. Zob. np. P. Stec, *Powiernictwo w prawie polskim na tle porównawczym*, Kantor Wydawniczy „Zakamycze”, Kraków 2005, s. 196. Całość wywodu za: J. Cylus et al., op. cit., s. 18, 58.

⁴⁵ Ibidem, s. 18–19, 58–60.

ne oparcie współczesnych brytyjskich (angielskich) rozwiązań na stosunkach cywilnoprawnych (umownych), którego zakres został rozszerzony w szczególności przez reformy przeprowadzone w latach 1991–1993 oraz 2012–2013⁴⁶. Podejście to wypada uznać za istotną cechę omawianego systemu.

W konsekwencji istnienia tak ukształtowanych rozwiązań udział ubezpieczeń w ochronie zdrowia kształtuje się na poziomie ledwie kilku procent⁴⁷. Istnieją jednak również przesłanki pozwalające sądzić, że wykorzystanie mechanizmów rynkowych zwiększa go⁴⁸, tak że obecnie dodatkowe prywatne ubezpieczenie zdrowotne obejmuje (według różnych szacunków) od 11% do 15% ludności⁴⁹. Finansowanie systemu nadal jednak spoczywa (w ponad 80%) na budżecie państwa⁵⁰. Środki publiczne są, zwłaszcza w Anglii, przydzielane poziomowi regionalnemu i lokalnemu w formie ważonych kwot, uwzględniających liczebność i zdrowotność danej społeczności⁵¹.

Finansowanie systemu opieki zdrowotnej

Prezentowane zagadnienia dotyczą form, w jakich odbywa się finansowanie, co pragmatycznie określono jako *sposób, w jaki mieszkańcy kraju płacą za opiekę zdrowotną*⁵². To z kolei w Europie nigdy nie obywat się bez bezpośred-

niej lub pośredniej ingerencji państwa⁵³. Ponadto należy odnotować, że stosunki organizacyjno-finansowe powstające w ramach opieki zdrowotnej cechują się pewną sekwencyjnością, którą w największym skrócie można określić jako: wybór świadczeniodawcy – wykonanie świadczenia – płatność za wykonane świadczenie⁵⁴.

Wydaje się, że wypada tu wyjść od zrekapitulowania wcześniejszej konstatacji, że rozstrzygnięcia dotyczące finansowania opieki zdrowotnej dokonano w Zjednoczonym Królestwie przez przyjęcie modelu Beveridge'a (zaopatrzeniowego), w którym finansowanie to jest zasilane co do zasady w całości z budżetu państwa⁵⁵, czyli z danin publicznych wszystkich podatników⁵⁶ o charakterze nieodpłatnym i bezwrotnym⁵⁷.

Takie „budżetowe” zasilanie (którego nie należy mylić z finansowaniem pochodzącym wprawdzie „z budżetu”, ale za pośrednictwem innych stosunków prawnych)⁵⁸ może jednak odbywać się ze stosunkowo niewielkim, choć istotnym jako alternatywa⁵⁹, udziałem ubezpieczeń⁶⁰. Najważniejszym następstwem tego modelu finansowania byłoby swego rodzaju wymuszenie stosowania „racjonowania świadczeń”⁶¹, przejawiającego się m.in. w postaci list osób oczekujących na zabieg (*waiting lists*)⁶².

⁴⁶ Ibidem, s. 18–20, 100–101.

⁴⁷ C. Włodarczyk, S. Poździej, op. cit., s. 106; J. Cylus et al., op. cit., s. 49.

⁴⁸ J.C. Goodman, G.L. Musgrave, D.M. Herrick, op. cit., s. 42, 84–86. Zob. też np. D.E. Lach, *Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne na tle rozwiązań przyjętych w systemach wybranych państw*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2002, nr 4, s. 100.

⁴⁹ J. Cylus et al., op. cit., s. 43, 55; B. von Maydell et al., op. cit., s. 180–181; C. Wendt, S. Grimmeisen, H. Rothgang, op. cit., s. 29.

⁵⁰ Ibidem, s. 30; udział ten wzrasta do prawie 90%, jeżeli przyjmie się, że znikoma skądinąd różnica pomiędzy podatkami a składkami na ubezpieczenie społeczne (*National Insurance* – NI; pokrywają one kilkanaście procent kosztów służby zdrowia) pozwala je traktować w ten sam sposób. Por. np. J. Cylus et al., op. cit., 48, 51.

⁵¹ Por. P. Sarnecki, op. cit., s. 38, 41–42; J. Cylus et al., op. cit., s. 13–14, 51–52.

⁵² Tak C. Włodarczyk, S. Poździej, op. cit., s. 87. Por. K. Kissimova-Skarbek, *Finansowanie opieki zdrowotnej*, [w:] A. Czupryna et al. (red.), *Zdrowie publiczne: Wybrane zagadnienia*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001, t. II, s. 13–16.

⁵³ Por. B. von Maydell et al., op. cit., s. 165.

⁵⁴ Tak W. Misiński, op. cit., s. 421. Zob. też np. D.E. Lach, *Kontraktowanie...*, s. 5 i nast.

⁵⁵ W. Misiński, op. cit., s. 127.

⁵⁶ W. de Gooijer, op. cit., s. 142.

⁵⁷ Por. np. J.C. Goodman, G.L. Musgrave, D.M. Herrick, op. cit., s. 270–273.

⁵⁸ Por. J. Cylus et al., op. cit., s. 42; W. Misiński, op. cit., s. 266, przypis 472.

⁵⁹ Tak np., być może z pewną przesadą, ibidem, s. 130, 132.

⁶⁰ J. Cylus et al., op. cit., s. 42, 48; por. J.C. Goodman, G.L. Musgrave, D.M. Herrick, op. cit., s. 42, 84–86.

⁶¹ Por. jednak P. Łuków, *Racjonowanie świadczeń a obowiązki troski o dobro pacjenta*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 2, s. 17 i nast.

⁶² Szerzej zob. np. J.C. Goodman, G.L. Musgrave, D.M. Herrick, op. cit., s. 51–59; por. B. von Maydell et al., op. cit., s. 181 i powołane tam wyniki badań statystycznych; W. Misiński, op. cit., s. 52–53, 74–75, 129.

Zauważa się niekiedy, że „racjonowanie świadczeń” jest, obok „nieustającego wzrostu kosztów”, wręcz immanentną cechą wszystkich systemów opieki zdrowotnej⁶³. Z drugiej strony takie rozwiązanie systemowe obejmuje również następcze pokrywanie deficytu⁶⁴, uzupełniane przez rosnące opłaty wnoszone bezpośrednio przez pacjentów⁶⁵. W Zjednoczonym Królestwie⁶⁶, gdzie tak funkcjonuje system, wpływy z tego ostatniego tytułu stanowią już prawie 10% całości finansowania NHS⁶⁷.

