

Bevezetés

Az alábbi szöveg a "Népegészségügy és az EU: áttekintés" című könyv vezetői összefoglalója.

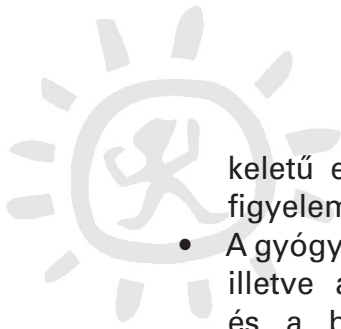
Míg a közlemény teljes szövege jelenleg csak angol nyelven áll rendelkezésre, amely ingyenesen letölthető az Európai Népegészségügyi Szövetség honlapjáról (<http://www.epha.org/>), a jelen vezetői összefoglalót minden európai uniós nyelven közzétették és kinyomtatták az Európai Bizottság és magánalapítványok anyagi támogatásával.

A "Népegészségügy és az EU: áttekintés" az EPHA által készített politikai eligazítások gyűjteménye először 1995-ben került publikálásra. Tizenöt évvel később, örömmel mutatjuk be a legfrissebb változatot, amely az EU-s közpolitika legújabb fejleményeire, az új Közegészségügyi Programra, valamint az EU bővülés egészségügyi politikai vonatkozásaira utal.

Az EPHA küldetése az, hogy támogassa és védje minden Európában élő ember egészségét és pártolja a polgárok jelentősebb részvételét az európai szintű egészségügyre vonatkozó politikai munkában. Az EPHA azért jelentette meg ezt a könyvet, hogy bemutassa az Európai Unió (EU) sokrétű népegészségügyi politikát befolyásoló tevékenységét. A célja az, hogy tájékoztassa a helyi, nemzeti és európai szintű szervezeteket azokról a lehetőségekről és kihívásokról, amelyekkel az EU a népegészségügyet szembeesíti. Ezt mi úgy értelmezzük, mint a polgári társadalmi közreműködés és elhivatottság kiszélesedésének és megerősödésének előfeltételét a politikai munkában. Az EPHA továbbá felhívja a figyelmet a kormánytól független szervezetek döntő tevékenységére, amellyel azok hidat emelnek a polgárok és a döntéshozók közé, valamint a már megszerzett jogok egyensúlyban tartásáért.

Ezen beszámoló az EU jelenlegi (2007-tel kezdődő) tevékenységei közül a következő területeket érinti:

- Az Európai Unió egészségügyi helyzetét, figyelembe véve a bővülés hatását;
- A rendelkezésre álló EU szintű eszközök, amelyek a népegészségügy vitatott kérdéseit befolyásolják;
- Az EU egyéb politikai területeinek (belső piac, mezőgazdaság, környezetvédelem, kutatás, munkahelyi egészség és biztonság stb.) hatása a népegészségügyre;
- A betegek mobilitása és a népegészségügy fejlesztése közötti kapcsolat, valamint az, hogy hogyan vezethet mindez egy szorosabb EU-s együttműködéshez és koordinációhoz;
- Az egészségügyi adatcsere és a bevált gyakorlatok további fejlesztése;
- Az egészségügyet befolyásoló tényezők, úgymint: táplálkozás, testmozgás, alkohol, dohány, kábítószer, lelki egészség és sérülés fontossága;
- A fertőző betegségek hatása az EU napirendjére valamint az újabb



keletű egészségügyi riadalmak, úgymint a SARS és a madárinfluenza figyelemfelkeltő szerepe az EU-s szintű intézkedések szükségességére;

- A gyógyszeripari termékek és gyógyszerek fontossága az európai polgárok illetve a gazdaság számára, továbbá a költséggel, versenyhelyeztetel és a biztonsággal kapcsolatos megfontolások hatása az általános népegészségügyi politikára.

Népegészségügy

A publikáció tartalmaz egy rövid bevezetést a népegészségügy különböző fogalmaiba, röviden elmagyarázza a népegészségügyi mozgalom eredetét és a jelentősebb elért eredményeket.

Az emberek mindenhol, egész életükön át kiszolgáltatottak az egészségüket fenyegető, szinte korlátlan mértékű veszélyeknek, amelyek jelentkezhetnek fertőző vagy nem ragályos betegségek, ártalmak, fogyasztói termékek, erőszak, illetve természeti katasztrófák formájában. Az elszigeteltség nem biztosít védelmet: a legtöbb veszélyhelyzet bonyolult, hosszú időre visszanyúló eseménysorozatban gyökerezik.¹ A népegészségügy lényegében a megfelelő feltételek megteremtése egy egészséges társadalom érdekében.

A népegészségügy úgy határozható meg, mint a lakosság 'tárgyilagos és mérhető' egészsége, az egyes személyek várható életkora valamint annak a betegségektől mentes határa. Ez egy meglehetősen szűkre szabott meghatározás. A védőoltások és a fejlettebb szűrések kedvező hatást gyakoroltak a közegészségre; de egyéb területek, úgymint a jobb lakás, víztisztaság, csatornázás, élelmiszerbiztonság, oktatás, stb. még meghatározóbb szerepet játszottak.

A Népegészségügy tágabb értelemben vett fogalma Winslow 1920-as klasszikus megfogalmazását tükrözi:

A népegészségügy a betegségmegelőzés, az élettartam meghosszabbítása valamint a testi épség és a hatékonyság ösztönzésének a tudománya és bölcsészete, amely a szervezett, környezeti egészségügyre irányuló hatékony közösségi törekvések, a közösségben felbukkanó ragályok megvizsgálása, az egyes személyek nevelése a személyes testápolás elveire vonatkozóan, az orvosi és ápolói szolgáltatás megszervezése a korai diagnózis és a betegséget megelőző kezelés érdekében, valamint a szociális gépezet fejlesztése által biztosítja az egészség védelméhez megfelelő életszínvonalat a közösség minden egyes tagjának a számára.²

A fenti meghatározás fontos kérdéseket vázol fel, úgymint a kórmegelőzésre és az általános életszínvonalra és életminőségre irányuló figyelem, amely kulcsfontosságú aspektusát képezi a mai közegészségügyi politikának valamint az EU-s szintű megközelítésnek is.

Továbbá, az egészség egy emberi jog, amint azt az Emberi Jogok Általános Nyilatkozata is leszögezi³.

A népegészségügy jóval többet jelent az alapszintű egészségügyi ellátásnál. Minden kormánynak maga a népegészségügy és nemcsak az alapvető



egészségügyi ellátásra irányuló befektetés lenne a feladata annak érdekében, hogy elősegítse polgárainak a jólétét és egészségét.

