

Prezydencja w Radzie Unii Europejskiej w obszarze zdrowia

Polska zmiana w sztafecie

Agnieszka Czupryniak, Bolesław Samoliński



Dobiegła końca polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej. Co udało nam się załatwić, co dokończyć, co pozostawimy następcom?

Polska po raz pierwszy zmierzyła się z zadaniem sprawowania prezydencji w Radzie UE. Wymagało to odwołania się do ekspertów w dziedzinie prawa europejskiego i zdrowia publicznego oraz w negocjacjach międzynarodowych, przygotowania kadr, zrozumienia zadań i celów prezydencji, przeanalizowania dorobku poprzedników oraz analizy i przewidywania inicjatyw komisji. Wreszcie – wypracowania politycznych priorytetów i przygotowania projektów dokumentów. Etap przygotowawczy rozpoczął się prawie 2 lata wcześniej i trwał aż do ostatnich chwil przed objęciem przewodnictwa w Radzie UE.

Krajowe i unijne

Polityka zdrowotna należy do kompetencji krajowych, jednakże UE odgrywa ważną rolę w jej kształtowaniu.

Zgodnie z art. 168 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE), przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań UE zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego. Celem działania Unii, uzupełniającego polityki krajowe, jest poprawa zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Obejmuje to zwalczanie epidemii poprzez wspieranie badań nad ich przyczynami, sposobami ich rozprzestrzeniania się oraz zapobiegania im oraz informowanie i edukację zdrowotną, a także monitorowanie poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, wczesne ostrzeżenie w wypadku takich zagrożeń i ich zwalczanie.

Unia zachęca państwa członkowskie do współpracy w określonych dziedzinach oraz, jeśli to konieczne, wspie-

ra ich działania. Chodzi głównie o współdziałanie w celu zwiększenia komplementarności usług zdrowotnych w regionach przygranicznych. Państwa członkowskie, w porozumieniu z Komisją, koordynują własne polityki i programy w dziedzinach określonych w ust. 1 art. 168 TFUE. Komisja może podjąć, w ścisłym kontakcie z członkami UE, każdą użyteczną inicjatywę wspierającą tę koordynację, w szczególności zmierzającą do określenia wytycznych i wskaźników, organizowania wymiany najlepszych praktyk i przygotowania elementów niezbędnych do prowadzenia okresowego nadzoru i oceny. Unia Europejska natomiast dzieli z państwami członkowskimi kompetencje do stanowienia prawa dotyczącego:

- a) standardów jakości i bezpieczeństwa organów i substancji pochodzenia ludzkiego,
- b) środków w dziedzinach weterynaryjnej i fitosanitarnej, mających bezpośrednio na celu ochronę zdrowia publicznego,
- c) standardów jakości i bezpieczeństwa produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

Ponadto Parlament Europejski i Rada UE, stanowiąc zgodnie ze zwykłą procedurą ustawodawczą i po konsultacji z Europejskim Komitetem Ekonomiczno-Społecznym i Komitetem Regionów, mogą również ustanowić środki zachęcające, zmierzające do ochrony i poprawy zdrowia ludzkiego, w szczególności zwalczania epidemii transgranicznych, środki dotyczące monitorowania poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, wczesnego ostrzeżenia w przypadku takich zagrożeń oraz ich zwalczania, jak również środki, których bezpośrednim celem jest ochrona zdrowia publicznego w związku z paleniem tytoniu i nadużywaniem alkoholu, z wyłączeniem jakiegokolwiek harmonizacji przepisów ustawowych i wykonawczych państw członkowskich. Rada, na wniosek Komisji, może również przyjąć zalecenia służące osiągnięciu celów określonych w art. 168 TFUE. Działania unijne są jednak prowadzone w poszanowaniu obowiązków poszczególnych państw w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej.