Tak ukształtowana podstawa finansowania brytyjskiego systemu opieki zdrowotnej jest niewątpliwie szeroka podmiotowo. Rozwiązanie to jednak m.in. *generuje wysokie koszty utrzymania systemu opieki zdrowotnej*⁶⁸. Mimo to koszty te pozostają – co wynika z badań Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), które wypadaloby z racji ich ogromnego skupienia na kwestii finansowania⁶⁹ uznać tu za najwiarygodniejsze⁷⁰ – nadal stosunkowo niewielkie⁷¹. W doktrynie przypisywano dawniej ten fakt silnej pozycji rządu centralnego, mającej znaczny wpływ na „zarządzanie kosztami”⁷². Obecnie przed wyciąganiem jednoznacznych wniosków w tej sprawie powstrzymuje jej przedstawicieli fakt względnej „świeżości” ostatniej fali reform, których skutkiem należy się jeszcze przyrzec⁷³.

Trzeba przypomnieć, że inne badania OECD dowodziłyby, iż w rzeczy samej finansowanie polityki społecznej jest zawsze zależne – choć w zakresie zróżnicowanym m.in. ze względu na przyjęty model gospodarki czy opieki zdrowotnej – od aktualnej sytuacji gospodarczej⁷⁴.

Charakterystyka świadczeń z systemu opieki zdrowotnej

W doktrynie stwierdza się, że świadczenia są „racją bytu i istotą” systemu zabezpieczenia społecznego. Świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej dzielą się, zależnie od swego charakteru, na: rzeczowe i finansowe (pieniężne – zwrot kosztów).⁷⁵

Zagadnienie wymagające w związku z tym omówienia, tj. kwestia zakresu świadczeń gwarantowanych przez system opieki zdrowotnej oraz objętych współplaceniem przez uczestników systemu⁷⁶, stanowi wyraz bardzo poważnego problemu, a mianowicie zakresu odpowiedzialności podmiotu utrzymującego system (państwa) za udzielane w jego ramach świadczenia. Problem ten cechuje istotne znaczenie nie tylko finansowe, ale i polityczne⁷⁷. Opisywany dylemat jest widoczny również w Zjednoczonym Królestwie, gdzie formalny brak opisywanego przed chwilą rozróżnienia charakteru świadczeń (odnośne kompetencje leżą

⁶³ Tak, jak się wydaje, ibidem, s. 230.

⁶⁴ W ujęciu synchronicznym zob. np. W. de Gooijer, op. cit., s. 142.

⁶⁵ <http://www.nhs.uk/Healthcosts/Pages/Abouthealthcosts.aspx>, pobrano 30.04.2017.

⁶⁶ Por. B. von Maydell et al., op. cit., s. 165.

⁶⁷ J. Cylus et al., op. cit., s. 48, 54–55.

⁶⁸ Tak G. Juszczyk, K. Czabanowska, M. Whitfield, *Zdrowie publiczne i system opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii*, [w:] K. Czabanowska, C. Włodarczyk (red.), *Zatrudnienie w zdrowiu publicznym w Europie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004, s. 41; B. von Maydell et al., op. cit., s. 183–184.

⁶⁹ Krytycznie na ten temat C. Wendt, S. Grimmeisen, H. Rothgang, op. cit., s. 21. Zob. jednak D. Bouget *Convergence in the social welfare systems in Europe: From goal to reality*, [w:] P. Taylor-Gooby (red.), *Making a European welfare state? Convergence and conflicts over European social policy*, Blackwell, Oxford 2004, s. 133–134 i powołaną tam literaturę.

⁷⁰ Szerzej zob. M. Beyeler, *Introduction: a comparative study of the OECD and European welfare states*, [w:] K. Armingeon, M. Beyeler (red.), *The OECD and European welfare states*, Edward Elgar, Cheltenham-Northampton 2004, s. 9–10.

⁷¹ Tak, jak się wydaje, J. Cylus et al., op. cit., s. 106.

⁷² Tak N. Manning, op. cit., s. 206.

⁷³ Zob. np. J. Cylus et al., op. cit., s. 103.

⁷⁴ Za: D. Bouget, op. cit., s. 140–147; M. Książkowski, *Modele polityki społecznej*, IPiSS, Warszawa 1999, s. 46; A. Kurzynowski, *Związki polityki społecznej z polityką gospodarczą*, [w:] A. Kurzynowski (red.), *Polityka społeczna*, wyd. 3, SGH, Warszawa 2006, s. 37 i nast.; A. Strzelecka, *Makroekonomiczne uwarunkowania wydatków publicznych na ochronę zdrowia*, [w:] J. Suchecka (red.), *Finansowanie opieki zdrowotnej. Wybrane zagadnienia*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011, s. 105.

⁷⁵ Powyższy wywód za: G. Uścińska, *Świadczenia z zabezpieczenia społecznego w regulacjach międzynarodowych i polskich*, IPiSS, Warszawa 2005, s. 34, 78 i nast.

⁷⁶ C. Włodarczyk, S. Poździoch, op. cit., s. 87; por. B. von Maydell et al., op. cit., s. 170; P. Łuków, op. cit., s. 19.

⁷⁷ Zob. np. C. Wendt, S. Grimmeisen, H. Rothgang, op. cit., s. 36–37.

całkowicie w ramach prerogatyw właściwego ministra oraz agencji wykonawczej) jest zastępowany przez zróżnicowanie środków dostępnych w ramach zdecentralizowanych budżetów⁷⁸.

Ponadto w ramach innego usystematyzowania świadczeń w zakresie opieki zdrowotnej, można wskazać, że występują istotne odmienności między opieką ambulatoryjną (tj. podstawową, świadczoną bez spędzania przez pacjenta nocy w placówce opieki zdrowotnej) a opieką szpitalną (tj. dłuższą niż ambulatoryjną)⁷⁹. W ramach opieki ambulatoryjnej w Zjednoczonym Królestwie występuje stała pensja lekarza oraz dodatek zależny od liczby pacjentów (kapitacja) objętych przez daną praktykę. Z kolei w opiece szpitalnej budżet jest negocjowany na podstawie dotychczasowych trendów w zakresie potrzeb i kosztów przez państwo oraz daną „kliniczną grupę zamawiania” (budżet historyczny/retrospektywny)⁸⁰.

Kolejną możliwość usystematyzowania zagadnienia świadczeń z systemu opieki zdrowotnej daje rozpatrzenie roli, jaką odgrywa „trzecia strona” stosunku świadczeniodawcy i pacjenta, czyli podmiot finansujący świadczenia⁸¹. Ścisłej rzecz biorąc, podmiot ten alternatywnie: płaci za nabycie świadczeń lub zwraca na rzecz pacjenta koszty nabycia świadczeń w całości lub w części⁸².

Choć w doktrynie podkreśla się, że jest to paradygmat charakterystyczny dla rozwiązań ubezpieczeniowych, to jednak towarzyszy

temu spostrzeżenie, iż częstokroć kwestia, czy „trzecią stroną” rzeczywiście jest ubezpieczyciel, czy też dokonujące tych samych czynności państwo (w Anglii są to obecnie NHS jako całość oraz CCGs, zależnie od rodzaju świadczeń)⁸³, miałyby – z punktu widzenia pewnych istotnych zagadnień ekonomicznych – jedynie drugorzędne znaczenie⁸⁴. Jest to szczególnie widoczne, jeśli się weźmie pod uwagę, że *utożsamianie typu modelu systemu [...] z rodzajem źródła środków finansowych jest częstym uproszczeniem*⁸⁵. W Zjednoczonym Królestwie udział „trzeciej strony” opiera się na świadczeniach rzeczowych, bowiem bezpośrednio pokrywa ona koszty świadczeń (jest to charakterystyczna cecha systemów zaopatrzeniowych)⁸⁶.