A közegészségügy állapota Európában

A "Népegészségügy és az EU: áttekintés" című könyv egy, az európai népesség egészségügyi állapotára vonatkozó fejezettel folytatódik.

Az Európai Unióban az emberek tovább és jobb egészségben élnek mint régebben.⁴ Nyugat-Európában a várható életkor az 1950-es évektől következetesen növekedett, hozzávetőlegesen évtizedenként 2.5 évvel. A férfiak várható élettartama az EU-25-ben 66-78 év között változik (12 éves határ), a nőké 76-84 év között változik (8 éves határ). Az EU-s országok közötti különbség nagyobb a jó egészségben töltött várható élettartamra vonatkozólag, mint magára a várható élettartamra vonatkozólag. A nők várható jó egészségben töltött élettartama 57-75 év között mozog (18 év), míg a férfiaké 54-71 év között (17 év).⁵

A legtöbb előrejelzés azt feltételezi, hogy tovább folytatódik az ezirányú elmozdulás. Az életmóddal kapcsolatos betegségek sajnos növelik a várható élettartam csökkenésének a veszélyét. Veszélyfaktorok, úgymint a dohányzás, az elhízottság, a testmozgás hiánya, a magas alkoholfogyasztás, a sérülések és balesetek korai elhalálozást és krónikus betegségeket okoznak. Egyértelmű a kapcsolat az étkezési szokások, az életmód és az egészségi állapot között.⁶ A nem fertőző betegségek az EU teljes betegségi terhének a 87%-át teszik ki. Ebből 27%-ot a lelki betegségek tesznek ki.⁷ 1999-ben, a rokkantsági nyugdíjak több mint 40%-a lelki betegségeken alapult Finnországban, Portugáliában ez az arány 25% volt. Manapság az szív-és érrendszeri betegségek jelentik az elhalálozások legnagyobb okát az EU-ban.⁸ Ezek felelősek az elhalálozások 40%-ért, mindkét nemnél. Szintén ezek a betegségek a fő okai a rossz egészségnek Európában. Az elhízottság és a 2-s típusú cukorbetegség aggasztó tendenciát mutat, nemcsak azért, mert a népesség nagy részét érinti, hanem mert egyre korábban jelentkezik. 2000-ben az Európai Unióban összesen 158 milliónyi munkanap veszett el, amely balesetenként átlagosan 20 munkanapnak felel meg.⁹ Továbbá a fertőző betegségek és az országos járványok a magas mobilitásnak köszönhetően gyorsabban terjednek az országhatárokon túl, mint valaha.

A korai elhalálozás jelentősebb okai szerencsére nagymértékben megelőzhetőek, ugyanis a fontosabb rizikófaktorok és viselkedési formák könnyen befolyásolhatóak a már jól ismert és megvalósítható népegészségügyi beavatkozások hatékony alkalmazásával. Sajnálatos módon a legtöbb veszély a szegény lakosság körül csoportosul¹⁰.

A fenti pillanatfelvétel, amely a teljes publikációban részletes kifejtésre kerül, egy ellentétekkel teli Európát mutat. Figyelemre méltó fejlődést figyelhetünk meg a népegészségügyben az elmúlt évtizedekben, amely jelentősen megemelte a népesség jelentős csoportjainak az életminőségét. Azonban még mindig igen nagy különbségek vannak az egyes országok között és az országokon belül is. Az előrelátható előnyök fennállása lényeges a hatékony népegészségügyi politika szempontjából.



A független európai közegészségügyi politika feltűnése

A "Népegészségügy és az EU: áttekintés" című könyv újabb változata elismeri, hogy az egészségügyi kérdések egyre nagyobb teret kapnak az európai politikai napirendben.

Az Európai Közösséget Létrehozó Szerződés 152. cikke kimondja, hogy "valamennyi közösségi politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészségvédelem magas szintjét". Manapság az egészség nemcsak úgy merül fel, mint egy külön és egyértelműen meghatározott politikai terület, hanem más politikai területek fontos tényezőjeként is, mint például a mezőgazdaság, a környezetvédelem, a munkavállalás, a verseny, a fogyasztóvédelem, stb. Az egészségvédelem elméletileg még mindig inkább nemzeti szintű, semmint európai szintű hatáskör "A népegészségügy terén való közösségi fellépés során teljes mértékben tiszteletben kell tartani a tagállamoknak az egészségügyi szolgáltatások és az orvosi ellátás szervezésére és nyújtására vonatkozó hatáskörét."¹ A határontúli egészséget fenyegető helyzetek egyre nőnek az Unióban, az EU egyre fontosabb szerepet tölt be az egészségvédelmi megoldások népszerűsítésében és koordinálásában minden uniós polgár számára, a figyelmét a betegségmegelőzésre, általános felkészültségre és a lehetséges veszélyek esetén gyors fellépésre összpontosítja. Mint minden más politikai területen, az európai népegészségügyi politikák a Tanács, az Európai Parlament és a Bizottság között megosztott felelősségi összefüggésben kerültek kifejtésre.

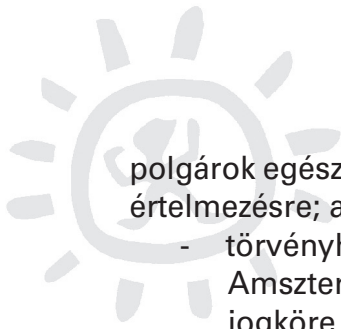
Az alábbi összefoglaló az európai intézmények felelősségmegosztását és befolyását írja le, a teljes publikáció alapján:

Az **Európai Unió Tanácsa** a fő döntéshozó testület. A Tanács az EU-s tagállamokat képviseli, ezért minden egyes EU-s nemzeti kormány egy-egy képviselője a tagja. A Tanács határozatokat hozhat a következő formákban: jogerős rendeletek, irányelvek, önkéntes javaslatok a közös fellépésre, közös álláspont, javaslatok, végkövetkeztetések és vélemények.

Az **Európai Parlament** egy olyan európai testület, amely közvetlenül képviseli a tagállamok polgárait. Az uniós polgárok demokratikus akaratát és érdekét képviseli a többi EU-s intézményekkel szemben. Az Európai Parlamentnek három fő hatalma van: törvényhozó hatalom, költségvetési hatalom és felügyeleti hatalom.

Az **Európai Bizottság** egy politikailag független intézmény, amely az EU egészének az érdekeit támogatja és képviseli. Az EU intézményi rendszerében ez a testület ösztönző szerepet tölt be, ugyanis jogosult arra, hogy javaslatokat terjesszen a Tanács és a Parlament elé.

