

II

(Akty przygotowawcze)

EUROPEJSKI KOMITET EKONOMICZNO-SPOŁECZNY

424. SESJA PLENARNA W DNIACH 14-15 LUTEGO 2006 R.

Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie wniosku dotyczącego 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)

(2006/C 88/01)

W dniu 2 czerwca 2005 r. Rada, działając na podstawie art. 152 i 153 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską, postanowiła zasięgnąć opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie wspomnianej powyżej.

Sekcja ds. Jednolitego Rynku, Produkcji i Konsumpcji, której powierzono przygotowanie prac Komitetu w tej sprawie, przyjęła swoją opinię 23 stycznia 2006 r. Sprawozdawcą był **Jorge PEGADO LIZ**.

Na 424. sesji plenarnej w dniach 14-15 lutego 2006 r. (posiedzenie z dn. 14 lutego 2006 r.) Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny stosunkiem głosów 130 do 2, przy 1 głosie wstrzymującym się, przyjął następującą opinię:

1. Streszczenie

1.1 Komisja przedstawiła wniosek dotyczący decyzji ustanawiającej „wspólny zintegrowany program” wspólnotowy w dziedzinie zdrowia publicznego i ochrony konsumentów na lata 2007-2013, oparty na dokumencie strategicznym zamieszczonym w komunikacie oraz na rozszerzonej analizie wpływu, zamieszczonej w załączonym do niego dokumencie roboczym.

1.2 Po raz pierwszy Komisja ustaliła wspólną strategię dla polityk zdrowia publicznego i ochrony konsumentów, która na dodatek obejmuje tak długi okres (siedem lat). EKES uznaje wysiłki Komisji mające na celu zdynamizowanie tych dwóch polityk, którymi zajmuje się obecnie jedna Dyrekcja Generalna.

1.3 Komisja uzasadnia tę innowację względami prawnymi, gospodarczymi, społecznymi i politycznymi. EKES przyjmuje z zadowoleniem wszystkie przedstawione informacje i dokładność, z jaką w analizie wpływu przedstawiono różne warianty.

1.4 Szeroko zakrojone przesłuchania zorganizowane przez EKES z udziałem wielu przedstawicieli zainteresowanych

podmiotów, podobnie jak wiele inicjatyw zorganizowanych przez Komisję lub Parlament Europejski, stanowiły okazję do zebrania poglądów na temat sformułowania, treści, sposobu przedstawienia i podstaw wniosków Komisji.

1.5 Komitet przeanalizował przedstawione dokumenty i wyczerpujące informacje dodatkowe dostarczone przez Komisję, wziął pod uwagę opinie wyrażone przez przedstawicieli społeczeństwa obywatelskiego, bezpośrednio zaangażowanych w dziedzinie zdrowia publicznego i ochrony konsumentów, oraz uwzględnił rozmaite komentarze na piśmie nadesłane przez różne organizacje działające w tych dziedzinach. Na tej podstawie EKES wyraża ogólną opinię, że wniosek dotyczący decyzji ustanawiającej wspólny program działań w dziedzinie zdrowia i ochrony konsumentów nie jest wystarczająco uzasadniony ani nie zawiera objaśnień wielu aspektów; przyjęte argumenty nie wydają się przekonujące, by uzasadnić słuszność dokonanego wyboru.

1.6 Przede wszystkim EKES jest zdania, że istnienie uzupełniających się punktów wspólnych pomiędzy polityką zdrowotną a konsumencką nie dowodzi jeszcze istnienia wspomnianych we wniosku synergii pomiędzy nimi. Te punkty wspólne można by rozwijać i wdrażać poprzez środki współpracy i koordynacji, koncentrując się przy tym na zasadniczo horyzontalnym charakterze tych dwóch polityk, jak to ma miejsce np. w przypadku polityki ochrony środowiska.

1.7 Te dwie polityki, zdefiniowane odpowiednio w art. 152 i 153 traktatu, mają zupełnie inny charakter prawny. Należy zatem uważać, aby uniknąć negatywnych skutków, z jednej strony, podporządkowania polityki ochrony konsumentów surowym kryteriom komplementarności i pomocniczości, stosowanym w polityce zdrowotnej, na niekorzyść własnych kompetencji UE w dziedzinie ochrony konsumentów; z drugiej strony, doprowadzenia do niepożądanego „konsumentyzacji” zdrowia publicznego, poprzez pomieszczenie pojęć „użytkownik” i „konsument”, jako dwóch aspektów wspólnego pojęcia „obywatelstwa”.

1.8 EKES ponadto jest zdania, że polityka ochrony konsumentów może znaleźć się w gorszej pozycji w ogólnym rozliczeniu budżetowym o wspólnej podstawie. Odrębne decydowanie o każdej z tych polityk UE, jak to się odbywało do tej pory, byłoby korzystne dla obu z nich, szczególnie w obecnej sytuacji kryzysu instytucjonalnego i niepokojącej niepewności co do perspektyw finansowych.

1.9 EKES uważa, że wniosek dotyczący decyzji nie zawiera kilku podstawowych aspektów obu polityk, nie zapewniając właściwych środków finansowych, oraz że być może pomija niektóre aspekty decydujące, istotne i aktualne. Ponadto, proponowane rozwiązania dotyczące wdrażania, monitorowania i oceny należy przeprowadzać bardziej innowacyjnie, zdecydowanie i z większym zaangażowaniem.

1.10 EKES domaga się, by Instytutowi Konsumentów nadano lepiej określone funkcje i kompetencje i by nie traktowano go jako zwykłego „wydziału” w ramach Agencji wykonawczej ds. zdrowia publicznego. Tylko tak może on uzyskać pożądany, decydujący wpływ na skuteczniejsze wdrażanie istniejącego prawodawstwa i na lepsze informowanie, edukowanie i ochronę konsumentów.

2. Wstęp: streszczenie komunikatu Komisji i wniosku dotyczącego decyzji

2.1 W komunikacie zatytułowanym „Poprawa zdrowia i bezpieczeństwa oraz zwiększenie zaufania obywateli: strategia w zakresie zdrowia i ochrony konsumentów” Komisja wnioskuje do Parlamentu i Rady o przyjęcie decyzji mającej na celu ustanowienie wspólnotowego programu działań w zakresie zdrowia i ochrony konsumentów na lata 2007-2013.

2.2 Komisja przedstawiła w ten sposób, po raz pierwszy, nową strategię i wspólnotowy program działań na lata 2007-2013, w których proponuje się połączenie polityki zdrowia publicznego i polityki ochrony konsumentów.

2.3 W swoim komunikacie Komisja wyjaśnia przyczyny zastosowania tego nowego podejścia, wskazując na wspólne cele obu polityk i rolę, jaką odgrywają one w życiu codziennym

obywateli. Komisja przedstawia ponadto zalety nowego, połączonego programu — w postaci synergii, przynoszących oszczędności budżetowe i administracyjne, co prowadzi do większej skuteczności działań.

2.4 Wariant strategiczny obrany przez Komisję opiera się przede wszystkim na potrzebie stworzenia synergii między tymi dwiema politykami, co może umożliwić uzyskanie efektu skali, pozwolić na oszczędności w dziedzinie zarządzania finansowego oraz na większą skuteczność działań. Zapewniłoby to ponadto większą spójność między podejmowanymi środkami oraz sprawiło, że kwestie te byłyby bardziej widoczne w programie politycznym.

2.5 Zdaniem Komisji, wspólnymi celami połączonej polityki w zakresie tych dwóch obszarów powinny być:

- ochrona obywateli przed ryzykiem i zagrożeniami będącymi poza kontrolą osób indywidualnych;
- zwiększenie zdolności obywateli do podejmowania lepszych decyzji dotyczących ich zdrowia i interesów jako konsumentów;
- włączanie celów polityki zdrowia i ochrony konsumentów do wszystkich polityk Wspólnoty.

2.6 Cele dotyczące polityki ochrony zdrowia to:

- ochrona obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia;
- promowanie polityk prowadzących do zdrowszego stylu życia;
- przyczynianie się do zmniejszania występowania głównych chorób;
- poprawa skuteczności i wydajności systemów opieki zdrowotnej;
- zapewnienie więcej i lepszej informacji w zakresie zdrowia.

2.7 Cele dotyczące polityki ochrony konsumentów to:

- zapewnienie wszystkim konsumentom UE równie wysokiego poziomu ochrony;
- poszerzenie zakresu działań agencji wykonawczej ds. zdrowia publicznego, aby utworzyć w jej ramach Instytut Konsumentów.
- zwiększenie zdolności konsumentów do ochrony ich własnych interesów;

3. Ocena komunikatu i wniosku Komisji

3.1 Uwagi ogólne o programie jako całości

3.1.1 Podstawy prawne polityk zdrowia publicznego i ochrony konsumentów mają zupełnie inny charakter. Polityka

zdrowotna leży zasadniczo w kompetencji państw członkowskich, a działania unijne są dozwolone tylko w konkretnych aspektach wymienionych w art. 152 (¹) o tyle, o ile uzupełniają one polityki krajowe. Polityka konsumencka została jednakże w dużym stopniu podporządkowana w Traktacie, zwłaszcza po Amsterdampie, podejściu wspólnotowemu, w celu promowania praw konsumentów i ochrony ich interesów, zwłaszcza w związku z realizacją rynku wewnętrznego (²).

3.1.2 Brak jest zatem podstawy prawnej, aby odnosić się do rzekomej wspólnej „tożsamości” prawnej artykułu 152 i 153, na której miałyby się opierać zintegrowana strategia i program działań w dziedzinie zdrowia publicznego i ochrony konsumentów.

3.1.3 Poza tym trzeba podkreślić, że w państwach członkowskich charakter prawno-konstytucyjny prawa do zdrowia różni się od charakteru prawnego praw konsumentów, a jego obrona przybiera także różne formy.

3.1.4 Nie oznacza to bynajmniej, że EKES nie uznaje ogromnego znaczenia kwestii związanych ze zdrowiem publicznym. Same w sobie kwestie te uzasadniałyby potrzebę stworzenia silnej polityki zdrowotnej UE, która mogłaby być także stosowana jako instrument zwalczania ubóstwa i wykluczenia społecznego. Żałować jedynie można, że do braku prawdziwych postępów w tej dziedzinie mógł się przyczynić fakt, że traktat konstytucyjny nie został przyjęty.

3.1.5 EKES musi tu podkreślić, że pojęcia „konsument” i „pacjent” nie są równoznaczne. Różne są także określające je czynniki, przede wszystkim dlatego, że do „konsumentów” nie należą wyłącznie osoby prywatne, a grupa ta podejmuje decyzje związane z rynkiem głównie ze względów ekonomicznych. Pacjenci tymczasem nie mogą być traktowani tylko jako konsumenci lekarstw i usług opieki medycznej, ponieważ ich prawa nie mają charakteru czysto ekonomicznego, lecz są porównywalne do prawa do sprawiedliwości czy prawa do edukacji, które przejawiają się w zapewnianiu przez państwa usług użyteczności publicznej.

(¹) Przypomniał o tym, podczas otwarcia „Open Health Forum 2005” (Otwartego Forum Zdrowia, które odbyło się w dn. 7-8 listopada 2005 r. w Brukseli) dyrektor generalny DG ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów, Robert MADELIN, a także, podczas swoich wystąpień na I sesji równoległej tego forum, posłowie do Parlamentu Europejskiego Miroslav MIKOLASIK, z PPE, i Dorette CORBEY, z PSE.

(²) Zob. przykładowo wyjaśnienia Vandersendena, Dubois, Lathama, Van den Abeele’ego, Capoueta, Van Ackere-Pietry’ego, Gérarda i Ayrala w: J. Megret, *Commentary on EEC Law*, vol. VIII, wyd. drugie, 1996, str. 16 i kolejne, str. 41 i kolejne. Sytuacja stała się nawet jeszcze jaśniejsza w projekcie Konstytucji (Dz.U. C 169 z 18 lipca 2003 r.); jeśli porównać postanowienia art. III-132 dotyczące ochrony konsumentów, włączonego do rozdziału III w Tytule III dotyczącym „polityk w innych dziedzinach”, gdzie stawia się ją na równej stopie z polityką społeczną, rolą czy ochrony środowiska, z postanowieniami art. III-179 dotyczącymi zdrowia publicznego, który zawarty jest w rozdziale V, dotyczącym dziedzin, w których UE może tylko „podejmować działania wspierające, koordynujące lub uzupełniające” wobec działań Państw Członkowskich, na równi z politykami dotyczącymi kultury, młodzieży, sportu czy ochrony ludności.

3.1.6 Komitet uznaje fakt, że te dwie polityki mają wspólne aspekty, ale nie uważa, że ma to miejsce wyłącznie, czy chociaż głównie, między tymi dwiema politykami (³). Ponadto Komisja nie wykazała w sposób niepodważalny, że wspólne aspekty działań do wykonania w tych dwóch politykach można zrealizować wyłącznie poprzez opracowanie i wdrożenie jednego, zintegrowanego programu, czy nawet, żeby było to najwłaściwsze lub najkorzystniejsze rozwiązanie (⁴).

3.1.7 Zdaniem niektórych organizacji konsumenckich, z tego zintegrowanego podejścia wynikają różnorakie problemy. EKES podziela to zdanie w kilku przypadkach, w odniesieniu do następujących zagadnień:

- niebezpieczeństwo, że polityka konsumencka straci na widoczności i jeszcze mocniej ucierpi w wyniku zbliżenia do polityki zdrowotnej lub podporządkowania jej, oraz że zostanie ograniczona do aspektów uzupełniających polityki państw członkowskich (⁵);

- utrudnienia w organizowaniu dialogu i współpracy z odpowiedzialnymi organizacjami i organami krajowymi, które w znakomitej większości nie zajmują się tymi dwoma dziedzinami łącznie;

- potencjalne utrudnienia dla organizacji pozarządowych z obu sektorów w dostępie do finansowania i w negocjowaniu współfinansowania działań w odpowiednich dla nich dziedzinach, ze względu na ograniczone lub kierowane do innych podmiotów zasoby.

3.1.8 Natomiast żadna z sześciu podstawowych przyczyn podanych w ocenie oddziaływania (*Impact Assessment*, str. 5-6) nie stanowi decydującego argumentu za wspólnym potraktowaniem tych dwóch polityk. Odpowiednia koordynacja polityk, opisana w doskonałej inicjatywie Komisji w sprawie współpracy administracyjnej między organami krajowymi (⁶), mogłaby być równie skuteczna.

(³) Można zresztą stwierdzić, że pomiędzy polityką ochrony konsumentów i polityką zdrowia publicznego a innymi politykami, jak np. polityką ochrony środowiska, turystyki, konkurencji, rynku wewnętrznego czy sprawiedliwości, też istnieją zbieżności, które teoretycznie też mogłyby uzasadniać wspólne podejście.

(⁴) Samo odniesienie do treści „perspektyw finansowych na lata 2007-2013” (COM(2004) 487 końcowy z 14.07.2004 r., pkt 3.3, str. 24) nie jest jeszcze przekonywującym argumentem, biorąc pod uwagę impas w negocjacjach; pokazuje ono jedynie, że Komisja jest konsekwentna w swoich wnioskach. Nie jest to tożsame z uzasadnieniem czy udowodnieniem trafności jej decyzji. Tymczasem z debat prowadzonych podczas Open Health Forum 2005 wynikło wręcz przeciwne przekonanie, gdyż podkreślono tam potrzebę wzmocnienia niezależnej polityki ochrony zdrowia na szczeblu europejskim.

(⁵) Jak też Komisja otwarcie przyznaje, gdy stwierdza, że „proponowana strategia i program mają na celu wdrożenie art. 152 i 153 Traktatu (...) poprzez uzupełnianie działań krajowych środkami o wartości dodanej, które nie mogą być przewidziane na szczeblu krajowym” (Legislative Financial Statement, str. 41 (Legislacyjne oświadczenie finansowe, niedostępne w jęz. polskim)).

(⁶) Rozporządzenie 2006/2004, opublikowane w Dz.U. L 364 z 09.12.2004 r.

3.1.9 Komisji nie udało się poza tym wykazać rzeczywistych, zasadniczych synergii, które ta harmonizacja miałyby stworzyć w perspektywie długoterminowej, ani wykazać w ujęciu ilościowym oszczędności, które miałyby wynikać z efektu skali. Wręcz przeciwnie, ocena oddziaływania sprawia wrażenie, że rozwiązanie to jest neutralne pod względem kosztów, ponieważ z prostego dodania do siebie dwóch polityk wynikałyby te same potrzeby finansowe (7).

3.1.10 W tak krytycznym okresie dla unijnych perspektyw finansowych, utrzymanie dwóch osobnych polityk mogłoby właśnie mieć tę zaletę, że pozwoliłoby otworzyć dwa fronty negocjacji i uwidaczniać istotne aspekty każdej z nich; pomogłoby to też osiągnąć lepsze wyniki, jeśli chodzi o środki przyznane każdej z tych polityk, zdaniem organizacji przedstawicieli aktywnych w tych dziedzinach.

3.1.11 EKES jest zaniepokojony prawdopodobieństwem drastycznego obniżenia perspektyw finansowych na lata 2007-2013. Nawet jeśli cięcia te nie zniweczyłyby zupełnie wykonalności omawianego programu, już teraz wyposażonego w ograniczone zasoby, to pociągałyby za sobą co najmniej konieczność ponownego zredagowania i przedstawienia go, z nowym zestawem priorytetów i działań. Ze względów praktycznych nie miałyby sensu proste cięcia procentowe tego budżetu, proporcjonalne do ogólnego cięcia budżetu jako całości.

3.1.12 Wreszcie, różne aspekty, które, jak słusznie podkreślono, są wspólne dla obu polityk, mogą być obiektem wspólnych, skoordynowanych działań na szczeblu wspólnotowym bądź narodowym, podobnie jak ma to miejsce w przypadku polityk wspólnotowych dotyczących wielu innych dziedzin, np. środowiska, konkurencji, edukacji i kultury. Horyzontalny charakter tych dwóch polityk oznacza, że automatycznie muszą być brane pod uwagę w innych politykach, jak Komisja sama też wreszcie przyznała w serii przykładów zamieszczonej w drugim załączniku do komunikatu (str. 15).

3.2 Uwagi szczegółowe

3.2.1 Przeprowadzenie przesłuchania publicznego z udziałem najważniejszych przedstawicieli społeczeństwa obywatelskiego bezpośrednio zainteresowanych programem działań Komisji, które zgromadziło około 70 osób, w znacznym stopniu przyczyniło się do zanalizowania omawianego komunikatu i wniosku Komisji, mimo że narzucone ograniczenia logistyczne utrudniają przeprowadzenie pogłębionej analizy różnych aspektów i elementów. Celem niniejszej opinii jest ocena takich aspektów jak: cele proponowanego programu i jego zadania, zasoby i ich odpowiednie wykorzystanie oraz działania prowadzone z pomocą tych zasobów w celu osiągnięcia wyznaczonych celów.

3.2.2 Ochrona konsumentów

3.2.2.1 Komisja słusznie podkreśla różne działania, które powinny być podjęte, aby nadać ochronie konsumentów w UE

(7) W punkcie 4.4 oceny oddziaływania (str. 32) rzeczywiście stwierdza się, że z czysto finansowego punktu widzenia, zalety zwiększenia wydatków budżetowych przyznanych każdemu z tych programów z osobną lub jednemu, połączonemu programowi są praktycznie identyczne.

bardziej sprawiedliwy charakter; czyni to jednak mając w perspektywie ochronę na poziomie minimalnym. Jest to konsekwencja orientacji podjętej w ostatnich inicjatywach legislacyjnych, które traktują priorytetowo pełną uogólnioną harmonizację, przy niskim poziomie ochrony. Ponadto EKES wyraża zaniepokojenie wobec systematycznego odwoływania się do zasady stosowania prawa kraju pochodzenia oraz ostrzega przed niebezpieczeństwem wąskiego podejścia do ochrony konsumentów, ograniczonego zaledwie do informowania o produktach i usługach (8).

3.2.2.2 EKES jest zdania, że Komisja mogła wykazać się większą innowacyjnością (9), oraz że przedstawione nowe wnioski mogły być potraktowane dogłębniej (10). EKES zwrócił uwagę Komisji na szereg istniejących braków już podczas przygotowywania opinii w sprawie Strategii polityki ochrony konsumentów na lata 2002-2006 (11). Ostatnio Komitet przyjął też opinię z inicjatywy własnej, w której kwestie te zostały dokładnie rozwinięte i pogłębione; zachęcamy do zapoznania się z zawartymi w niej wnioskami (12).

3.2.2.1 Komitet proponuje, by do bieżącego programu włączyć następujące sprawy:

- kwestia nadmiernego zadłużenia gospodarstw domowych;
- przegląd ustaleń dotyczących odpowiedzialności producentów oraz zakończenie przeglądu dyrektywy w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich i reaktywowanie CLAB;
- ponowne podjęcie tematu odpowiedzialności dostawców nierzetelnych usług;
- poprawa bezpieczeństwa w handlu elektronicznym;
- potrzeba zapewnienia lepszego dostępu do sprawiedliwości, a w szczególności do mechanizmów zbiorowej ochrony praw konsumentów;
- wspieranie współdziałania między organizacjami ochrony konsumentów w „starych” i „nowych” państwach członkowskich;

(8) Typowa dla tego podejścia jest dyrektywa w sprawie nieuczciwych praktyk handlowych, a także wcześniejszy wniosek dotyczący kredytów konsumenckich (choć został on w odpowiednim momencie głęboko zmodyfikowany i zastąpiony inną, ulepszoną wersją) oraz, w pewnej mierze, dyrektywa w sprawie sprzedaży dóbr konsumpcyjnych i związanych z tym gwarancji.

(9) Jak też stwierdza sama Komisja, mówiąc „rzeczywiście, w porównaniu z celami Strategii polityki ochrony konsumentów na lata 2002-2006 nie będzie tu większych zmian” (Legislative Financial Statement, str. 58 (Legislacyjne oświadczenie finansowe, niedostępne w jęz. polskim)).

(10) Odniesić się tu trzeba do dwóch szczególnie ważnych spraw w tej dziedzinie: jednej o charakterze pozytywnym, tj. opublikowanie wniosku dotyczącego dyrektywy w sprawie umów o kredyt konsumencki [COM(2005) 483 końcowy z dn. 07.10.2005 r.], a drugiej o charakterze negatywnym, tj. decyzja o wycofaniu wniosku dotyczącego rozporządzenia w sprawie promocji sprzedaży [COM(2005) 462 końcowy z dn. 27.09.2005 r.].

(11) Dz.U. C 95 z 23.04.2003 r.

(12) Dz.U. C 221 z 08.09.2005 r.

— uwzględnianie szczególnej sytuacji nowych państw członkowskich i krajów, które z pewnością przystąpią do UE przed zakończeniem programu ⁽¹³⁾;

— umieszczenie całego programu w perspektywie zrównoważonej konsumpcji i sprawiedliwego handlu.

3.2.2.3 Jeśli chodzi o planowane inicjatywy (które Komitet przyjmuje z zadowoleniem i popiera), to brak jest w wielu przypadkach praktycznych informacji o tym, jak i kiedy mają one być wdrażane. Dotyczy to, między innymi, takich inicjatyw jak:

— udoskonalenie Wspólnego Systemu Odniesienia dla europejskiego prawa umów (przedstawione w punkcie 4.2.2);

— utworzenie systemu wczesnego ostrzegania w celu identyfikacji nieuczciwych podmiotów gospodarczych (przedstawione w punkcie 4.2.3);

— zapewnienie, że opinie konsumentów będą wysłuchane, a także rozwijanie ich zdolności organizacyjnych (w punktach 4.2.2 i 4.2.4);

— włączenie ochrony konsumentów do innych polityk wspólnotowych, o czym mówi się w punktach 4.1 i 4.2.2, ale bez wyjaśnienia, jak zamierza się to osiągnąć.

3.2.2.4 EKES stwierdza, że jeśli chodzi o spełnianie celów polegających na wzroście udziału społeczeństwa obywatelskiego i zainteresowanych stron w procesie tworzenia polityk oraz włączaniu polityki ochrony konsumentów do innych polityk wspólnotowych, to wskaźniki mające służyć do monitoringu i oceny synergii programu (za wyjątkiem pierwszego z nich) nie są odpowiednie dla polityki ochrony konsumentów.

3.2.2.5 EKES uważa również, że warto byłoby określić inne wskaźniki oceny polityki ochrony konsumentów, aby zapewnić ich większą niezawodność i ściślejsze związki z celami przedstawionymi w zał. 3.

3.2.2.6 Ponadto, mimo że przewidziano stworzenie „rocznych programów działań” dla realizacji siedmioletniego obecnie programu, wydaje się, że nie przewidziano zastosowania instrumentu, który istniał w programie na lata 2002-2006, a mianowicie przeglądu bieżącego programu działań ⁽¹⁴⁾. Przegląd taki jest tym bardziej potrzebny obecnie, w sytuacji gdy program został przedłużony do siedmiu lat.

3.2.2.7 Komitet zauważa, że struktury organizacyjne i metody działania instytutu konsumentów (tworzonego w ramach Agencji Wykonawczej ds. Zdrowia Publicznego) nie zostały jeszcze zdefiniowane. Zaleca zapewnienie mu niezależności i autonomii poprzez jasne określenie zadań i kompe-

tencji, żeby uniknąć stanu rzeczy, w którym stałby się on elementem zbędnej biurokracji.

3.2.2.8 Ponadto okazuje się, że fundusze przeznaczone na politykę ochrony konsumentów wynoszą jedynie 20 % całości, co oznacza nie więcej niż 7 eurocentów rocznie na konsumenta w ciągu siedmiu lat trwania programu. Może się wydawać, że ilość środków finansowych podwoiła się w stosunku do poprzedniego programu, ale trzeba wziąć pod uwagę, że program niemal podwójnie się wydłużył — z czterech do siedmiu lat.

3.2.2.9 Trzeba też dodać, że chociażby ze względu na nadchodzące przystąpienie nowych państw do UE wniosek budżetowy powinien odzwierciedlać więcej niż tylko czas trwania programu. Jest to niewspółmierne do działań, które mają być podjęte, gdyż znaczną część środków pochłaniają koszty utrzymania Instytutu.

3.2.3 Zdrowie publiczne

3.2.3.1 EKES pragnie podkreślić pozytywne aspekty programu Komisji, a szczególnie zamiar ożywienia polityki zdrowia publicznego poprzez jej priorytetowe traktowanie i nadanie jej większej widoczności i skuteczniejszych instrumentów, co stanowi pilną potrzebę. Nie trzeba nawet wspominać o zagrożeniu pandemią ptasiej grypy, żeby uznać wyraźną potrzebę współpracy na szczeblu wspólnotowym w dziedzinie najważniejszych aspektów zdrowia publicznego, co też Komisja słusznie podkreśla ⁽¹⁵⁾.

3.2.3.2 EKES przyjmuje zatem z zadowoleniem główne wytyczne dotyczące zdrowia publicznego, a w szczególności ideę włączenia problemów z tej dziedziny w inne polityki wspólnotowe oraz zaangażowanie na rzecz zapobiegania, analizy informacji, ściślejszej współpracy i wymiany wiedzy oraz lepszego rozpowszechniania informacji.

3.2.3.3 EKES wyraża także zadowolenie z faktu, że Komisja nadała priorytetowy charakter zwalczaniu nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej, potrzebie promocji zagadnień zdrowia już w dzieciństwie oraz sytuacji wynikającej ze starzenia się osób wciąż jeszcze aktywnych na rynku pracy.

3.2.3.4 Komitet podziela obawy Komisji dotyczące globalnych zagrożeń dla zdrowia i coraz częstszego występowania chorób wynikających z pewnych stylów życia oraz popiera przedstawioną w programie strategię na rzecz wzmocnienia działań dotyczących uwarunkowań zdrowia.

⁽¹³⁾ Jest to tematem interesującego projektu sprawozdania PE; sprawozdawca: Henrik Dam Kristensen [2004/2157(INI) z 31.05.2005 r.].

⁽¹⁴⁾ Przeprowadzony 15 września 2003 r. [SEC(2003) 1387 z 27.11.2003 r.].

⁽¹⁵⁾ Wykazano to wyraźnie w zestawie decyzji na ten temat, który Komisja przyjęła i opublikowała [Decyzje WE(2005) 3704 i 3705 z 6 października, 4068 z 13 października, 3877 i 3920 z 17 października, 4135 i 4163 z 19 października oraz 4176 z 20 października, 4197 i 4199 z 21 października, opublikowane odpowiednio w DZ.U. L 263 z 8 października, 269 z 14 października, 274 z 20 października, 276 z 21 października i 279 z 22 października].

3.2.3.5 EKES popiera wysiłki Komisji na rzecz działań zachęcających dla organizacji zajmujących się zagadnieniami ochrony zdrowia, mających wzmocnić ich obecność w organach konsultacyjnych. Popiera też wysiłki na rzecz mobilności pacjentów, a także wspierania współpracy między krajowymi systemami opieki zdrowotnej, w celu przezwyciężenia stojących przed nimi trudności i wzmocnienia mechanizmów wymiany informacji na temat zdrowia publicznego.

3.2.3.6 EKES przyznaje zatem, że część programu dotycząca zdrowia publicznego została potraktowana przez Komisję w sposób, który dokładniej odzwierciedla potrzeby tego sektora, czy to pod względem określenia celów, planowania działań czy przyznawania środków finansowych — wyższych prawie trzy razy od środków przewidzianych w poprzednim programie i prawie cztery razy od środków przyznanych części dotyczącej ochrony konsumentów.

3.2.3.7 Niemniej jednak, nawet tutaj Komitet stwierdza, że nie widać szczególnych innowacji⁽¹⁶⁾ w porównaniu do istoty poprzednich programów. W związku z tym zachowują ważność uwagi EKES-u na temat programu na lata 2001-2006 i na temat Europejskiej Strategii Środowiska i Zdrowia na lata 2004-2010, szczególnie jeśli chodzi o uporczywy brak konkretnych celów, które można poddać obiektywnej ocenie, a także brak dokładnego harmonogramu osiągnięcia tych celów⁽¹⁷⁾.

3.2.3.8 EKES pragnąłby, aby jasno wskazano cele, które należy realizować w odniesieniu do kwestii poruszanych w poprzednich programach, które w nowym programie już nie występują, jak np. działania w celu zwalczania nierówności w zakresie zdrowia, a zwłaszcza nierówności między kobietami a mężczyznami, sytuacja osób starszych, osób w trudnej sytuacji

życiowej i grup na marginesie społeczeństwa, poufność danych osobowych, czynniki osobowe i biologiczne, niekorzystny wpływ promieniowania i hałasu oraz odporność na antybiotyki.

3.2.3.9 EKES pragnąłby ponadto, aby do programu zostały w sposób spójny włączone niezwykle ważne kwestie — jak otyłość, HIV/AIDS, zdrowie psychiczne⁽¹⁸⁾, zdrowie dzieci i choroby wieku dziecięcego oraz starzenie się — które pojawiają się w części komunikatu opisującej program, ale nie znalazły należnego im miejsca w samym wniosku dotyczącym decyzji.

3.2.3.10 Komitet jest ponadto zaskoczony, że wniosek Komisji pomija niektóre istotne zagadnienia zdrowotne dzisiejszych czasów, jak zdrowe zęby, zdrowy wzrok, opieka paliatywna i walka z bólem.

3.2.3.11 Ogólnie rzecz biorąc, Komitet wolałby, żeby Komisja wykazała się większym zaangażowaniem w takich aspektach, jak jakość informacji na wszystkich szczeblach i we wszystkich dziedzinach, ogólne zapobieganie zagrożeniom, partnerstwa publiczno-prywatne oraz współpraca między państwami członkowskimi i na szczeblu międzynarodowym.

3.2.3.12 Wreszcie, EKES byłby zadowolony, gdyby program przedstawiał praktyczne działania mające na celu: umożliwianie porównywania systemów opieki zdrowotnej w UE⁽¹⁹⁾, zachęcanie do objęcia ochroną pacjentów przebywających w innym państwie członkowskim („unijne ubezpieczenie zdrowotne”), bardziej zdecydowane wspieranie przyjmowania kodeksów „dobrych praktyk”, a także stworzenie i rozwijanie „centrów doskonałości” oraz centrum epidemiologicznego.

Bruksela, 14 lutego 2006 r.

Przewodnicząca

Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego

Anne-Marie SIGMUND

⁽¹⁶⁾ Z analizy porównawczej programów na lata 2007-2013 i 2001-2006 wynika, że zawartość punktów 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.6, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 5.4, 5.6, 5.7 i 6 obecnego wniosku dokładnie odpowiada poprzedniemu programowi, a tylko numeracja się zmieniła. Pewną innowację zawiera punkt 1.5, podobnie jak detale w punkcie 2, chociaż sytuacjami kryzysowymi związanymi ze zdrowiem zajmowano się już w poprzednim programie; punkty 3.5, 3.6 i 3.7, cały punkt 4, który był tylko pobieżnie potraktowany w komunikacie Komisji dotyczącym poprzedniego programu; punkty 5.1, 5.2, 5.3, 5.5 i 5.8. Znikła natomiast z obecnego programu wzmianka o działaniach w dziedzinie współpracy z krajami kandydującymi i krajami trzecimi, o której wspomina się tylko w punkcie 2.2. komunikatu Komisji wprowadzającego program.

⁽¹⁷⁾ Dz.U. C 116 z 20.04.2001 r. i Dz.U. C 157 z 28.06.2005 r.

⁽¹⁸⁾ Jest to o tyle zaskakujące, że Komisja wydała ostatnio doskonałą Zieloną księgę nt. poprawy zdrowia psychicznego ludności i strategii zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej [COM(2005) 484 końcowy z dn. 14 października 2005 r.]. Księga ta oparta jest na szeregu działań przeprowadzonych w tej dziedzinie od 1997 r., opisanych w sprawozdaniu przygotowanym przez prof. Ville Lehtinena w grudniu 2004 r. Jest to wystarczający dowód, że Komisja jest w stanie przeprowadzać z własnej inicjatywy istotne działania w ważnych dziedzinach zdrowia publicznego, które nie mają nic wspólnego z polityką ochrony konsumentów

⁽¹⁹⁾ Potrzebę taką wyraźnie wykazał podczas „Open Health Forum 2005” Dr Yves Charpak z WHO.