

## Wstęp

Oddajemy do Państwa rąk streszczenie publikacji "Public Health and the EU: an overview" (Zdrowie publiczne i Unia Europejska: przegląd zagadnień).

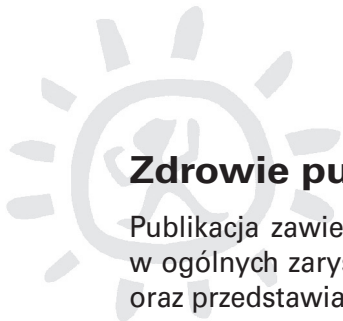
Publikacja ta jest dostępna w języku angielskim na stronach internetowych European Public Health Alliance (<http://www.epha.org>). Dzięki wsparciu finansowemu Komisji Europejskiej oraz prywatnych fundacji, streszczenie pełnej publikacji ukazuje się drukiem we wszystkich językach Unii Europejskiej.

Pierwsze wydanie "Public Health and the EU: an overview" zostało przygotowane przez EPHA w roku 1995 jako zbiór rozpraw poświęconych polityce zdrowia publicznego w UE. Cieszymy się, że po dziesięciu latach możemy Państwu przedstawić uaktualnioną wersję tej publikacji. W nowym wydaniu uwzględniliśmy najnowsze osiągnięcia Unii w dziedzinie polityki zdrowia takie jak projekt Traktatu Konstytucyjnego i nowy Program Zdrowia Publicznego; wiele miejsca poświęcono również analizie wpływu jaki ostatnie rozszerzenia Unii Europejskiej miały na politykę zdrowia publicznego.

Celem, dla którego stworzono EPHA, jest promowanie i ochrona zdrowia wszystkich mieszkańców Europy oraz promowanie większego zaangażowania jej obywateli w proces kształtowania polityki zdrowia publicznego na szczeblu europejskim. Publikacja prezentowana przez EPHA ma na celu zapoznanie czytelników z szerokim spektrum działań związanych z polityką zdrowia publicznego podejmowanych w Unii Europejskiej. Jej celem jest przekazanie organizacjom lokalnym, krajowym i europejskim informacji dotyczących możliwości i wyzwań, przed którymi stoi polityka zdrowia publicznego w Unii Europejskiej. Publikację tę postrzegamy jako skromny wkład w pogłębienie zaangażowania społeczeństwa obywatelskiego w tworzenie polityki zdrowia. Szczególnie ważnym jest uwypuklenie kluczowej roli, którą odgrywają organizacje pozarządowe. Organizacje te spełniają rolę pomostu pomiędzy obywatelami a osobami podejmującymi decyzje polityczne i stanowią swoistą przeciwwagę oficjalnych decydentów.

W książce przedstawiono najważniejsze zagadnienia, które wiążą się z działaniami podejmowanymi w Unii Europejskiej na rzecz kształtowania polityki zdrowia (stan na rok 2007):

- stan zdrowia mieszkańców Unii Europejskiej w tym również po jej rozszerzeniu;
- główne instrumenty UE wpływające na politykę zdrowia publicznego;
- wpływ innych polityk UE (wspólny rynek, rolnictwo, środowisko, badania naukowe, BHP itd.) na politykę zdrowia publicznego;
- związek pomiędzy mobilnością pacjentów a zmianami w służbie zdrowia oraz wpływ tych zjawisk na zacieśnienie współpracy i koordynacji działań w UE;
- wymiana informacji na temat zdrowia i tworzenie najlepszych praktyk;
- waga czynników wpływających na zdrowie (pożywienie, aktywność fizyczna, alkohol, tytoń, narkotyki, zdrowie psychiczne, obrażenia i uszkodzenia ciała);
- choroby zakaźne i działania podejmowane na szczeblu UE; wpływ pojawiających się ostatnio chorób (takich SARS i ptasia grypa) na zrozumienie wagi działań podejmowanych na szczeblu UE;
- znaczenie przemysłu farmaceutycznego oraz medycznego dla mieszkańców Europy i gospodarki ich krajów; związek i wpływ kwestii kosztów, konkurencji oraz bezpieczeństwa na całość tworzonych polityk zdrowia publicznego.



## Zdrowie publiczne

Publikacja zawiera krótkie omówienie różnych koncepcji zdrowia publicznego, wyjaśnia w ogólnych zarysach historię tworzenia się ruchu zajmującego się zdrowiem publicznym oraz przedstawia jego główne osiągnięcia.

Ludzie - niezależnie od miejsca zamieszkania i wieku - narażeni są na szereg czynników, które zagrażają ich zdrowiu. Czynnikiemami tymi mogą być choroby zakaźne i niezakaźne, obrażenia i uszkodzenia ciała, niektóre towary przeznaczone dla konsumentów, przemoc i kłęski żywiołowe. Wymienione czynniki ryzyka przeważnie nie występują samodzielnie: wiele z nich korzeniami sięga do złożonych łańcuchów i ciągów wydarzeń, które od wieków istnieją w historii ludzkości<sup>1</sup>. W skrócie – polityka zdrowia publicznego zajmuje się tworzeniem warunków dla osiągnięcia optymalnego poziomu zdrowia w społeczeństwie.

Zdrowie publiczne można zdefiniować jako istnienie 'obiektywnego i wymiernego' poziomu zdrowia w danej populacji przekładającego się na pewną oczekiwaną długość życia jej członków oraz stopień, w jakim członkowie danej populacji są wolni od chorób. Jest to jednakże zbyt wąska definicja. Na zdrowie publiczne olbrzymi wpływ miało na przykład istnienie szczepień i badań kontrolnych. Nie można również zapomnieć o wpływie, jaki na stan zdrowia publicznego miały inne polityki związane z takimi obszarami życia codziennego człowieka jak: tworzenie godziwych warunków mieszkaniowych, czysta woda, sanitaryzacja, bezpieczna żywność, dobre wykształcenie i inne.

Nieco szerszą definicję zdrowia publicznego jest klasyczna definicja zaproponowana w 1920 roku przez Winslowa:

*Zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego i psychicznego wysiłkiem zorganizowanej społeczności poprzez sanitaryzację środowiska, kontrolę zakażeń społecznych, nauczania zasad higieny indywidualnej, organizację służb lekarskich i pielęgnarskich do zapobiegania chorobom i wczesną diagnostykę, rozwój mechanizmów społecznych zapewniających każdemu indywidualnie i społeczności, warunki życia pozwalające każdemu obywatelowi na utrzymanie zdrowia od urodzenia i długowieczność<sup>2</sup>.*

Definicja ta podkreśla wiele ważnych kwestii takich jak zapobieganie chorobom oraz koncentruje się na ogólnym poziomie i jakości życia a więc – na kluczowych zagadnieniach współczesnej polityki zdrowia publicznego w tym również polityki przyjętej na szczeblu UE.

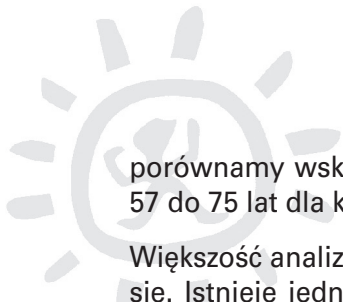
Należy w tym miejscu wspomnieć, że zdrowie – jak stwierdzono w Uniwersalnej Deklaracji Praw Człowieka – jest również prawem człowieka<sup>3</sup>.

