

Opinia Komitetu Regionów w sprawie komunikatu Komisji do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów „Poprawa zdrowia i bezpieczeństwa oraz zwiększenie zaufania obywateli: strategia w zakresie zdrowia i ochrony konsumentów” oraz wniosku dotyczącego decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiającej wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia i ochrony konsumentów na lata 2007 — 2013

(2006/C 192/02)

KOMITET REGIONÓW,

uwzględniając komunikat Komisji „Poprawa zdrowia i bezpieczeństwa oraz zwiększenie zaufania obywateli: strategia w zakresie zdrowia i ochrony konsumentów” oraz wniosek dotyczący decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiającej wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia i ochrony konsumentów na lata 2007-2013, COM(2005) 115 wersja ostateczna — 2005/0042 (COD),

uwzględniając decyzję Rady z dnia 2 czerwca 2005 r. o zasięgnięciu opinii Komitetu na ten temat zgodnie z art. 265 ust. 1 i art. 152 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską,

uwzględniając decyzję swojego Prezydium z dnia 12 kwietnia 2005 r., powierzającą sporządzenie opinii w tej sprawie Komisji ds. Polityki Gospodarczej i Społecznej,

uwzględniając swoją opinię w sprawie komunikatu Komisji „Kontynuacja procesu refleksji na wysokim szczeblu na temat rozwoju mobilności pacjentów i przemian opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej” oraz komunikat Komisji „Modernizacja ochrony socjalnej w celu ukształtowania wysokiej jakości, dostępnej i zrównoważonej opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej: wsparcie strategii krajowych przy użyciu otwartej metody koordynacji” (COM(2004) 301 final oraz COM(2004) 304 final) (CdR 153/2004 fin) ⁽¹⁾,

uwzględniając opinię w sprawie komunikatu Komisji w sprawie strategii zdrowotnej Wspólnoty Europejskiej oraz wniosek dotyczący decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie programu działań Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego (2001-2006) (COM(2000) 285 wersja ostateczna) (CdR 236/2000 fin) ⁽²⁾,

uwzględniając swoją opinię w sprawie komunikatu Komisji „Wzmocnienie wymiaru społecznego strategii lizbońskiej: usprawnienie otwartej koordynacji w dziedzinie ochrony socjalnej” (COM(2003) 261 wersja ostateczna) (CdR 224/2003 fin) ⁽³⁾,

uwzględniając wniosek Komisji w sprawie dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie usług na rynku wewnętrznym (COM(2004) 2 wersja ostateczna) (CdR 153/2004) ⁽⁴⁾,

uwzględniając projekt opinii Komitetu Regionów (CdR 149/2005 rev. 2) przyjęty w dniu 28 listopada 2005 r. przez Komisję ds. Polityki Gospodarczej i Społecznej (Sprawozdawca: **Bente NIELSEN**, członek Rady Okręgu Århus, DK/PES)

przyjął na 63. sesji plenarnej w dniach 15-16 lutego 2006 r. (posiedzenie z dnia 16 lutego 2006 r.) następującą opinię:

Komitet Regionów

1.1 **stwierdza**, że komunikat Komisji: „Poprawa zdrowia i bezpieczeństwa oraz zwiększenie zaufania obywateli: strategia w zakresie zdrowia i ochrony konsumentów” może doprowadzić do pojawienia się efektów synergii przy transferze wiedzy i metodologii oraz zapewnić efektywne wykorzystanie zasobów administracyjnych;

1.2 **przyjmuje z zadowoleniem** starania Komisji o zapewnienie obywatelom lepszych możliwości podejmowania decyzji motywowanych względami zdrowia oraz zdrowszych nawyków konsumenckich. W komunikacie zwraca się uwagę na ogromne znaczenie zdrowia zarówno dla dobrobytu poszczególnych obywateli, jak i dla realizacji celów strategii lizbońskiej, jako że lepszy stan zdrowia ludności przyczynia się do zwiększania produktywności w Europie, udziału siły robo-

czej w życiu zawodowym oraz zrównoważonego rozwoju. Wewnętrzny rynek towarów i usług odpowiadający potrzebom i żądaniom konsumentów wpłynie na dalszą poprawę konkurencyjności UE;

