

Tomasz MARCINKOWSKI 

Akademia im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim

tmarcinkowski@ajp.edu.pl

PROGRAM UE DLA ZDROWIA W EUROPEJSKIEJ DEBACIE PARLAMENTARNEJ

ABSTRACT**EU Health Programme in the European Parliamentary Debate**

The weakness of the response to the pandemic that was visible in many EU Member States, especially in the first period of the crisis, resulted in increased expectations for action at the European level. This was reflected in the EU4Health programme prepared in the same period. The analysis carried out in this article concerns parliamentary debates on the new EU health program and, indirectly, discussions on the further direction of changes in European health policy. The author put forward two hypotheses: 1. In the parliamentary debate on the EU health programme, positive opinions (regardless of party differences) towards the proposed actions, resulting from the experience of the pandemic crisis, will prevail. 2. The analysed debate will highlight differences regarding the further deepening of the integration process in the area of health – supporters of deepening integration ('towards a real health union') versus supporters of cooperation based on the current state-centric approach to health in the EU. As the analysis of the strategy and speeches during the plenary debates shows, the pandemic context has become an important point of reference for these activities. It allows us to confirm the hypothesis indicating the dominance of MEPs' positive assessment of the solutions proposed by the strategies. The second hypothesis was also confirmed. The analysed speeches presented varied assessments of further integration leading to the creation of the European Health Union. Right-wing parties emphasised the need to maintain the status quo in the field of health (health policy in the hands of the state). MEPs from the EPP, S&D and Renew Europe presented a position more open to change. Taking into account that member states are responsible for health policy and for any changes in this area (specific

treaty changes), the results of the debate should be treated as a presentation of political possibilities rather than a forecast of actions for the near future.

Keywords: pandemic, EU health policy, European Parliament, crisis

Słowa kluczowe: pandemia, polityka zdrowotna UE, Parlament Europejski, kryzys

WPROWADZENIE. DEBATA PARLAMENTARNA JAKO ELEMENT DYSKURSU PUBLICZNEGO

Parlament Europejski jest jednym z istotnych elementów systemu instytucjonalnego Unii Europejskiej¹. Co prawda nie ma on kompetencji analogicznych jak parlamenty krajowe w państwach demokratycznych i nie pełni identycznej roli. Jednak jego znaczenie w Unii Europejskiej stopniowo rosło w trakcie procesu integracji. Było to m.in. wynikiem oczekiwania większej legitymizacji demokratycznej w systemie instytucjonalnym WE/UE.

W literaturze przedmiotu możemy znaleźć wiele analiz dotyczących funkcji PE i jego miejsca w systemie instytucjonalnym UE. Należy jednak przyznać, że wraz z rozwojem procesu integracyjnego jego rola wzrastała. Dotyczy ona dzisiaj przede wszystkim realizacji funkcji: ustawodawczej, kontrolnej i budżetowej. Odgrywa on też istotną rolę w powoływaniu nowej Komisji Europejskiej. Jednak poza pełnieniem istotnej roli w procesie stanowienia prawa² jest on także miejscem debaty politycznej. Stanowi arenę prezentacji i ścierania się różnych politycznych punktów widzenia. Debaty pomiędzy Parlamentem Europejskim a Komisją Europejską, a także pomiędzy grupami politycznymi w Parlamencie Europejskim. Niejednokrotnie jest też miejscem uwidaczniania się różnic w samych grupach politycznych w PE. Może więc być określony jako centrum demokratyczne w UE³.

Zgodnie z koncepcją J. Schumpetera parlament jest miejscem uzgadniania opinii i podejmowania decyzji⁴. Jako arena debaty politycznej jest także miejscem artykulacji interesów transnarodowych, przez co staje się miejscem *kreowania europejskiego demosu powstającego poprzez tworzenie więzi substancjalnej lub tylko funkcjonalnej o charakterze transnarodowym*⁵. Partie polityczne działające na poziomie europejskim w trakcie de-

¹ S. Hix, *System polityczny Unii Europejskiej*, przeł. A. Komasa, Warszawa 2010, s. 217-278.

² M. Słok-Wódkowska, *Decydowanie publiczne w Parlamencie Europejskim. Remedium na tzw. deficyt demokracji?*, [w:] *Procesy decyzyjne Unii Europejskiej*, red. J. Galster, A. Szczerba-Zawada, Warszawa 2015, s. 66-77.