Zdrowie publiczne to nie tylko świadczenie podstawowej opieki medycznej. Obok inwestycji w świadczenia podstawowej opieki medycznej, zdrowie publiczne powinno stać się kluczową działalnością każdego rządu i być nieodzownym elementem poprawy i promowania zdrowia i dobrostanu obywateli.

## Stan zdrowia w Europie

Kolejny rozdział *“Public Health and the EU: an overview”* omawia stan zdrowia mieszkańców Europy.

Mieszkańcy Unii Europejskiej żyją dłużej i – ogólnie rzecz biorąc – cieszą się lepszym stanem zdrowia niż kiedykolwiek<sup>4</sup>. Oczekiwana długość życia mieszkańców Europy Zachodniej od lat 50tych rośnie o około 2.5 roku co dziesięć lat. Oczekiwana długość życia w UE 25 państw wynosi od 66 do 78 lat dla mężczyzn (różnica 12 lat) i 76-84 lat dla kobiet (różnica 8 lat). Różnica pomiędzy poszczególnymi krajami członkowskimi jest jeszcze większa gdy



porównamy wskaźniki tak zwanej 'oczekiwanej długości zdrowego życia'. Wynosi ona od 57 do 75 lat dla kobiet (różnica 18 lat) i od 54 do 71 lat dla mężczyzn (różnica 17 lat)<sup>5</sup>.

Większość analiz przewiduje, że obserwowana tendencja poprawy stanu zdrowia utrzyma się. Istnieje jednakże poważne niebezpieczeństwo, iż choroby związane z niewłaściwym stylem życia po części zniweczą tę pozytywną tendencję. Czynniki ryzyka takie jak: palenie tytoniu, otyłość, brak aktywności fizycznej, zwiększona konsumpcja alkoholu, obrażenia ciała i wypadki powodują przedwczesną śmierć oraz przyczyniają się do zapadania na choroby o charakterze przewlekłym. Istnieje wyraźny związek pomiędzy sposobem odżywiania się, stylem życia a zdrowiem<sup>6</sup>. Choroby niezakaźne to 87% wszystkich chorób, na które cierpią mieszkańcy Europy, z czego 27% to choroby psychiczne<sup>7</sup>. W 1999 roku ponad 40% rent inwalidzkich wypłaconych w Finlandii i 25% w Portugalii przyznano w związku z wystąpieniem choroby psychicznej. Choroby układu krwionośnego są najczęstszą pojedynczą przyczyną zgonów w UE<sup>8</sup>; są one przyczyną około 40% zgonów u obu płci. Choroby układu krwionośnego - to także główna przyczyna zapadania na zdrowiu w Europie. Niepokojący jest również wzrost otyłości i cukrzycy typu 2. Choroby te dotyczą coraz większej liczby mieszkańców UE i pojawiają się w coraz niższym wieku. W 2000 roku w Unii Europejskiej, z uwagi na wypadki różnego rodzaju, stracono 158 milionów dni pracy – po 20 dni na każdy wypadek<sup>9</sup>. Prócz tego – z uwagi na większą mobilność ludzi – choroby zakaźne i pandemie rozprzestrzeniają się o wiele szybciej niż dotychczas.

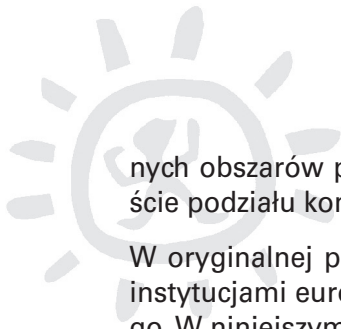
Na szczęście, z uwagi na sam ich charakter i możliwość interwencji za pomocą prostych acz efektywnych i łatwo środków dostępnych w ramach istniejących polityk zdrowia publicznego, udało się zapobiec najważniejszym przyczynom powodującym przedwczesną śmierć i poprawić w znaczący sposób jakość życia dużych grup społecznych. Najwięcej czynników ryzyka dotyka jednak nadal osoby żyjące w ubóstwie<sup>10</sup>.

Nakreślony pokrótce obraz sytuacji (w głównej publikacji znaleźć można więcej szczegółowych informacji) przedstawia Europę pełną kontrastów. Widzimy, iż w ciągu ostatnich kilku dekad znacznie poprawiła się sytuacja w dziedzinie zdrowia publicznego oraz jakość życia większości grup mieszkańców Europy. Nadal jednak istnieją olbrzymie różnice pomiędzy poszczególnymi krajami oraz ich regionami. Dalsze działania podejmowane w ramach polityki zdrowia publicznego mają więc swój sens i cel.

## **Powstanie niezależnej europejskiej polityki zdrowia**

Nowe wydanie *"Public Health and the EU: an overview"* przyznaje, że kwestie związane ze zdrowiem obecne są na coraz wyższych szczeblach polityki europejskiej.

Artykuł 152 Traktatu ustanawiającego Wspólnoty Europejskie stanowi, iż: *"Przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Wspólnoty zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego."* Dzisiejsze zainteresowanie się problematyką zdrowia pojawiło się nie tylko jako oddzielna i odrębnie zdefiniowana dziedzina polityki lecz stanowi ono ważny aspekt innych polityk – na przykład polityki rolnej, środowiskowej, zatrudnienia, konkurencji, ochrony konsumenta itd. Służba zdrowia jednakże – co do zasady – jest w dalszym ciągu obszarem należącym do wyłącznej kompetencji państw członkowskich a nie do kompetencji wspólnot europejskich. *"Działanie Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego w pełni szanuje odpowiedzialność Państw Członkowskich za organizację i świadczenie usług zdrowotnych i opieki medycznej"*<sup>11</sup>. Z drugiej strony jednak, ponadnarodowy charakter czynników zagrażających zdrowiu, staje się coraz bardziej widoczny w miarę rozszerzania się Unii Europejskiej. Dlatego też UE odgrywa coraz większą rolę w promowaniu i koordynowaniu rozwiązań istniejących w ramach krajowych systemów służby zdrowia i dostępnych dla wszystkich obywateli Unii. Działania te koncentrują się na zapobieganiu chorobom, gotowości do podejmowania działań i przygotowywaniu zespołów szybkiego działania w przypadku powstania potencjalnych zagrożeń. Podobnie jak w przypadku in-



nych obszarów polityki, europejskie polityki zdrowia publicznego tworzone są w kontekście podziału kompetencji pomiędzy Radą, Parlamentem oraz Komisją Europejską.

W oryginalnej publikacji omówiono szczegółowo podział kompetencji pomiędzy trzema instytucjami europejskimi oraz zaprezentowano ich wpływ na politykę zdrowia publicznego. W niniejszym streszczeniu przedstawimy najbardziej podstawowe informacje:

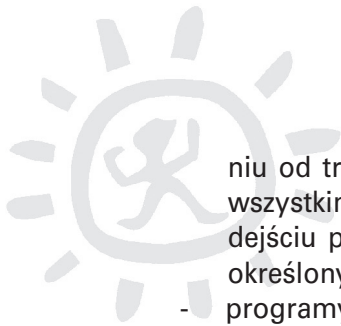
**Rada Unii Europejskiej** jest głównym organem podejmującym decyzje w UE. Reprezentuje ona państwa członkowskie Unii a w jej składzie zasiadają przedstawiciele rządów krajowych poszczególnych państw. Akty prawne Rady przyjmowane są w formie wiążących rozporządzeń, dyrektyw, propozycji mających na celu dobrowolne rozpoczęcie wspólnych działań, wspólnych pozycji, zaleceń, wniosków lub opinii.