A népegészségügy terén a jelen szervezet az alábbi intézkedésekben nyilvánul meg: Az Európai Bizottság Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatósága (DG SANCO) 1999-ben jött létre. A fő iroda Brüsszelben székel, de a népegészségügyi igazgatóság megosztva működik Brüsszelben és Luxembourgban. A főosztályon 700 alkalmazott dolgozik, mindebből 120-an felelnek a népegészségügyért. Más igazgatóságok saját hatáskörükön belül intézkednek az egészségügyi kérdésekről (a teljes publikáció ezt részletesen leírja). A DG SANCO általános hivatása: "Az Európai Uniónak, a tagállamokkal együtt az a célja, hogy védje és ösztönözze a



polgárok egészségét.” A ‘védelem és ösztönzés’ feladata különböző módon került értelmezésre; az irányítás jelenleg alkalmazott fő formái a következők:

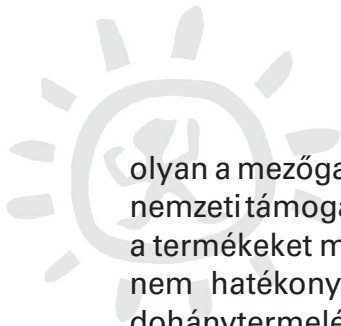
- törvényhozás és szabályozás – a népegészségügyre vonatkozó hatáskört az Amszterdami Szerződés 152. cikke erősítette meg. Az EU határozathozatali jogköre korlátozott a népegészségügyi politikára vonatkozóan. A tagállamok helyi szintű intézkedéseket hoznak az egészségügy szervezeteire és a szolgáltatás nyújtására vonatkozóan, jóllehet az EU különleges jogosultsággal rendelkezik az alábbi területeken: vér, emberi eredetű szervek és szövetek (a vér biztonságossága és minősége, vérkészítmény, orvosi kezelésekhez használt emberi szövetek és emberi sejtek).
- autonóm szabályozás és önkéntes együttműködés (koordinációs nyitott módszer) – elmozdulás figyelhető meg a jogerős eszközöktől (úgy mint határozatok és irányelvek) a alternatív szabályozási módszerek felé, úgy mint az érintett szociális és gazdasági szereplők együttes és autonóm szabályozása. Ez várhatóan csökkenti majd a költségeket és növeli a hatékonyságot. Az együttes szabályozás és az önkéntes autonóm szabályozás különféle formákban jelentkezhet, úgy mint önkéntes egyezmények, magatartási kódex, charta, irányelvek, harmonizált szabványok stb. Ez a megközelítés – a koordinációs nyitott módszer (OMC) – egyre inkább túlsúlyba kerül, mint az Európai Unió kormányzatimódszere. A hagyományos, jogászimegközelítéssel ellentétben a módszer inkább a nemzeti politikák koordinációját, semmint harmonizációját célozza meg. Arra indítja a tagállamokat, hogy együttesen tevékenykedjenek a közös célok megvalósításáért, a törvényes nemzeti különbségek tiszteletben tartásával.
- az EU költségvetési intézkedései, mint a Közösségi Akció Program a Népegészségügyért 2003-2008¹² (312 millió euró költségvetési kerettel) valamint az EU által kezdeményezett felvilágosítási kampány, a ‘Segítség a dohánymentes élethez’ úgy értelmezhetőek, mint a jogi és önkéntes megközelítéseket támogató fellépés.

A teljes publikáció felismeri azt, hogy az EU-nak nem megdupláznia kellene a tagországok törekvéseit, hanem hozzáadott értéket kellene nyújtania azáltal, hogy olyan fellépésekre összpontosít, mint a széleskörű EU-s egészségügyi statisztikák, a tagállamok között a jól bevált módszerek megosztása valamint a közvélemény- és információcserére szolgáló fórumok szolgáltatása.

Az egészség az egyéb EU-s politikai területeken

Az EU-nak számos olyan közös politikája van, amely kihatással van az egészségügyre, úgy mint a belső piac, a mezőgazdaság, a környezetvédelem, a kutatás, a fogyasztóvédelem, a munkahelyi egészség és biztonság stb. Az EU egészségügyre vonatkozó hatásköre meglehetősen szűk körű, ezért kulcsfontosságú minden, egyéb politikai területeken rendelkezésre álló eszköz használata a népesség egészségének és jólétének fejlesztése érdekében. Az alábbiakban azok a közös politikák kerülnek összegzésre, amelyek hatást gyakorolnak az egészségre, a részletes leírást a teljes publikáció tartalmazza.

Agrárpolitika – a vidéki területek az EU területének 90%-át teszik ki és a népesség megközelítőleg 50%-ának nyújtanak otthont. A Közös Agrárpolitika (KAP) egy



olyan a mezőgazdasági termelőket támogató rendszer, amelynek az a célja, hogy a nemzeti támogatási rendszerek helyébe lépve biztosítsa azt, hogy a tagországokban a termékeket megegyező módon termelik. A KAP-ot sok kritika érte a támogatások nem hatékony felhasználása miatt, az EU-s költségvetés 50%-t költi el és a dohánytermelés támogatásával negatív hatást gyakorol a népegészségügyre, továbbá támogatja az alkoholelőállítását valamint egy millió tonna gyümölcs és zöldség megsemmisítését. A fejlődő országok mezőgazdaságára gyakorolt negatív hatását is komolyan kritizálták.¹³ A KAP pénzügyi súlya az általános közös politikákra ezidáig nem kérdőjelezhető meg és jól illusztrálja a számos dilemmát a népegészségügyi politikában és azok jelentőségét a gazdasági célkitűzésekre vonatkozóan. Mivel egyre nő az életmóddal kapcsolatos megbetegedések száma, a KAP hatását alaposan meg kell vizsgálni.

Egészségügy és környezetvédelem – Az egészségügy fontos tényezője az EU környezetpolitikájának. Kulcsfontosságú fellépési területek a külső és a belső légszennyezés, a zaj, a belső, házon belüli környezet és a lakhatási feltételek, a vízügyi politika, az elektromágneses mezők, a sugárzás és a vegyi hatások kitétele. Ezen tényezők hatása számos egészségi problémával társítható, mint például hallászavarok, alvászavarok, magas vérnyomást és keringési zavarokat okozó stressz, bőrrák és egyéb rákos megbetegedések, légúti megbetegedések és születési rendellenességek. A környezet és az egészség kölcsönhatása jóval mélyebb és bonyolultabb, mint általánosan elismert álláspont¹⁴.