³ B. Przybylska-Maszner, *Parlament Europejski jako centrum demokratyczne w Unii Europejskiej*, [w:] *System instytucjonalny Unii Europejskiej po Traktacie z Lizbony. Aspekty polityczne i prawne*, red. M. Re-wizorski, B. Przybylska-Maszner, Warszawa 2012, s. 59-127.

⁴ J. Schumpeter, *Kapitalizm, socjalizm, demokracja*, przeł. M. Rusiński, Warszawa 2009.

⁵ T. Marcinkowski, *Polskie partie polityczne wobec procesu integracji europejskiej 1989-2005*, Gorzów Wielkopolski 2014, s. 72.

bat prezentują swoje stanowiska wobec omawianych problemów, tworząc ważną płaszczyznę dyskursu politycznego na poziomie europejskim.

Pojęcie dyskursu publicznego było przedmiotem zainteresowania i namysłu naukowego wielu przedstawicieli nauk społecznych. Jak zauważyła A. Balczyńska-Kosman: *dyskurs rozumiany jako zbiór zdarzeń komunikacyjnych, mających na celu negocjowanie znaczeń przez uczestniczących w nich aktorów może występować w wielu odmianach (jako dyskurs potoczny, naukowy, biznesowy), przy czym następuje obecnie wymieszanie cech językowych dyskursu potocznego z dyskursem publicznym*⁶. W ujęciu J. Habermasa dyskurs społeczny jest istotnym elementem wpływającym na kształtowanie się interakcji w społeczeństwie. Pomimo krytycznego podejścia do przemian sfery publicznej ten filozof podkreślał znaczenie dyskursu publicznego dla społeczeństwa demokratycznego. Natomiast M. Lisowska-Magdziarz analizując to pojęcie odniosła się do filozofii M. Foucalta. W tej perspektywie dyskurs publiczny to proces przekazywania idei i oddziaływania na ludzi za pomocą komunikatów językowych. Autorka zwraca też uwagę na znaczenie uwarunkowań społecznych zarówno dla nadawcy, jak i odbiorcy w procesie komunikowania. Do czynników warunkujących komunikację społeczną w tym obszarze w jej opinii można zaliczyć: cele i potrzeby uczestników komunikowania, ich stan wiedzy, hierarchie wartości oraz kontekst społeczny i wybór odpowiedniego kanału komunikacji⁷.

Możliwa zatem, i konieczna, jest interdyscyplinarna analiza dyskursu na poziomie europejskim, którego istotną częścią są debaty parlamentarne⁸. Badanie dyskursu (nie tylko medialnego), jak zaleca krytyczna analiza dyskursywna, wymaga zastosowania analizy uwzględniającej kontekst społeczny, polityczny, kulturowy i kognitywny⁹. W analizowanym przypadku mamy do czynienia ze złożonym kontekstem. Wynika to z jednej strony z samej heterogenicznej natury polityki na poziomie europejskim. Jest to związane nie tylko z występowaniem różnorodności w całym spektrum europejskiej sceny politycznej, ale wynika też z uwikłania polityków (członków PE) w funkcjonowanie wobec oczekiwań zarówno z poziomu europejskiego, jak i krajowego. Na kontekst dotyczący analizowanego problemu wpływa także dynamika wydarzeń, doświadczeń oraz oczekiwań (politycznych i społecznych) związanych z przebiegiem pandemii wirusa SARS-CoV-2¹⁰.

⁶ A. Balczyńska-Kosman, *Język dyskursu publicznego w polskim systemie politycznym*, „Środkowoeuropejskie Studia Polityczne” 2013, nr 2, s. 144.

⁷ M. Lisowska-Magdziarz, *Analiza tekstu w dyskursie medialnym*, Kraków 2006, s. 9.

⁸ Istotna jest także analiza na poziomie parlamentów krajowych, zob. M. Hoffman, *Polscy parlamentarzyści wobec pandemii Covid-19*, „Politeja” 2022, vol. 77, no. 2, s. 253-272.

⁹ T. Sasińska-Klas, *Analiza dyskursywna i jej zastosowanie w badaniach na gruncie nauk społecznych*, [w:] *Odmiany współczesnej nauki o polityce*, red. P. Borowiec, R. Kłosowicz, P. Ścigaj, Kraków 2014, s. 427-430.