**Parlament Europejski** jest tą instytucją europejską, która w sposób bezpośredni reprezentuje mieszkańców państw członkowskich Unii Europejskiej. Wyraża wolę demokratyczną obywateli Unii, reprezentuje ich interesy w rozmowach podejmowanych z pozostałymi instytucjami unijnymi. Do podstawowych kompetencji Parlamentu Europejskiego należą: władza legislacyjna, kompetencje budżetowe oraz funkcja kontrolna.

**Komisja Europejska** jest instytucją neutralną politycznie, która reprezentuje i strzeże interesów Unii Europejskiej jako całości. Jest ona porównywana do silnika napędzającego cały system instytucjonalny Unii. Ma ona prawo wychodzenia z propozycjami aktów prawnych i przedkładania ich Radzie i Parlamentowi.

W dziedzinie zdrowia publicznego, struktura ta widoczna jest w następujących uzgodnieniach: Dyrekcja Generalna do spraw Zdrowia i Ochrony Konsumenta Komisji Europejskiej (DG SANCO) utworzona została w roku 1999. Jej siedziba główna znajduje się w Brukseli; pracownicy działu do spraw zdrowia publicznego pracują jednakże zarówno w Brukseli jak i Luksemburgu. W całej Dyrekcji pracuje ok. 700 pracowników z czego około 120 osób pracuje w służbach zajmujących się zdrowiem publicznym. Pozostałe Dyrekcje Komisji zajmują się ogólnymi sprawami związanymi ze zdrowiem w zakresie swego umocowania (kwestię tę opisano w publikacji). Ogólnie rzecz biorąc, misją DG SANCO jest *„ochrona i promowanie zdrowia mieszkańców UE przy współpracy z państwami członkowskimi i Unią Europejską”*. Ochrona i promocja zdrowia interpretowana jest w wieloraki sposób. Do najważniejszych z nich należą:

- działalność legislacyjna i regulacyjna – podstawą prawną uprawnień w dziedzinie zdrowia publicznego jest artykuł 152 Traktatu Amsterdamskiego. Unia Europejska posiada ograniczony mandat do przyjmowania i tworzenia polityk w obszarze zdrowia publicznego. Państwa Członkowskie – na szczeblu krajowym – przyjmują stosowne środki regulujące organizację oraz sposób świadczenia usług zdrowotnych. Unia Europejska ma jednakże swoje własne uregulowania dotyczące krwiodawstwa oraz przeszczepów narządów i tkanek (bezpieczeństwo i jakość krwi i produktów krwiopochodnych, tkanek i komórek ludzkich używanych do celów medycznych).
- samoregulacja i dobrowolna współpraca (otwarta metoda koordynacji) – obserwujemy postępujące odchodzenie od sztywnych, wiążących prawnie instrumentów (n.p.: dyrektywy i rozporządzenia) na rzecz alternatywnych metod regulujących takich jak wspól- czy samoregulowanie przez partnerów społecznych czy podmioty gospodarcze. Oczekuje się, że tego rodzaju metody pozwolą na obniżenie kosztów i zwiększenie efektywności działań. Współregulacja czy dobrowolna samoregulacja może przyjmować różne formy takie jak: dobrowolne porozumienia, kodeksy postępowania, karty praw, wytyczne, harmonizacja standardów itd. Podejście to – określane niekiedy mianem Otwartej Metody Koordynacji (OMC) – staje się dominującym sposobem wykonywania uprawnień przez instytucje Unii Europejskiej. W odróżnie-



niu od tradycyjnego i legalistycznego podejścia, OMC ukierunkowane jest przede wszystkim na koordynację a nie na harmonizację polityk krajowych. Dzięki temu podejściu państwa członkowskie współpracują ze sobą w celu osiągnięcia wspólnie określonych celów z zachowaniem istniejącego zróżnicowania polityk krajowych.

- programy finansowania UE, takie jak Wspólnotowy Program Działań na rzecz Zdrowia Publicznego 2003-2008<sup>12</sup> (z budżetem około 312 milionów euro) oraz kampanie informacyjne inicjowane przez UE – jak na przykład “Help – Życie bez tytoniu” – postrzegane są jako działania wspierające podejście legalistyczne i dobrowolną współpracę.

Obecnie coraz częściej mówi się, iż UE nie powinna powielać wysiłków państw członkowskich lecz powinna zająć się nowymi obszarami działania takimi jak kontrola europejskich statystyk dotyczących zdrowia, dzielenie się dobrymi praktykami pomiędzy poszczególnymi państwami członkowskimi oraz udostępnianie forum na potrzeby dialogu publicznego i wymiany informacji.

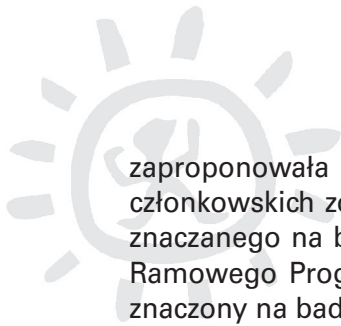
## **Problematyka zdrowia w innych obszarach polityki UE**

W Unii Europejskiej istnieje szereg różnych polityk, które w wieloraki sposób wiążą się z problematyką zdrowia: polityka kształtowania wspólnego rynku, polityka rolna, środowiskowa, badań naukowych, ochrony konsumenta, BHP itd. Uprawnienia Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia są raczej ograniczone. Dlatego też ważnym jest odpowiednie wykorzystanie instrumentów istniejących w pozostałych obszarach w celu poprawy zdrowia i dobrostanu ludzi. Poniżej przedstawiamy najważniejsze polityki UE związane ze zdrowiem publicznym. Więcej szczegółów znaleźć można w publikacji głównej.

Polityka rolna – Obszary wiejskie to 90% powierzchni Unii Europejskiej. Mieszka na nich około 50% wszystkich mieszkańców Europy. Wspólna polityka rolna (WPR, CAP) jest systemem wspierania rolników i zastępuje narodowe systemy wsparcia. Jej celem jest zapewnienie jednakowych warunków produkcji rolnej we wszystkich państwach członkowskich Unii. WPR była wielokrotnie przedmiotem krytyki. Krytykowano nieefektywne wykorzystanie subwencji; wysokość dopłat – WPR to 50% budżetu UE, subwencjonowanie upraw szkodliwych dla zdrowia publicznego (upraw tytoniu, produkcja alkoholu) oraz niszczenie milionów ton owoców i jarzyn każdego roku<sup>13</sup>. Mówiono również o negatywnym wpływie WPR na rolnictwo w krajach rozwijających się. To, że WPR jest znacznym obciążeniem dla budżetu UE nie podlega dyskusji. Debata ta stanowi dobry przykład dyskusji nad problemami w dziedzinie polityki zdrowia publicznego i jej znaczenia dla obiektywnych kryteriów ekonomicznych. Z uwagi na wzrost ilości chorób związanych z niewłaściwym stylem życia, WPR powinna stać się przedmiotem pogłębionej analizy.

Zdrowie i ochrona środowiska – zdrowie jest ważną częścią europejskiej polityki ochrony środowiska. Do najważniejszych działań podejmowanych w związku z ochroną środowiska i zdrowiem należą: walka z zanieczyszczeniem powietrza atmosferycznego i z hałasem, środowisko życia domowego i warunki mieszkaniowe, polityka ochrony wód, pola elektromagnetyczne, promieniowanie i skażenie środkami chemicznymi. Czynniki te mają olbrzymi wpływ na stan i problemy zdrowotne: problemy ze słuchem, zaburzenia snu, stres prowadzący do nadmiernego pobudzenia i chorób układu krążenia, choroby skóry i nowotwory, choroby układu oddechowego, wady wrodzone. Związek pomiędzy środowiskiem a stanem zdrowia jest o wiele bardziej skomplikowany niż zwykło się uważać<sup>14</sup>.

