

©Borgis

\*Iwona Wrześniewska-Wal

## Zdrowie publiczne w regulacjach Unii Europejskiej

### Public health regulations of the European Union

Zakład Ekonomiki, Prawa i Zarządzania, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa  
Kierownik Zakładu: lek. dr n. praw. Iwona Wrześniewska-Wal

#### Słowa kluczowe

zdrowie publiczne, traktaty,  
Unia Europejska

#### Keywords

public health, treaties, European Union

#### Konflikt interesów

##### Conflict of interest

Brak konfliktu interesów  
None

#### Adres/address:

\*Iwona Wrześniewska-Wal  
Zakład Ekonomiki, Prawa i Zarządzania  
Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP  
ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa  
tel. +48 (22) 560-11-31  
idrwal@yahoo.com

#### Streszczenie

Unia Europejska buduje swoją politykę rozwojową w oparciu o priorytety zdrowia publicznego, dostrzegając, że to zdrowie ludności kształtuje życie społeczne i ekonomiczne. Fundamentalne dla UE regulacje traktatowe w kwestiach dotyczących zdrowia dotyczą również istoty pojęcia zdrowia publicznego. W niniejszym opracowaniu przedstawiono analizę pierwotnego prawa UE, czyli traktatów przez pryzmat podstawowych parametrów polityki UE z zakresu zdrowia publicznego. Przepisy dotyczące zdrowia publicznego znajdują się w art. 168 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE). Jest to jedyny przepis tytułu XIV „Zdrowie publiczne” znajdujący się w części trzeciej TFUE, co oznacza, iż polityka zdrowotna jest samodzielną polityką unijną. Ze względu na istniejące ograniczenia traktatowe oraz wzrost złożoności relacji w obszarze zdrowia istotnego znaczenia w zdrowiu publicznym nabierają tzw. miękkie formy koordynacji i wspierania. W artykule pokazana została również relacja między unijnymi traktatami a nową polską ustawą o zdrowiu publicznym. Z punktu widzenia regulacji traktatowych w nowej polskiej ustawie zabrakło jasno sprecyzowanych podstaw do realizacji i koordynacji polityki w zakresie zdrowia publicznego na forum międzynarodowym.

#### Summary

The European Union is building its development policy based on the priorities of public health, recognizing that the health of the population shapes social and economic life. Fundamental to the EU treaty provisions on health issues affecting the essence of the concept of public health. This paper presents an analysis of primary EU law, namely treaties through the prism of the basic parameters of EU policy in the field of public health. Rules concerning public health can be found in art. 168 of the Treaty on the Functioning of the European Union (TFEU). This is the only provision of Title XIV of the “Public Health” in the third part of the TFEU, which means that health policy is a separate policy of the EU. Due to the existing treaty restrictions and an increase in the complexity of relationships in the area of health importance in public health become so. soft forms of coordination and support. The article was shown the relationship between the EU tracts, and the new Polish Act on public health. From the point of view of regulation of the Treaty in the new Polish law lacked explicit basis for the implementation and coordination of policy in the field of public health at the international forum.

#### WSTĘP

W Unii Europejskiej (UE) organizacja systemu ochrony zdrowia należy do kompetencji poszczególnych państw członkowskich. Wynika to z faktu, iż podczas tworzenia Wspólnot Europejskich oraz podczas uchwalania kolejnych aktów prawa państwa członkowskie przekazały bezwarunkowo i bezterminowo określone kompetencje UE. W niektórych dziedzinach państwa członkowskie przekazały UE swoje kompetencje w sposób zupełny (państwa w ogóle nie mogą działać w danym obszarze), w innych nastąpiło częściowo-

we przekazanie prerogatyw, tak że obecnie zarówno państwa członkowskie, jak i UE są odpowiedzialne za stanowienie prawa (1). Możemy w tym zakresie mówić o podziale kompetencji unijnych na kompetencje wyłączone i dzielone. Istnieje również trzeci typ kompetencji UE, innych niż wyłączone i dzielone, które określono mianem kompetencji wspierających (równoległych). Ten właśnie typ kompetencji jest charakterystyczny dla zdrowia. Jednak Traktat z Lizbony (określany jako traktat reformujący, bo zmieniający Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską)

nie przyjął tego określenia, ale potwierdził istnienie tego typu kompetencji. Zamiast pojęcia „kompetencje równoległe” wprowadził długą i nieporęczną nazwę: „kompetencje do prowadzenia działań mających na celu wspieranie, koordynowanie lub uzupełnianie działań Państw Członkowskich” (2). Zatem w dziedzinie zdrowia UE nie posiada władzy ustawodawczej i nie może wpływać na wykonywanie tych kompetencji przez państwa członkowskie inaczej niż poprzez wspieranie, koordynację lub uzupełnianie działań tych państw. Mimo to wiele problemów zdrowotnych można skutecznie rozwiązać na szczeblu UE. Służą temu opisane poniżej regulacje traktatowe oraz budowane na ich podstawie decyzje Parlamentu Europejskiego i Rady, a także programy Komisji Europejskiej i niewiążące akty prawa unijnego. Podkreśla się jednak, że przepisy dotyczące zdrowia oraz cała polityka zdrowotna powinny być brane pod uwagę również przy realizacji postanowień traktatowych niezwiązanych bezpośrednio ze zdrowiem (3), np. w polityce rolnej, gospodarczej itd. Stąd szczególnie istotne są rozwiązania na poziomie traktatów.

## ZDROWIE PUBLICZNE W REGULACJACH TRAKTATOWYCH

Ochrona zdrowia stała się przedmiotem wyraźnych kompetencji UE wraz z momentem wejścia w życie Traktatu z Maastricht (1992). Jednak już w tym miejscu należy zaznaczyć, że moment ten został poprzedzony pewnym dorobkiem w tej dziedzinie. Pierwsze dokumenty związane ze zdrowiem znajdujemy w regulacjach traktatowych stanowiących podwaliny dla całej UE. W 1951 roku podpisano Traktat Paryski (TEWWiS) powołujący do życia Europejską Wspólnotę Węgla i Stali (EWWiS). Celem EWWiS był rozwój gospodarczy, zwiększenie zatrudnienia i podniesienie stopy życiowej w państwach założycielskich oraz stworzenie warunków, które zapewniałyby racjonalny podział produktów (4). Jednak już wtedy dostrzeżono znaczenie zdrowia zarówno dla poszczególnych obywateli, jak i dla realizacji celów integracji. Nie ulega wątpliwości, że lepszy stan zdrowia ludności przyczynia się do zwiększenia wydajności pracy, która jest podstawowym czynnikiem kształtującym stopę życiową społeczeństwa. Pojęcie zdrowia zostało użyte w art. 69 TEWWiS, który zobowiązał państwa członkowskie do usunięcia ograniczeń opartych na przynależności państwowej w zatrudnieniu, w przemyśle węglowym i stalowym. Przepis ten nakazywał zlikwidować ww. ograniczenia z wyjątkiem ograniczeń wynikających z konieczności ochrony zdrowia i porządku publicznego.

Kolejnymi regulacjami traktatowymi, gdzie pojawia się problematyka zdrowia, są dwa Traktaty Rzymskie z 25 maja 1957 roku. Zawierają one przepisy dotyczące kontroli sanitarnej, wymiany towarów oraz swobody przemieszczania się zarówno pracowników służby zdrowia, jak i obywateli – pacjentów w obrębie krajów Wspólnoty. Pierwszy z traktatów ustanawiał Europejską Wspólnotę Gospodarczą (EWG), a drugi – Euro-

pejską Wspólnotę Energii Atomowej (EWEA), bardziej znaną pod nazwą Euratom. W Traktacie ustanawiającym Europejską Wspólnotę Gospodarczą (TEWG) istotnym elementem urzeczywistniania zasady swobodnego przepływu towarów jest eliminacja barier ilościowych i środków o skutku równoważnym, które obejmują zakazy eksportowe, importowe i tranzytowe. Jednak ten nakaz eliminacji barier nie ma charakteru bezwzględny, dopuszcza wyjątki ustanowione w samym Traktacie. Artykuł 36 TEWG dopuszczał stosowanie zakazów lub ograniczeń przywozowych, wywozowych lub tranzytowych, jeżeli były one uzasadnione m.in. ochroną zdrowia i życia ludzi, a art. 56 zezwalał na przyjęcie krajowych przepisów przewidujących szczególne traktowanie cudzoziemców, uzasadnione względami zdrowia publicznego. Również swoboda przepływu pracowników z krajów i terytoriów pozaeuropejskich, które utrzymywały szczególne stosunki z Belgią, Francją, Włochami i Holandią, do państw członkowskich została uzależniona od braku zagrożenia zdrowia publicznego (art. 135 TEWG). Warto również wspomnieć, że już w TEWG przewidziano stopniowe znoszenie ograniczeń i skoordynowanie krajowych przepisów dotyczących zawodów medycznych oraz farmaceutycznych w celu ułatwienia podejmowania i wykonywania działalności prowadzonej na własny rachunek przez obywateli jednego państwa członkowskiego w innym państwie członkowskim.

Natomiast w Traktacie ustanawiającym Europejską Wspólnotę Energii Atomowej (TEWEA) pojęcie zdrowia pojawia się już w preambule, która deklaruje, że eliminacja zagrożeń dla życia i zdrowia ludności jest jednym z najistotniejszych elementów tworzenia i rozwijania przemysłu jądrowego. W rozdziale III omawianego Traktatu „Ochrona zdrowia i bezpieczeństwo” art. 30 przyznał Komisji i Radzie kompetencję do ustanowienia podstawowych norm ochrony zdrowia pracowników i ludności przed niebezpieczeństwem promieniowania jonizującego, w tym podstawowych zasad opieki medycznej nad pracownikami. Następne artykuły, tj. art. 33 i 34 TEWEA, zobowiązały państwa członkowskie do przyjęcia przepisów zapewniających przestrzeganie tych norm i nałożyły na państwa, na których obszarze prowadzone są szczególnie niebezpieczne doświadczenia, obowiązek podjęcia dodatkowych środków w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa.

Następny Traktat to Jednolity akt europejski, który wszedł w życie 1 lipca 1987 roku. Miał on na celu reformę istniejących instytucji UE w ramach przygotowań do członkostwa Portugalii i Hiszpanii oraz przyspieszenie procesu decyzyjnego w ramach przygotowań do jednolitego rynku. Wprowadził obowiązujące w prawie Wspólnoty przepisy dotyczące wymogu wysokiego poziomu ochrony zdrowia, w szczególności poprawy bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony środowiska naturalnego człowieka. Najważniejsze zmiany dla zdrowia w tej regulacji to dodanie w części III TEWG tytułu VII w brzmieniu: „Środowisko naturalne”. Arty-

kuł 130r tej regulacji stanowi, iż działania Wspólnoty w dziedzinie środowiska naturalnego mają na celu zachowanie, ochronę i poprawę jakości środowiska naturalnego, przyczynianie się do ochrony zdrowia ludzkiego oraz zapewnianie ostrożnego i racjonalnego wykorzystywania zasobów naturalnych. Działania Wspólnoty w dziedzinie środowiska naturalnego opierają się na zasadach działania zapobiegawczego, naprawiania szkody w pierwszym rzędzie u źródła oraz na zasadzie „zanieczyszczający płaci”.

## NOWE PODEJŚCIE DO ZDROWIA PUBLICZNEGO

Po raz pierwszy zagadnienia zdrowia publicznego zostały wyraźnie uwzględnione w Traktacie o Unii Europejskiej podpisanego w z Maastricht 7 lutego roku 1992, który został ratyfikowany i wszedł w życie w roku 1993. Traktat ten ustanowił nowe zasady udziału Wspólnoty „w osiągnięciu wysokiego poziomu ochrony zdrowia”, określając w artykule 129 ww. Traktatu prawne kompetencje w zakresie zdrowia publicznego, co oznacza zdrowie ludności. Powyższy przepis stanowi, że Wspólnota będzie czynnie działać na rzecz ochrony zdrowia poprzez stymulowanie współpracy pomiędzy państwami członkowskimi, zwracając szczególną uwagę na profilaktykę, a w tym na zapobieganie głównym zagrożeniom zdrowotnym. W sposób szczególnie podkreślono rolę informacji i edukacji zdrowotnej na szczeblu Unii. Artykuł ten stanowi ponadto, iż Komisja Europejska może podejmować działania promujące koordynację polityki i programów zdrowotnych, popieranym przez państwa członkowskie, a także popierać współpracę w zakresie zdrowia publicznego z państwami spoza UE. Zatem zgodnie z Traktatem z Maastricht Wspólnota otrzymała ponadnarodowe kompetencje do prowadzenia polityki zapobiegania chorobom i poprawy zdrowia. Instrumentami realizacji polityki zdrowotnej w UE były programy wspólnotowe (5). Artykuł 129 stanowi również, iż „wymagania w zakresie ochrony zdrowia będą stanowić nieodłączną część polityki Wspólnoty”, co oznacza, że dbałość o zdrowie powinna być uwzględniana w pozostałych obszarach polityki Wspólnoty. Natomiast cała dziedzina usług zdrowotnych nadal pozostaje w gestii rządów państw członkowskich.

Kolejny Traktat zawierający regulacje dotyczące zdrowia to Traktat Amsterdamski, podpisany 2 października 1997 roku, a wprowadzony w życie 1 maja 1999 roku. Jednak w tym czasie doświadczenia związane z „chorobą szalonych krów” sprawiły, że Komisja dostrzegła zasadnicze powiązanie pomiędzy sprawami zdrowia publicznego, żywności i ochrony środowiska. Traktatowe regulacje dotyczące zdrowia publicznego zostały poddane analizie w komunikacie Komisji z 15 kwietnia 1998 roku w sprawie rozwoju polityki zdrowia publicznego we Wspólnocie Europejskiej, który wskazywał, iż w związku ze zmienionymi postanowieniami Traktatu Amsterdamskiego, nowymi wyzwaniem i dotychczasowymi doświadczeniami, potrzebna jest inna strategia i program dotyczący zdrowia (6-8).

Zwołano międzypaństwową konferencję dotyczącą wniesienia poprawek do Traktatu Amsterdamskiego i włączenia zagadnień zdrowia publicznego w proces tworzenia polityki europejskiej. Owocem tych prac był nowy kształt art. 152 Traktatu (9, 10). Nowy art. 152 ww. Traktatu stanowił, iż działalność UE w dziedzinie zdrowia publicznego nie będzie, jak poprzednio, ograniczona wyłącznie do profilaktyki chorób. Traktat przewidywał szersze działania zmierzające do poprawy zdrowia publicznego w jego znaczeniu zbliżonym do definicji Światowej Organizacji Zdrowia. Nowe obszary przyszłych wzmocnionych działań Unii miały objąć m.in.:

- monitorowanie ogólnego bezpieczeństwa żywności i realne włączenie zasad bezpieczeństwa żywności do polityki UE,
- zdrowie publiczne jako nieodłączna część problematyki integracyjnej,
- wielosektorowe podejście do zagadnień zdrowia (rolnictwo, wspólny rynek, edukacja) (11).

Ostateczne umocowanie postanowień dotyczących zdrowia publicznego w Traktacie Amsterdamskim spowodowało, że Komisja Europejska zaproponowała, aby nowa polityka w obszarze zdrowia publicznego zawierała trzy elementy: poprawę informacji, szybką reakcję na zagrożenia dla zdrowia oraz podjęcie walki z negatywnymi czynnikami determinującymi zdrowie poprzez poprawę zdrowia i zapobieganie chorobom (12).

Nowy zapis art. 152 Traktatu z Amsterdamu zezwalał Wspólnocie na większy wpływ na politykę państw członkowskich w zakresie zdrowia publicznego. Stanowi on m.in., że „Rada może przyjmować postanowienia mające na celu ustanowienie wysokich standardów jakości i bezpieczeństwa organów i substancji pochodzenia ludzkiego”, a także, że „Rada może również przyjmować postanowienia w dziedzinie weterynaryjnej i fitosanitarnej, jeżeli ich bezpośrednim celem jest ochrona zdrowia publicznego”. Zatem znowelizowany artykuł 152 Traktatu Amsterdamskiego zapewniał wyższą rangę zdrowia publicznego w podejmowanej przez Unię Europejską działalności. Mimo to nadal wykluczał harmonizację przepisów w tym obszarze ze względu na wspomniany wcześniej podział kompetencji w ochronie zdrowia (3). Nie odbierając jednak państwu członkowskim (na rzecz Komisji Europejskiej) właściwych kompetencji, artykuł ustanowił zasadę, iż zdrowie publiczne jest nieodłączną częścią problematyki integracyjnej. Natomiast głównymi zadaniami, dotyczącymi poprawy sytuacji w zakresie zdrowia publicznego, nie będą (tak jak w przeszłości) specjalistyczne programy zdrowotne, bo problematyka zdrowia publicznego ma obejmować wszystkie kierunki polityki Wspólnoty, takie jak: wspólny rynek, rolnictwo, transport, badania naukowe, edukacja itp. W porównaniu z Traktatem z Maastricht w Traktacie Amsterdamskim wyraźnie zwraca się uwagę, że polityka w zakresie zdrowia publicznego jest integralnym elementem wszystkich polityk, jakie Wspólnota prowadzi, a w szczególności łączy się z polityką dotyczącą bezpieczeństwa żywności, ochrony konsumenta i ochrony środowiska naturalnego (10).

## ZDROWIE PUBLICZNE W TRAKTACIE O FUNKCJONOWANIU UNII EUROPEJSKIEJ

Kolejna zmiana w regulacjach traktatowych nastąpiła 1 grudnia 2009 roku, kiedy to wszedł w życie reformujący UE Traktat z Lizbony. Na jego mocy została zniesiona Wspólnota Europejska, a jej następcą prawnym została Unia Europejska. Istotne jest to, że dotychczasowy Traktat o ustanowieniu Wspólnoty Europejskiej zmienił nazwę na Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE). W związku z tym obecnie podstawami normatywnymi UE są dwa równorzędne traktaty, a mianowicie Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej i gruntownie zmieniony Traktat z Maastricht, obecnie Traktat o Unii Europejskiej (TUE). Przepisy dotyczące zdrowia publicznego są w art. 168 TFUE. Jest to jedyny przepis tytułu XIV „Zdrowie publiczne” znajdującego się w części trzeciej TFUE, co oznacza, iż polityka zdrowotna jest samodzielną polityką unijną. Przepis art. 168 TFUE powtarza większość postanowień dawnego art. 152 Traktatu Amsterdamskiego. Określa on w siedmiu ustępach kompetencję UE do działania w sferze zdrowia publicznego, wyznacza cele do osiągnięcia, wskazuje działania, jakie powinny lub mogą być podejmowane do ich realizacji oraz definiuje środki (13). Zgodnie z tym przepisem Unia ma zachęcać do współpracy między państwami członkowskimi w obszarze zdrowia publicznego i wspierać ich działania, o ile jest to konieczne. Działania Unii, które uzupełniają polityki krajowe, są nakierowane na zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz na usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego oraz psychicznego, co jest nowością w regulacjach traktatowych. Działanie to obejmuje zwalczanie epidemii, poprzez wspieranie badań nad ich przyczynami, sposobami ich rozprzestrzeniania się oraz zapobiegania im, jak również wspieranie informacji i edukacji zdrowotnej. Nowością w stosunku do Traktatu Amsterdamskiego jest monitorowanie poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, wczesne ostrzeżenie w przypadku takich zagrożeń oraz ich zwalczanie. Ponadto Unia uzupełnia działanie państw członkowskich w celu zmniejszenia szkodliwych dla zdrowia skutków narkomanii, również w obszarze informacji i profilaktyki. Państwa członkowskie, w powiązaniu z Komisją, koordynują między sobą własne polityki i programy w ww. dziedzinach. Jednak Komisja może podjąć, w ścisłym kontakcie z państwami członkowskimi, każdą użyteczną inicjatywę w celu wsparcia tej koordynacji, w szczególności inicjatywy mające na celu określenie wytycznych i wskaźników, organizowanie wymiany najlepszych praktyk i przygotowanie elementów niezbędnych dla prowadzenia okresowego nadzoru i oceny. W razie zaistnienia takiej sytuacji wprowadzono obowiązek informowania Parlamentu Europejskiego. Artykuł 168 ust. 3 TFUE stanowi, iż Unia i państwa członkowskie współpracują z państwami trzecimi i organizacjami międzynarodowymi właściwymi w dziedzinie zdrowia publicznego. Przepis ten wskazuje, że dla UE współpraca międzynarodowa w zakresie zdrowia publicznego ma bardzo istotne znaczenie.

Tymczasem polska ustawa o zdrowiu publicznym (14) jedynie w art. 2 pkt 7 wymienia formy i zasady tej współpracy jako: „inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego”. Przyjęta w polskim prawie redakcja przepisu nie jest właściwa, gdyż sugeruje, że współpraca międzynarodowa wiąże się tylko z badaniami naukowymi. Zapisane w ustawie zadania z zakresu zdrowia publicznego na forum międzynarodowym należałoby wyraźnie wyodrębnić oraz uzupełnić, określając konkretne kompetencje i obowiązki, precyzujące, na czym aktywność Polski na forum międzynarodowym miałaby polegać i w jakich formach miałaby być realizowana (15).

W kolejnym przepisie Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej nastąpiły odstępstwa od wspomnianego już podziału kompetencji UE na wyłączne, dzielone i w obszarze ochrony zdrowia jedynie wspierające (równoległe). Artykuł 168 ust. 4 przewiduje szczegółowe środki prawne, jakie Parlament Europejski i Rada powinny przyjąć w ramach zwykłej procedury ustawodawczej, tj. środki harmonizacji w celu sprostania wspólnym problematycznym kwestiom związanym z bezpieczeństwem. Na tej podstawie Parlament Europejski i Rada przyjmują:

- środki ustanawiające wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa organów i substancji pochodzenia ludzkiego, krwi i pochodnych krwi; środki te nie stanowią przeszkody dla państwa członkowskiego w utrzymaniu lub ustanawianiu bardziej rygorystycznych środków ochronnych,
- środki w dziedzinach weterynaryjnej i fitosanitarnej, mające bezpośrednio wpływ na ochronę zdrowia publicznego,
- środki ustanawiające wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

Przykładem takich kompetencji dzielonych w ochronie zdrowia jest m.in. dyrektywa nr 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich (16). Ponadto Parlament Europejski i Rada, zgodnie ze zwykłą procedurą ustawodawczą 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 tytoniem i nadużywaniem alkoholu. Inną drogą ustawodawczą są kompetencje Rady. Rada, na wniosek Komisji, może również przyjąć zalecenia służące osiągnięciu celów określonych w tym artykule. Uwzględniając powyższe kompetencje, powstał ważny dla zdrowia publicznego dokument w formie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 282/2014

w sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014-2020) (17).

Przepis art. 168 TFUE podkreśla, że powyższe działania Unii są prowadzone w poszanowaniu obowiązków państw członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej. Obowiązki państw członkowskich obejmują zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną, jak również podział przeznaczonych na nie zasobów. Wspomniana na wstępie zasada, iż w UE organizacja systemu ochrony zdrowia należy do kompetencji poszczególnych państw członkowskich, została zachowana.

## PODSUMOWANIE

Zgodnie z art. 6 lit. a Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE) kompetencja UE w dziedzinie zdrowia publicznego ma charakter wspierający, koordynujący i uzupełniający działania państw członkowskich. Wykonanie tego rodzaju kompetencji będzie zatem polegać z jednej strony na przyjmowaniu zaleceń, opinii, rezolucji, konkluzji, komunikatów, a z drugiej na finansowaniu działań państw członkowskich (13). Z tego względu wydaje się, że nowa polska ustawa o zdrowiu publicznym powinna uwzględniać co najmniej te elementy

składające się na pojęcie zdrowia publicznego, które zostały wskazane w regulacjach traktatowych. Zakres przedmiotowy ustawy, a także treść Narodowego Programu Zdrowia powinny wyraźnie odnosić się do zagadnień zdrowia publicznego, o których mowa w art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE). W ustawie nie zintegrowano jednak wszystkich zadań ani kompetencji z zakresu zdrowia publicznego. Zabrakło również dostatecznie skonkretyzowanych podstaw normatywnych kształtowania długofalowej polityki zdrowotnej. Zaproponowana koncepcja Narodowego Programu Zdrowia jest krokiem w dobrym kierunku, ale w ustawie brakuje normatywnych ram i wytycznych do tworzenia tego Programu. Można utrzymywać, że niedookreśloność i ogólny charakter nowej ustawy są konieczne, a nawet że są jej zaletą, ale to w istocie oznacza, iż ustawodawca rezygnuje z obowiązku określenia istotnych dla populacji celów z zakresu zdrowia (15). Z tych samych powodów wątpliwość budzi blankietowy charakter niektórych przepisów. Z punktu widzenia regulacji traktatowych w nowej ustawie brak jest jasno sprecyzowanych podstaw do realizacji i koordynacji polityki Polski w zakresie zdrowia publicznego na forum międzynarodowym.

## PIŚMIENNICTWO

- Emmert F, Morawiecki M: Prawo europejskie. PWN, Warszawa 2002: 150.
- Artykuł 6 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE).
- Saganek P: Prawo Unii Europejskiej – prawo materialne i polityki. Wyd. Prawo i Polityka Gospodarcza, Warszawa 2003: 418.
- Artykuł 2 Traktatu ustanawiającego Europejską Wspólnotę Węgla i Stali (TEWWiS).
- Wrześniewska-Wal I: Zdrowie publiczne. Część I. Ogólnopolski Przegląd Medyczny 2003; 11: 48.
- Opinia Rady z 26 listopada 1998 r. w sprawie przyszłej struktury działań Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego Dz. U. C 390, z 15.12.1998, str. 1.
- Komitet Ekonomiczno-Społeczny opinia z 9 września 1998 r. Dz. U. C 407, z 28.12.1998, str. 21.
- Parlament Europejski rezolucja A4-0082/99 z 12 marca 1999 r. Dz. U. C 175, 21.6.1999, str. 135.
- Komunikat Komisji na temat zdrowia konsumentów i bezpieczeństwa żywności, COM (97) 183 z 30 kwietnia 1997.
- Wrześniewska-Wal I: Wspólnotowe regulacje w zakresie zdrowia publicznego. Prawo i Medycyna 2004; 17(4): 100.
- Turlejska H, Szponar L: Programy ochrony zdrowia publicznego ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa żywności w Polsce i Unii Europejskiej. Żywność, Żywnienie, Prawo a Zdrowie 2001; suplement 1: 11.
- Nowacki W: Wymogi Unii Europejskiej w ochronie zdrowia. Biblioteka Zdrowia Publicznego, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 2000; (5): 42-43.
- Malczewska M: Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (art. 90-222). Komentarz. Tom II. [W:] Kowalik-Bańczyk K, Szwarc-Kuczer M, Wróbel A (red.): Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Komentarz. Tom II (art. 90-222) (dostęp z dnia: 28 grudnia 2015 r.).
- Ustawa z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym Dz. U. z 2015 r. poz. 1916.
- Bosek L: Opinia prawna na temat rządowego projektu ustawy o zdrowiu publicznym. Zeszyty Prawnicze 2015; 3: 23-42.
- Dyrektywa nr 2004/23/WE z 31 marca 2004 r. Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich. Dz. U. L 102 z 7.4.2004, str. 48-58.
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 282/2014 z dnia 11 marca 2014 r. w sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014-2020). Dz. U. L 086, 21 marzec 2014.

otrzymano/received: 04.04.2016  
zaakceptowano/accepted: 25.04.2016