Kutatás – Az EU szintű kutatásokat sok kritika érte azért, hogy az korlátozott, töredékes és nem célratoró. A problémával történő megbirkózás érdekében a Bizottság 2000-ben javaslatot tett az Európai Kutatási Térség (EKT)¹⁵ felállítására. Az EU-s kormányok vállalták, hogy növelik a magán és a közszeaktor által kutatásra fordított bruttó nemzeti termék arányát, a 2000-res 1.9%-os arányról 2010-re 3%-ra. A 7. Kutatási Keretprogram (FP7)¹⁶ jelentősen megnövelte a költségvetést – 73 billió euró kerül kiadásra a hétéves időszakban, négy fő program útján: együttműködés, ötletek, emberek és képesség. Az egészség a kilenc téma egyike, amelyet a négy program mindegyike lefed.

Fejlesztési segély és egészség; az általános perspektíva – A világ minden országa, valamint a fejlesztési intézmények megállapodtak a Nyolc Milleneumi Fejlesztési Cél-ban az ENSZ közreműködésével. Ezek a célkitűzések széleskörű vitás kérdéseket céloznak meg, úgymint a rendkívüli szegénység, a HIV/AIDS terjedésének megállítása, valamint az általános alapszintű oktatás biztosítása. A fejlesztési segély az EU globális egészségügyi kiadásainak egy jelentős és érzékelhető hányadát képviseli (ezen a területen az EU a legnagyobb közreműködő, az összes segély 55%-t és az adomány jellegű segélyek 65%-át nyújtja, habár az EU még mindig kevesebbet költ segélyekre, mint az erre vonatkozó ígéretek). Az itt lefestett helyzetet azonban egyensúlyba kell hozni az egyéb politikákra vonatkozó hatásokkal, úgymint a KAP, belső piac és a globális egészségügy.



Az európai közegészségügyi megoldásokra nehezedő nyomás – a betegek mobilitása és a közegészségügyi fejlesztések

A "Népegészségügy az EU: áttekintés" tartalmaz egy, az intézkedésekre vonatkozó fejezetet, habár ez nemzeti felelősség. Bizonyos tényezőknek köszönhetően az európai közegészségügyi rendszerek egyre inkább összekapcsolódnak.

Először is, minden EU-s polgárnak joga van arra, hogy egy másik tagországban éljen és dolgozzon, anélkül, hogy a nemzetisége miatt hátrányosan megkülönböztessék. Az egészségügyi foglalkozásúak számára ezt az általános szabályt egy határozat csomag támogatja, a képesítések kölcsönös elismerése érdekében. Az alábbi, a 2005/36/EC¹⁷ számú irányelvben megfogalmazott mechanizmusok léteznek:

- a képzési követelmények harmonizációja hozzájárul a szakmai képesítés automatikus elismeréséhez (orvosokra, ápolókra, fogorvosokra, szülésznőkre, állatorvos-sebészekre, gyógyszerészekre és építészekre vonatkozóan)¹⁸.
- Az elismerés 'általános rendszer'-e minden szakmára vonatkozik. Ez a rendszer körvonalazza a polgárok, a szakmai mobilitás területén élvezett alapvető jogait és kifejti a tagországok kötelezettségeit¹⁹.

A tradicionális közegészségügyi szakemberekre vonatkozó ágazati irányelvek már az 1970-es évek közepe óta léteznek. Az egyéb közegészségügyi szolgáltatók képesítésének elismerésére vonatkozó rendszer kevésbé átlátható (mint például a kiegészítő illetőleg az alternatív gyógytermékekkel foglalkozó szakmák). A 2005-ös irányelv egyik célja az volt, hogy a képzés elismerését egyszerűbbé és átláthatóbbá tegye.

Másrészt a betegek a határokon túl keresnek jobb kezelést. A 1408/71-es közösségi rendelet alapján a betegeknek lehetőségük van arra, hogy külföldön részsüljenek kezelésben. Két, döntő jelentőségű, 1988-ban hozott európai bírósági döntés²⁰ játszott jelentős szerepet a közegészségügyi rendszerek megszervezésében. Az Európai Bíróság kimondta, hogy az állampolgároknak jogukban áll egészségügyi ellátásban részülni egy másik tagállamban. Meghatározott feltételek fennállása esetén ezen költségeket vissza lehet téríteni. Az 1408/71 számú rendelet szerint továbbá, egy, a más tagországban töltött időleges tartózkodás során – utazás, tanulás, munkalehetőség felkínálása vagy munkakeresés okán – a közegészségügyi ellátás szükségének felmerülése esetén az ellátás ugyanolyan alapon kerül szolgáltatásra, mint az országban biztosított polgárok számára. 2004. június 1-jét követően ezen szolgáltatás igénybe vehető az európai betegbiztosítási kártya felmutatásával, amely felváltotta a korábban használt adminisztrációs űrlapokat, pontosabban az E111-es űrlapot (COM 2004).

Harmadsorban, a betegek mobilitása kihatással van a közegészségügyi szolgáltatásra és az orvosi ellátásra is, mind abban az országban, ahol a beteg biztosítva van, valamint abban az országban, ahol a beteg ellátásban részesül. A Bizottság a tagországok együttműködésének megszilárdítása útján valamint biztosítva azt, hogy az egészségügyi ellátásra és a közegészségügyre vonatkozóan a közösségi jog kerüljön alkalmazásra, közösségi keretrendszer fejleszt ki a biztonságos, magas színvonalú és hatékony egészségügyi szolgáltatás érdekében.



Az EU közegészségügyi politikájának előfeltételei – az egészségügyi tájékoztatás

Az egészségügyi tájékoztatás fontos a tagországok és a régiók összehasonlításának érdekében és ezáltal az európai és nemzeti szintű tájékoztatás és irányítás szempontjából. A naprakész, magasszintű egészségügyi helyzetre vonatkozó tájékoztatás elengedhetetlen feltétele a közegészségügyi politika hatékony fejlesztése érdekében.

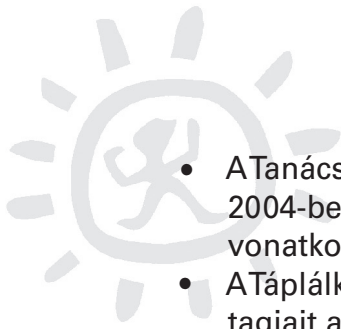
Az Európai Bizottság célja az, hogy meghatározza azokat az egészségügyi mutatókat, amelyek tömör és összehasonlítható információt kínálnak a népesség egészségügyi és egészségüggyel kapcsolatos viselkedésére vonatkozóan. Az egészségügyi mutatók kifejlesztésére irányuló munkát javaslattevő munkacsoportok koordinálják, amelyek a későbbi ellenőrző rendszer egy-egy eleméért felelnek. A munkacsoportokat a következő területeken hozták létre: megbetegedések száma és az elhalálozás, a balesetek és a sebesülések, a lelki egészség, az életmód és az egyéb az egészséget befolyásoló tényezők, az egészség és a környezet, az egészségügyi rendszerek és az Európai Közösség egészségügyi mutatói.