Harmonogram prac

Państwo członkowskie przygotowujące się do sprawowania prezydencji w Radzie UE, po przeanalizowaniu wcześniejszego dorobku UE w danej dziedzinie, potrzeb oraz harmonogramu prac legislacyjnych, określa tematy przewodnie w danym obszarze – priorytety. W wypadku zdrowia, z uwagi na ograniczone kompetencje UE, państwa członkowskie wybierają jako główne kierunki te tematy, w których działanie na poziomie wspólnoty wnosi wartość dodaną do przedsięwzięć podejmowanych przez członków ze względu na ich skalę i skutki.

Poprzednie prezydencje koncentrowały się m.in. na społecznych determinantach zdrowia, solidarności

w zdrowiu, wspólnych wartościach systemów opieki zdrowotnej, e-zdrowiu, problemach opieki transgranicznej czy starzejących się społeczeństw. Wskazywały m.in. na konieczność walki z powszechnie występującymi czynnikami ryzyka czy zapobiegania chorobom przewlekłym odpowiedzialnym za przedwczesne zgony i ograniczania ich negatywnych skutków.

Priorytety polskiej prezydencji w zakresie zdrowia wypracował podzespół ds. priorytetów w zdrowiu prezydencji polskiej w Radzie UE Ministerstwa Zdrowia pracujący ponad dwa lata, w ramach zespołu ds. koordynacji przygotowań Ministerstwa Zdrowia do realizacji zadań wynikających z przejścia przez Rzeczpospolitą Polską przewodnictwa w Radzie UE w II połowie 2011 r. kierowanego przez Adama Fronczaka, wiceministra zdrowia, składający się z ekspertów i przedstawicieli środowisk zajmujących się podstawowymi zagadnieniami

„ Unia zachęca do współpracy między państwami członkowskimi, a jeśli to konieczne, wspiera ich działania ”

zdrowia publicznego. Głównymi wyzwaniem było zrozumienie, że prezydencja nie służy do załatwiania wewnętrznych problemów Polski, oraz znalezienie tematów wspólnych dla wszystkich państw członkowskich, których realizacja na poziomie wspólnotowym jest wartością dodaną dla działań prowadzonych w krajach unijnych. Przyjęto dwa priorytety: wyrównywanie różnic w zdrowiu społeczeństw Europy oraz choroby degeneracyjne mózgu, w tym choroba Alzheimera. Za przygotowanie trzech podpriorytetów składających się na pierwsze główne zadanie odpowiadali ich koordynatorzy, którzy kierowali wieloosobowymi zespołami: dr n. med. Przemysław Biliński – główny inspektor sanitarny, prof. dr hab. med. Bolesław Samoliński – kierownik Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prof. dr hab. med., dr h.c. Henryk Skarżyński – dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu. Drugi główny priorytet realizował zespół kierowany przez prof. dr. hab. med. Grzegorza Opalę – kierownika Kliniki Neurologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

Dzieci i starcy

W wypadku priorytetu poświęconego wyrównywaniu różnic w zdrowiu szczególny nacisk położono na schorzenia okresu dziecięcego, słabo reprezentowane

w programach dotychczasowych prezydencji. Polska zajęła się przewlekłymi chorobami układu oddechowego w okresie wczesnorozwojowym jako czynnikiem ryzyka upośledzenia zdrowia w dalszych etapach życia, więc głównej przyczyny chorobowości, dotyczącej średnio 30 proc. populacji krajów unijnych, oraz zaburzeń komunikacyjnych u dzieci (słuchu, mowy i wzroku), jako czynnikiem istotnie upośledzającym rozwój i późniejsze życie zawodowe oraz społeczne (dotyczą one około jednej czwartej populacji wieku rozwojowego). Zajęto się również promocją zdrowego trybu życia poprzez działania w odniesieniu do czterech zasadniczych czynników ryzyka (palenie tytoniu, nadużywanie al-

Polski z Danią i Cyprem). Wpisują się one w kierunki działań Komisji Europejskiej i strategię europejską.