W systemie opieki zdrowotnej w Zjednoczonym Królestwie, gdzie występują „listy oczekujących” (czyli po prostu kolejki)⁸⁷, ograniczenie kosztów świadczeń jest osiąganym m.in. przez samo ich „racjonowanie” oraz wynikającą z niej konieczność oczekiwania na zabieg⁸⁸, a także szerokie możliwości wyboru świadczeniodawców przez „trzecią stronę”⁸⁹.

Rozwiązania te stanowią ważne narzędzia zarządzania systemem⁹⁰. Oznacza to, że nie tylko finansowanie systemu opieki zdrowotnej może pochodzić zarówno ze źródeł publicznych, jak i prywatnych (dodatkowe albo alternatywne ubezpieczenie, współpłacenie)⁹¹. Podobny podział można bowiem przeprowadzić również w odniesieniu do świadczeń⁹².

⁷⁸ J. Cylus et al., op. cit., s. 56–58.

⁷⁹ C. Wendt, S. Grimmeisen, H. Rothgang, op. cit., s. 32–34; J. Cylus et al., op. cit., s. 81–84.

⁸⁰ Por. ibidem, s. 58–59, <http://www.england.nhs.uk/about/structure>, pobrano 30.04.2017.

⁸¹ D.E. Lach, *Kontraktowanie...*, s. 5.

⁸² W. Misiński, op. cit., s. 82, 208–209.

⁸³ J. Cylus et al., op. cit., s. 29–30, 49–52.

⁸⁴ B. von Maydell et al., op. cit., s. 166; T. Bińczycka-Majewska, *Ubezpieczenie zdrowotne*, [w:] L. Florek (red.), *Encyklopedia prawa pracy i ubezpieczeń społecznych. Komentarz do instytucji prawnych*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2002.

⁸⁵ Tak W. Misiński, op. cit., s. 13, 85, 300.

⁸⁶ Zob. np. J. Jończyk, *Trudna modernizacja opieki zdrowotnej w Niemczech i w Zjednoczonym Królestwie*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2006, nr 6, s. 3.

⁸⁷ J. Cylus et al., op. cit., s. 84.

⁸⁸ J.C. Goodman i in., op. cit., s. 51–59; W. Misiński, op. cit., s. 289, 291; P. Łuków, op. cit., s. 17 i nast.

⁸⁹ J. Cylus et al., op. cit., s. 56–58.

⁹⁰ Zob. np. M. Śliwka, A. Gałęska-Śliwka, *Limitowanie dostępu do świadczeń zdrowotnych w państwach common law*, „Państwo i Prawo” 2009, nr 4, s. 75–77, 81–83; J. Cylus et al., op. cit., s. 56–58.

⁹¹ Ibidem, s. 54–58. W kwestii współpłacenia por. jednak P. Łuków, op. cit., s. 19.

⁹² Zob. też np. M. Śliwka, A. Gałęska-Śliwka, op. cit., s. 76–77, 81.

Dynamika systemu opieki zdrowotnej

Pod tym istotnym pojęciem⁹³ rozumie się *zwłaszcza sposób realizacji idei reformowania opieki zdrowotnej*⁹⁴, ale i inne przemiany, którym z czasem podlega omawiany system. Twierdzenia doktryny pozwalają uzupełnić to ujęcie o założenie wyjściowe analizy procesu reformowania, którym jest empiryczne zaprzeczenie „idealnemu” (tak w rzeczywistości, jak i potencjalnie) charakterowi istniejących „modeli” systemowych rozwiązań⁹⁵.

Założenie to wynika z ciągłego charakteru gospodarczych i społecznych przemian strukturalnych, którym podlegają współczesne społeczeństwa⁹⁶, a który jest widoczny w Zjednoczonym Królestwie.

Wśród podejmowanych tam współcześnie działań reformatorskich dają się wymienić⁹⁷:

- 1) wprowadzenie w 1991 r. w służbie zdrowia tzw. rynku wewnętrznego, oddzielającego podmiotowo świadczenie usług od finansowania (*purchaser-provider separation*), które do dziś utrzymuje się w Anglii oraz Irlandii Północnej⁹⁸;
- 2) zmiana w 1993 r., na podstawie tzw. raportu Griffithsa, podejścia do NHS z traktowania jej jak struktury administracji publicznej na zarządzanie nią jak przedsiębiorstwem, włącznie z mianowaniem profesjonalnych menedżerów na każdym szczeblu jej podziału terytorialnego⁹⁹;
- 3) zanegowanie w 1997 r. wprowadzenia rynku wewnętrznego w służbie zdrowia co do zasady, ale w rzeczywistości kontynu-

owanie tego podejścia w zmodyfikowanej formie¹⁰⁰. Z działaniami wymienionymi w punktach 1–3 szło w parze zmniejszenie w dłuższym okresie o ponad połowę liczby łóżek szpitalnych.¹⁰¹ Następowo zarazem ogólne stopniowe zwiększenie roli opieki zapewnianej przez najbliższych, prywatne przedsiębiorstwa i samorząd lokalny¹⁰²;

- 4) utworzenie od 2000 r. *walk-in centres* w ramach reformy podstawowej (ambulatoryjnej) opieki zdrowotnej¹⁰³;
- 5) systematyczne rozszerzanie (choć niejednoznacznie przekładające się na funkcjonowanie systemu) udziału partnerstwa publiczno-prywatnego (*private-public partnership* – PPP) w zarządzaniu opieką zdrowotną. Proces ten nie wpłynął jednak na utrzymującą się praktycznie pełną publiczną własność utrzymanych łóżek szpitalnych¹⁰⁴, a zatem i usamodzielnionych (w formie *trust*) szpitali. „Partnerstwo publiczno-prywatne” oznacza przy tym zapewnianie przez prywatne podmioty usług o charakterze publicznym w zamian za wynagrodzenie¹⁰⁵;
- 6) zastąpienie w latach 2012–2013 *trustów* (w opiece ambulatoryjnej) przez „kliniczne grupy zamawiania”, o również już wzmiankowanych szerokich uprawnieniach pod względem wyboru świadczeniodawców¹⁰⁶.

Podsumowując, można potwierdzić, że w Zjednoczonym Królestwie nastąpiło dość

⁹³ Jego wagę, ale również niejednoznaczność, podkreśla m.in. W. de Gooijer, op. cit., s. 142–143.

⁹⁴ C. Włodarczyk, S. Poździej, op. cit., s. 87.

⁹⁵ Ibidem, s. 16–17. Odmiennie J.C. Goodman i in., op. cit., s. 313 i nast.

⁹⁶ B. von Maydell et al., op. cit., s. 80–81; w odniesieniu do państw członkowskich UE w ogólności – V. Paskalia, op. cit., s. 1179.

⁹⁷ Por. np. C. Włodarczyk, S. Poździej, op. cit., s. 105 i nast.

⁹⁸ Zob. np. J. Cylus et al., op. cit., s. 16–17, 53.

⁹⁹ N. Manning, op. cit., s. 206.