¹⁰ T. Marcinkowski, J. Sikorski, *The European Union's Policy Towards the COVID-19 Crisis in 2020 and the Russian Contribution to Infodemic*, [w:] *Information, Security and Society in the COVID-19 Pandemic*, red. N. Moch, W. Wereda, J. Stańczyk, London 2023.

Zasadne w związku z tym są pytania o to, jak w kontekście doświadczeń pandemicznych uczestnicy debaty parlamentarnej oceniali nowy program Unia dla zdrowia¹¹. Czy znajdziemy tu elementy legitymizujące szersze działania UE w tym zakresie? Czy znajdziemy tu pośrednio akceptację dla pogłębiania integracji w obszarze zdrowia publicznego? Analiza przeprowadzona na potrzeby tego artykułu dotyczy debat parlamentarnych nad nowym programem UE dla zdrowia, jednak pośrednio odnosi się także do dyskusji o dalszym kierunku zmian w tym obszarze. Przystępując do analizy, Autor postawił dwie hipotezy: 1. W debacie parlamentarnej nad programem UE dla zdrowia będą przeważały pozytywne opinie (niezależnie od różnic partyjnych) wobec proponowanych działań wynikające z doświadczeń kryzysu pandemicznego. 2. W analizowanej debacie uwidocznią się różnice co do dalszego pogłębiania procesu integracji w tym obszarze – zwolennicy pogłębienia integracji („w stronę rzeczywistej unii zdrowotnej”) versus zwolennicy współpracy na podstawie obecnego państwowocentrycznego podejścia do obszaru zdrowia publicznego w UE.

PANDEMIA I POLITYKA ZDROWOTNA

Rola Unii Europejskiej w obszarze zdrowia publicznego ma charakter uzupełniający wobec działań państw członkowskich. Koordynacja działań w tym obszarze jest jednak niezbędną konsekwencją swobodnego przepływu osób i towarów na rynku wewnętrznym. Współpraca UE w tym zakresie służy stawianiu czoła wspólnym wyzwaniom zdrowotnym w myśl artykułu 168 TFUE. *Przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego. Działanie Unii, które uzupełniają polityki krajowe, nakierowane jest na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Działanie to obejmuje zwalczanie epidemii, poprzez wspieranie badań nad ich przyczynami, sposobami ich rozprzestrzeniania się oraz zapobiegania im, jak również informacji i edukacji zdrowotnej, a także monitorowanie poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, wczesne ostrzeganie w przypadku takich zagrożeń oraz ich zwalczanie*¹².

Jak zauważyli S. Golinowska i M. Zabdyr-Jamróz, [p]andemia COVID-19 dotarła w momencie, gdy zarówno świadomość możliwości wystąpienia globalnego wymiaru choroby, jak i znaczenie rezerw niezbędnych w przeciwdziałaniu oraz leczeniu nowej choroby zakaźnej były ograniczone¹³. Zarówno brak odpowiednich kompetencji prawnych i instrumentów na poziomie unijnym, jak i brak odpowiedniego przygotowania

¹¹ T. Marcinkowski, *Polityka antykryzysowa Unii Europejskiej w obliczu pandemii SARS CoV-2 w obszarze zdrowia publicznego w 2020 roku. W poszukiwaniu rozwiązań funkcjonalnych*, [w:] „Rocznik Integracji Europejskiej” 2021, nr 15, s. 181-194.

¹² *Traktat o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej*, Dz. Urz. UE C 326/122, 26 X 2012, art. 169 p. 1.

¹³ S. Golinowska, M. Zabdyr-Jamróz, *Zarządzanie kryzysem zdrowotnym w pierwszym półroczu pandemii COVID-19. Analiza porównawcza na podstawie opinii ekspertów z wybranych krajów*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2020, t. 18, nr 1, s. 3.