1.3 **podkreśla**, że aspekty dotyczące zdrowia i konsumentów wymagają uwzględnienia także w innych obszarach polityki UE. Lepsza koordynacja procesów politycznych w innych obszarach, np. w dziedzinie zatrudnienia i polityki rolnej, może mieć duże znaczenie dla realizacji wytyczonych celów ogólnych w zakresie ochrony zdrowia i konsumentów. Dla przykładu nie jest właściwe, że UE nadal subsydiuje konsumpcję niezdrowej żywności, takiej jak na przykład produkty mleczne o wysokiej zawartości tłuszczu, lub że w budżecie na rok 2005 na wsparcie przemysłu tytoniowego

⁽¹⁾ Dz. U. C 43 z 18.2.2005, s. 22

⁽²⁾ Dz.U. C 144 z 16.5.2001, s. 43

⁽³⁾ Dz.U. C 73 z 23.3.2004, s. 51

⁽⁴⁾ Dz.U. C 43 z 18.2.2005, s. 13

przeznacza się 916 mln euro — kwota ta znacznie przekracza 14,4 mln euro, które przewidziano na zapobieganie konsumpcji tytoniu. Komitet wyraża swoje zadowolenie z faktu, że pomoc dla przemysłu tytoniowego ma całkowicie zniknąć do końca roku 2010;

1.4 **Popiera** wezwanie, by horyzontalnie ustalić zbiór podstawowych praw przysługujących wszystkim konsumentom korzystającym z usług użyteczności publicznej (np. gaz i elektryczność, usługi pocztowe, telekomunikacja, woda) zarówno na poziomie krajowym, jak i transgranicznym, w oparciu o zasadę usług powszechnie dostępnych (tzn. powszechny dostęp do usług użyteczności publicznej, które mają podstawowe znaczenie w nowoczesnym społeczeństwie). Jest to dziedzina, w której zasada powszechnej dostępności usług musi pozostać nadrzędna i która musi odpowiadać oczekiwaniom konsumentów w zakresie dostępności, bezpieczeństwa, niezawodności, ceny, jakości i możliwości wyboru;

1.5 **dostrzega** ponadto **konieczność** obserwowania oddziaływania rynku wewnętrznego na stan zdrowia ludności oraz zwyczaje konsumentów w Państwach Członkowskich. Realizując w ramach inicjatyw wspólnotowych zapisane w traktacie cele w zakresie wysokiego poziomu ochrony zdrowia i konsumentów, należy poddać ocenie wzajemne oddziaływanie pomiędzy regulacjami wspólnotowymi a polityką poszczególnych Państw Członkowskich w dziedzinie zdrowia i ochrony konsumentów;

1.6 **apeluje** o większe uwzględnienie interesów konsumentów w polityce konkurencji UE, biorąc pod uwagę związki między polityką ochrony konsumentów a polityką konkurencji przedstawione w artykułach 81 i 82 Traktatu ustanawiającego WE, w których stwierdza się, iż celem reguł konkurencji mających zastosowanie do przedsiębiorczości jest ochrona konkurencji na rynku jako środka zwiększania dobrobytu konsumentów;

1.7 **jest zdania**, że inicjatywy wspólnotowe wymagają analizy również pod kątem reperkusji w obszarze polityki zdrowotnej. Analiza ta powinna badać, jak podejmowane decyzje wpływają na zdrowie społeczeństwa, a nie tylko sposób, w jaki różne środki oddziałują na organizację i strukturę opieki zdrowotnej. Powinna ona także uwzględniać oddziaływanie środków wspólnotowych na zasadnicze wartości leżące u podstaw systemów opieki zdrowotnej w poszczególnych Państwach Członkowskich. Przy tym nie wolno zapominać, że jedna i ta sama inicjatywa wspólnotowa w każdym kraju przynosić może różne skutki;

1.8 **opowiada się** za demokratycznym charakterem i przejrzystością procesu podejmowania decyzji oraz podziałem odpowiedzialności w dziedzinie ochrony konsumentów. Szczególnie istotne jest, by skłonić przemysł spożywczy do uwzględniania zagadnień ekologicznych i zdrowotnych oraz udostępniania wszystkim obywatelom, bez względu na ich sytuację społeczno-ekonomiczną, świeżych i pełnowartościowych produktów spożywczych;