Badania naukowe – Unijna polityka prowadzenia badań naukowych jest często krytykowana za jej różnorakie ograniczenia, brak badań całościowych oraz brak określonych ram badawczych. Szukając rozwiązania tego problemu, Komisja Europejska w roku 2000



zapropowała utworzenie Europejskiego Obszaru Badawczego (ERA)<sup>15</sup>. Rządy państw członkowskich zobowiązały się do zwiększenia udziału produktu krajowego brutto przeznaczanego na badania z poziomu 1.9% w 2000 roku do 3% do roku 2010. W ramach 7. Ramowego Programu Badawczego (FP7)<sup>16</sup> w znaczny sposób zwiększono budżet przeznaczony na badania – w ciągu siedmiu lat do dyspozycji przeznaczono 73 miliardy euro, które wydać można w ramach czterech programów kluczowych: współpraca, rozwijanie idei, inwestowanie w ludzi oraz umiejętności. Zdrowie jest jednym z dziewięciu tematów realizowanych w ramach czterech wyżej wspomnianych programów.

Pomoc krajom rozwijającym się i zdrowie – perspektywa globalna. Wszystkie największe potęgi gospodarcze świata oraz instytucje zajmujące się pomocą międzynarodową – działając w ramach ONZ – uzgodniły osiem Milenijnych Celów Rozwoju. Cele te dotyczą bardzo zróżnicowanych obszarów działania takich jak zmniejszenie o połowę obszarów największego ubóstwa, powstrzymanie rozprzestrzeniania się HIV/AIDS oraz zapewnienie dostępu do szkolnictwa podstawowego. Unia Europejska w znacznym stopniu angażuje się w pomoc udzielaną krajom rozwijającym się i wpływa na kształtowanie i uskutecznianie polityki zdrowia publicznego w skali globalnej. (Unia Europejska jest największym darczyńcą w tej dziedzinie. Z jej środków pochodzi prawie 55% całej pomocy i 65% grantów pomocowych. Jest to znacząca pomoc nawet jeśli weźmie się pod uwagę to, Unia nie jest w stanie spełnić celów, które wytyczyła sobie w tym zakresie.) Ten pozytywny wkład Unii Europejskiej jest po części równoważony negatywnym wpływem pozostałych polityk, zwłaszcza WPR oraz wspólnego rynku, na stan zdrowia w perspektywie globalnej.

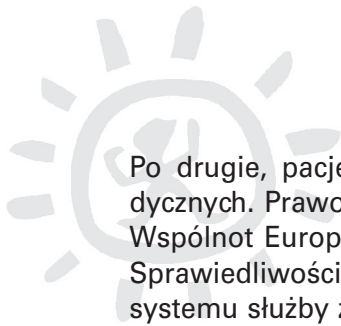
## **Presja wywierana na europejski model rozwiązań w służbie zdrowia – mobilność pacjentów i ogólne tendencje w służbie zdrowia**

W „Public Health and the EU: an overview” znajdziemy cały rozdział poświęcony problematyce służbie zdrowia. Oczywiście problematyka ta należy do wyłącznych kompetencji państw członkowskich. Z uwagi na różnego rodzaju uwarunkowania systemy opieki społecznej w Europie są coraz ściślej ze sobą powiązane.

Po pierwsze, każdy mieszkaniec Unii Europejskiej ma prawo osiedlenia się i pracy w innym państwie członkowskim. Obowiązuje całkowity zakaz dyskryminowania ze względu na kraj pochodzenia. Dla osób pracujących zawodowo w służbie zdrowia przygotowano specjalne akty prawne regulujące wzajemne uznawanie dyplomów i kwalifikacji zawodowych. Obecnie – na mocy dyrektywy 2005/36/EC<sup>17</sup> istnieją następujące mechanizmy:

- harmonizacja wymogów jakie spełniać muszą programy kształcenia tak by możliwym było uznawanie dyplomów i kwalifikacji zawodowych (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, dentystów, położnych, weterynarzy, farmaceutów i architektów)<sup>18</sup>;
- ‘globalny system’ uznawania dyplomów i kwalifikacji stosuje się do pozostałych zawodów. System ten zapewnia możliwość wykonywania praw podstawowych przysługujących osobom przemieszczającym się z powodów zawodowych i precyzuje obowiązki państw członkowskich<sup>19</sup>.

Pierwsze dyrektywy sektorowe, których przedmiotem są tradycyjne zawody istniejące w służbie zdrowia, powstały na początku lat 70tych. Dla pozostałych pracowników służby zdrowia nie stworzono jednakże wystarczająco przejrzystego systemu uznawania kwalifikacji zawodowych (n.p.: dla osób pracujących w medycynie alternatywnej). Jednym z celów dyrektywy z 2005 roku było stworzenie prostszego i bardziej przejrzystego systemu uznawania kwalifikacji zawodowych.



Po drugie, pacjenci często podróżują za granicę w poszukiwaniu lepszych usług medycznych. Prawo do leczenia za granicą przysługuje pacjentom na mocy Rozporządzenia Wspólnot Europejskich 1408/71. Dwa klasyczne już dziś wyroki Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości orzeczone w maju 1998 roku mają poważne konsekwencje dla organizacji systemu służby zdrowia<sup>20</sup>. Europejski Trybunał Sprawiedliwości potwierdził, że mieszkańcy Unii Europejskiej mają prawo do otrzymywania usług medycznych w innym państwie członkowskim. Koszty leczenia zagranicznego – po spełnieniu pewnych warunków – mogą im być zwracane. Z Rozporządzenia 1408/71 wynika również, iż w trakcie tymczasowego pobytu na terytorium innego państwa członkowskiego podjętego w związku z rozpoczętymi studiami, podróżą, delegacją lub podjętego w celu poszukiwania pracy, każdy ma prawo do niezbędnych świadczeń medycznych oraz iż usługi te mają być świadczone w ten sam sposób i na tych samych warunkach dla wszystkich bez względu na obywatelstwo. Od 1. czerwca 2004 roku dostęp do usług medycznych regulowany jest na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczeń Zdrowotnych, która zastąpiła poprzednie dokumenty a zwłaszcza formularz E111 (COM 2004).

Po trzecie, mobilność pacjentów ma konsekwencje dla systemu usług zdrowotnych oraz świadczeń medycznych zarówno w kraju ubezpieczenia pacjenta jak i w kraju, w którym dane usługi są świadczone. Komisja opracowuje obecnie wspólnotową ramę regulującą bezpieczne, efektywne świadczenie usług medycznych wysokiej jakości. Wymaga to dalszego wzmożenia współpracy pomiędzy państwami członkowskimi oraz stworzenia pewności co do stosowania ustawodawstwa wspólnotowego w obszarze usług zdrowotnych i służbie zdrowia.

## **Warunki wstępne do powstania unijnej polityki służby zdrowia – wymiana informacji o zdrowiu**

Wymiana informacji o problematyce związanej ze zdrowiem publicznym jest niezmiernie ważna ponieważ pozwala ona na porównywanie sytuacji panującej w poszczególnych państwach członkowskich Unii lub jej regionach. Dzięki temu możliwe jest bezpośrednie przekazywanie informacji na temat polityk służby zdrowia na szczeblu europejskim i krajowym. Na dzień dzisiejszy, rzetelna informacja na temat stanu zdrowia publicznego jest warunkiem wstępnym dla efektywnego rozwijania polityk w dziedzinie zdrowia publicznego.