¹⁰⁰ Por. J. Cylus et al., op. cit., s. 16, 99–100, <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/nhshistory/Pages/NHShistory1990s.aspx>, pobrano 30.04.2017. Podobnie, jak się wydaje, N. Manning, op. cit., s. 206–207.

¹⁰¹ Tak C. Wendt, S. Grimmeisen, H. Rothgang, op. cit., s. 25–28.

¹⁰² Zob. np. J. Cylus et al., op. cit., s. 78, 87–91.

¹⁰³ Ibidem, s. 82; B. von Maydell et al., op. cit., s. 183, <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/Walk-incentresSummary.aspx>, pobrano 30.04.2017.

¹⁰⁴ Powyższy wywód za: C. Wendt, S. Grimmeisen, H. Rothgang, op. cit., s. 27–28.

¹⁰⁵ Zob. np. M. Burnett, *Ten years of PPP in the United Kingdom*, „Contrats Publics”2008, nr 81, s. 2–3.

¹⁰⁶ J. Cylus et al., op. cit., s. 53.

¹⁰⁷ Por. w szczególności I. Jędrasik-Jankowska, *Ubezpieczenie...*, op. cit., s. 16; G. Juszczyk, K. Czabanowska, M. Whitfield, op. cit., s. 43; J.C. Goodman i in., op. cit., s. 284–288; J. Jończyk, op. cit., s. 5.

znaczne odejście od początkowego ukształtowania „zaopatrzeniowego” systemu opieki zdrowotnej¹⁰⁷, ale zasadniczym problemem nadal pozostają listy oczekujących¹⁰⁸ oraz niedobory kadrowe i finansowe¹⁰⁹.

Problemy negocjacyjne – prawo a polityka

Obecnie wiążącą prawnie częścią prawa pierwotnego (art. 6 ust. 1 TUE)¹¹⁰ jest Karta praw podstawowych Unii Europejskiej z 7 grudnia 2000 r.¹¹¹ Uznaje ona prawo każdej osoby legalnie przebywającej na terytorium danego państwa członkowskiego UE do opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami prawa państw członkowskich UE (art. 35)¹¹². W praktyce oznacza to, że na terytorium Zjednoczonego Królestwa stosuje się jego prawo w zakresie opieki zdrowotnej, ściśle łączące odnośne uprawnienia z przesłanką legalnego pobytu, jeśli nie wprost obywatelstwa¹¹³. Również przepisy Traktatu o Unii Europejskiej oraz Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej w zasadzie nie dawałyby pola do szerszych działań.

W literaturze podkreśla się znaczenie wprowadzonych z ich treści norm ogólnych¹¹⁴ (art. 3 TUE, oraz art. 4–6 TFUE, wymieniające zadania i polityki Unii; art. 9 TFUE zobowiązujący Unię do uwzględnienia odpowiedniej ochrony socjalnej oraz ochrony zdrowia ludzkiego przy określaniu i realizacji swoich polityk)¹¹⁵. Jednak przepisy bardziej szczegółowe nie wychodzą poza upoważnienie UE do

wspierania komplementarności działań jej państw członkowskich, czy też do zachęcania ich do ustanawiania wysokich standardów w takich dziedzinach, jak zdrowie publiczne, zwalczanie epidemii czy bezpieczeństwo leków (art. 168 TFUE).

Przyjmując jednak za punkt wyjścia wzmiankowane wcześniej „cztery swobody”, należy pamiętać, że status Polaków w Zjednoczonym Królestwie wynika z wielu aktów prawa wtórnego Unii Europejskiej. Wśród nich można wymienić, przyjętą celem wykonania art. 20–21 TFUE (ustanawiających prawo do swobodnego przemieszczania się wewnątrz Unii), dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2004/38/WE z 29 kwietnia 2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium państw członkowskich, zmieniającą rozporządzenie nr 1612/68/EWG i uchylającą dyrektywy nr 62/22/EWG, 68/360/EWG, 72/194/EWG, 73/148/EWG, 75/34/EWG, 75/35/EWG, 90/364/EWG, 90/365/EWG i 93/96/EWG¹¹⁶.

Akt ten zniósł ograniczenia swobodnego przepływu pracowników nawiązujące do przesłanki obywatelstwa¹¹⁷ oraz wiele uprzednio obowiązujących przepisów szczegółowych. Zarazem proklamuje on prawo obywatela każdego państwa członkowskiego UE do bycia traktowanym w innym państwie członkowskim na równych zasadach z jego obywatelami (art. 24), co do zasady również w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej.

¹⁰⁸ J. Cylus et al., op. cit., s. 84; B. von Maydell et al., op. cit., s. 185.

¹⁰⁹ J. Cylus et al., op. cit., s. 70, <http://www.politykazdrowotna.com/16119,brytyjskie-szpitala-maja-886-mn-funtow-deficytu>, pobrano 24.04.2017; <http://www.politykazdrowotna.com/16596,uk-pogarsza-sie-sytuacja-w-sektorze-zdrowia>, pobrano 09.05.2017.

¹¹⁰ Szerzej zob. A. Wyrozumka, *Zasady działania Unii Europejskiej*, [w:] J. Barcz, M. Górka, A. Wyrozumka, *Instytucje i prawo Unii Europejskiej*, wyd. 2, Wydawnictwo LexisNexis, Warszawa 2011, s. 104 i n. oraz powołane tam orzecznictwo.

¹¹¹ Tekst jedn. Dz.U. C z 26.10.2012, s. 391.

¹¹² A.M. Świątkowski, *Ustrojowe granice gwarancji prawa do zabezpieczenia społecznego*, „Palestra” 2011, nr 7–8, s. 18.

¹¹³ Por. J. Cylus, op. cit., s. 50.

¹¹⁴ W. Misiński, op. cit., s. 264.

¹¹⁵ Tak np. A.M. Świątkowski, *Europejskie...*, op. cit., t. III, s. 16-17; G. Uścińska, *Zabezpieczenie...*, op. cit., s. 42; N. Gundt, *EU activation policy and its effects on the fundamental social right to work*, „European Journal of Social Law” 2013, No. 2, s. 151. Częściowo odmiennie (tj. krytycznie w odniesieniu do stanu przestrzegania tych przepisów) B. Schulte, op. cit., s. 401.

¹¹⁶ Dz.U. L 158 z 30.4.2004, s. 77 z późn. zm.

¹¹⁷ Por. G. Uścińska, *Zabezpieczenie...*, op. cit., s. 73 i nast.; J. Plaňavová-Latanowicz, op. cit., s. 163, 173–175.

Wynik wdrożenia, czyli implementacji¹¹⁸ do systemu prawnego Zjednoczonego Królestwa, tej dyrektywy stanowi rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych (*Secretary of State for the Home Department*) z 2006 r.¹¹⁹ – Przepisy imigracyjne dotyczące Europejskiego Obszaru Gospodarczego (*Immigration European Economic Area*) Regulations). Węższy zakres podmiotowy posiada rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 492/2011 z 5 kwietnia 2011 r. w sprawie swobodnego przepływu pracowników wewnątrz Unii¹²⁰.

Z chwilą wystąpienia Zjednoczonego Królestwa z Unii Europejskiej wszystkie akty prawa UE przestaną jednak obowiązywać na jego terytorium. Brak posiadania charakteru „praw nabytych” przez wynikające z nich uprawnienia¹²¹ powoduje, że prawa te będą w całym swoim zakresie stanowić przedmiot negocjacji w ramach Brexitu.

Co więcej, będzie to zagadnienie o tak istotnym charakterze (zwłaszcza biorąc pod uwagę potrzebę zagwarantowania równego traktowania wszystkich obywateli państw członkowskich po zakończeniu tego procesu), że obecnie nie można przesądzić ani o wyniku, ani nawet o przebiegu negocjacji w omawianej kwestii¹²².

Da się jednak wskazać wiele istotnych czynników szczegółowych, wpływających na omawiany proces. Należą do nich m.in. spodziewany znaczący spadek podaży na rynku pracy¹²³, wywierający negatywny wpływ

w szczególności na braki kadrowe w NHS¹²⁴. Szacuje się, że już obecnie 10% lekarzy oraz 6% pielęgniarek w Zjednoczonym Królestwie (NHS, największy pracodawca na Wyspach Brytyjskich, zatrudnia łącznie ponad 1,5 mln osób)¹²⁵ pochodzi z innych państw członkowskich UE. W najbliższym czasie można się zatem spodziewać znaczących trudności rekrutacyjnych w związku z Brexitem i wytworzoną przezeń niepewnością co do statusu takich pracowników.

NHS już stara się przygotować na tę ewentualność, poszukując nowych lekarzy m.in. w Polsce, jednak sytuacja w odniesieniu do pielęgniarek była skądinąd trudna jeszcze przed referendum, i może się bardzo szybko dodatkowo pogorszyć¹²⁶.

W brytyjskiej debacie publicznej już od jakiegoś czasu padają wobec tego głosy wzywające do zapewnienia pracownikom medycznym z innych państw członkowskich UE kontynuacji ich dotychczasowych warunków pobytu¹²⁷. Z powyższym łączy się możliwość szerszego podmiotowo podniesienia w negocjacjach argumentu „praw nabytych” (zwłaszcza w odniesieniu do prawa stałego pobytu dla osób zamieszkujących w danym państwie nieprzerwanie od co najmniej pięciu lat, wynikającego z art. 16 dyrektywy nr 2004/38/WE), dla którego da się mimo wszystko znaleźć pewne uzasadnienie prawne¹²⁸, lecz politycznie – jak się wydaje – niezwykle trudnego do zastosowania, skoro jednym z czołowych argumen-

¹¹⁸ Szerzej na temat tego niejednoznacznego skądinąd pojęcia zob. np. C. Mik, *Europejskie prawo wspólnotowe. Zagadnienia teorii i praktyki*, t. 1, wyd. C. H. Beck, Warszawa 2000, s. 651 i nast. – wywód zachowujący aktualność w obecnym stanie prawnym.

¹¹⁹ Powyższy wywód za: A. Fernández Tomás, D. López Garrido, op. cit., s. 43–4. W kwestiach formalnoprawnych zob. np. P. Sarnecki, op. cit., s. 18.

¹²⁰ Dz.U. L 141 z 27.5.2011, s. 1. J. Plaňavová-Latanowicz, op. cit., s. 163.

¹²¹ A. Fernández Tomás, D. López Garrido, op. cit., s. 22–23, 44–49.

¹²² Powyższy wywód za: ibidem, s. 46–52.

¹²³ Zob. np. W. Rydzińska, *Jaki model współpracy z UE przyjmie Wielka Brytania? Analiza rynku pracy po Brexicie*, „Prawo Europejskie w Praktyce” 2017, nr 1, s. 23 i nast.

¹²⁴ Por. A. Fernández Tomás, D. López Garrido, op. cit., s. 55.

¹²⁵ J. Cylus et al., op. cit., s. 70, <http://www.politykaszrodowotna.com/10663,uk-czy-nhs-po-brexicie-bedzie-mial-problem-z-kadrami-medycznymi>, pobrano 10.05.2017.

¹²⁶ Powyższy wywód za: J. Cylus et al., op. cit., s. 72, <http://www.politykaszrodowotna.com/18486,uk-po-brexicie-zabraknie-pielegnerok>, pobrano 15.05.2017, <http://www.politykaszrodowotna.com/14931,nhs-walczy-o-lekarzy-z-polski>, pobrano 16.05.2017.

¹²⁷ <http://www.politykaszrodowotna.com/10663,uk-czy-nhs-po-brexicie-bedzie-mial-problem-z-kadrami-medycznymi>, pobrano 10.05.2017.

¹²⁸ A. Fernández Tomás i D. López Garrido (op. cit., s. 45, 47) podają skrótowy przegląd orzecznictwa i literatury opowiadających się za posiadaniem przez omawiane w artykule uprawnienia takiego charakteru.

tów na rzecz Brexitu było zakończenie „niekontrolowanej imigracji”¹²⁹.

Jednak nawet ta przeszkoda mogłaby się okazać możliwa do pokonania, jeżeli wziąć pod uwagę na przykład wcześniejszy spektakularny upadek argumentu o możliwości „natychmiastowego przekazania 350 mln funtów szterlingów tygodniowo na NHS”, o ile Brexit zostanie zaakceptowany w referendum¹³⁰.

Podsumowanie

Stanowisko negocjacyjne przyjęte przez Radę Unii Europejskiej w dniu 22 maja 2017 r. potwierdza, że UE traktuje prawa obywateli swoich państw członkowskich zamieszkałych w Zjednoczonym Królestwie pryncypialnie, zdecydowanie domagając się ich pełnego poszanowania, z uwzględnieniem prawa stałego pobytu¹³¹ (a zatem, w konsekwencji, dostępu do m.in. opieki zdrowotnej).

Tego samego (dostępu do wszystkich usług publicznych oraz w szczególności do Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego)¹³² domaga się rząd Jej Królewskiej Mości w swoim wstępnym stanowisku negocjacyjnym w odniesieniu do obywateli brytyjskich przebywających w pozostałych państwach członkowskich Unii Europejskiej¹³³.

Racjonalnie rzecz ujmując, wydawałoby się to tworzyć dobre podstawy do znalezienia po-

rozumienia w tej kwestii¹³⁴. Jednak polityka rządu się swoimi prawami, co stosuje się także do omawianego zakresu zagadnień, bowiem stanowisko rządu brytyjskiego nie wspomina o wzajemności w zakresie praw obywateli pozostałych państw członkowskich UE oraz zakłada zniesienie swobody przepływu osób¹³⁵. Wybory do Izby Gmin nie przyniosły żadnej zmiany w omawianej kwestii – projekt ustawy znoszącej tę swobodę został zapowiedziany w mowie tronowej podczas otwarcia pierwszej sesji nowego parlamentu¹³⁶.

Wobec złożoności wszystkich podniesionych zagadnień można jedynie wyrazić nadzieję, że Brexit zakończy się wynegocjowaniem między Zjednoczonym Królestwem a Unią Europejską porozumienia, o którym mówi art. 50 TUE, uwzględniającego tę złożoność w sposób możliwy do zaakceptowania przez zainteresowanych¹³⁷. Niezależnie bowiem od tego, jaki model współpracy przyjmą strony w efekcie omawianego porozumienia (najpewniej będzie on specyficzny, odmienny od wszystkich innych tego rodzaju sytuacji), oraz następnego (który ma być zawarty przez UE tak jak z innymi państwami niewchodzącymi w jej skład), szczegółowo ustalającego wzajemne stosunki, oraz jak w rezultacie ukształtuje się w szczególności sytuacja w zakresie opieki zdrowotnej, wydaje się to najlepszym

¹²⁹ Ibidem, s. 47.

¹³⁰ <http://www.telegraph.co.uk/news/2016/06/24/nigel-farage-350-million-pledge-to-fund-the-nhs-was-a-mistake/>, pobrano 10.05.2017.

¹³¹ http://europa.eu/rapid/press-release_IP-17-1405_pl.htm, pobrano 24.05.2017.

¹³² Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ; *European Health Insurance Card / Carte Européenne d'Assurance Maladie – EHIC/CEAM*) powstała na podstawie decyzji Rady Europejskiej z 16 marca 2002 r. w sprawie stworzenia jednolitego europejskiego dokumentu uprawniającego do świadczeń zdrowotnych. Dokument ten, wprowadzony stopniowo w latach 2004–2006, obowiązuje na terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej, oraz Norwegii, Islandii, Lichtensteinu i Szwajcarii. Zadaniem EKUZ wydaje się przede wszystkim umożliwienie właściwemu organowi jednego z wymienionych państw stwierdzenia, że obywatel innego z nich jest w nim objęty ubezpieczeniem zdrowotnym – a zatem uproszczenie procedur z tym związanych. Skutkiem tego (spójnym z zakładanym celem inicjatywy) jest uprawnienie „do korzystania z niezbędnych świadczeń zdrowotnych w takim zakresie, który umożliwi kontynuowanie” zaplanowanego pobytu w danym państwie członkowskim, ale nie przesądza niczego w kwestii sposobu pokrycia kosztów tych świadczeń. Organy ubezpieczenia zdrowotnego w państwach członkowskich UE starają się również niejako „wyprzedzić” wynikające z jej posiadania możliwości, wprowadzając własne analogiczne rozwiązania. Por. np. G. Uścińska, *Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego – unijny dokument ubezpieczenia zdrowotnego*, „Polityka Społeczna” 2006, nr 3, s. 32 i nast.

¹³³ Zob. np. A. Fernández Tomás, D. López Garrido, op. cit., s. 55.

¹³⁴ Ibidem, s. 60; takie stanowisko zajmuje, w rekomendacji dla rządu postulującej utrzymanie omawianych praw obywateli państw członkowskich UE w stanie nienaruszonym, Izba Lordów – House of Lords, European Union Select Committee, *Brexit: acquired rights*, House of Lords, London 2016, s. 40.

¹³⁵ Zob. np. A. Fernández Tomás, D. López Garrido, op. cit., s. 55–56.

¹³⁶ Zob. np. Ch. Cooper, op. cit., s. 26, <http://www.bbc.com/news/uk-politics-40345280>, pobrano 21.06.2017.

¹³⁷ Tak A. Fernández Tomás, D. López Garrido, op. cit., s. 53, 60.

zakończeniem rozpoczętego już procesu wystąpienia Zjednoczonego Królestwa z Unii Europejskiej. Byłoby ono w każdym razie lepsze niż brak porozumienia, również przewidziany w powołanym przepisie prawa pierwotnego¹³⁸. Oczywiście obywatele Polski, podobnie jak i innych państw członkowskich UE, które są stronami Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności z 4 listopada 1950 r.¹³⁹, będą w tej ostatniej sytuacji korzystać z pewnego wynikającego stąd minimalnego poziomu ochrony praw osobistych, ale już nie socjalnych (w tym prawa dostępu do opieki zdrowotnej)¹⁴⁰.

W tej kwestii można również wspomnieć o Europejskiej karcie społecznej z 18 października 1961 r.¹⁴¹, w której treści statuowane jest m.in., choć w formie bardzo ogólnej, pra-

wo do ochrony zdrowia (art. 11), zaś w szczególności pracownikom migrującym należy zapewnić opiekę medyczną (art. 19 ust. 2). Europejska karta społeczna jest, podobnie jak przywoływana konwencja, umową Rady Europy¹⁴², wzmiankowaną jednak w art. 151 TFUE¹⁴³, a Polska i Zjednoczone Królestwo ratyfikowały jej odnośne przepisy.

W związku z ogólną niepewnością co do przebiegu i wyniku negocjacji pojawiają się obecnie liczne spekulacje na ten temat¹⁴⁴. Obecnie da się jedynie z pewnością powiedzieć, że brak porozumienia oznaczałby przede wszystkim praktyczną pewność, że skutki Brexitu szczególnie boleśnie odczułyby państwa Europy Środkowo-Wschodniej, w tym Polska¹⁴⁵, na co składają się również przyczyny opisywane w tym artykule.

LITERATURA

- Beyeler M., *Introduction: a comparative study of the OECD and European welfare states*, [w:] K. Armingeon, M. Beyeler (red.), *The OECD and European welfare states*, Edward Elgar, Cheltenham-Northampton 2004.
- Bińczycka-Majewska T., *Ubezpieczenie zdrowotne*, [w:] L. Florek (red.), *Encyklopedia prawa pracy i ubezpieczeń społecznych. Komentarz do instytucji prawnych*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2002.
- Bouget D., *Convergence in the social welfare systems in Europe: From goal to reality*, [w:] P. Taylor-Gooby (red.), *Making a European welfare state? Convergence and conflicts over European social policy*, Blackwell, Oxford 2004.
- Burnett M., *Ten years of PPP in the United Kingdom*, „Contrats Publics” 2008, nr 81.
- Cooper Ch., *The charge of the soft brigade*, „Politico” 2017, Vol. 3, No. 24.
- Cylus J., Richardson E., Findley L., Longley M., O'Neill C., Steel D., *Health systems in transition: United Kingdom. Health system review*, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2015.
- Fernández Tomás A., López Garrido D., *The impact and consequences of Brexit on acquired rights of EU citizens living in the UK and British citizens living in the EU-27*, European Parliament, Brussels 2017.
- Geisen T., *Państwo socjalne w okresie modernizmu. O powstaniu systemów zabezpieczenia społecznego w Europie*, [w:] K. Kraus, T. Geisen, K. Piątek (red.), *Państwo socjalne w Europie. Historia-rozwoj-perspektywy*, tłum. M. Bratkowska-Zariczna, P. Zariczny, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2008.
- Golinowska S., Florek L., Orlowski W., Uścińska G., Wrątny J., *Polityka społeczna Unii Europejskiej i jej konsekwencje dla Polski*, IPISS, Warszawa 1999.
- Goodman J.C., Musgrave G.L., Herrick D.M., *Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej*, tłum. J.M. Fijor, Fijorr Publishing Company, Warszawa 2008.
- Górski M., *System sądowniczy Unii Europejskiej* [w:] A. Wyrozumska (red.), *System ochrony prawnej w Unii Europejskiej*, Instytut Wydawniczy EuroPrawo, Warszawa 2009, s. 2–3.
- Gundt N., *EU activation policy and its effects on the fundamental social right to work*, „European Journal of Social Law” 2013, No. 2 House of Lords, European Union Select Committee, *Brexit: acquired rights*, House of Lords, London 2016.
- Jędrasik-Jankowska I., *Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego*, wyd. 6, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2014.

¹³⁸ Powyższy wywód za: J. Martonyi, *op. cit.*, s. 6–11; A. Fernández Tomás, D. López Garrido, *op. cit.*, s. 55–56, 60–61.

¹³⁹ Dz.U. 1993, nr 61, poz. 294 z późn. zm. Konwencja wdrożona do porządku prawnego Zjednoczonego Królestwa przez ustawę o prawach człowieka z 1998 r. (*Human Rights Act*).

¹⁴⁰ Por. *ibidem* s. 50–52, 61; K. Starmer, *Roosevelt's Legacy: Human Rights after Brexit*, „European Human Rights Law Review” 2017, No. 2, s. 106–107.

¹⁴¹ Dz.U. 1999, nr 8, poz. 67 z późn. zm.

¹⁴² T. Major, B. Pawłowska, *Ubezpieczenie społeczne migrujących pracowników oraz osób prowadzących działalność gospodarczą*, wyd. 2, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 5.

¹⁴³ Por. np. G. Uścińska, *Zabezpieczenie...*, *op. cit.*, s. 136; N. Gundt, *op. cit.*, s. 149.

¹⁴⁴ Zob. np. <http://biznes.onet.pl/wiadomosci/ue/polacy/w/wielkiej/brytanii/po/brexicie/fv9wbf>, pobrano 30.05.2017, [https://www.dpa-news.de/views/b2b/thema-details.jsf?nh=2afuhc.3&pm4j={,sec":DPA_INSIGHT_EN",cat":INSIGHT_HOME",moid":53600568}](https://www.dpa-news.de/views/b2b/thema-details.jsf?nh=2afuhc.3&pm4j={,sec), pobrano 31.05.2017.

¹⁴⁵ J. Martonyi, *op. cit.*, s. 17–18.

- Jedrasik-Jankowska I., *Ubezpieczenie społeczne. Część ogólna*, Wydawnictwo LexisNexis, Warszawa 2003.
- Jończyk J., *Trudna modernizacja opieki zdrowotnej w Niemczech i w Zjednoczonym Królestwie*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2006, nr 6.
- Juszczyk G., Czabanowska K., Whitfield M., *Zdrowie publiczne i system opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii*, [w:] K. Czabanowska, C. Włodarczyk (red.), *Zatrudnienie w zdrowiu publicznym w Europie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.
- Kissimova-Skarbek K., *Finansowanie opieki zdrowotnej*, [w:] A. Czupryna et al. (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001, t. II.
- Książkowski M., *Modele polityki społecznej*, IPiSS, Warszawa 1999.
- Kurzynowski A., *Związki polityki społecznej z polityką gospodarczą*, [w:] A. Kurzynowski (red.), *Polityka społeczna*, wyd. 3, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2006.
- Lach D.E., *Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne na tle rozwiązań przyjętych w systemach wybranych państw*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2002, nr 4.
- Lach D.E., *Powiernicza technika realizacji zabezpieczenia społecznego*, „Państwo i Prawo” 2009, nr 3.
- Leowski J., *Polityka zdrowotna i zdrowie publiczne*, wyd. 3, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2010.
- Lowe R., *The Welfare State in Britain since 1945*, wyd. 3, Palgrave, Basingstoke 2005.
- Łuków P., *Racjonalność świadczeń a obowiązki troski o dobro pacjenta*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 2.
- Major T., Pawłowska B., *Ubezpieczenie społeczne migrujących pracowników oraz osób prowadzących działalność gospodarczą*, wyd. 2, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010.
- Manning N., *Mutual admiration? OECD advice to the UK*, [w:] K. Armingeon, M. Beyeler (red.), *The OECD and European welfare states*, Edward Elgar, Cheltenham-Northampton 2004.
- Martonyi J., *Brexit. Brexit?*, Wilfried Martens Centre for European Studies, Brussels 2017.
- von Maydell B., Burchardt K., Henke K.-D., Leitner R., Muggels R., Quanta M., Rauha, Verschraegen G., Żukowski M., *Enabling Social Europe*, Springer, Berlin 2006.
- Mik C., *Europejskie prawo wspólnotowe. Zagadnienia teorii i praktyki*, t. 1, wyd. C.H. Beck, Warszawa 2000.
- Misiński W., *Modelowanie systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2007.
- Paskalia V., *Co-ordination of social security in the European Union: an overview of recent case law*, „Common Market Law Review” 2009, Vol. 65, No. 3.
- Plaňavová-Latanowicz J., *Freedoms of the EU Internal Market: An Outline*, [w:] D. Milczarek, A. Adamczyk, K. Zajaczowski (red.), *Introduction to European Studies: A New Approach to Uniting Europe*, Centre for Europe, University of Warsaw, Warszawa 2013.
- Saltman R.B., Dubois H.F.W., *The Historical and Social Base of Social Health Insurance Systems*, [w:] R.B. Saltman, R. Busse, J. Figueras (red.), *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, Open University Press, Maidenhead-New York 2004.
- Sarnecki P., *Wstęp*, [w:] *Ustany ustrojowe Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej*, tłum. S. Kubas, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 2010.
- Scharf T., *Polityka społeczna w Wielkiej Brytanii: od ustany o ubogich do „trzęsiej drogi”*, [w:] K. Kraus, T. Geisen, K. Piątek (red.), *Państwo socjalne w Europie. Historia-rozwoj-perspektywy*, tłum. M. Bratkowska-Zariczna, P. Zariczny, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2008.
- Schulte B., *Integracja europejska a ochrona socjalna*, [w:] K. Kraus, T. Geisen, K. Piątek (red.), *Państwo socjalne w Europie. Historia-rozwoj-perspektywy*, tłum. M. Bratkowska-Zariczna, P. Zariczny, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2008.
- Starmer K., *Roosevelt's Legacy: Human Rights after Brexit*, „European Human Rights Law Review” 2017, No. 2.
- Stec P., *Powiernictwo w prawie polskim na tle porównawczym*, Kantor Wydawniczy „Zakamycze”, Kraków 2005.
- Rydzimska W., *Jaki model współpracy z UE przyjmie Wielka Brytania? Analiza rynku pracy po Brexicie*, „Prawo Europejskie w Praktyce” 2017, nr 1.
- Strzelecka A., *Makroekonomiczne uwarunkowania wydatków publicznych na ochronę zdrowia*, [w:] J. Suchecka (red.), *Finansowanie opieki zdrowotnej. Wybrane zagadnienia*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011.
- Szpor G., *Ubezpieczenia w systemie zabezpieczenia społecznego*, [w:] G. Szpor. (red.), *System ubezpieczeń społecznych. Zagadnienia podstawowe*, wyd. 5, Wydawnictwo LexisNexis, Warszawa 2009.
- Śliwka M., Gałęska-Śliwka A., *Limitowanie dostępu do świadczeń zdrowotnych w państwach common law*, „Państwo i Prawo” 2009, nr 4.
- Świątkowski A.M., *Europejskie prawo socjalne*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 1998–2000, t. I–III.
- Świątkowski A.M., *Ustrojowe granice gwarancji prawa do zabezpieczenia społecznego*, „Palestra” 2011, nr 7–8.
- Uścińska G., *Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego – unijny dokument ubezpieczenia zdrowotnego*, „Polityka Społeczna” 2006, nr 3.
- Uścińska G., *Świadczenia z zabezpieczenia społecznego w regulacjach międzynarodowych i polskich*, IPiSS, Warszawa 2005.
- Uścińska G., *Zabezpieczenie społeczne osób korzystających z prawa do przemieszczania się w Unii Europejskiej*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2013.
- Wendt C., Grimmeisen S., Rothgang H., *Convergence or Divergence of OECD Health Care Systems*, [w:] B. Cantillon, I. Marx (red.), *International Cooperation in Social Security*, Intersentia, Antwerp-Oxford-New York 2005.
- Włodarczyk C., Poździuch S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
- Wyrozumka A., *Zasady działania Unii Europejskiej*, [w:] J. Barcz, M. Górka, A. Wyrozumka, *Instytucje i prawo Unii Europejskiej*, wyd. 2, Wydawnictwo LexisNexis, Warszawa 2011.