Sposób działania

Istotnym zagadnieniem był sposób realizacji tych priorytetów. Czy ograniczyć się do konferencji poświęconych tej problematyce, czy przedłożyć Radzie UE projekty konkluzji? Między jednym i drugim są elementy wspólne i rozłączne. Wspólnym jest konieczność oparcia się na naukowych podstawach dających uzasadnienie proponowanym rozwiązaniom politycznym, rozłącznym zaś różnica w znaczeniu politycznym. Konferencje kończą się zwykle także formą konkluzji,



„ Polska prezydencja podjęła temat przewlekłych chorób układu oddechowego w okresie wczesnorozwojowym ”

foto: I23RF

koholu, niewłaściwa dieta i brak aktywności fizycznej), gdyż to może się przyczynić do zmniejszenia różnic w stanie zdrowia.

Zgodnie z zasadą kontynuacji zajęto się tematami, które wcześniej pojawiły się w planie prac Rady UE (czynniki ryzyka i determinanty zdrowia oraz choroby przewlekłe), ale nadal wymagają pracy i nowego podejścia ze względu na zmieniającą się sytuację. Równocześnie zaproponowano nowe zagadnienia, takie jak zaburzenia komunikacyjne, ze względu na rolę komunikacji we właściwym funkcjonowaniu w społeczeństwie informacyjnym. Priorytety naszego przewodnictwa są częścią programu 18-miesięcznego trio prezydencji (współpraca

ale tylko eksperckich. Mogą one być brane pod uwagę i stanowią dorobek prezydencji oraz całej UE. Konkluzje Rady UE są natomiast aktem politycznej woli i deklaracją państw członkowskich podjęcia określonych działań w dziedzinie, której konkluzja dotyczy. W ramach konkluzji członkowie mogą także zgłaszać określone zadania, które winna zrealizować Komisja Europejska jako organ wykonawczy UE. Polska w sprawie priorytetu dotyczącego zmniejszania różnic w zdrowiu społeczeństw Europy zdecydowała się zaproponować konkluzje Rady UE, a w wypadku drugiego priorytetu, mając na uwadze wcześniejszy dorobek w tej dziedzinie – konkluzje pokonferencyjne.

Konkluzje Rady UE wymagają uzgodnienia wspólnego stanowiska państw członkowskich. Obowiązuje zasada jednomyślności. Oznacza to, że konkluzja zostanie przyjęta tylko wtedy, gdy jej zapisy uzyskają zgodę wszystkich państw. Jest to swoiste unijne liberum veto i wystarczy jeden głos, by negocjacje zakończyły się fiaskiem. Gdy rozważamy wartość tak wynegocjowanego stanowiska, jest to pozytywne. Gdy jednak przy powszechnym poparciu określonej idei nie można uzyskać politycznego konsensusu w sprawie szczegółowych zapisów konkluzji – negatywne. Warto wiedzieć, że często negocjacje koncentrują się na słowach czy wyrażeniach w języku angielskim, bo w tej wersji językowej przygotowuje się dokument. I tak naprawdę trzeba mieć świadomość, patrząc na tłumaczenia przyjętych konkluzji, że tylko angielska wersja językowa, w której dokument był pisany i negocjowany, oddaje sens i ducha dokumentu.

Dokumenty

Prace nad dokumentami zaproponowanymi przez Polskę w obszarze zdrowia publicznego toczyły się od 12 lipca, a skończyły 10 listopada 2011 r. podczas posiedzeń Grupy Roboczej ds. Zdrowia Publicznego Rady UE, w których uczestniczyli przedstawiciele wszystkich państw UE, a także Komisji Europejskiej. Mimo ogólnej zgody co do idei przewodnich, negocjacje nie były łatwe i uzgodnienie szczegółowych zapisów często wymagało rozmów bilateralnych. Dokumenty przygotowane, uzgodnione i wynegocjowane z państwami członkowskimi i Komisją Europejską przez przewodniczącą grupy zostały przekazane do zatwierdzenia przez COREPER w celu przedłożenia do przyjęcia przez Radę ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Spraw Konsumenckich (Rada EPSCO).