Komisja Europejska próbuje stworzyć system kryteriów, dzięki któremu możliwym będzie sporządzenie opisu stanu zdrowia publicznego. Kryteria te pozwolą na spójne i zwarte przekazywanie porównywalnych ze sobą informacji na temat stanu zdrowia publicznego czy zachowań charakterystycznych dla poszczególnych grup ludzi. Praca nad stworzeniem takiego systemu wskaźników koordynowana jest przez grupy robocze odpowiedzialne za stworzenie poszczególnych elementów systemu, który w przyszłości stanie się instrumentem monitorującym stanu zdrowia. Grupy robocze powołano dla następujących obszarów: choroby, patologie i śmiertelność, wypadki i obrażenia ciała, zdrowie psychiczne, styl życia i pozostałe czynniki wpływające na stan zdrowia, zdrowie i środowisko, systemy opieki zdrowotnej i wskaźniki poziomu zdrowia we Wspólnocie Europejskiej.

Działania te powinny poprawić jakość oraz możliwość porównywania ze sobą danych a tym samym ułatwić dostęp i poprawić analizę dostępnych informacji. Celem nadrzędnym jest stworzenie europejskiego systemu informacji i wiedzy o zdrowiu, który byłby dostępny dla wszystkich ekspertów do spraw zdrowia i wszystkich zainteresowanych.

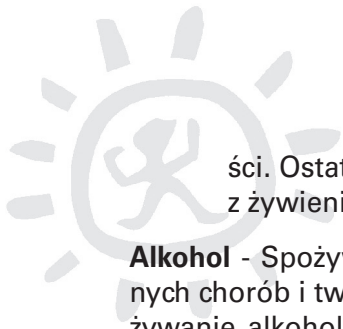


## Polityka zdrowotna w Unii Europejskiej – czynniki wpływające na zdrowie

Siedem czynników ryzyka odpowiedzialnych jest za większość chorób niezakaźnych, które występują na obszarze kontrolowanym przez europejską sekcję Światowej Organizacji Zdrowia. Są to: wysokie ciśnienie krwi, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, wysoki poziom cholesterolu, nadwaga, zbyt małe spożywanie warzyw i owoców oraz mała aktywność fizyczna. Chorób niezakaźnych można uniknąć. Prawie 80% przypadków wystąpienia choroby wieńcowej oraz 90% przypadków cukrzycy typu 2 można byłoby uniknąć poprzez zmianę stylu życia. Zdrowe odżywianie się, zachowanie normalnej wagi ciała i zwiększenie aktywności fizycznej zmniejsza prawdopodobieństwo występowania chorób nowotworowych o jedną trzecią. Publikacja główna omawia szczegółowo najważniejsze czynniki oraz działania podejmowane przez instytucje UE. Są nimi:

**Odżywianie się i aktywność fizyczna** Związek pomiędzy sposobem odżywiania się, stylem życia a zdrowiem został stwierdzony naukowo. Wpływ stylu życia oraz sposobu odżywiania się na powstawanie i przebieg chorób przewlekłych i niezakaźnych jest szczególnie dobrze udokumentowany, zwłaszcza w przypadku takich schorzeń jak otyłość, choroby układu krwionośnego, choroby nowotworowe, cukrzyca typu 2, nadciśnienie i osteoporoza<sup>21</sup>. Komisja Europejska podjęła cały szereg działań zmierzających do zmniejszenia skali występowania tych chorób:

- zmieniono Wnioski ze szczytów Rady – na przykład wnioski w sprawie zdrowego stylu życia 2003, promocja zdrowego serca w 2004 r., cukrzyca – 2006 r.;
- w 2003 roku powołano Europejską Sieć do spraw Żywienia i Aktywności Fizycznej; w jej skład wchodzi eksperci nominowani przez państwa członkowskie UE;
- w czerwcu 2007 roku ma powstać spójna i szeroko zakrojona strategia wspólnotowa poświęcona żywieniu, aktywności fizycznej i otyłości. Strategia ta ma opierać się o wnioski płynące z zielonej księgi do spraw zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej pod tytułem: "Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases" ("Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym"). Oczekuje się, że dzięki tej strategii kwestie związane z żywieniem i aktywnością fizyczną zostaną włączone do właściwych polityk tworzonych na szczeblu lokalnym, regionalnym, krajowym i europejskim i przyczynią się do stworzenia niezbędnych grup wsparcia;
- jako eksperyment, służby Komisji Europejskiej opierając się o doświadczenie zdobyte po konferencji okrągłego stołu poświęconej otyłości, powołały do życia Platformę Europejską dotyczącą Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia (Diet, Physical Activity and Health - A European Platform for Action). Od 2005 roku osoby i podmioty związane ze zdrowym żywieniem (sprzedawcy detaliczni, podmioty przetwarzające żywność, przedstawiciele przemysłu garmażeryjnego, przedstawiciele agencji reklamowych, organizacji konsumenckich i zdrowia, organizacje pozarządowe i osoby pracujące w służbie zdrowia) spotykają się regularnie w celu zidentyfikowania potrzeby podjęcia i uzgodnienia konkretnych działań zmierzających do zahamowania obecnych tendencji w tym tendencji do nadmiernego spożywania produktów spożywczych prowadzących do otyłości;
- ważnym celem tych działań jest poinformowanie zainteresowanych stron o istnieniu różnorodnych bodźców motywacyjnych mających na celu pomoc w walce z otyłością i stworzenie spójnych polityk i planów działań;
- innym priorytetem Unii Europejskiej jest bezpieczeństwo żywności. W 1996 roku powołano do życia Europejski Urząd do spraw Bezpieczeństwa Żywności (EFSA). Celem prac urzędu jest kontrola zagrożeń płynących z łańcucha produkcji żywno-



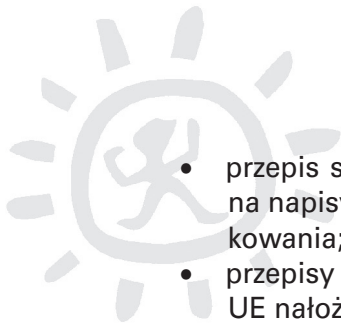
ści. Ostatnio Komisja Europejska rozszerzyła mandat Urzędu o sprawy związane z żywieniem.

**Alkohol** - Spożywanie alkoholu prowadzi do spotęgowania ryzyka wystąpienia 60 różnych chorób i tworzy warunki do wystąpienia szeregu innych schorzeń. Nadmierne spożywanie alkoholu ma także negatywne konsekwencje społeczne: przemoc w rodzinie, niebezpieczeństwo zaprószenia ognia, utonięcia i wypadki uliczne, molestowanie seksualne dzieci, przestępczość i zabójstwa. Szacuje się, że w UE ponad 55 milionów osób spożywa nadmierne i szkodliwe ilości alkoholu, z czego 23 miliony to osoby uzależnione od alkoholu.