Az ezirányú tevékenységnek fejlesztenie kell az adatok minőségét és összehasonlíthatóságát a hozzáférés megkönnyítése, valamint a rendelkezésre álló információ kiértékelésének javítása érdekében. A végső cél egy Európai Unió-s szintű egészségügyi tudományos és információs rendszer kifejlesztése, amely teljes mértékben hozzáférhető mind a európai szakemberek mind a tágabb közösség számára.

Az EU-s közegészségügyi politikára irányuló figyelem – az egészséget befolyásoló tényezők

Hét veszélyt jelentő tényező – egyik sem fertőző betegség – jelenti a legnagyobb betegségi terhet a Egészségügyi Világszervezet európai régiójában. Ezek a következők: a magas vérnyomás, a dohánytermékek használata, a kártékony és veszélyes alkoholfogyasztás, a magas koleszterolszint, a túlsúlyosság, az alacsony szintű gyümölcs és zöldség bevitel és a testmozgás hiánya. A nem fertőző betegségek nagymértékben megelőzhetőek. A szívkoronaér megbetegedéseinek 80%-a és a 2-s típusú cukorbetegség 90%-a elkerülhető lenne az életmód megváltoztatásával. Az egészséges táplálkozás, a normális testsúly fenntartása és a fokozott testmozgás egy harmadával csökkenthetné például a rákos megbetegedések számát. Az alábbiakban leírt meghatározó tényezők a legjelentősebbek, az EU intézmények ezen területekre irányuló tényleges fellépése a teljes publikációban kerül kifejtésre.

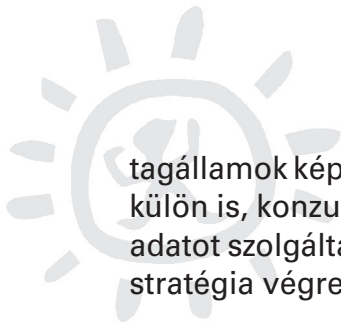
Táplálkozás és testmozgás – a fogyasztott táplálék, az életmód valamint az egészség közötti kapcsolat tudományosan alátámasztott tény, különös tekintettel a fogyasztott táplálék és az életmód meghatározó szerepére a krónikus nem fertőző betegségek, úgymint az elhízás, a szív-és véredény jellegű betegségek, a rákos megbetegedések, a 2-s típusú cukorbetegség, a magas vérnyomás és a csontritkulás vonatkozásában²¹. Az Európai Bizottság számos lépést tett annak érdekében, hogy állást foglaljon ezeket a közegészségügyi kihívásokat illetően;



- A Tanács végkövetkeztetéseket fogadott el; például 2003-ban az életmódra, 2004-ben a szív egészségének javítására és 2006-ban a cukorbetegségre vonatkozóan.
- A Táplálkozás és a Testmozgás Európai Hálózata 2003-ban került felállításra, tagjait a tagországok által jelölt szakértők adják.
- Egy következetes és széleskörű közösségi stratégia a táplálkozásra, testmozgásra, valamint az elhízottságra vonatkozóan 2007. júniusára várható. Ez a Zöld Könyv konzultációján alapul: "Az egészséges táplálkozás és a testmozgás ösztönzése: a túlsúlyosság, az elhízottság és a krónikus megbetegedések európai szintű megelőzéséért". Az az elvárás, hogy a táplálkozási és testmozgási áramlatokat belefoglalják minden lényeges helyi, regionális, nemzeti és európai szintű politikába, valamint a szükséges támogató körülmények megteremtése.
- A Bizottság szolgálatai kísérleti céllal beindították a "Táplálkozás, testmozgás és Egészség" európai fellépési fórumát, amely az 'elhízottsági kerekasztal' tapasztalatain alapul. Az európai szintű fontosabb szereplők (a kiskereskedők, az élelmiszertermelők, a vendéglátóipar, a reklámpiac, a fogyasztói és az egészségügyi nem kormányjellegű szervezetek, a gyógyászati szakmák stb.) 2005 óta rendszeresen találkoztak azzal a céllal, hogy megállapodjanak a konkrét teendőket illetően, amelyek segítséget nyújthatnak az elhízottsági tendencia megfékezésében, illetve ellentétes irányba mozdítanak a jelen folyamatot.
- Szintén fontos cél annak a biztosítása, hogy a potenciális partnerek ismerjék az elhízottsággal kapcsolatos kezdeményezéseket annak érdekében, hogy a politikában következetesebben léphessenek fel.
- A élelmiszerbiztonság szintén elsőbbségi kérdés az EU számára. Az Európai Élelmiszerbiztonsági Hivatal (EFSA) 1996-ban került felállításra azzal a céllal, hogy az élelmiszerellátásból eredő egészséget fenyegető veszélyekkel foglalkozzon és az Európai Bizottság kiterjesztette a maghatalmazását a táplálkozásra vonatkozóan is.

Alcohol – az alkoholfogyasztás több, mint 60 különböző típusú betegség, megbetegedés és állapot veszélyét növeli. Az alkohol hátrányos szociális hatása szintén jelentős, az általános szociális ártalmaktól a családon belüli erőszakig, a növekvő tüzesetek, a fulladások és a gépjárműbalesetek, a megrontás, a bűncselekmény és az emberölés. Az EU-ban megközelítőleg 55 millió felnőtt fogyaszt kártékony mennyiségű alkoholt, ebből 23 millió alkoholfüggőnek tekinthető.

Néhány eddig elfogadott Európai Uniós irányelv a következőkre vonatkozik: az alkohol adózása, a fiatalok alkoholfogyasztására vonatkozó ajánlás (2001) és a Határok Nélküli Televízió Irányelv (89/552/EEC számú irányelv) amely az alkohol reklámozására vonatkozó megszorításokról rendelkezik. 2006. októberében az Európai Bizottság elfogadta a következetes Alkohol Stratégiát, hogy támogassa a tagállamokat az alkohollal kapcsolatos károsodások csökkentése érdekében²². Az Európai Bizottság 2007. júniusában rendelkezett az Alkohol és Egészségügyi Fórum felállításáról, amely különböző érdekelt szervezetek szakértőit egyesíti, beleértve a nem kormányjellegű szervezeteket, az italelőállító ipart és a kiskereskedőket. A



tagállamok képviselői, az egyéb EU-s intézmények és hivatalok szintén találkoznak külön is, konzultációs tanácsok keretében. A fórum általános célkitűzése az, hogy adatot szolgáltatson valamint támogassa és ellenőrizze a tájékoztatásban kifejtett stratégia végrehajtását.