STRONY INTERNETOWE

- <http://www.politykazdrowotna.com/10334,beda-zmiany-w-zasadach-opieki-zdrowotnej-dla-polakow-w-uk>, pobrano 24.04.2017.
- <http://www.politykazdrowotna.com/16119,brytyjskie-szpitala-maja-886-mn-funtow-deficytu>, pobrano 24.04.2017
- <http://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health>, pobrano 30.04.2017.
- <https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england>, pobrano 30.04.2017.
- <http://www.legislation.gov.uk>, pobrano 30.04.2017.

<http://www.nhs.uk/Healthcosts/Pages/Abouthealthcosts.aspx>, pobrano 30.04.2017.
<http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSServices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/Walk-incentresSummary.aspx>,
 pobrano 30.04.2017.
<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/nhshistory/Pages/NHShistory1990s.aspx>, pobrano 30.04.2017.
<http://www.england.nhs.uk/about/structure/>, pobrano 30.04.2017.
 OECD Health Data 2015, http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, pobrano 09.05.2017.
<http://www.politykazdrowotna.com/16596,uk-pogarsza-sie-sytuacja-w-sektorze-zdrowia>, pobrano 09.05.2017.
<http://www.biznes.onet.pl/wiadomosci/ue/brexit-polacy-chca-zdazyc-z-wyjazdem/s0hh1v>, pobrano 10.05.2017.
<http://www.politykazdrowotna.com/10663,uk-czy-nhs-po-brexicie-bedzie-mial-problem-z-kaadrami-medycznymi>, pobrano 10.05.2017.
<http://www.telegraph.co.uk/news/2016/06/24/nigel-farage-350-million-pledge-to-fund-the-nhs-was-a-mistake/>, pobrano 10.05.2017.
<http://www.politykazdrowotna.com/14931,nhs-walczy-o-lekarzy-z-polski>, pobrano 15.05.2017, <http://www.politykazdrowotna.com/14931,nhs-walczy-o-lekarzy-z-polski>, pobrano 16.05.2017.
<http://biznes.onet.pl/wiadomosci/ue/polacy/w-wielkiej-brytanii/po-brexicie/fv9wbf>, pobrano 30.05.2017. https://www.dpa-news.de/views/b2b/thema-details.jsf?nh=2afuhc.3&pm4j={„sec”:”DPA_INSIGHT_EN”,”cat”:”INSIGHT_HOME”,”moid”:53600568}, pobrano 31.05.2017.
<http://wiadomosci.onet.pl/swiat/londyn-polakom-nie-spieszy-sie-z-powrotami-do-polski/r43xt1>, pobrano 8.06.2017.
<http://wiadomosci.onet.pl/swiat/pierwsza-runda-rozmow-o-brexicie-wygrana-przez-unie/wf0mj9g>, pobrano 20.06.2017.
<http://www.bbc.com/news/uk-politics-40345280>, pobrano 21.06.2017.

AKTY PRAWNE

Europejska konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności z 4 listopada 1950 r. (Dz.U. 1993, nr 61, poz. 284 z późn. zm.).
 Europejska karta społeczna z 18 października 1961 r. (Dz.U. 1999, nr 8, poz. 67 z późn. zm.).
 Traktat o Unii Europejskiej z 7 lutego 1992 r. (tekst jedn. Dz.U. C 326 z 26.10.2012, s. 13).
 Traktat o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej z 25 marca 1957 r. (tekst jedn. Dz.U. C 326 z 26.10.2012, s. 47).
 Karta praw podstawowych Unii Europejskiej z 7 grudnia 2000 r. (tekst jedn. Dz.U. C z 26.10.2012, s. 391).
 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 492/2011 z 5 kwietnia 2011 r. w sprawie swobodnego przepływu pracowników wewnątrz Unii (Dz.U. L 141 z 27.5.2011, s. 1).
 Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2004/38/WE z 29 kwietnia 2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium państw członkowskich, zmieniającą rozporządzenie nr 1612/68/EWG i uchylającą dyrektywy nr 62/22/EWG, 68/360/EWG, 72/194/EWG, 73/148/EWG, 75/34/EWG, 75/35/EWG, 90/364/EWG, 90/365/EWG i 93/96/EWG (Dz.U. L 158 z 30.4.2004, s. 77 z późn. zm.).
 Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2006/123/WE z 13 grudnia 2006 r. w sprawie usług na rynku wewnętrznym (Dz.U. L 376 z 27.12.2006, s. 36).
 Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE z 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.U. L 88 z 4.4.2011, s. 45).
 Wyrok Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości z 16 maja 2006 r. w sprawie *Yvonne Watts v. Bedford Primary Care Trust* (sygn. akt C-372/04 - Zb. Orz. 2006, s. I-4325).
 Ustawa o prawach człowieka z 1998 r. (*Human Rights Act*).
 Ustawa o opiece zdrowotnej i społecznej z 2012 r. (*Health and Social Care Act*).
 Rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych (*Secretary of State for the Home Department*) – Przepisy imigracyjne dotyczące Europejskiego Obszaru Gospodarczego z 2006 r. (*Immigration (European Economic Area) Regulations*).

NHS, Poles and Brexit. from Healthcare in the United Kingdom

PAWEŁ KALETA
European Parliament

SUMMARY: *Withdrawal of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland from the European Union (Brexit) will definitely bring various consequences for its inhabitants, including the Poles residing there. Rights, which the latter currently enjoy, will definitely become a subject of the Brexit negotiations, especially as they do not possess status of 'acquired rights' under international law. It is therefore worthwhile to analyse the situation of Poles in the United Kingdom from the point of view of their social rights in particular, including their right of access to healthcare. The article in question synthetically presents therefore the current state of the British (English) healthcare system in this context. It is being published at a time, when the conduct, let alone the results of the negotiations in question can't yet be foreseen. However, it may already be stated, that a lack of withdrawal agreement would be their one definitely negative result.*

KEY WORDS: *Brexit, social rights, healthcare system, National Health Service, NHS*