Niektóre spośród dyrektyw europejskich implementowanych do porządku prawnego państw członkowskich wiążą się bezpośrednio z tą tematyką: dyrektywa o podatku akcyzowym nakładanym na alkohol, zalecenia dotyczące spożywania alkoholu przez młodzież (2001), dyrektywa znana pod nazwą Telewizja bez Granic (dyrektywa 89/552/EEC), która przewiduje ograniczenie reklamy alkoholu. W październiku 2006, Komisja Europejska przyjęła całościową Strategię w sprawie Alkoholu, której celem jest wspomoczenie państw członkowskich w walce z negatywnymi skutkami spożywania alkoholu w Europie<sup>22</sup>. W czerwcu 2007 Komisja Europejska powoła forum zajmujące się problematyką spożywania alkoholu i zdrowiem (Alcohol and Health Forum). W pracach forum weźmie udział wielu ekspertów i przedstawicieli stron zainteresowanych takich jak: organizacje pozarządowe, przemysł gorzelniany i winiarski oraz sprzedawców detalicznych. W oddzielnym Komitecie konsultacyjnym już dziś spotykają się przedstawiciele państw członkowskich oraz instytucji i agencji UE. Głównym celem tych forów jest wsparcie, przekazywanie informacji, monitorowanie i wdrażanie strategii nakreślonych w omawianych powyżej dokumentach.

**Tytoń** - Od wielu lat walka z paleniem tytoniu była jednym z czołowych tematów poruszanych przez ekspertów z dziedziny zdrowia, polityków, organizacji pozarządowych, przedstawicieli państw członkowskich i Komisji Europejskiej. Mimo tych wysiłków, prawie jedna trzecia mieszkańców UE pali tytoń. Szacuje się, że palenie tytoniu jest co roku przyczyną śmierci około 650 tysięcy Europejczyków, a więc powoduje prawie 15% wszystkich zgonów. Palenie tytoniu uszkadza wszystkie organy wewnętrzne ciała i jest przyczyną wielu groźnych chorób. Prawie połowa palaczy umrze na skutek palenia papierosów a oczekiwany wiek życia tych, którzy umrą w średnim wieku jest niższy o 22 lata. Większa część życia palaczy upływa na zmaganiach z różnymi chorobami. Na skutek palenia tytoniu ponad 13 milionów osób cierpi na przewlekłe choroby i schorzenia. Należy tu wspomnieć o osobach, które nazywane są palaczami niezamierzonymi (pasywnymi). Szacuje się, że co roku – na skutek palenia pasywnego – w UE 25 państw członkowskich umiera 79 tysięcy dorosłych<sup>23</sup>. Próby zmniejszenia palenia tytoniu w UE podejmowane były wielokrotnie. Owocem tych wysiłków jest szereg aktów prawnych:

- rezolucja w sprawie palenia w miejscach publicznych i w miejscu pracy. W 1989 roku UE przyjęła rezolucję zakazującą palenie tytoniu w miejscach publicznych i we wszystkich środkach komunikacji zbiorowej;
- rozporządzenie dotyczące wyrobów tytoniowych – w 2001 roku weszła w życie dyrektywa regulująca kwestie produkcji wyrobów tytoniowych;
- dyrektywa Unii Europejskiej w sprawie reklamy wyrobów tytoniowych – w 2003 roku weszła w życie dyrektywa zakazująca reklamy wyrobów tytoniowych. Dyrektywa ta ma również wymiar transgraniczny (dotyczy transgranicznej reklamy wyrobów tytoniowych) oraz zakazuje sponsorowania imprez sportowych przez producentów tytoniu;
- konwencja ramowa w sprawie kontroli rynków wyrobów tytoniowych – w 2004 roku Rada Unii Europejskiej przyjęła Konwencję Ramową Światowej Organizacji Zdrowia w sprawie kontroli rynków wyrobów tytoniowych (FCTC)<sup>24</sup>;



- przepis stanowiący o zwiększeniu powierzchni na opakowaniach przeznaczonej na napisy ostrzegające przed paleniem do 30% przedniej i 40% tylnej części opakowania;
- przepisy podatkowe – na wyroby tytoniowe w większości państw członkowskich UE nałożony jest bardzo wysoki podatek akcyzowy.

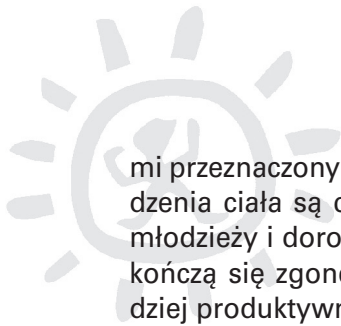
Komisja Europejska wiosną 2007 roku rozpoczęła konsultację publiczną poświęconą stworzeniu otoczenia wolnego od dymu tytoniowego – opublikowano zieloną księgę zatytułowaną: „Ku Europie wolnej od dymu tytoniowego: alternatywne opcje polityki na szczeblu UE” (Towards a Europe free from tobacco smoke: policy options at EU level)<sup>25</sup>.

**Narkotyki** Narkotyki jeszcze nigdy nie były tak powszechne – szczególnie wśród młodych ludzi. Ocenia się, że na dzień dzisiejszy w Unii Europejskiej co najmniej dwa miliony ludzi mają problem z narkotykami<sup>26</sup>. W porządku prawnym coraz większej liczby państw członkowskich podkreśla się różnicę pomiędzy posiadaniem narkotyków na własny użytek oraz przestępstwem polegającym na przemyśle i sprzedaży narkotyków. Ogólnie rzecz biorąc, obserwuje się surowsze kary za drugi rodzaj przestępstwa. Penalizacja przemytu narkotyków zgodna jest z ogólną tendencją w Europie do zwiększania możliwości leczenia uzależnienia od narkotyków oraz do przechodzenia od penalizacji samego posiadania do leczenia uzależnienia.

Komisja Europejska dostrzega, iż **nielegalne używanie narkotyków** – oraz do pewnego stopnia nadużywanie legalnie dostępnych narkotyków – są jedną z najważniejszych kwestii związanych ze zdrowiem publicznym. Dotychczasowe działania - takie jak: organizacja kampanii informacyjnych oraz podnoszenie poziomu świadomości i zmniejszanie czynników ryzyka związanych z leczeniem - koncentrowały się na prewencji. Obecne podejście do problematyki narkotyków w UE zostało rozwinięte na podstawie Europejskiej Strategii Walki z Narkotykami (2005-2012) oraz Planu Działań (2005-2008). Model ten zakłada osiągnięcie równowagi pomiędzy działaniami prewencyjnymi, odpowiednią edukacją oraz leczeniem a stosowaniem istniejącego prawa wobec producentów narkotyków i osób je przemycających.

**Zdrowie psychiczne** – Według Światowej Organizacji Zdrowia nie istnieje jedna oficjalnie używana definicja zdrowia psychicznego. Różnice kulturowe oraz mnogość rywalizujących ze sobą teorii naukowych mają wpływ na olbrzymie zróżnicowanie sposobów definiowania ‘zdrowia psychicznego’. Zdrowie psychiczne jest związane z codzienną egzystencją człowieka i jego rodziny a także z systemem oświaty i miejscami pracy. Problematyka zdrowia psychicznego jest kluczowa dla Europy - choroby psychiczne to prawie 20% wszystkich chorób występujących w UE<sup>27</sup>. Mimo tak powszechnego występowania chorób psychicznych organizacja służby zdrowia i usług medycznych jest bardzo często niewystarczająca lub nieadekwatna nawet w przypadku poważnych zaburzeń. W 2005 roku europejscy ministrowie do spraw zdrowia po raz pierwszy zobowiązali się do włączenia kwestii chorób psychicznych do tworzonej polityki zdrowia publicznego<sup>28</sup>. W 2006 roku Komisja Europejska rozpoczęła konsultację publiczną w oparciu o zieloną księgę w sprawie promowania zdrowia publicznego i strategii zdrowia psychicznego w Unii Europejskiej (“Promoting the Mental Health of the Population. Towards a Strategy on Mental Health for the European Union”)<sup>29</sup>. Debata ta cieszyła się bardzo dużym zainteresowaniem – zgłosiło się 237 dyskutantów<sup>30</sup>. Obecnie służby Komisji przygotowują zręby przyszłej strategii zdrowia psychicznego. Strategia ta powinna zostać przyjęta na wiosnę 2007 roku.