2 grudnia 2011 r. Rada EPSCO przyjęła trzy konkluzje Rady UE związane z priorytetami polskiej prezydencji w obszarze zdrowia publicznego:

- profilaktyka, wczesne wykrywanie i leczenie przewlekłych chorób układu oddechowego u dzieci (2011/C 361/05);
- wczesne wykrywanie i leczenie zaburzeń komunikacyjnych u dzieci, z uwzględnieniem zastosowania narzędzi e-zdrowia i innowacyjnych rozwiązań (2011/C 361/04);
- konkluzje w sprawie zmniejszania różnic zdrowotnych w UE poprzez zorganizowane działania na rzecz promowania zdrowego stylu życia (2011/C 359/05).

Zmniejszanie różnic

Cechą wspólną konkluzji jest wskazanie potrzeby niwelowania różnic w zdrowiu społeczeństw Europy poprzez promocję zdrowego stylu życia i zwalczanie czynników ryzyka w zakresie chorób upośledzających jakość życia, rozwój osobniczy, społeczny, intelektualny, ze szczególnym uwzględnieniem wieku dziecięcego, poprzez zapobieganie tym chorobom oraz ich wczesne wykrywa-

nie i właściwą terapię. Celem zasadniczym jest więc stworzenie perspektyw lepszego zdrowia w następnych dekadach życia dzieciom, które są zagrożone tymi chorobami lub już są chore, oraz kształtowanie postaw prozdrowotnych.

Istotną wartością polskiej prezydencji i przyjętych w jej trakcie konkluzji jest to, iż ich treść nie ogranicza się do politycznych deklaracji podjęcia działań w określonych obszarach, ale daje również podstawy do wyposażenia środków zajmujących się poszczególnymi zagadnieniami na poziomie eksperckim i operacyjnym w narzędzia do pracy. Przede wszystkim trzeba podkreślić odniesienie do wzmocnienia funkcjonowania sieci instytucji działających w ponadnarodowej i ponadpaństwowej unijnej przestrzeni, których współpraca służyłaby budowaniu naukowych podstaw i programów zdrowotnych wraz z ich wdrożeniem na terenie UE. Daje to prawdziwy, praktyczny wymiar działań o charakterze polityki prozdrowotnej w kontekście zdrowia publicznego.

Inne aspekty szeroko pojętej problematyki zdrowotnej, z uwagi na podział kompetencji oraz projekty legislacyjne, omawiane były również przez członków grup roboczych ds. środków spożywczych oraz ds. farmaceutyków i wyrobów medycznych Rady UE.

W trakcie prezydencji Polska inicjowała oraz brała udział w wielu spotkaniach w Parlamencie Europejskim. Uczestniczyła także w wydarzeniach międzynarodowych, światowych oraz w negocjacjach deklaracji unijnych (m.in. 61. posiedzenie Komitetu Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia w Baku, Zgromadzenie Wysokiego Szczebla Organizacji Narodów Zjednoczonych w sprawie chorób niezakaźnych w Nowym Jorku, światowa konferencja poświęcona społecznym uwarunkowaniom zdrowia w Rio de Janeiro).

Aktywność

Polska swoją aktywnością pokazała, iż nie tylko potrafi przedłożyć UE nowoczesne projekty w zakresie zdrowia publicznego i dobrze nimi politycznie zarządzać, lecz także, że ma ponadpaństwowy sposób postrzegania zadań. Prezydencja nie jest bowiem czasem na załatwianie problemów państwa, które ją sprawuje, lecz na zwrócenie uwagi i podjęcie tematów ważnych z punktu widzenia zdrowia społeczeństwa europejskiego i państw członkowskich. W obszarach tych następnie prowadzone są określone działania przez państwa członkowskie i Komisję Europejską. W zależności od treści konkluzji, postępu procesu refleksji czy przyjętych priorytetowych kierunków działań tematykę podjętą przez prezydencję można też znaleźć w ogłaszanych przez Komisję Europejską unijnych programach i projektach.

*Agnieszka Czupryniak – przewodnicząca grupy roboczej ds. zdrowia publicznego w trakcie przewodnictwa Polski w Radzie Unii Europejskiej, Ministerstwo Zdrowia.
Bolesław Samoliński – przewodniczący Podzespołu ds. Priorytetów Ministerstwa Zdrowia, profesor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego*