

Maciej Jankowiak

Elementy polityki zdrowotnej w prawie pierwotnym Unii Europejskiej - geneza, ewolucja, stan obecny

International Journal of Management and Economics 18, 44-62

2005

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Elementy polityki zdrowotnej w prawie pierwotnym Unii Europejskiej – geneza, ewolucja, stan obecny

Międzynarodowy wymiar polityki zdrowotnej

Istnieje wiele definicji polityki zdrowotnej. Jedną z najbardziej kompleksowych podał C. Włodarczyk, który przyjmuje, że jest to „dający się wyodrębnić proces intencjonalnie wywołanych zdarzeń odnoszących się do spraw zdrowia w skali ponadjednostkowej, w którym to procesie obecne są rozstrzygnięcia o charakterze władczym”¹. W definicji tej podkreślony został między innymi wyodrębniony i uporządkowany w postaci procesu charakter działań, które zasługują na miano takiej polityki.

Polityka zdrowotna, prowadzona przede wszystkim przez różnego rodzaju związki publiczno-prawne, może być realizowana zarówno na szczeblu lokalnym, jak i regionalnym, krajowym oraz międzynarodowym. Zwłaszcza jej międzynarodowy aspekt jest obecnie szczególnie istotny, ze względu na nasilające się procesy globalizacji. Także zakres występowania zagrożeń zdrowotnych zależy w większym stopniu od ich naturalnego charakteru niż od administracyjnego przebiegu granic państwowych, a nasilone migracje społeczne sprzyjają rozprzestrzenianiu niektórych chorób zakaźnych. Ze względu na postęp w wymianie informacji coraz szerzej, a więc i w skali międzynarodowej, propagowane są różne (korzystne bądź nieprawidłowe) wzorce zachowań i style życia, wpływające na poziom zdrowia całych społeczeństw. Sprawia to, że polityka zdrowotna prowadzona w obrębie pojedynczych państw przestaje być wystarczająca do zapewnienia pełnej skuteczności podjętych działań. Z drugiej strony rozwój organizacji międzynarodowych sprawia, że mogą one uwzględniać w swoich programach przynajmniej niektóre aspekty polityki społecznej i zdrowotnej. Również Wspólnoty Europejskie (a później Unia Europejska) w swym postępowaniu nie mogły pozostać obojętne wobec tej ważnej sprawy.

Ocena postanowień traktatów rzymskich w dziedzinie zdrowia publicznego

Traktaty: paryski i rzymskie w swym pierwotnym brzmieniu nie były dokumentami szeroko poruszającymi problematykę społeczną (również w zakresie zdrowia publiczne-

go). Zasadniczym przedmiotem ich ustaleń były kwestie gospodarcze, których uregulowanie stało się niezbędne do powstania trzech Wspólnot Europejskich: Europejskiej Wspólnoty Węgla i Stali, Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej oraz Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej. Traktat o Europejskiej Wspólnocie Węgla i Stali, podpisany w Paryżu w roku 1951, zawierał postanowienia dotyczące bezpieczeństwa i warunków pracy w przemyśle węglowym i stalowym. Strony Traktatu o ustanowieniu Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej z 1957 r. odniosły się do kwestii ochrony zdrowia pracowników i ludności przed skutkami promieniowania jonizującego. Problematyka zdrowia publicznego stosunkowo najszerze odzwierciedlenie znalazła w treści Traktatu o ustanowieniu Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej z tego samego roku². Oprócz nawiązania do bezpieczeństwa i warunków pracy oraz ochrony przed wypadkami i chorobami zawodowymi, w artykule 100 tego traktatu zawarto postanowienia o dopuszczalności przyszłej harmonizacji norm sanitarnych w państwach członkowskich, co miało znaczenie dla wspólnych działań na rzecz ograniczenia rozprzestrzeniania się niektórych chorób zakaźnych³.

Zagadnienia ochrony zdrowia były poruszane w powyższych dokumentach w zasadzie jedynie w nawiązaniu do postanowień w dziedzinie gospodarki. Miały więc charakter fragmentaryczny i zarazem wtórny w stosunku do polityki gospodarczej. Z tego względu nie można ich traktować jako podstawy prowadzenia wspólnej polityki zdrowotnej, niemniej mogły stanowić pewnego rodzaju zapowiedź dalszego rozwoju prawa pierwotnego w tym kierunku.

Zdrowie publiczne w postanowieniach Jednolitego Aktu Europejskiego

Jednolity Akt Europejski (JAE) z roku 1986 stworzył silne podstawy dla współpracy gospodarczej państw należących do Wspólnot Europejskich oraz dla utworzenia jednolitego rynku wewnętrznego⁴. Odnosił się on głównie do sfery gospodarki, jednocześnie obejmował pewne zagadnienia z zakresu polityki społecznej (zwłaszcza związane z utworzeniem wspólnego rynku), rewidując rozwiązania przyjęte w traktatach rzymskich⁵. Nawiązania do kwestii zdrowia publicznego znajdują się w kilku jego artykułach. Przede wszystkim wniósł on uzupełnienie do traktatu o EWG w postaci art. 110A ust. 3 w brzmieniu: „W przedkładanych propozycjach [...] w dziedzinach dotyczących zdrowia [...] Komisja przyjmie za podstawę wysoki poziom ochrony”⁶. W ten sposób została narzucona konieczność uwzględniania w działalności Wspólnoty wysokiego poziomu ochrony zdrowia, co stało się pierwowzorem późniejszych postanowień, zawartych w traktacie z Maastricht. Jednocześnie wskazano na interdyscyplinarny sposób postrzegania zagadnień związanych ze zdrowiem publicznym, którego ochrona miała przenikać inne obszary wspólnotowej działalności (głównie związane z tworzeniem wspólnego rynku), co zostało poszerzone w kolejnych dokumentach prawa pierwotnego.

JAE wprowadził do traktatu o EWG art. 118A ust. 1, w którym postanowiono, że: „Państwa członkowskie przykładają szczególną wagę do wprowadzania korzystnych zmian, zwłaszcza dotyczących warunków pracy, szczególnie w zakresie ochrony zdrowia [...] oraz stawiają sobie za cel harmonizację warunków w tej dziedzinie [...]”⁷. Postanowienie to otworzyło drogę do ustanowienia minimalnych norm ochrony zdrowia w miejscu pracy, co było przejawem zastosowania regulacji w dziedzinie socjalnej wtórnie w stosunku do potrzeb postępującej integracji gospodarczej, wymagającej między innymi ujednoczenia zasad ochrony obowiązujących na rynku pracy. Co więcej, wyraźnie zaznaczono, że celem zmian miała być harmonizacja ustanowionych standardów. Harmonizacja przepisów w systemach prawnych państw członkowskich była później rzadko stosowana w sferze polityki społecznej i użycie tej „twardej” metody zbliżenia prawodawstwa, zapewne ze względu na duże znaczenie problemu z pogranicza polityki gospodarczej i społecznej, zasługiwać musi na uwagę.

JAE zawierał jeszcze jedno istotne postanowienie dotyczące zdrowia publicznego. Wprowadził on do traktatu o EWG Tytuł VII – *Środowisko naturalne* i w nim art. 130R ust. 1 w brzmieniu: „Działania Wspólnoty dotyczące polityki w dziedzinie środowiska naturalnego mają następujące cele: [...] przyczynić się do ochrony zdrowia ludzkiego [...]”⁸. Wymaga to oceny z dwóch powodów. Po pierwsze, o ile treść wcześniej przywołanych artykułów pozostawała w ścisłym związku ze wspólną polityką gospodarczą i handlową, o tyle tutaj tak silna zależność nie występowała i konieczność ochrony zdrowia wywiedziona została z przyczyn innych niż gospodarcze. Po drugie, cel z zakresu zdrowia publicznego został włączony do założeń działalności prowadzonej w innej niż gospodarcza dziedzinie (tzn. w zakresie ochrony środowiska naturalnego). Była to zapowiedź rozwiązań szeroko zastosowanych w później ukształtowanym prawie pierwotnym.