Dohány – A dohányzás megelőzése már évek óta napirendi ponton van az egészségügyi szakemberek, a politikusok, a nem kormányjellegű szervezetek, a tagállamok, valamint az Európai Bizottság programjában. Mégis, Európa felnőtt lakosságának megközelítően egy harmada dohányzik. Valószínűsíthetően 650,000 európai ember halálát okozza évente a dohányzás, amely azt jelenti az EU-ban, hogy minden 7. haláleset a dohányzással függ össze. A dohányzás majdnem mindegyik emberi szervet károsítja, és ezzel a megbetegedések széles körének okozója. A rendszeres dohányosok felének a dohányzás okozza a halálát, közülük a középkorúan elhalálozottak várható életkora 22 évvel alacsonyabb, sőt ennek a rövidebb élettartamnak a nagyobb része rossz egészségben telik el. További több, mint 13 millió ember szenved olyan súlyos krónikus betegségben, amely a dohányzás következménye. Továbbá a passzív dohányzás évente több, mint 79,000 felnőtt halálát okozza az EU 25 tagállamában²³. A dohányfogyasztás csökkentésére irányuló EU-s erőfeszítések, ajánlások és a jogi szabályozás, úgymint:

- Közterek és a munkahely – 1989-ben az EU elfogadott egy állásfoglalást, amely megtiltja a dohányzást közterületeken és a tömegközlekedés minden eszközén.
- Dohánytermék Határozat – 2001-ben a dohánytermékekre vonatkozó irányelv jogerőre emelkedett.
- Az Európai Unió Irányelve a dohány reklámozására – 2003-ban az irányelv elrendelte a dohánytermékek reklámozásának megtiltását, amely ma a határokon túli reklámozásra és a sport szponzorálására is vonatkozik.
- Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény – 2004-ben, az EUTanácsa elfogadta a Egészségügyi Világszervezet keretegyezményét a dohányellenőrzésre vonatkozóan (FCTC)²⁴.
- Az egészségügyi figyelmeztetés a dohánytermékek csomagolásának a fedőlapján legalább 30%-kal, a hátlapján pedig 40%-kal növekedett.
- Adózás – a dohánytermékeket magas adótartalom terheli a tagországok többségében.

Az Európai Bizottság 2007 tavaszán, a Zöld Könyvvel általános konzultációt indított a füstmentes környezet megteremtésére ösztönző lehető legjobb megoldás elérése érdekében: "Egy dohányfüstmentes Európa felé: EU szintű politikai lehetőségek"²⁵.

Kábítószerfogyasztás – A kábítószerfogyasztás, különösen a fiatalok körében, történelmi szempontból ma csúcsponton van. Az EU-ban manapság majd két millió problémát jelentő kábítószerfogyasztó él²⁶. A nemzeti kábítószer szabályozás egyre inkább igyekszik különbséget tenni a kábítószerrel való visszaélés, úgymint kábítószer birtoklása saját használatra, valamint az egyéb visszaélések, úgymint kábítószerkereskedelem és forgalmazás között. Ezen utóbbiakat illetően, általánosságban a szigorúbb büntetések felé történő elmozdulás figyelhető meg. Az ez irányú fejlődés megegyezik az Európában érzékelhető fejleményekkel,



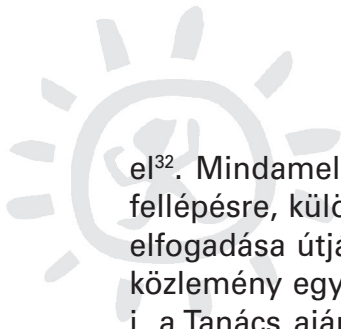
általánosságban nagyobb hangsúly helyeződik a kábítószer elleni kezelések kiszélesítésére és nagyobb figyelem összpontosul a beavatkozásra, amelynek következményeként a problémás kábítószeres esetek büntetőjogi elbírálás helyett kezelési és rehabilitációs megoldások felé mozdulnak.

A Bizottság a **jogtalan kábítószerhasználatot** – és bizonyos esetekben a jogos kábítószerrel való visszaélést - úgy kezeli, mint meghatározó népegészségügyi problémát. A fellépés a megelőzésre összpontosít nevelés és a tudatosítás útján, de szintén kiterjed a veszély és az okozott kár csökkentésére és a kezelésre. Az Unió kábítószerfogyasztással kapcsolatos problémáinak kezelésére irányuló európai fellépés az EU-s Kábítószer Stratégia (2005-2012) és a Cselekvési Tervek (2005-2008) útján kerül kifejlesztésre. Ez a modell egyrészt a megelőzés, a nevelés és a kezelés, másrészt a kábítószerelőállítás és a kábítószerkereskedelem elleni törvények alkalmazása közötti egyensúly megvalósítását foglalja magába.

Lelki egészségvédelem – Az Egészségügyi Világszervezet szerint, nem létezik semmiféle hivatalos meghatározás a lelki egészségre. A kulturális különbségek és az egymással versengő szakmai teóriák mind hatást gyakorolnak a 'lelki egészség' meghatározására. A lelki egészség mindennapos kérdés, amely minden egyes személyt, családot, iskolákat és a munkahelyet is érint. Ez a problémás kérdés meglehetősen kritikus Európában, ugyanis a megbetegedések majd 20%-a lelki egészségügyi gondokból ered²⁷. A nyújtott segítség mindamellert gyakran nem megfelelő, még a komoly lelki egészségügyi problémák esetében sem. Legelőször 2005-ben kötelezték el az európai egészségügyi miniszterek magukat egy általános fellépés mellett, amely saját egészségügyi politikájuk részét képezi²⁸. 2006-ban a Bizottság nyitott konzultációt indított be, amely a Zöld Könyvre alapult, 'A népesség lelki egészségének ösztönzése. Az Európai Unió Lelki Egészségügyi Stratégiája felé'²⁹. A könyv igen sok (237) választ kapott³⁰. A Bizottság szolgálatai jelenleg egy közleményen dolgoznak, amely a lelki egészségre vonatkozó stratégiát fejti ki. Ez várhatóan 2007 tavaszán kerül elfogadásra.

Sérülések megelőzése – Az európai népesség körében az elhalálozások és a rokkantság leggyakrabban előforduló okai a sérülések³¹. A halált és maradandó sérülést okozó esetek veszélye különösen magas az alábbi területeken, úgymint hazai és szabadidős közúti forgalom, munkahely valamint a fogyasztói termékek és szolgáltatások. Valószínűsíthetően a szándékosan és a gondatlanságból okozott sérülések okozzák a gyermekeknél, fiataloknál valamint a felnőtteknél 45 éves korig a halálesetek és a maradandó fogyatékoságok legnagyobb okát, amely óriási mennyiségű egészséges és munkavállalói szempontból is termelékeny emberélet veszteséget eredményez. A 65 év feletti embereknél a sérülések okozzák az elhalálozás és a fogyatékoság legnagyobb okát és gyakran kiváltó okai az egészségi állapot végleges megromlásának.

Az Európai Bizottság számos kezdeményezést tett a szándékosan és a gondatlanságból okozott halálesetek és sérülések csökkentése elleni fellépés érdekében, ebben a több területet is érintő problémás kérdésben több főigazgatósággal is együttműködött a közlekedés, a munkahely, az erőszak, az alkohol és a gyermekek egészsége területén. Az 1999-2002-ig terjedő időszakban több mint 80, a sérülések megelőzését elősegítő tervet készített



el³². Mindamellett igény mutatkozik a szélesebb alkalmazási körű hatékonyabb fellépésre, különösen a már publikált, sérüléseket csökkentő bevált gyakorlatok elfogadása útján. 2006. júniusában az Európai Bizottság elfogadta a 'Közösségi közlemény egy biztonságosabb európai fellépésért'³³ valamint a 'A 2007. május-i, a Tanács ajánlására irányuló javaslat a sérülések megelőzése és a biztonság elősegítése folyamatban lévő jóváhagyás'-t³⁴.

Az EU közegészségügyi politikára irányuló figyelem - Fertőző betegségek

A fertőző betegségek, mint a HIV/AIDS, a tüdőgyulladás, a kanyaró és az influenza, súlyos veszélyt jelentenek az emberek egészségére és a világban bekövetkező halálesetek megközelítőleg egy harmadáért felelnek. A fertőző betegségek gyorsan terjednek országhatárokon túl is, különösen a mai összekapcsolt világban. Továbbá új megbetegedések bukkannak fel, míg más betegségek gyógyszerellenálló variánsokat fejlesztenek ki, mint például a többfajta gyógyszernek is ellenálló tüdőgyulladás, a methicillin ellenálló *staphylococcus aureus*.

Annak érdekében, hogy felkészültek legyünk az ilyen veszélyek esetére, a Bizottság ezen a területen szorosan együttműködik a tagországokkal. A Bizottság általános felkészültségi terveket mutatott be a különféle egészségügyi veszélyek megnevezése érdekében. Mind nemzeti, mind közösségi szinten specifikus tervezetek kerültek kiadásra a influenzajárvány, a SARS, a himlő illetve a bio-terrorizmus kérdésének kezelésére. A Betegségmegelőzési és Ellenőrzési Európai Központ (ECDC) feladata a tudományos tanácsadás nyújtása és a rizikó felmérése a Korai Veszély Válasz Rendszer (EWRS)³⁵ jelentései alapján.

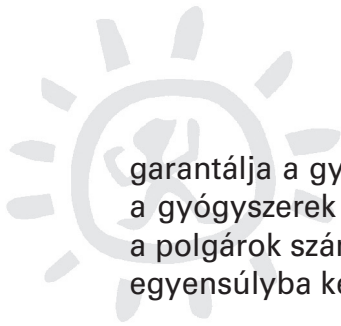
A teljes publikáció erre a témára vonatkozóan további tájékoztatást tartalmaz egy külön fejezetben.

Az EU-s egészségügyi politikára irányuló figyelem – gyógyászati termékek és terápiák

Századunkban az EU mindentagországában széles körű határozatok láttak napvilágot a gyógyszerekre vonatkozóan, különösen az 1960-as évektől kezdve napjainkig. A szabályozás növekvő komplexitása és nemzeti szintű összeférhetőségének hiánya EU-s szintű próbálkozásokhoz vezet a szabályozási rendszerek harmonizációja érdekében. Minden Európában megszerezhető gyógyszernek eleget kell tennie a biztonsági, minőségi és hatékonysági előírásoknak, amint azt az EU-s jogi szabályozás előírja (részletesebben lásd a teljes publikációban).

Mindamellett, jelentős különbségek mutatkoznak a tagországokban az alternatív gyógytermékek ellenőrzésének mértékét és típusát illetően. 1992-ben az EU fellépést kezdeményezett ezen a területen a 92/73EEC³⁶ számú irányelvvel a homeopátiás gyógyászati termékekre vonatkozóan, a további fellépések a részletes publikációban találhatóak.

Az Európai Unió elkötelezte magát a gyógyszeripari termékek magas szintű minőségének, biztonságának, valamint az innováció biztosítása mellett. A gyógyszereket és a kezeléseket illetően a legfontosabb célkitűzés az, hogy



garantálja a gyógyszerekhez való hozzáférést elérhető áron, biztosítsa azt, hogy a gyógyszerek biztonságosak és hatékonyak legyenek, valamint lehetővé tegye a polgárok számára, hogy megfelelő információ birtokában választhassanak. Ezt egyensúlyba kell hozni a gyógyszeriparon belüli versenyszellem támogatásával.

Ezen igény kielégítésének érdekében, 2005. júniusában egy Magasszintű Gyógyszerészeti Fórum került felállításra a Vállalati és Ipari valamint az Egészség- és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóságok által³⁷. Ez a Fórum tagországokat, a gyógyszeripart, a népegészségügyi és a betegeket képviselő csoportulásokat egyesíti egy önkéntes együttműködési eljárásban, amelynek a célja az, hogy egyensúlyba hozza a nemzeti és európai szintű megoldásokat.

Záró gondolatok

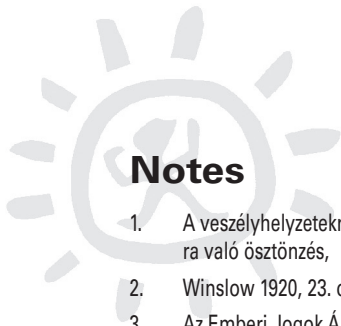
A jó egészség a szociális és gazdasági fejlődés alapvető forrása. Az emberi fejlődés magasabb szintje azt jelenti, hogy az emberek tovább és jobb egészségben élnek. Az egészséges népesség fokozza az egészségügyi és szociális ellátási rendszerekre nehezedő nyomást. Az egészséges munkaerő alapfeltétele a gazdasági növekedésnek és a gyarapodásnak. A mai, gyorsan előregvő népességű Európában, ez ma igazabb, mint valaha.

A publikáció elismeri a közegészségügy területén az utóbbi évtizedekben végbement szembeszökő fejleményeket, de jelzi azt, hogy még mindig igen nagy különbségek jelentkeznek a népesség egyes csoportjai, a régiók és az egyes országok között. Habár a közegészségügy leginkább nemzeti felelősség alá tartozik, a legtöbb az egészséget legjobban fenyegető veszély nem oldható meg csupán nemzeti szintű politikai szabályozással, másrészt ezeknek a veszélyeknek nem vetnek gátat a természeti országhatárok. Az EU szintű koordinációs fellépés egyre fontosabb szerepet játszik a közegészségügyben.

A polgári társadalom növekvően meghatározó szerepet játszik helyi, regionális, nemzeti és európai szinten az egészségügyi következmények alakításában és szolgáltatásában. A polgári társadalom továbbra is kulcsfontosságú szerepet tölt be, hozzájárul az EU és a tagországok munkájához és kiegészíti azt, azzal a céllal, hogy a polgárok egészségesebbek legyenek és biztonságosabban éljenek.

Az EU figyelemreméltó haladást ért el a civil társadalommal folytatott dialógust illetően, emelkedett az érdekeltek szélesebb körű bevonása, különböző országokból és szektorokból. Még igen sok a tennivaló, különösen a polgári társadalmi kapacitás növelése területén a politikai fellépésben való részvételre.

Written by Mariann Skar
Edited by Lara Garrido Herrero
Translated by Paul Janssens Ltd



Notes

1. A veszélyhelyzetekre vonatkozóan lásd: Egészségügyi Világbeszámoló 2002 – A veszélyhelyzetek csökkentése, az egészséges életmódra való ösztönzés, Egészségügyi Világszervezet 2002
2. Winslow 1920, 23. oldal Népegészségügyi politika és általános politika, Rob Bagott, Palgrave Macmillan 2000
3. Az Emberi Jogok Általános Nyilatkozatának 25. cikke – amelyet a Közgyűlés 1948. december 10.-én a 217 A (111) számú határozatával fogadta el és hirdette ki
4. Egészségügyi adat, Eurostat 2005
5. Kjaesrud és Siddel, Európai Bizottság 2006
6. "Étkezési szokások, táplálkozás és a krónikus megbetegedések megelőzése" – közös WHO/FAO szakértői jelentés 2003
7. Statisztikák fókuszpontban – Néesség és szociális feltételek 3. tétel – 2/2004
8. Statisztikák fókuszpontban – Néesség és szociális feltételek 3. tétel – 2/2004
9. Bizottsági közlemény a munkakörülmények minőségének növelésére: az utóbbi fejlemények áttekintése COM (2003) 2003.11.26 728. végleges változat
10. Egészségügyi Világbeszámoló 2002 – A veszélyhelyzetek csökkentése, az egészséges életmódra való ösztönzés, Egészségügyi Világszervezet
11. Az Amszterdami Szerződés 152. cikke – Az EU népegészségügyi kérdésekre vonatkozó hatásköre az Európai Uniót létrehozó 1993-as Maastricht-i Szerződés valamint az 1999-es Amszterdami Szerződés 129. és 152. cikkelyein alapul
12. http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm
13. További felvilágosításért lásd: Az EU Közös Agrárpolitikájának népegészségügyi szempontjai – fejlesztések és ajánlások négy szektorra vonatkozóan: gyümölcs és zöldség, tejtermék, bor és dohánytermék. Írta Liselotte Schafer Elinder, Nemzeti Népegészségügyi Intézet, Svédország, 2003
14. Európai Környezetvédelmi Hivatal és a WHO
15. További felvilágosításért lásd: http://ec.europa.eu/research/era/index_en.html
16. http://europa.eu.int/comm/research/future/index_en.cfm
17. http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/future_en.htm
18. http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/specific-sectors_en.htm
19. http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/general-system_en.htm
20. C-158/96 Kohl bírósági ügy (1998) ECR I-1931 és C-120/95 Decker bírósági ügy (1998) ECR I-1831
21. "Étkezési szokások, táplálkozás és a krónikus megbetegedések megelőzése" – közös WHO/FAO szakértői jelentés 2003
22. A Bizottság javaslata a Tanácsnak, az Európai Parlamentnek, a Gazdasági és Szociális Bizottságának és a Régiók Bizottságának – EU stratégia a tagországok támogatására az alkohol által okozott károsodás csökkentésére 24/10/2006 Com (2006) 625 végleges változat
23. Zöld Könyv egy dohányfüsttől mentes Európa felé: EU politikai lehetőségek. COM (2007)
24. <http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/en/>
25. http://www.ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/tobacco/keydo_tobacco_en.htm
26. 2006-os éves beszámoló a kábítószerprobléma európai helyzetéről, készítette az Európai Kábítószer és Kábítószerfüggőségi Ellenőrzési Központ. <http://annualreport.emcdda.europa.eu>
27. Zöld Könyv - A népesség lelki egészségének fejlesztése. Az Európai Unió Lelki Egészségügyi Stratégiája felé. Európai Bizottság 2006
28. <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>
29. http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_en.htm
30. Választól a Zöld Könyvig: A népesség lelki egészségének fejlesztése. Az Európai Unió Lelki Egészségügyi Stratégiája felé. Európai Bizottság 2006
31. További információért lásd: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/environment/IPP/ipp_en.htm
32. További információért lásd: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/injury_project_full_listing_en.htm
33. A Bizottság javaslata az Európai Parlamentnek és a Tanácsnak tennivalók egy biztonságosabb Európáért COM (2006) 328 végleges változat
34. A Tanács Ajánlására irányuló javaslat a sérülések megelőzése és a biztonság elősegítése érdekében COM (2006) 329 végleges változat
35. A Bizottság határozata (2002. március 19.) az Európai Parlament és a Tanács 2119/98/EK határozata értelmében a közösségi hálózatnak jelentendő fertőző betegségek esetdefinícióinak megállapításáról (az értesítés a C(2002) 1043. számú dokumentummal történt)
36. A Tanács 92/73/EEC számú 1992. szeptember 22.-i Irányelve amely a 65/65/EEC és a 75/319/EEC számú irányelvek alkalmazási körét kibővítette a gyógytermékekre vonatkozó törvényes, rendeleti vagy közigazgatási szabályozási rendelkezések jogi harmonizációjának területén és rendelkezett a homeopátiás gyógytermékekről, OJ 297/8 (1992)
37. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/other_policies/pharma/forum_en.htm
http://ec.europa.eu/enterprise/phabiocom/comp_pf_en.htm