1.9 **wzbrania się** przed dopuszczeniem, by skutkiem połączenia polityki zdrowotnej i ochrony konsumentów było reklamowanie przez producentów swoich wyrobów jako „zdrowych” bądź „zalecanych przez lekarzy”. Producentom nie wolno pozwolić na wykorzystywanie obaw przed chorobami jako argumentu przemawiającego za dokonaniem zakupu, czy też wprowadzanie konsumentów w błądne przekonanie, że pewne produkty spożywcze mogą zastąpić zdrową

i zrównoważoną dietę. Decydujące znaczenie ma zatem, aby w ramach europejskiej polityki ochrony konsumentów wspierać tendencje zmierzające do poprawy zdrowia oraz oferowania zdrowszych produktów, jak również zapobiegać wprowadzaniu konsumentów w błąd;

1.10 **podkreśla**, że podstawy prawne unijnych polityk w sprawie zdrowia publicznego i ochrony konsumentów są zupełnie odmienne. Zgodnie z artykułem 152 Traktatu ustanawiającego WE „Działanie Wspólnoty (...) uzupełnia polityki krajowe” w zakresie zdrowia publicznego. Jednakże polityka w zakresie ochrony konsumentów w formie przedstawionej w artykule 153 Traktatu ustanawiającego WE w dużej mierze zależy od wspólnego podejścia do promowania praw konsumentów i ochrony ich interesów, zwłaszcza kiedy dotyczy to realizacji rynku wewnętrznego. Wobec powyższego powoływanie się na wspólną podstawę prawną tych polityk jest sprzeczne z zasadą pomocniczości.

Prawodawstwo w obszarze ochrony konsumentów na poziomie UE nie może prowadzić do tworzenia specyficznych uregulowań czy prawodawstwa w dziedzinie zdrowia, które stałyby na przeszkodzie organizacji i ukierunkowaniu usług w zakresie ochrony zdrowia w poszczególnych Państwach Członkowskich. Jednakże sprowadzenie polityki ochrony konsumentów do ścisłego przestrzegania kryteriów komplementarności i pomocniczości, które stanowią podstawę polityki zdrowia publicznego, mogłoby wywrzeć przeciwny do zamierzonego skutek, jeśli chodzi o możliwości działania UE w zakresie jej własnej polityki ochrony konsumentów;

1.11 **Uznaje** wobec tego, że właściwsze byłoby, żeby Komisja w swoich komunikatach w miejsce strategii na rzecz „ochrony zdrowia i konsumentów” pisała „ochrona zdrowia publicznego i konsumentów”. Byłoby to w zgodzie z kompetencją Wspólnoty, o której mowa w art. 152;

1.12 **podkreśla**, że połączenie polityki ochrony zdrowia i konsumentów nie może prowadzić do tego, by pacjenci w systemie służby zdrowia znaleźli się w podobnej sytuacji jak konsumenci na rynku. Rynek usług medycznych różni się pod wieloma ważnymi względami od „zwykłego” rynku dla konsumentów, gdyż charakteryzuje się on między innymi niepewnością co do wielkości przyszłego zapotrzebowania na usługi i wysokości wiążących się z nimi kosztów. Niepewność panuje także w odniesieniu do zewnętrznych czynników oddziałujących na popyt na usługi medyczne. Można także stwierdzić istnienie pewnej asymetrii informacyjnej pomiędzy usługodawcami i konsumentami/pacjentami. Ponadto celem jest, by wszyscy obywatele — niezależnie od ich zaplecza społeczno-ekonomicznego — mieli zagwarantowany równy dostęp do usług medycznych. Państwa Członkowskie muszą zachować w niezbędnym zakresie możliwość ustalania priorytetów, stosowania odpowiednich środków i interweniowania;

1.13 **zaleca**, by niezależnie od połączenia ich w ramach wspólnego programu, szczególne cechy obszarów ochrony zdrowia i konsumentów respektowane były także w przyszłości. Można tego dokonać poprzez przeznaczanie środków na konkretne cele polityki zdrowotnej czy ochrony konsumentów. Program Komisji szczegółowo opisuje przydział środków na lata 2007-2013. O ile to możliwe, należy stworzyć możliwość zmiany priorytetów na dalszych etapach programu, na przykład podczas przeglądu planowanego na trzy lata po rozpoczęciu programu. Byłoby to zgodne z zamierzeniami programu, by opierać się na elastycznych planach działań;

1.14 **stwierdza**, że w pewnych obszarach systemu opieki zdrowotnej większa koordynacja pomiędzy Państwami Członkowskimi poprzez otwartą metodę koordynacji wydaje się pożądana. Chodzi tu na przykład o mobilność pacjentów oraz szkolenie i nabór personelu medycznego;

1.15 **uważa**, że warunki wstępne dla dobrego stanu zdrowia ludności tworzy się w ich bezpośrednim otoczeniu. Instytucje ochrony zdrowia są tylko jednym z wielu zaangażowanych podmiotów. W obszarze zdrowia w wielu Państwach Członkowskich to władze regionalne i lokalne odpowiedzialne są za służbę zdrowia i zdrowie publiczne ich społeczności. Komitet Regionów oraz samorządy i władze lokalne odpowiedzialne za te zagadnienia powinny zatem mieć możliwość wpływania na ogólną strategię zdrowotną Unii. Stanowisko Komitetu Regionów powinno być uwzględniane zwłaszcza w odniesieniu do decyzji i inicjatyw, które dotyczą zadań leżących w gestii władz lokalnych i regionalnych oraz z zakresu odpowiedzialności władz zajmujących się zagadnieniami zdrowia publicznego. Oczekuje się zatem, że samorządy lokalne i regionalne zostaną włączone na przykład we wdrażanie i będą wpływać na inicjatywy mające na celu opracowanie wskaźników zdrowia i porównywanie wyników (benchmarking) w takich obszarach, jak na przykład odpowiedzialność własna i wywieranie wpływu, zdrowie psychiczne, dieta i odżywianie czy spożycie napojów alkoholowych;

1.16 **podkreśla**, że należy zachęcać społeczeństwo obywatelskie do udziału i wnoszenia wkładu w działania na rzecz rozwoju. Obywatelom należy zapewnić możliwość zabrania głosu w sprawach odnoszących się do polityki UE dotyczącej zdrowia i konsumentów. Ważne jest, by sieciom zajmującym się zagadnieniami zdrowia i ochrony konsumentów zapewnić na poziomie wspólnotowym wsparcie oraz możliwość wypowiedzenia się. Dotyczy to na przykład organizacji konsumentskich, stowarzyszeń chroniących interesy pacjentów oraz innych sieci istotnych z merytorycznego punktu widzenia;

1.17 **zwraca uwagę**, że Komisja musi zapewnić, iż personel agencji kierowniczej wykazywać się będzie kwalifikacjami niezbędnymi do wprowadzenia i realizacji jej programu. Chodzi tu o kwalifikacje nie tylko w obszarze ochrony konsumentów czy zdrowia, ale także umiejętności interdyscyplinarne;

1.18 **jest zdania**, że szczególną uwagę należy poświęcić nowym Państwom Członkowskim, by można było stawić czoła wspólnym i przyszłym wyzwaniom w dziedzinie ochrony zdrowia i konsumentów. Należy całkiem świadomie wspierać nowe Państwa Członkowskie w określaniu ich potrzeb w zakresie ochrony zdrowia i konsumentów, tak by zważyć różnice i nierówności w zakresie zdrowia oraz osiągnąć stopniowe zbliżanie się do najwyższego poziomu w UE. Na przykład nie można się zadowalać faktem, że jak donosi Eurostat, średnia długość życia w nowych Państwach Członkowskich jest znacznie niższa niżli w starych;

1.19 **z zadowoleniem przyjmuje**, że w ramach zaproponowanego programu Komisji, środki z funduszy strukturalnych (Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego 2007-2013) mogą być wykorzystane na poprawę zdrowia obywateli. Komitet pragnie tutaj zwrócić uwagę, że środki te wykorzystac

można jedynie w początkowej fazie projektu, a nie na jego bieżącą realizację;

1.20 **uważa za wskazane**, by szczególną uwagę poświęcić krajom sąsiadującym z UE, tak aby można było stawić czoła wspólnym i przyszłym wyzwaniom w dziedzinie ochrony zdrowia i konsumentów. Należy całkiem świadomie wspierać te kraje w określaniu ich potrzeb w zakresie ochrony zdrowia i konsumentów, tak by zmniejszyć różnice i nierówności w tym zakresie wewnątrz Unii Europejskiej i na jej obrzeżu;

1.21 **podkreśla**, że poprzez połączenie interesów w zakresie zdrowia i ochrony konsumentów można zatroszczyć się także o większą spójność *pośród* Państw Członkowskich, ponieważ różnice społeczno-gospodarcze są często przyczyną zróżnicowania sytuacji w obszarze zdrowia i ochrony konsumentów. Szczególną uwagę należy zwrócić na nierówności nie tylko pomiędzy, ale także w samych Państwach Członkowskich. Nieodzowne jest silniejsze skupienie uwagi na grupach zmarginalizowanych — zaliczają się do nich na przykład osoby o najniższych zarobkach, osoby otyłe i mniejszości etniczne — tak by cel zapewnienia równych szans dla wszystkich stał się rzeczywistością. Należy jednak zaakcentować fakt, że każdy ponosi indywidualną odpowiedzialność za własne zdrowie. Polityka zdrowotna i ochrony konsumentów, która wspiera podejmowanie decyzji ukierunkowanych względami zdrowia, może być użytecznym narzędziem w zwalczaniu chorób związanych ze stylem życia (chorób społeczno-cywilizacyjnych). Badania wykazują, że grupy zmarginalizowane częściej podupadają na zdrowiu i cierpią na choroby związane ze stylem życia. Poprzez pomoc grupom zmarginalizowanym w podejmowaniu „zdrowych” decyzji, można zmniejszyć nierówności społeczno-ekonomiczne;

1.22 **jest zdania**, że informacje, jakich dostarczać ma Komisja, powinny być przydatne dla ich odbiorców. Należy opracować metody ukierunkowanej realizacji kampanii informacyjnych, tak by można było dotrzeć do wybranych grup docelowych. Planuje się, że preferowane będą raczej interaktywne kampanie uświadamiająco-informacyjne niż wysyłanie jednakowych materiałów informacyjnych. Przy rozpowszechnianiu informacji na temat zdrowia i ochrony konsumentów szczególnie właściwym podejściem okazać się może adresowanie specjalnego przekazu do dzieci i młodzieży, by jak najwcześniej przeciwdziałać złym nawykom konsumpcyjnym, które w dłuższej perspektywie prowadzić mogą do negatywnych konsekwencji dla zdrowia. Ważną funkcję mogą pełnić tu przedszkola, szkoły i organizacje wolontariackie;

1.23 **apeluje** do Komisji, by w swojej działalności informacyjnej uwzględniała prawo poszczególnych Państw Członkowskich do regulowania praw i obowiązków w zakresie służby zdrowia w zgodzie z funkcjonującym w danym państwie systemem zabezpieczenia społecznego, jak i warunkami obowiązującymi dla poszczególnych świadczeń i uprawnień konsumentów;

1.24 **zaleca**, by informacje dostępne były tam, gdzie potrzebują ich obywatele, oraz by towarzyszyło im kompetentne doradztwo w poszczególnych Państwach Członkowskich. Także bardziej wrażliwe grupy pacjentów muszą mieć dostęp do informacji na tematy dotyczące zdrowia i ochrony

konsumentów. Jednakowe, standardowe materiały informacyjne dla wszystkich obywateli nasilałyby tylko nierówności pomiędzy różnymi grupami społecznymi w obrębie Państw Członkowskich, gdyż, jak wskazują przeprowadzone badania, kampanie informacyjne w większym stopniu docierają do grup lepiej sytuowanych pod względem finansowym niż ma to miejsce w przypadku grup defaworyzowanych. Jeśli kampanie te mają być skuteczne, muszą się w nie zaangażować podmioty szczebla lokalnego i regionalnego;

1.25 **wzywa** Komisję, by przy gromadzeniu danych i planowaniu kampanii informacyjnych dotrzymywać kroku rozwojowi technologii i komunikacji. Technologia i komunikacja rozwijają się w zapierającym dech tempie. Należy stale dotrzymywać kroku najnowszym osiągnięciom, tak by zapewnić widoczność działań;

1.26 **zauważa**, że rynek produktów rolno-spożywczych jest w znaczącym stopniu narażony na import z krajów trzecich, w których gwarancje zdrowia i autentyczności mogą nie odpowiadać europejskim normom bezpieczeństwa; zaleca, by konsumentom zagwarantowano dostęp do pełnych i przejrzystych informacji na temat pochodzenia tych produktów, tak by mogli dokonać świadomego zakupu;

1.27 **z zadowoleniem przyjmuje**, że Komisja pragnie ograniczyć się do mniejszej liczby szeroko zakrojonych i faktycznie wpływających na opinię publiczną kampanii informacyjnych. Otwiera to ponadto możliwość pracy efektywnej z punktu widzenia kosztów. Ważne jest, by wspólny sekretariat oceniać nie tylko ze względu na ilość przeprowadzonych projektów, ale także ich jakość oraz ostateczne ich oddziaływanie;

1.28 **zwraca się** do Komisji o wspieranie rozwoju sieci wymiany doświadczeń i szerzenia dobrych praktyk, jako że są one elementarną częścią otwartej metody koordynacji. W proces ten powinien być włączony również Komitet i ważne jest, by samorządy lokalne i regionalne, które odpowiadają za system opieki zdrowotnej, mogły wpływać na ogólną strategię zdrowotną Wspólnoty;

1.29 **podkreśla**, że Komisja powinna dbać o ścisłe kontakty ze światem badań naukowych, tak aby zagwarantować wiarygodność i rzetelność prowadzonych przez siebie kampanii informacyjnych i prewencyjnych. Sformalizowana i skoordynowana współpraca na poziomie europejskim w celu wymiany doświadczeń, transferu wiedzy oraz wyników badań nad rozwojem w dziedzinie ochrony zdrowia i konsumentów mogłaby przynieść Państwom Członkowskim znaczne korzyści, co Komitet także zauważa w swojej opinii w sprawie siódmego programu ramowego Wspólnoty Europejskiej w dziedzinie badań, rozwoju technologicznego oraz demonstracji (CdR 155/2005 fin). Musi to następować w ścisłym powiązaniu z europejskim ramowym programem badań;

1.30 **jest zdania**, że Państwa Członkowskie muszą mieć dostęp do wiarygodnych danych i informacji wysokiej jakości, jeżeli pragną przejmować najlepsze praktyki i porównywać standardy, tworząc w ten sposób warunki konieczne dla przeprowadzenia licznych inicjatyw zaproponowanych w dziedzinie ochrony zdrowia i konsumentów. Tworzenie wspólnych baz danych i wspólnych wskaźników powinno odbywać się przy współpracy z innymi właściwymi podmiotami, jak również w porozumieniu z Organizacją Narodów Zjednoczonych, OECD, Radą Europy oraz WTO. Od poszczególnych Państw Członkowskich zależy wdrażanie środków oraz przeprowadzanie nowych inicjatyw na podstawie porównywalnych danych i informacji;

1.31 **z zadowoleniem przyjmuje** znaczne zwiększenie środków budżetowych w porównaniu ze środkami przeznaczonymi na dwa istniejące programy. Daje to jasny sygnał, że ochrona zdrowia i konsumentów mają istotne znaczenie zarówno dla jakości życia poszczególnych obywateli UE, jak i konkurencyjności UE jako całości;

1.32 **zauważa**, że negocjacje finansowe nie zostały jeszcze zakończone. Ostateczna wysokość środków zależy od wyniku trwających jeszcze rozmów dotyczących perspektyw finansowych na lata 2007-2013. Komitet Regionów opowiadałby się za większym finansowaniem tej dziedziny, co postuluje zarówno program, jak i strategia.

Bruksela, 16 lutego 2006 r.

Przewodniczący
Komitetu Regionów
Michel DELEBARRE