Elementy polityki zdrowotnej w traktacie o Unii Europejskiej

Traktat o Unii Europejskiej (TUE), podpisany w Maastricht w lutym 1992 r. wszedł w życie 1 listopada roku 1993. Był dokumentem o charakterze przełomowym dla funkcjonowania Wspólnot Europejskich⁹. Powołał do życia Unię Europejską jako twór organizujący stosunki pomiędzy państwami członkowskimi Wspólnot (art. A TUE)¹⁰. Wprowadził także podział działalności Unii Europejskiej na trzy filary:

- I filar: działania podejmowane w ramach Wspólnot Europejskich, głównie w dziedzinie gospodarczej
- II filar: wspólna polityka zagraniczna i bezpieczeństwa
- III filar: współpraca w zakresie spraw wewnętrznych i wymiaru sprawiedliwości

Wspólne działania na rzecz ochrony zdrowia publicznego włączono do pierwszego filaru Unii Europejskiej. Oznacza to, że są one podejmowane na mocy zmienionych i uzupełnionych postanowień Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską (TWE). W TUE wymieniono jako jedną z dziedzin działalności Wspólnoty Europejskiej przy-

czynianie się do wysokiego poziomu ochrony zdrowia (art. 3, pkt o) TWE). Znajduje to kontynuację we wprowadzonym do TWE nowym artykule 129 (w tytule X *Zdrowie publiczne*), z którego wynika konieczność współdziałania Wspólnoty w celu zapewnienia owego wysokiego poziomu ochrony¹¹. Współdziałanie to ma przyjąć postać popierania współpracy między państwami członkowskimi i w razie konieczności wspierania ich działań. Takie postanowienie otwiera drogę do formalnego zorganizowania współpracy pomiędzy członkami Wspólnoty, czego efektem ma być wysoki poziom ochrony zdrowia.

W dalszej części przywołanego art. 129 TWE podany zostaje katalog działań, które są preferowane przez Wspólnotę. Zaliczono do nich między innymi informację i oświatę zdrowotną stosowaną dla prewencji chorób, ze szczególnym uwzględnieniem schorzeń społecznych¹². Jak z tego wynika, zaakcentowano przede wszystkim działania profilaktyczne. Szeroko zakrojone działania tego rodzaju stanowią jeden z instrumentów polityki zdrowotnej. Wśród nich szczególne miejsce zajmuje edukacja medyczna, wchodząca w skład promocji zdrowia¹³. Promocja zdrowia oraz profilaktyka, zwłaszcza w odniesieniu do schorzeń o występowaniu ogólnospołecznym, wymienione *expressis verbis* w art. 129 TWE, stanowią niewątpliwie pewne elementy polityki zdrowotnej Unii Europejskiej. Umożliwiają kształtowanie w szerokim zakresie poziomu zdrowia społeczeństw Unii, oraz jednocześnie modelowanie prozdrowotnych postaw poszczególnych jej mieszkańców. Zwłaszcza edukacja zdrowotna, ze względu na swój ogólnospołeczny zasięg i stosunkowo niezbyt wysokie koszty, staje się niezwykle cennym narzędziem polityki zdrowotnej, prowadzącym do rozpropagowania właściwego podejścia do kwestii własnego zdrowia wśród obywateli poszczególnych państw członkowskich.

Jednocześnie w tym samym art. 129 TWE postanowiono, że działania z zakresu ochrony zdrowia publicznego wchodzą w skład innych polityk Wspólnoty. Tak więc nie została tutaj przewidziana możliwość prowadzenia w pełni odrębnej polityki zdrowotnej, lecz postanowiono, że jej elementy będą obecne w innych „nazwanych” politykach realizowanych przez Unię Europejską. Dyskusyjne pozostają powody, dla których nie doszło do wydzielenia polityki zdrowotnej, tak istotnej przecież ze społecznego punktu widzenia. Niewątpliwie ważną przesłanką było (i nadal jest) duże zróżnicowanie sposobów zapewnienia ochrony zdrowia w poszczególnych krajach członkowskich. Różnią się one nie tylko standardami i sposobami udzielania świadczeń medycznych (które zresztą podlegają coraz większemu ujednoczeniu w skali międzynarodowej w miarę postępu nauk medycznych), ale także bardzo rozbieżnymi nakładami i źródłami finansowania¹⁴. Zbyt głęboka ingerencja prawa wspólnotowego w dziedzinę ochrony zdrowia poszczególnych państw członkowskich, oznaczająca konieczność znaczącej weryfikacji dotychczasowego ich postępowania w tym zakresie, wymagałaby zapewnienia stosownych i niemałych środków na realizację przyjętych celów jednolitej polityki zdrowotnej, co niekoniecznie musiałyby spotkać się z dobrym przyjęciem przez poszczególnych państw.

TUE jako pierwszy dokument prawa pierwotnego włączył skoordynowane elementy polityki zdrowotnej do działań będących w gestii Wspólnoty i Unii Europejskiej. Na

mocy jego postanowień nie doszło jednak do wydzielenia takiej polityki jako w pełni odrębnego zestawu celów i środków przeznaczonych do ich realizacji. Co więcej, odpowiedzialność za zorganizowanie systemu opieki zdrowotnej pozostawiono wyłącznie poszczególnym państwom członkowskim. Niemniej traktat ten w dostateczny sposób zaakcentował konieczność uwzględnienia zadań z zakresu zdrowia publicznego w systemie regulacji wspólnotowych. Doprowadziło to do zainicjowania kolejnymi aktami niższego rzędu kilku programów w dziedzinie zdrowia publicznego. Do najważniejszych należałoby zaliczyć program promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej i szkolenia, program zapobiegania AIDS, program zwalczania nowotworów i program zapobiegania narkomanii. Działania w ramach wymienionych programów można więc traktować jako przejaw prowadzenia przez Unię Europejską polityki zdrowotnej (choć w wyinkowo wybranym zakresie), jednak nie została ona w pełni wyodrębniona przez postanowienia TUE. Przejawy tak rozumianej polityki zdrowotnej uwolniły się na jego mocy od pochodnego w stosunku do polityki gospodarczej charakteru (co było do tej pory zasadą) i stały się ważną częścią szeroko pojmowanej polityki społecznej Unii.

Poszerzenie zakresu postanowień z dziedziny zdrowia publicznego w Traktacie amsterdamskim

W Traktacie amsterdamskim z 1997 r. strony kontynuowały rozwiązania zawarte w TUE. Wprowadzono szereg zmian w zakresie pierwotnego prawa wspólnotowego, co nie pozostało bez znaczenia dla podejmowanych wspólnych działań w ramach trzech filarów Unii Europejskiej¹⁵. Zmiany te miały przede wszystkim formę poprawek (art. 1–5), modyfikujących treść TUE, TWE i traktatów ustanawiających Europejską Wspólnotę Węgla i Stali oraz Europejską Wspólnotę Energii Atomowej. Traktat amsterdamski zawiera również część autonomiczną (art. 6–15), określającą kompetencje organów Unii Europejskiej oraz dotyczącą strony redakcyjnej niektórych dotychczasowych dokumentów prawnych.

W zmienionej treści art. 3 TWE, w punkcie p) wśród dziedzin działalności podejmowanych przez Wspólnotę Europejską dla realizacji jej zadań pozostawiono „przyczynianie się do wysokiego stopnia ochrony zdrowia”¹⁶. Tak więc wysoki poziom ochrony zdrowia jest zaliczony w tym artykule do głównych kierunków działań Wspólnoty¹⁷, na równi m.in. ze wspólną polityką handlową lub rolną. Wprowadzenie zadań z dziedziny zdrowia publicznego jako jednego z nadrzędnych celów Wspólnoty świadczy o dużej wadze, jaką przykładają się do tej problematyki. Jednak w omawianym artykule nie doszło do pełnego wyodrębnienia i wymienienia z nazwy polityki zdrowotnej, co ma decydujący wpływ na kształt dalszych postanowień w tej dziedzinie, wprowadzonych przez Traktat amsterdamski.

W zakresie zdrowia publicznego dalsze zmiany w treści TWE są znaczne. Przede wszystkim doszło do modyfikacji wcześniej obowiązującego artykułu 129 TWE, który

obecnie przybiera numer 152 i jest umieszczony (jako jedyny) w Tytule XIII. *Zdrowie publiczne*. Analiza treści artykułu 152 TWE jest kluczowa dla oceny kierunków działań w zakresie ochrony zdrowia w Unii Europejskiej. Składa się on z pięciu ustępów poświęconych różnym aspektom działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego. W ustępie 1 podano, że „przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Wspólnoty zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego”¹⁸. Stanowi to rozwinięcie odnośnego postanowienia znajdującego się w art. 129 TWE, gdyż obecnie dbałość o wysoki poziom ochrony ma być elementem nie tylko wszystkich polityk prowadzonych przez Wspólnotę, ale też wszelkich jej działań (a więc także tych niezorganizowanych w określonej „nazwanej” politykę)¹⁹. Postanowienie to, aczkolwiek o charakterze bardzo ogólnym, wyznacza podstawowy kierunek podejmowanych na rzecz zdrowia przedsięwzięć, którym jest dbałość o ich skutki jakościowe (tzn. wysoki poziom ochrony), a nie głównie o wyniki w postaci mniej lub bardziej wymiernych korzyści ekonomicznych.

W dalszej części ust. 1 art. 152 TWE wymienione zostają szczegółowe cele takich działań. Zaliczono do nich: poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim, usuwanie źródeł zagrożenia dla zdrowia ludzkiego, zwalczenie epidemii przez wspieranie badań nad ich przyczynami, sposobami rozprzestrzeniania się oraz zapobiegania im, informację i edukację zdrowotną, a także zmniejszenie szkodliwych dla zdrowia skutków narkomanii. Jak widać z powyższego w porównaniu z wcześniejszym art. 129 TWE cele wspólnych działań na rzecz ochrony zdrowia są podane szerzej. Po raz pierwszy zostaje wprowadzone jako cel działania „usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia ludzkiego”, co jest sformułowaniem otwartym, nie ograniczonym do kompletnego katalogu takich zagrożeń, i umożliwia objęcie wspólnym postępowaniem zapobiegania niebezpieczeństwom w trakcie uzgadniania treści artykułu jeszcze nieznanym lub nieuznanym za poważne, bez konieczności zmian postanowień traktatowych. Również po raz pierwszy jako kierunek działań podkreślona zostaje poprawa zdrowia publicznego. Takie ujęcie akcentuje ogólnospołeczny, a nie jednostkowy (tzn. odnoszący się do poszczególnych osób lub pacjentów), charakter polityki zdrowotnej i wnosi element przedkładania korzyści wspólnych (w wymiarze całej Unii) nad indywidualne. Zmodyfikowane (w porównaniu z wcześniejszym art. 129 TWE) zostaje także podejście do problemu narkomanii, uwzględniające nie tylko sam fakt jej powszechnego występowania, lecz także niekorzystne skutki dla zdrowia, co w większym stopniu odpowiada rzeczywistości zasięgowi problemów społecznych i zdrowotnych, związanych z masowym nadużywaniem środków uzależniających. Wreszcie w ustępie tym zaznaczono, że realizacja celów z zakresu ochrony zdrowia jest obecna „przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Wspólnoty”.

Takie rozwiązanie obliguje do uwzględnienia tych celów przy planowaniu postępowania we wszelkich obszarach polityki Unii Europejskiej. Ma to niebagatelne znaczenie wobec ścisłych związków poszczególnych elementów polityki zdrowotnej z polityką gospodarczą i społeczną, wynikających z powszechności problemów zapewnienia wy-

sokiego poziomu zdrowia ludności. Z drugiej jednak strony jest odzwierciedleniem stanu, w którym (podobnie jak w postanowieniach wcześniejszych), nie doszło do wydzielenia polityki ochrony zdrowia jako w pełni odrębnej dziedziny, na równi z innymi politykami Unii. Omawiany ustęp 1 art. 152 TWE zawiera także stwierdzenie, że działanie Wspólnoty „uzupełnia polityki krajowe”²⁰, co wynika z zastosowania powszechnej w prawodawstwie unijnym zasady subsydiarności, nakazującej traktowanie działania na szczeblu wspólnotowym jako uzupełnienia własnych przedsięwzięć poszczególnych państw członkowskich, w stopniu uznanym za niezbędny dla zrealizowania szczegółowych celów Unii Europejskiej²¹.

Ustęp 2 art. 152 TWE nakłada na Wspólnotę obowiązek zachęcania do współpracy między poszczególnymi członkami w tym zakresie. Współpraca taka, rozumiana jako koordynacja podjętych przedsięwzięć, ma na celu zapewnienie niezbędnej spójności i ciągłości poszczególnych działań, zwłaszcza wobec międzynarodowego charakteru zagrożeń zdrowotnych. Wspólnota Europejska zobowiązana jest do zapewnienia wymaganego stopnia współpracy, a organem przewidzianym w traktacie dla realizacji tego zobowiązania jest Komisja Europejska. Od jej inicjatywy i zdolności do pozostawania w ścisłej łączności z poszczególnymi państwami członkowskimi zależy jakość wspomnianej koordynacji i pośrednio także skuteczność wspólnych działań na rzecz zdrowia publicznego.

Ochrona zdrowia niekiedy wymaga podjęcia środków, które nie ograniczają się jedynie do poszczególnych państw Unii Europejskiej. Zagrożenia zdrowotne mają niejednokrotnie charakter ogólnoswiatowy, przekraczający granice terytorialne pojedynczych państw. Zapobieganie im i ich zwalczanie opiera się na działaniach obejmujących wiele krajów. Możliwość taką przewidziano w ust. 3 art. 152 TWE, otwierając drogę do współpracy Wspólnoty z odpowiednimi organizacjami międzynarodowymi i państwami trzecimi dla realizacji wybranych celów z dziedziny zdrowia publicznego. Daje to podstawy do wprowadzenia elementów polityki zdrowotnej o zasięgu globalnym. Zgodnie z zasadą subsydiarności takie działania przewidywane są w trybie współpracy międzynarodowej i nie mogą prowadzić do ograniczenia suwerennej decyzji państw trzecich o sposobach ustalenia i osiągnięcia właściwych im celów zdrowotnych.

W ustępie 4 art. 152 wymieniono narzędzia prawne, jakie są przewidziane do realizacji wybranych elementów polityki zdrowotnej. Środki te mogą być podejmowane w szczególności przez Radę w drodze procedury współdecydowania (jest ona określona w art. 251 TWE)²². Dodatkowo, co nie wynika bezpośrednio z treści art. 251, a jest zaznaczone w art. 152 TWE, w celu uruchomienia procedury przyjmowania aktów wprowadzających omawiane środki niezbędne jest zasięgnięcie opinii Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów. Tak rozbudowany formalny przebieg podejmowania decyzji o zastosowaniu środków prawnych w dziedzinie zdrowia publicznego wynika z konieczności dokładnego rozpatrzenia ich skutków, dotyczących nie tylko wspólnej polityki gospodarczej i społecznej, lecz także mogących głęboko ingerować w suwerenne działania prowadzone przez poszczególne państwa członkowskie.

Dlatego też na szczególne podkreślenie zasługuje udział w tej procedurze nie tylko Komisji Europejskiej, posiadającej niezbędny aparat wykonawczy dla identyfikacji zagrożeń zdrowotnych i podejmowania ewentualnych wspólnych przedsięwzięć, lecz także Rady, która (jako organ międzyrządowy) zapewnia zbliżenie i uzgodnienie stanowisk politycznych poszczególnych członków w przypadkach, w których dochodzi do ograniczenia ich kompetencji na rzecz Wspólnoty²³.

W szczególności wśród takich środków służących prowadzeniu wspólnej polityki zdrowotnej wymieniane są „wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa organów i substancji pochodzenia ludzkiego, krwi i pochodnych krwi” (art. 152 ust. 4 pkt a) TWE)²⁴. Charakterystyczne cechy obrotu i stosowania preparatów pochodzenia ludzkiego wymagają stworzenia banków tkanek obejmujących możliwie szerokie grono potencjalnych dawców. Zwiększa to możliwość skutecznego doboru materiału do przeszczepów o pożądanych cechach genetycznych, które zawsze są ustalane w sposób indywidualny, na podstawie wymagań konkretnego biorcy przeszczepu. Możliwość wyboru z jak największej liczby dawców tkanek zwiększa szansę powodzenia transplantacji. Dlatego też ustalenie wspólnych norm jakości materiału biologicznego do transplantacji dla wszystkich państw członkowskich ułatwia tworzenie banków tkanek obejmujących swym zasięgiem wiele krajów, co w znacznym stopniu poszerza zakres dostępnych informacji o potencjalnych dawcach i polepsza wyniki leczenia. Ze względu na możliwość przenoszenia wraz z tym materiałem groźnych chorób zakaźnych szczególnego znaczenia nabiera konieczność ustalenia wspólnych standardów bezpieczeństwa stosowania krwi i tkanek ludzkich. Podstawą do takich działań jest wspomniany ustęp 4 pkt a) art. 152 TWE.

Na uwagę zasługuje fakt, że nie zostaje ograniczona swoboda państw członkowskich we wprowadzeniu w swoim wewnętrznym ustawodawstwie norm i standardów bardziej zaostrzonych aniżeli zaproponowane przez Wspólnotę Europejską. Jako kolejny instrument tego rodzaju w ustępie 4 pkt b) art. 152 TWE zostają wymienione środki weterynaryjne i fitosanitarne, których stosowanie ma na celu ochronę zdrowia publicznego. Potencjalna możliwość przenoszenia niektórych chorób ze zwierząt na ludzi może prowadzić w pewnych przypadkach do powszechnego (niekiedy w wymiarze międzynarodowym) zagrożenia zdrowia ludzkiego. Powoduje to konieczność podjęcia skoordynowanych działań wielu państw dla skutecznego zapobiegania rozprzestrzenianiu się takich schorzeń. Podstawę do działań prewencyjnych zawarto w analizowanym ustępie. Są one podejmowane (podobnie jak pozostałe środki tutaj wymienione) w procedurze współdecydowania, co jest tym bardziej istotne wobec silnego ich wpływu nie tylko na unijną politykę społeczną, lecz także na wspólny rynek i w związku z tym każdorazowo konieczne jest porozumienie między poszczególnymi krajami członkowskimi i ich akceptacja dla zastosowania określonych środków. Udział w procedurze Rady, jako instytucji reprezentującej interesy każdego z państw, taki konsensus zapewnia. W ustępie 4 pkt c) analizowanego art. 152 TWE przewidziano także stosowanie prawnych instrumentów zachęty, mających na celu ochronę i poprawę zdrowia ludzkiego. Jednocześnie

zaznaczono, iż nie mogą one podlegać harmonizacji z wewnętrznymi przepisami państw członkowskich. Omawiane postanowienie daje podstawę między innymi do prowadzenia szeroko zakrojonych programów z zakresu ochrony zdrowia²⁵. Stają się one w ten sposób podstawowym narzędziem wykonywania działań z dziedziny zdrowia publicznego, prowadząc do skoordynowania sposobów realizacji polityki zdrowotnej przez poszczególne państwa Unii. W tym samym ustępie 4 art. 152 TWE postanowiono, iż na wniosek Komisji Europejskiej Rada Unii może przyjmować zalecenia służące osiągnięciu wybranych celów z zakresu polityki zdrowotnej. Zalecenia, jako akty prawa wtórnego Wspólnoty o mniejszej mocy, włączone są do jej porządku prawnego na zasadach określonych w artykule 251 TWE. Pomimo braku mocy wiążącej, stanowią istotne narzędzie realizacji zadań Unii Europejskiej. Państwa członkowskie nie mają obowiązku brać ich pod uwagę w swym postępowaniu, niemniej liczne względy polityczne skłaniają je do tego. Ich duża rola wynika między innymi z szerokiego stosowania zasady subsydiarności w działalności Unii Europejskiej, którą te zalecenia dobrze realizują²⁶.

Wprowadzenie w omawianym przypadku rozwiązania, w którym wnioskodawcą o wydanie zalecenia jest Komisja Europejska, a wydaje je Rada Unii Europejskiej, umożliwia lepszą koordynację działań pomiędzy organem wykonawczym, jakim jest Komisja, a instytucją, która odzwierciedla wolę polityczną poszczególnych państw członkowskich. W analizowany ustępie przewidziano nie tylko możliwość wydawania zaleceń, ale wręcz nakaz rozpatrzenia przez Komisję i Radę zasadności zastosowania tego instrumentu prawnego.

W ostatnim, 5 ustępie art. 152 TWE przewidziano, że całkowitą odpowiedzialność za organizację swoich systemów opieki zdrowotnej ponoszą państwa członkowskie. Działania i środki podjęte przez Wspólnotę w trakcie realizacji wybranych elementów wspólnej polityki zdrowotnej są jedynie dopełnieniem polityk poszczególnych członków Unii. Umożliwia to każdemu z państw wprowadzanie takich rozwiązań organizacyjno-prawnych, a zwłaszcza finansowych, jakie uzna ono za stosowne. Wiąże się to z sytuacją, w której w poszczególnych krajach istnieją odmienne systemy opieki zdrowotnej, w różnym stopniu angażujące instytucję państwa jako gwaranta swojego funkcjonowania²⁷. Do najczęściej spotykanych, a jednocześnie znacząco odmiennych pod względem udziału finansowego państwa należy finansowanie budżetowe (stosowane m.in. w Szwecji, Danii, Finlandii i Wielkiej Brytanii), w którym państwo występuje w roli świadczeniodawcy i ponosi wszelkie (lub prawie wszystkie) skutki finansowe funkcjonowania systemu, oraz finansowanie ubezpieczeniowe (np. w Niemczech, Austrii i Francji), w którym państwo co najwyżej uzupełnia fundusz powstały ze składek wpłaconych przez osoby ubezpieczone. Wybór sposobu organizacji i finansowania systemu opieki zdrowotnej wynika przede wszystkim z gotowości poszczególnych rządów do ponoszenia mniejszych lub większych nakładów na jego działanie, lecz także ma tutaj wpływ uzasadniony historycznie zwyczaj. Ewentualne ujednoczenie i połączenie systemów w ramach Wspólnoty, które wpłynęłoby korzystnie na dalszy rozwój spójnej polityki zdrowotnej, wymagałoby nie tylko zmian dostosowawczych w zakresie organi-

zacji i standaryzacji świadczeń medycznych (co już byłoby bardzo poważnym zadaniem), ale również przyjęcia jednolitego systemu finansowania tych świadczeń. Przy spodziewanym wobec zwiększenia nakładów silnym sprzeciwie państw, których udział w finansowaniu ochrony zdrowia jest relatywnie niewielki, mogłaby powstać konieczność znaczących dopłat ze wspólnego budżetu. Jednocześnie przy takim sposobie finansowania mogłoby się okazać, że standard niektórych świadczeń zdrowotnych z przyczyn ekonomicznych uległ obniżeniu, co z kolei nie pozostałoby bez reakcji państw o wysokim poziomie ochrony zdrowia. Dodatkowo przyjęcie przez Wspólnotę odpowiedzialności za system ochrony zdrowia wymagałoby bardzo złożonych rozwiązań organizacyjnych, niezbędnych do koordynowania działań w skali międzynarodowej. Dlatego też, przy braku gotowości Unii Europejskiej (i to zarówno w wymiarze organizacyjnym, jak i finansowym) do podjęcia takiego zadania, jedynym osiągalnym rozwiązaniem kwestii prowadzenia wspólnej polityki zdrowotnej zdaje się zaproponowany w artykule 152 TWE model oparty na podejmowaniu uzupełniających działań z poszanowaniem zasady subsydiarności, czemu właśnie w tym artykule dano pełen wyraz.

W artykule 152 TWE zawarto najważniejsze uzgodnienia w dziedzinie zdrowia publicznego. Nawiązania do niej znajdują się także w innych częściach traktatu, w których postanowienia regulujące prowadzenie pozostałych polityk Unii jednocześnie wnoszą pewne elementy polityki zdrowotnej. W Tytule XI TWE umieszczono artykuł 137, w którym wśród działań mających na celu realizowanie polityki społecznej wymieniono między innymi „polepszanie [...] środowiska pracy w celu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracowników”²⁸. Szczególna dbałość o poszanowanie najważniejszych interesów pracowników najemnych jest przewodnią myślą wspólnotowej polityki społecznej. Zważywszy na to, że często przyczyną utraty zdrowia są wypadki w miejscu pracy i że dotyczy to niejednokrotnie osób stosunkowo młodych, które tracąc możliwość dalszego wykonywania pracy i zarobkowania, jednocześnie stają się potencjalnymi beneficjentami programów socjalnych, poprawa środowiska pracy z punktu widzenia ochrony zdrowia stanowi jeden z podstawowych elementów polityki zdrowotnej Wspólnoty. Ochrona zdrowia publicznego jest również włączona do polityki w dziedzinie środowiska naturalnego. W Tytule XIX TWE: *Środowisko naturalne* w art. 174 ust. 1 wśród celów tej wyodrębnionej i nazwanej polityki wymieniona jest ochrona zdrowia ludzkiego. Środowisko życia człowieka wywiera niepodważalny wpływ na występowanie wielu chorób i długość życia²⁹. Wpływ ten często jest nieunikniony w ujęciu przestrzennym, określonym geograficznym zasięgiem czynnika szkodliwego. Niejednokrotnie objawy niekorzystnego oddziaływania środowiska naturalnego są trudne do diagnozowania i różnicowania z wywołanymi innymi przyczynami etiologicznymi, a powstałe schorzenia niełatwo poddają się leczeniu, co pociąga za sobą znaczące koszty. Dlatego też usankcjonowanie wysokiej dbałości o stan środowiska w dużym stopniu przyczynia się do poprawy poziomu zdrowia publicznego (w jak najszerszym rozumieniu tego terminu) i tym samym stanowi kolejny instrument polityki zdrowotnej, włączony do zakresu działań w ramach innej wyodrębnionej polityki Wspólnoty Europejskiej. Przyniesienie się do

ochrony zdrowia jest także jednym z celów działań Wspólnoty w dziedzinie ochrony konsumentów, co zostaje wyraźnie podkreślone w art. 153 TWE. Wiele zagrożeń zdrowotnych może wiązać się z narażeniem na czynniki szkodliwe pochodzące z nieprawidłowych produktów konsumpcyjnych. Dotyczy to nie tylko niezdrowej żywności, lecz także wadliwych wyrobów przemysłowych, które w trakcie stosowania mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia użytkowników. Ze względu na powszechny charakter konsumpcji wielu towarów oraz swobodny ich przepływ między państwami w ramach wspólnego rynku, zagrożenie takie może przybierać bardzo znaczne rozmiary, stanowiąc jeden z powodów pogorszenia poziomu zdrowia publicznego. Postanowienie pozwalające eliminować groźne artykuły konsumpcyjne (tzn. niezapewniające wysokiego poziomu ochrony zdrowia) w znacznym stopniu wspiera uprawnioną działalność Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego. Podobną wymowę ma także art. 95 ust. 1 i ust. 3 w związku z art. 14 TWE, który zapewnia przy ustanawianiu wspólnego rynku wysoki poziom ochrony zdrowia. Uzgodnienia te stanowią przykład skoordynowanego wprowadzenia elementów polityki zdrowotnej do wspólnotowej polityki gospodarczej. Produkty konsumpcyjne niespełniające założonych wymogów bezpieczeństwa są eliminowane z obrotu nie w wyniku działania mechanizmów gospodarczych, lecz z powodów formalnych, wynikających z przyjętych założeń w zakresie ochrony zdrowia publicznego. Założenia te stają się trwałym elementem instytucjonalnym wspólnego rynku, co zwiększa ich wpływ na decyzje podejmowane przez podmioty gospodarcze w procesach wymiany.

Traktat amsterdamski wprowadza nowe bądź rozwija dotychczasowe postanowienia zawarte w TWE i dotyczące zdrowia publicznego³⁰. Jednak nie dochodzi tutaj do przełomu w sposobie pojmowania i prowadzenia polityki zdrowotnej. Nadal nie zostaje ona całkowicie wyodrębniona z innych dziedzin wspólnych przedsięwzięć i nie staje się polityką „nazwaną” Wspólnoty i Unii Europejskiej. Poszczególne jej elementy przenikają wiele działań unijnych, zmuszając do koordynacji takiej aktywności na rzecz ochrony zdrowia publicznego. Prawo pierwotne, odnoszące się do spraw polityki zdrowotnej, ustanawia ogólne ramy formalne do podejmowania określonych działań praktycznych. Działania te wynikają ze szczegółowych unormowań zawartych w aktach niższego rzędu, wydawanych przez instytucje Unii Europejskiej. Dopiero ich działalność w tej dziedzinie jest podstawą dla wielu czynności praktycznych, stanowiących realne przejawy wspólnej polityki zdrowotnej.

Elementy polityki zdrowotnej w postanowieniach Traktatu ustanawiającego Konstytucję dla Europy

W Traktacie ustanawiającym Konstytucję dla Europy (TK) doszło do dalszego rozwoju postanowień dotyczących ochrony zdrowia. W części I TK (Tytuł I. *Definicja i cele Unii*, art. I-3) wśród nadrzędnych celów Unii Europejskiej nie została jednak wymienio-

na dbałość o wysoki poziom ochrony zdrowia³¹. Postanowienia dotyczące zdrowia publicznego znalazły się w Tytule III, w którym wymieniane są obszary działalności Unii Europejskiej wg różnych kategorii jej kompetencji. I tak w art. I-14 pkt k) TK do kompetencji dzielonych pomiędzy Unię i kraje członkowskie zaliczono problemy bezpieczeństwa w zakresie zdrowia publicznego³², a w art. I-17 pkt a) TK ochronę i poprawę zdrowia ludzkiego uznano za dziedzinę, w której Unia ma prawo podejmować działania wspierające, koordynujące i uzupełniające. Rozwiązanie to nie ma odpowiednika w dotychczas obowiązujących postanowieniach, wnosi jednak pewien porządek do potencjalnych przyszłych działań na rzecz zdrowia publicznego, które nie mogą przybierać innych form niż wymienione w części I TK.

Zasadnicze uzgodnienia dotyczące ochrony zdrowia znajdują się w części III *Polityki i funkcjonowanie Unii*. W Tytule I. *Postanowienia ogólne* w art. III-I17 TK wskazano, że w swych działaniach Unia ma brać pod uwagę wymogi związane z wysokim poziomem ochrony zdrowia ludzkiego. Stanowi to odpowiednik treści dotychczas obowiązującego art. 3 TWE i służy podkreśleniu interdyscyplinarności działań na rzecz ochrony zdrowia, które nie zostają zorganizowane w formalnie odrębną politykę Unii, a mają przenikać wszystkie inne jej polityki.

Najważniejsze postanowienia w omawianej dziedzinie zawarto w Tytule III (*Polityki i działania wewnętrzne*), w rozdziale 5 (*Dziedziny, w których Unia może podejmować działania wspierające, koordynujące lub uzupełniające*), sekcji 1 (*Zdrowie publiczne*). Znajduje się tutaj pojedynczy artykuł III-278 TK. Powstał on przez modyfikację i rozwinięcie treści art. 152 TWE. Składa się z siedmiu ustępów, z których dwa (ust. 5 i 6) dodano, natomiast pozostałe pięć (ust. 1, 2, 3, 4 i 7) poddano pewnym zmianom w stosunku do wersji obecnie obowiązującej. W ocenie art. III-278 TK należy także brać pod uwagę jego ścisły związek z omówionymi powyżej art. I-14 pkt k) i art. I-17 pkt a) TK.

W treści ust. 1 art. III-278 TK zasadnicza modyfikacja polega na dodaniu osobnego punktu, w którym jako jedno z działań Unii wymieniono monitorowanie transgranicznych zagrożeń zdrowotnych w celu ostrzegania o nich i ich zwalczania³³. Postanowienie to jednoznacznie określa jako przyczynę wprowadzenia elementów polityki zdrowotnej do działalności Unii Europejskiej międzynarodowy charakter niektórych zagrożeń dla zdrowia ludzkiego, które wymagają zastosowania środków również w skali międzynarodowej. W dotychczasowych traktatach przyczyna ta nigdy nie była akcentowana aż tak wyraźnie, chociaż na pewno była jedną z przesłanek podjęcia pewnych rozwiązań w omawianej dziedzinie.

Treść ust. 2 art. III-278, w porównaniu z art. 152 TWE została rozszerzona o dwa uzgodnienia. Po pierwsze przewidziano współpracę państw członkowskich w celu „zwiększenia komplementarności ich usług zdrowotnych w regionach transgranicznych”³⁴. Postanowienie to jest niewątpliwie wynikiem wzrostu znaczenia ujednolicania sposobów wykonywania świadczeń zdrowotnych w poszczególnych państwach członkowskich i stanowi jeden z nielicznych w prawie pierwotnym przejawów dopuszczania możliwości ewentualnego zbliżenia ich systemów ochrony zdrowia (które przecież są jednym z ele-

mentów narodowych polityk zdrowotnych). Na razie dotyczy jedynie regionów transgranicznych, niemniej może w przyszłości stanowić podstawę do rozszerzenia zasad na inne obszary Unii. Komplementarność świadczeń zdrowotnych może być postrzegana jako jeden z warunków swobodnego przepływu ludności na obszarze wspólnego rynku i dotychczasowy brak postanowień w tej dziedzinie stanowi czynnik utrudniający swobodną migrację w ramach UE. Druga zmiana związana jest z wprowadzeniem ulepszonej procedury koordynacji polityk zdrowotnych poszczególnych państw członkowskich. Dopuszczono, że „Komisja może podjąć [...] użyteczną inicjatywę w celu wsparcia tej koordynacji, w szczególności poprzez inicjatywy mające na celu określenie kierunków i wskaźników, organizowanie wymiany najlepszych praktyk i przygotowanie elementów niezbędnych do prowadzenia okresowego nadzoru i oceny”³⁵. W porównaniu z art. 152 TWE sprecyzowano niektóre formy działań Komisji na rzecz wspierania koordynacji polityk zdrowotnych państw członkowskich. Odpowiadają one etapom procesu uzgodnień w ramach tzw. otwartej metody koordynacji (*Open Method of Coordination* – OMC), która na mocy postanowień szczytu w Lizbonie z 2000 r. ma być jednym z narzędzi zbliżania sposobów realizacji narodowych polityk społecznych w poszczególnych krajach członkowskich³⁶. Wprowadzenie elementów otwartej metody koordynacji w TK świadczy o przywiązywaniu dużego znaczenia do takiego właśnie sposobu prowadzenia działań z zakresu zdrowia publicznego, który umożliwia zbliżenie ustawodawstwa państw członkowskich bez uciekania się do „twardych” metod harmonizacji prawa. Pozwala także na szerokie korzystanie z najlepszych w tej dziedzinie praktyk wypracowanych w poszczególnych państwach członkowskich. Biorąc pod uwagę zarówno przepisy mówiące o sposobie koordynacji polityk zdrowotnych, jak i o ujednoczeniu sposobów wykonywania świadczeń zdrowotnych w rejonach transgranicznych, należy ocenić zmiany wprowadzone w treści ustępu 2 omawianego artykułu jako bardzo daleko idące i o zasadniczym znaczeniu dla przyszłych działań praktycznych Unii w tej dziedzinie.

Ustęp 3 art. III-278 TK, zawierający postanowienie o współpracy z krajami trzecimi i organizacjami międzynarodowymi, pozostał niezmienny w porównaniu z przyjętym w TWE. Brak konieczności wprowadzenia zmian może wynikać z wystarczającej mocy dotychczasowych uzgodnień. Natomiast w ustępie 4 analizowanego artykułu dokonano modyfikacji związanych ze zmianami w procesie podejmowania decyzji w Unii Europejskiej po ewentualnym wejściu w życie TK³⁷. Uwzględniono możliwość przyjmowania ustaw europejskich i europejskich ustaw ramowych w celu ustanawiania wysokich standardów jakości i bezpieczeństwa substancji pochodzenia ludzkiego (np. organów do przeszczepów, krwi) oraz regulacji weterynaryjnych i fitosanitarnych dla ochrony zdrowia publicznego. Dodano także dwa nowe cele podejmowania środków o charakterze prawnym. Są to: ustanowienie wysokich standardów jakości i bezpieczeństwa produktów leczniczych i wyrobów medycznych³⁸ oraz monitorowanie, ostrzeganie o wystąpieniu i zwalczanie transgranicznych zagrożeń dla zdrowia³⁹. Cele te nie są wymieniane w obecnie obowiązującym art. 152 TWE. Biorąc pod uwagę treść całego analizowane-

go ustępu należy stwierdzić, że zawiera on katalog dziedzin działalności Unii Europejskiej w zakresie zdrowia publicznego wyłączonych z obowiązku regulowania za pomocą otwartej metody koordynacji i przewidzianych do regulacji metodami „twardymi” (tzn. przez wydanie ustawy europejskiej lub europejskiej ustawy ramowej). Stało się tak ze względu na dużą wagę wymienionych zagadnień dla ogólnego poziomu zdrowia mieszkańców Unii, które ma podlegać najwyższej ochronie⁴⁰.

W ustępie 5 art. III-278 TK, nieznajdującym w pełni bliskiego odpowiednika w art. 152 TWE⁴¹, wprowadzono możliwość wydawania ustaw europejskich i europejskich ustaw ramowych w celu ustanowienia „środków zachęcających, zmierzających do ochrony i poprawy zdrowia ludzkiego, a w szczególności zwalczania epidemii transgranicznych, jak również środków, których bezpośrednim celem jest ochrona zdrowia publicznego w związku z tytoniem i nadużywaniem alkoholu”⁴². Środki te nie mogą prowadzić do harmonizacji ustawodawstwa państw członkowskich. Jak wynika z powyższego, katalog działań Unii w dziedzinie zdrowia publicznego, które nie muszą być realizowane wyłącznie w drodze otwartej metody koordynacji, został tutaj ponownie rozszerzony i zdefiniowany dość ogólnie („ochrona i poprawa zdrowia ludzkiego”), chociaż w szczególności wymieniono problem zagrożeń epidemicznych (co nawiązuje do ust. 1 pkt b) omawianego artykułu⁴³) oraz nikotynizm i alkoholizm. W odróżnieniu od działań wymienionych w ust. 4 art. III-278 TK, tutaj wydanie ustawy europejskiej i europejskiej ustawy ramowej nie może prowadzić do harmonizacji prawa państw członkowskich.

W ust. 6 art. III-272 TK dopuszczono możliwość wydawania przez Radę na wniosek Komisji zaleceń dla realizacji celów z zakresu zdrowia publicznego, a w ust. 7 tego artykułu, stanowiącym szeroką modyfikację postanowień ustępie 5 art. 152 TWE, pozostawiono odpowiedzialność za prowadzoną politykę zdrowotną i organizację systemu ochrony zdrowia w gestii poszczególnych państw członkowskich, co jest wyrazem przestrzegania w tej dziedzinie zasady subsydiarności. Działalność Unii nie ma zastępować przedsięwzięć poszczególnych państw, może je jedynie uzupełniać. Jest to rozwiązanie stosowane także obecnie (na mocy odnośnych postanowień TWE) i pod tym względem nie wprowadza istotnej zmiany.

Odwołania do problematyki zdrowia publicznego znajdują się także (w rozproszonej formie) w innych częściach TK. Do najważniejszych postanowień można zaliczyć zawarte w art. III-210 ust. 1 pkt a) TK (znajdującym się w sekcji 2. *Polityka społeczna*), gdzie zadeklarowano pomoc Unii w polepszaniu środowiska pracy w celu ochrony zdrowia pracowników w art. III-233 ust. 1 pkt b) TK (w sekcji 5. *Środowisko naturalne*), gdzie jako cel polityki w dziedzinie środowiska naturalnego wymieniono m.in. ochronę zdrowia ludzkiego oraz w art. III-235 ust. 1 TK (w sekcji 6. *Ochrona konsumentów*), gdzie jako cel ochrony konsumentów wymieniono m.in. ochronę ich zdrowia. Postanowienia te są zbliżone do zawartych w TWE.

Ochrona zdrowia jest też zawarta w postanowieniach *Karty praw podstawowych UE*, której tekst został włączony do części II TK⁴⁴. W Tytule I. *Godność* dwa artykuły poświęcono kwestii ochrony zdrowia i życia. W art. II-62 każdej osobie przyznano prawo do

życia⁴⁵. W kolejnym art. II-63 sformułowano konieczność poszanowania w działaniach medycznych: świadomej zgody pacjenta, zakazu praktyk eugenicznych, zakazu wykorzystania ciała ludzkiego jako źródła zysku oraz zakazu klonowania ludzi⁴⁶. Następnie w Tytule IV. *Solidarność* w art. II-9I przyznano prawo do warunków pracy chroniących zdrowie pracownika⁴⁷ (wyraźne odniesienie do polityki zatrudnienia, gdzie rozwiązania z zakresu polityki społecznej są następstwem rozwiązań stosowanych w szeroko rozumianej polityce gospodarczej) i w art. II-92 zapewniono młodocianym warunki pracy odpowiednie do ich wieku, nieszkodzące ich zdrowiu i rozwojowi⁴⁸. W tym samym tytule umieszczono odrębny artykuł II-95 poświęcony ochronie zdrowia⁴⁹, wg którego każda osoba ma prawo do profilaktyki medycznej oraz do leczenia⁵⁰.

Opierając się na powyższym przeglądzie postanowień dotyczących ochrony zdrowia zawartych w TK, można stwierdzić, iż pomimo braku zmian o charakterze rewolucyjnym, doszło do znaczących modyfikacji w porównaniu z TWE. Przede wszystkim wprowadzono podstawę do zastosowania otwartej metody koordynacji w dziedzinie zdrowia publicznego. Ponieważ metoda ta w polityce społecznej została bliżej zdefiniowana dopiero w roku 2000, nie mogła zostać objęta postanowieniami Traktatu amsterdamskiego. Obecnie wiąże się z nią duże nadzieje na bardziej wydajną koordynację polityki społecznej Unii Europejskiej, tak więc włączenie jej do narzędzi stosowanych w zakresie zdrowia publicznego może w przyszłości przynieść lepszą integrację sposobu wykonywania narodowych polityk zdrowotnych. Również jako istotne można ocenić wprowadzenie postanowień o konieczności współpracy państw członkowskich w celu zwiększenia komplementarności świadczeń medycznych w rejonach transgranicznych. Być może stanowią one zapowiedź rozszerzenia takiego ujednoczenia w przyszłości. Niektóre działania, zwłaszcza związane z bezpieczeństwem sanitarnym na terenie całej Unii (a więc o charakterze międzynarodowym) pozostawiono do regulacji za pomocą „twardych” metod prawnych, co świadczy o dostrzeganiu przez projektantów TK istnienia takich właśnie zagrożeń i w przyszłości może stanowić przesłankę do zbliżenia narodowych systemów ochrony zdrowia w innych niż sanitarne dziedzinach. Wobec niepewnej przyszłości TK trudno jednak obecnie przewidzieć, czy proponowane zmiany (w porównaniu z TWE) wejdą w życie, niemniej mogą stać się podstawą przyjęcia zbliżonych rozwiązań w innych niż TK dokumentach prawa pierwotnego.

Zakończenie

Śledząc w ujęciu chronologicznym rozwój postanowień dotyczących ochrony zdrowia w kolejnych dokumentach prawa pierwotnego Wspólnoty Europejskiej można dostrzec rosnący stopień ich złożoności i coraz większy zakres obowiązywania. Wszystko to sprawia, że dziedzina wspólnej ochrony zdrowia staje się coraz lepiej reprezentowana w prawie pierwotnym. Należałoby się zastanowić, czy jest ono dostatecznie spójne, aby wspólne działania na rzecz ochrony zdrowia uznać za odrębną politykę Wspólnoty

i Unii Europejskiej. Jeśli przyjąć definicję polityki zdrowotnej, w której podkreślona zostaje odrębność władczych i skoordynowanych działań na rzecz zdrowia publicznego⁵¹, to uprawnione działania Wspólnoty Europejskiej wyczerpują przynajmniej niektóre znamiona polityki zdrowotnej. Na pewno można mówić o ich funkcjonalnym wyodrębnieniu spośród innych form działalności. W trakcie ich wykonywania zapadają także decyzje władcze (w zakresie określonym w traktatach). Działania te są również skoordynowane; analizując postanowienia TK, można przypuszczać, iż znaczenie tej koordynacji będzie w przyszłości rosnąć.

Z drugiej jednak strony w żadnym z obowiązujących obecnie lub w przeszłości dokumentów prawa pierwotnego samo pojęcie „polityka zdrowotna” nie pada *expressis verbis*. Może to dowodzić, że Wspólnota (a także Unia) nie jest jeszcze gotowa na prowadzenie takiej polityki (z różnych względów: politycznych, finansowych, organizacyjnych). Niemniej praktyka działań wskazuje, że niekoniecznie muszą one zostać objęte nazwą „polityka zdrowotna”, aby były w pełni skuteczne i użyteczne dla mieszkańców zjednoczonej Europy.

Przypisy:

¹ Zob. W.C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź 1996; s. 37 oraz M. Gasińska, *Ubezpieczenie zdrowotne i ochrona zdrowia*, w: *Polityka społeczna*, red. A. Kurzynowski, SGH, Warszawa 2001, s. 206.

² Por. K. Głąbicka, *Polityka społeczna w Unii Europejskiej. Aspekty aksjologiczne i empiryczne*, Warszawa 2001, s. 155–156.

³ Por. S. Poździejch, *Międzynarodowa polityka zdrowotna*, w: *Zdrowie publiczne – wybrane zagadnienia*, t. 1, red W.C. Włodarczyk, A. Czupryna, S. Poździejch, A. Ryś, Kraków 2000, s. 187–188.

⁴ Por. K. Michałowska-Gorywoda, *Podjęmowanie decyzji w Unii Europejskiej*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2002, s. 28.

⁵ Por. K. Głąbicka, *op.cit.* s.156–157 oraz J. Barcz, A. Koliński, *Jednolity Akt Europejski. Zagadnienia prawne i instytucjonalne*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 1990, s. 53–56.

⁶ Art. 18 JAE; polski tekst wg J. Barcz, A. Koliński, *op.cit.* s. 119.

⁷ Art. 21 JAE; *ibidem*, s. 123.

⁸ Art. 25 JAE; *ibidem*, s. 132.

⁹ Por. K. Michałowska-Gorywoda *op.cit.*, s. 28–31 oraz A. Łazowski, *Traktaty europejskie*, Bydgoszcz – Warszawa 2003, s. 13.

¹⁰ Charakter prawny Unii Europejskiej, zwłaszcza jako organizacji międzynarodowej o podmiotowości prawno-międzynarodowej jest wciąż otwarty, por. np. A. Łazowski, *op.cit.*, s. 16–17.

¹¹ Por. S. Poździoch, *op.cit.*, s.189–190.

¹² Jako jedyny przykład takiego schorzenia społecznego została tutaj wymieniona lekomania.

¹³ Por. B. Bik, *Koncepcja promocji zdrowia*, w: *Zdrowie publiczne...* *op.cit.*, t. 2, s. 217–223.

¹⁴ Por. M. Rutkowska, *Metody finansowania ochrony zdrowia w wybranych krajach*, „Gazeta Prawna” 2003, nr 65 (921), s. I–VII.

¹⁵ Por. K. Michałowska-Gorywoda, *op.cit.*, s. 42–46 oraz A. Łazowski *Traktaty*, *op.cit.*, s. 13.

¹⁶ Art. 3 ust. 1 pkt p) TWE, polski tekst wg: A. Łazowski, *op.cit.*, s. 72–73.

¹⁷ Por. A. Przyborowska-Klimczak, E. Skrzydło–Tefelska, *Dokumenty europejskie*, t. 1, Lublin 1996, s. 44–45.

¹⁸ Polski tekst art. 152 TWE wg: A. Łazowski, *op.cit.*, s. 152–154.

¹⁹ W art. 129 TWE zawarto jedynie stwierdzenie, że „wymogi ochrony zdrowia stanowią część składową pozostałych polityk Wspólnoty”.

²⁰ Z dziedziny ochrony zdrowia.

²¹ Stwierdzenie, że Wspólnota wspiera, uzupełnia bądź zachęca do określonych działań występuje także w innych miejscach omawianego art. 152 TWE.

²² Por. K. Michałowska-Gorywoda, *op.cit.*, s. 222–225 oraz Z. Brodecki, M. Drobysz, S. Majkowska, *Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską z komentarzem*, Warszawa 2002, s. 152.

²³ Por. K. Michałowska-Gorywoda, *Organy międzyrządowe w systemie instytucjonalnym Unii Europejskiej*, Warszawa 1999, s. 14 i kolejne oraz K. Michałowska-Gorywoda, *Podejmowanie decyzji...*, *op.cit.*, s. 87–88.

²⁴ Polski tekst artykułu wg A. Łazowski, *op.cit.*, s. 153.

²⁵ Por. Z. Brodecki, M. Drobysz, S. Majkowska, *op.cit.*, s. 348–350.

²⁶ Zob. K. Michałowska-Gorywoda, *Podejmowanie decyzji...* s. 60–62.

²⁷ Zob. *The role of insurance in health care system*, (red.) R. Holly, Warszawa 1999 oraz M. Rutkowska, *Metody finansowania ochrony zdrowia w wybranych krajach*, „Gazeta Prawna” 2003, nr 65 (921), s. I–VII.

²⁸ Art. 137 ust. 1 pkt a. TWE – polski tekst wg A. Łazowski, *op.cit.*, s. 144.

²⁹ Por. H. Hu, F.E. Speizer, *Wpływ narażenia środowiskowego i zawodowego na choroby*, w: A.S. Fauci, et al., *Interna Harrisona*, Lublin 2000, t. 1, s. 28–32.

³⁰ Zmiany wprowadzone do TWE przez Traktat nicejski nie dotyczyły zagadnień ochrony zdrowia publicznego, dlatego też za ostatni dokument prawa pierwotnego mający wpływ na regulację tej dziedziny należy uznać Traktat amsterdamski.

³¹ Jest to zresztą zbliżone do obecnie obowiązującego rozwiązania, gdyż w art. 2 TWE, w którym wymieniono podstawowe cele Wspólnoty Europejskiej, ochrona zdrowia publicznego również nie została ujęta.

³² Z zastrzeżeniem, że muszą one odpowiadać dziedzinom bliżej określonym w dalszej części TK.

³³ Art. III-278 ust. 1, pkt b) TK.

³⁴ Art. III-278 ust. 2 TK; polski tekst wg: Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich. Traktat ustanawiający Konstytucję dla Europy, Luksemburg 2005, s. 129.

³⁵ Polski tekst wg: Urząd Oficjalnych..., op.cit. s. 129; analogiczny ustęp art. 152 TWE mówił jedynie o użytecznych inicjatywach wspierających taką koordynację.

³⁶ Por. K. Jacobsson, *Soft regulation and the subtle transformation of states: the case of EU employment policy*, „Journal of European Social Policy” 2004, No 14(4), s. 355–370.

³⁷ Związane z możliwością przyjmowania nowych aktów o charakterze ustawodawczym: ustaw europejskich i europejskich ustaw ramowych.

³⁸ Art. III-278, ust. 4, pkt c) TK.

³⁹ Art. III-278, ust. 4, pkt d) TK.

⁴⁰ TWE również przewidywał dla niektórych z tych celów możliwość wydawania aktów prawa wspólnotowego w drodze procedury współdecydowania, co zostało już omówione wcześniej.

⁴¹ Chociaż można się doszukiwać podobieństwa do regulacji zawartych w art. 152, ust. 4 pkt c) TWE.

⁴² Art. III-278, ust. 5 TK; polski tekst wg: Urząd Oficjalnych..., op.cit., s. 130.

⁴³ Art. III-278, ust. 1 pkt b) TK.

⁴⁴ Część II TK Karta praw podstawowych Unii, art. II-61 do II-114.

⁴⁵ Art. II-62 TK („Prawo do życia”), ust. 1: „Każdy ma prawo do życia”; polski tekst wg: Urząd Oficjalnych..., op.cit., s. 48.

⁴⁶ Art. II-63 TK (Prawo do integralności człowieka).

⁴⁷ Art. II-91 TK (Należyte i sprawiedliwe warunki pracy).

⁴⁸ Art. II-93 TK (Zakaz pracy dzieci i ochrona młodocianych w pracy).

⁴⁹ Art. II-95 TK (Ochrona zdrowia).

⁵⁰ Leczenie to ma być realizowane w myśl praktyk poszczególnych krajów członkowskich, a więc w sposób niejednolity na obszarze UE.

⁵¹ Por. C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna*, w: *Zdrowie publiczne...*, op.cit., t. 1, s. 146.

The elements of health policy in the original law of the European Union – the genesis, evolution, the current state (Summary)

The health policy can have a dimension limited to particular countries, or it can be carried out on the international level. This is connected to territorial distribution of occurrence of some health hazards, as well as expanding globalization processes accompanied with the increasing phenomenon of social migration. Thus, the health policy becomes the object of interests of the contemporary international organizations. Also, the European Union include some aspects of this policy in its activities.

In the chronological context of the original law of the Community, the evolution of the provision concerning the field of public health: from few and closely related to the economic policy to very complex, establishing foundations for implementation of many coordinated elements of health policy into the common economic and social policy. From the point of view of the currently adopted way of carrying out the tasks in this field, the particular provisions of the treaty establishing the European Community in the version supplemented with the Amsterdam Treaty 1997 are of deciding importance. Nevertheless, by its power the health policy is not specified as such, but its elements are to penetrate all other policies and actions of the Community, developing a coordinated and only functionally separated system.

In the Treaty establishing the Constitution of Europe, a further development of the provisions concerning public health may be observed. It is directed at improvement of the ways of coordination of actions carried out by particular Community member States with the use *inter alia* of the so-called open coordination method. Regardless its uncertain future, the constitutional treaty may announce implementation of the respective solutions, adopted by the further obligatory provisions of the original law.