**Zapobieganie powstawaniu obrażeń ciała** Obrażenia ciała są bardzo częstą przyczyną zgonów i niepełnosprawności wśród mieszkańców Europy<sup>31</sup>. Ryzyko powstania obrażeń i poważnych uszkodzeń ciała jest szczególnie duże w takich sytuacjach jak uczestnictwo w ruchu drogowym, przebywanie w miejscu pracy, posługiwanie się niektórymi przedmiota-



mi przeznaczonymi dla konsumentów itp. Intencjonalne i niezamierzone obrażenia i uszkodzenia ciała są częstą przyczyną zgonów bądź przewlekłej niepełnosprawności u dzieci, młodzieży i dorosłych do 45 roku życia. Obrażenia i uszkodzenia ciała w wielu wypadkach kończą się zgonem, utratą zdrowia, niemożnością kontynuowania pracy i utratą najbardziej produktywnych lat życia. Wśród ludzi powyżej 65 roku życia, uszkodzenia i obrażenia ciała najczęściej prowadzą do śmierci lub trwałego kalectwa a w najlepszym przypadku oznaczają powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Komisja Europejska podjęła cały szereg inicjatyw i działań zmierzających do zmniejszenia częstotliwości powstawania niezamierzonych i intencjonalnych uszkodzeń ciała prowadzących do zgonu. Komisja współpracuje w wieloma dyrekcjami generalnymi w takich dziedzinach jak transport, miejsca pracy, zdrowie psychiczne, przemoc w rodzinie, nadużywanie alkoholu i zdrowie dzieci. W latach 1999-2002 przyjęto i zrealizowano ponad 80 projektów związanych z zapobieganiem uszkodzeń ciała<sup>32</sup>. Istnieje jednakże wiele obszarów, w których należy podjąć pilne działania. Duże znaczenie ma wymiana najlepszych praktyk zmierzających do zmniejszenia liczby przypadków uszkodzeń ciała. W czerwcu 2006 roku Komisja Europejska ogłosiła Komunikat Komisji w sprawie bezpiecznej Europy<sup>33</sup> oraz Propozycję Zaleceń Rady w sprawie zapobiegania uszkodzeniom ciała i promocji bezpiecznych zachowań. Propozycje te mają zostać przyjęte w maju 2007 roku<sup>34</sup>.

## **Polityka zdrowotna w Unii Europejskiej – choroby zakaźne**

Choroby zakaźne – takie jak na przykład HIV / AIDS, gruźlica, odra, grypa – stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia i są przyczyną prawie jednej trzeciej zgonów. Choroby zakaźne nie znają granic i rozprzestrzeniają się bardzo szybko w dzisiejszym świecie. Pojawiają się także nowe choroby lub też choroby bardziej odporne na istniejące leki, na przykład: odporna gruźlica czy odporne na antybiotyki gronkowce.

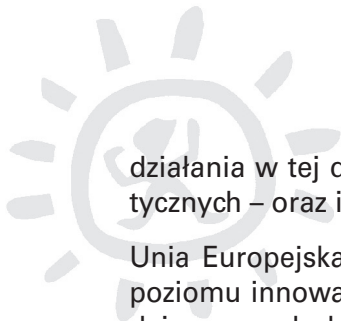
Komisja Europejska współpracuje blisko z państwami członkowskimi, aby lepiej przygotować się na nowe zagrożenia. Na wypadek wystąpienia różnego rodzaju chorób i zagrożeń dla życia ludzkiego Komisja opracowała specyficzne plany działań (zarówno na szczeblu krajowym jak i na szczeblu europejskim). Przygotowano je na wypadek wystąpienia takich chorób jak: pandemia grypy, SARS, ospa czy zagrożenie bio-terrorystycznym. Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) przygotowuje ekspertyzy naukowe oraz ocenia ryzyko wystąpienia chorób, których pojawienia się sygnalizowane jest przez System Wczesnego Ostrzegania (EWRS)<sup>35</sup>.

Oryginalna wersja publikacji zawiera więcej informacji na ten temat. Problematyce tej w książce poświęcono odrębny rozdział.

## **Polityka zdrowotna w Unii Europejskiej – produkty lecznicze i terapie**

Kwestie związane z produkcją, handlem i dystrybucją leków zostały uregulowane we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej w sposób całościowo. Prace legislacyjne rozpoczęto już w latach sześćdziesiątych dwudziestego wieku. Olbrzymie zróżnicowanie – a więc brak spójności – uregulowań krajowych zaowocowało próbami zbliżenia systemów regulacyjnych na szczeblu unijnym. Wszystkie leki dostępne obecnie na rynku UE muszą spełniać standardy bezpieczeństwa, jakości i efektywności sprecyzowane w unijnym regulacjach (szczegóły opisane w pełnej wersji publikacji).

Istnieje jednak nadal duże zróżnicowanie co do zakresu i typów kontroli nad lekami uzupełniającymi w poszczególnych krajach członkowskich. W 1992 roku UE podjęła pierwsze



działania w tej dziedzinie – przyjęto dyrektywę 92/73/EEC<sup>36</sup> w sprawie leków homeopatycznych – oraz inne działania opisane szczegółowo w pełnej wersji publikacji).

Unia Europejska zaangażowana jest w zapewnienie wysokiej jakości, bezpieczeństwa i poziomu innowacji w dziedzinie produktów farmaceutycznych. Podstawowym celem podejmowanych działań jest ułatwienie dokonania wyboru właściwego leku. Podejmuje się działania zmierzające do zagwarantowania dostępności leków po rozsądnej cenie, zapewnienia bezpieczeństwa i efektywnego działania leków oraz należytego poziomu informacji przekazywanych konsumentom. Cele te muszą pozostawać w równowadze z konkurencyjnością przemysłu farmaceutycznego.

W czerwcu 2005 roku powołano grupę wysokiego szczebla do spraw środków farmaceutycznych. Grupa ta spotyka się regularnie z przedstawicielami służb Komisji, które odpowiadają za sprawy przedsiębiorstw i przemysłu oraz ochrony zdrowia i spraw konsumenckich<sup>37</sup>. W forum tym biorą udział przedstawiciele państw członkowskich, przemysłu farmaceutycznego, osoby zaangażowane w realizację polityki zdrowia publicznego, przedstawiciele pacjentów. Forum pracuje w oparciu o zasadę dobrowolności i próbuje pogodzić ze sobą rozwiązania krajowe i europejskie.

## Wnioski

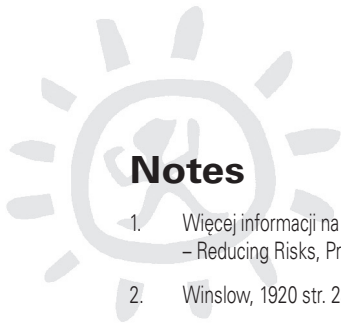
Dobre zdrowie jest fundamentalnym czynnikiem stanowiącym o dobrym rozwoju społecznym i gospodarczym. W dzisiejszych czasach ludzie żyją coraz dłużej i dłużej cieszą się dobrym zdrowiem. Zdrowe społeczeństwo oznacza mniejsze obciążenie systemu opieki zdrowotnej i społecznej. Zdrowi pracownicy są to warunek wzrostu gospodarczego i dobrobytu. We współczesnej Europie, przy gwałtownie starzejących się społeczeństwach, jest to prawda o wiele bardziej aktualna niż kiedykolwiek.

Autorzy publikacji przyznają, iż w ciągu ostatnich dekad udało się osiągnąć wielki postęp w dziedzinie zdrowia publicznego. W dalszym ciągu istnieją jednak duże różnice pomiędzy poszczególnymi grupami społecznymi, regionami i krajami. Choć kwestie związane ze służbą zdrowia należą do kompetencji państw członkowskich, większość problemów zagrażających zdrowiu nie może być należycie rozwiązana w ramach polityk krajowych. Działanie i występowanie czynników ryzyka nie ogranicza się do granic geograficznych. Koordynacja działań w zakresie zdrowia publicznego na szczeblu UE jest więc coraz bardziej istotna i ważna.

Spółeczeństwo obywatelskie zawsze odgrywało ważną rolę w kształtowaniu i realizowaniu polityki zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym i europejskim. Spółeczeństwo obywatelskie jest nadal ważną wartością dodaną i uzupełnieniem dla działań podejmowanych przez Unię Europejską i państwa członkowskie. Będzie ono nadal odgrywać kluczową rolę w podejmowaniu działań zmierzających do dalszej poprawy zdrowia i bezpieczeństwa mieszkańców Europy.

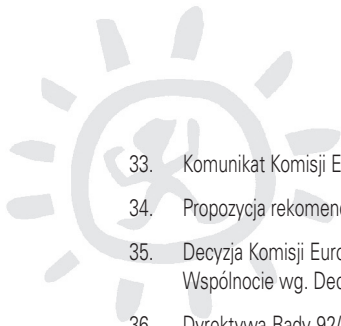
Unia Europejska uczyniła bardzo wiele dla poprawy i rozwoju dialogu z przedstawicielami społeczeństwa obywatelskiego. Unia jest otwarta na przedstawicieli różnych zainteresowanych stron z wielu krajów i sektorów życia publicznego. Jest jeszcze wiele do zrobienia – zwłaszcza gdy chodzi o lepsze wykorzystanie potencjału społeczeństwa obywatelskiego w kształtowaniu i tworzeniu polityk o charakterze globalnym.

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



## Notes

1. Więcej informacji na temat czynników ryzyka znaleźć można w Światowym Raporcie o Stanie Zdrowia (The World Health Report) z 2002 roku – Reducing Risks, Promoting Healthy Life – opublikowanego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) 2002 r.
2. Winslow, 1920 str. 23. w: Baggot Rob, Public Health Policy and Politics. Palgrave Macmillan 2000.
3. Artykuł 25 Deklaracji Praw Człowieka – przyjętej i proklamowanej w rezolucji Zgromadzenia Ogólnego nr 217A (111) z dnia 10. grudnia 1948 r.
4. patrz: Key Data on Health. Eurostat 2005
5. Kjaesrud i Siddel. Publikacja Komisji Europejskiej 2006
6. W: Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Raport ze wspólnych konsultacji WHO/FAO 2003
7. W: Statistics in focus – Population and social conditions. Theme 3 – 2/2004
8. W: Statistics in focus – Population and social conditions. Theme 3 – 2/2004
9. Komunikat Komisji Europejskiej: Improving quality in work: A review of recent progress. COM (2003) 26.11.2003 Final
10. Światowy Raport o Stanie Zdrowia (The World Health Report) z 2002 roku – Reducing Risks, Promoting Healthy Life – opublikowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO).
11. Artykuł 152 Traktatu Amsterdamskiego – Uprawnienia UE do podejmowania kwestii związanych ze zdrowiem publicznym wynikają z artykułów 129 Traktatu z Maastricht (1993) oraz artykułu 152 z Traktatu Amsterdamskiego.
12. [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_programme/programme\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm)
13. Więcej informacji znaleźć można w: Public Health Aspects of EU Common Agricultural Policy – developments and recommendations for change in four sectors: fruit and vegetables, dairy, wine and tobacco. Liselotte Schafer Elinder. National Institute of Public Health. Szwecja 2003
14. Europejska Agencja d/s Ochrony Środowiska i Światowa Organizacja Zdrowia Europejska Agencja d/s Ochrony Środowiska i Światowa Organizacja Zdrowia
15. Więcej informacji znaleźć można: [http://ec.europa.eu/research/era/index\\_en.html](http://ec.europa.eu/research/era/index_en.html)
16. [http://europa.eu.int/comm/research/future/index\\_en.cfm](http://europa.eu.int/comm/research/future/index_en.cfm)
17. [http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/future\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/future_en.htm)
18. [http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/specific-sectors\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/specific-sectors_en.htm)
19. [http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/general-system\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/general-system_en.htm)
20. Wyrok w sprawie C-158/96 Kohll 1998 ECR I-1931 i wyrok w sprawie C-120/95 Decker 1998 ECR I-1831
21. W: Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Raport ze wspólnych konsultacji WHO/FAO 2003
22. Komunikat Komisji Europejskiej dla Rady, Parlamentu i Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów: "An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm 24/10/2006 COM 2006 625 final
23. Zielona księga Towards a Europe free from tobacco smoke: policy options at EU level. 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](http://www.ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/tobacco/keydo_tobacco_en.htm)
26. Raport Roczny za 2006 r. w sprawie problematyki używania narkotyków w Europie przygotowany przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Uzależnień od Narkotyków – <http://annualreport.emcdda.europa.eu>
27. Zielona księga – Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. Komisja Europejska 2006
28. <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>
29. [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental\\_health\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_en.htm)
30. zaczerpnięto z odpowiedzi na publikację zielonej księgi Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. Komisja Europejska 19.12.2006 r.
31. więcej informacji znaleźć można: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/environment/IPP/ipp\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/environment/IPP/ipp_en.htm)
32. więcej informacji znaleźć można: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/injury\\_project\\_full\\_listing\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/injury_project_full_listing_en.htm)



33. Komunikat Komisji Europejskiej do Parlamentu i Rady w sprawie Działań na rzecz Bezpiecznej Europy. COM(2006) 328 final
34. Propozycja rekomendacji Rady w sprawie działań zapobiegającym obrażeniom ciała i promocji bezpieczeństwa. COM (2006) 329 final
35. Decyzja Komisji Europejskiej z dnia 19. marca 2002 roku ustanawiająca sieć nadzoru epidemiologicznego i zwalczania chorób zakaźnych we Wspólnocie wg. Decyzji nr 2119/98/EC Parlamentu i Rady, 2002/253/EC.
36. Dyrektywa Rady 92/73/EWG z dnia 22 września 1992 r. rozszerzająca zakres zastosowania dyrektyw 65/65/EWG i 75/319/EWG w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych dotyczących produktów leczniczych i ustanawiającej dodatkowe przepisy w odniesieniu do homeopatycznych produktów leczniczych (Dziennik Ustaw WE L297/8 1992).
37. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/other\\_policies/pharma\\_forum\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/other_policies/pharma_forum_en.htm)  
[http://ec.europa.eu/enterprise/phabiocom/comp\\_pf\\_en.htm](http://ec.europa.eu/enterprise/phabiocom/comp_pf_en.htm)