na poziomie państw członkowskich spowodowało bezprecedensowy rozwój pandemii w UE. Wystarczyło kilka miesięcy od zgłoszenia pierwszych przypadków SARS CoV-2 w Europie w styczniu 2020 roku, aby obszary niektórych państw członkowskich stały się miejscem katastrofy humanitarnej. Pomimo podejmowanych środków zaradczych następował też bardzo szybki proces rozprzestrzeniania się zakażeń. Jak zauważył J. Sobczak, pojawienie się koronawirusa (SARS-CoV-2) powodującego chorobę Covid-19 dowodzi, że Europa jest w istocie jednym organizmem, a duża mobilność jej obywateli wskazuje, że ochrona zdrowia powinna być traktowana jako kategoria dotycząca kontynentu, a nawet całego świata¹⁴. Od samego początku kryzysu pandemicznego Komisja Europejska i inne instytucje oraz organy UE współpracowały z państwami członkowskimi w celu graniczenia rozprzestrzeniania się wirusa i wzmocnienia krajowych systemów opieki zdrowotnej¹⁵. Zdrowie znalazło się w centrum polityki europejskiej. Działania te dotyczyły w początkowym okresie przede wszystkim zapewnienia odpowiedniego zaopatrzenia medycznego oraz dostępności środków ochrony osobistej dla służb zajmujących się SARS CoV-2 (utrzymanie swobodnego przepływu towarów na rynku wewnętrznym, wspólne zamówienia), wspierania badań i innowacji w zakresie terapii i szczepionek oraz pracy nad zwiększaniem przyszłych zdolności produkcyjnych szczepionek.

Kryzys związany z pandemią spowodowaną przez wirus SARS CoV-2 wywarł negatywny wpływ na zdrowie populacji, gospodarkę światową i stan społeczeństwa. Odcisnął również piętno na funkcjonowaniu instytucji Unii Europejskiej. Wprowadzane ograniczenia związane z bezpieczeństwem w trakcie pandemii dotknęły także Parlament Europejski. Już w marcu 2020 roku podjęto decyzję o ustanowieniu mechanizmu zdalnej debaty i głosowania¹⁶. Wprowadzane zmiany miały na celu utrzymanie ciągłości prac parlamentarnych w nowych warunkach przy uwzględnieniu rygorów wynikających z dbałości o bezpieczeństwo zdrowotne. Kryzys wywołany przez koronawirusa SARS CoV-2 był kolejnym z kryzysów, jakie dotknęły UE w ostatnich latach. Jak zauważa Nicolai von Ondarza pozycja Parlamentu w tym okresie naznaczona jest sprzecznościami. Z jednej strony należy zauważyć wzmocnienie jego roli przez Traktat z Lizbony. Jednak z drugiej strony jego aktywność w polityce kryzysowej UE, w działaniach wobec kryzysu finansowego, migracyjnego czy pandemicznego była ograniczona. Pomimo wzmocnionych uprawnień pozostawał on przeważnie obserwatorem podejmowanych decyzji. W przypadku analizowanego Programu Unia dla zdrowia Parlament był uczestnikiem procesu decyzyjnego, a więc miał realny wpływ na zakres proponowanych rozwiązań, a także wielkość finansowania.

¹⁴ J. Sobczak, *European Union Regulations Concerning Vaccination as a Means of Preventing Infectious Diseases in the Face of COVID-19/SARS-CoV-2 Pandemic*, „Ius Novum” 2020, t. 14, nr 3, s. 17-37.

¹⁵ S. Baute, A. de Ruijter, *EU Health Solidarity in Times of Crisis: Explaining Public Preferences Towards EU Risk Pooling for Medicines*, „Journal of European Public Policy” 2022, vol. 29, no. 8, s. 1183-1205.

¹⁶ G. Richard-Molard, *The European Parliament in the COVID-19 Crisis: A Remote Parliament*, [w:] *Study Robert Schuman Foundation: The European Parliament in the Time of Coronavirus*, [online] https://old.robert-schuman.eu/en/doc/ouvrages/FRS_European_Parliament.pdf, 17 XI 2023.

Program Unia dla zdrowia został ustanowiony na podstawie Rozporządzenia UE 2021/522¹⁷. W Programie wskazano cztery cele ogólne i dziesięć celów szczegółowych. Opierając się na kompetencjach UE w obszarze zdrowia publicznego podkreślono, że Program powinien kłaść nacisk na działania, dzięki którym UE uzyska, przy obopólnej współpracy, wartość dodaną w postaci wzrostu korzyści i wydajności. Wśród celów ogólnych projektu wymienionych w art. 3 Rozporządzenia znalazły się: poprawa i wspieranie zdrowia w Unii w celu zmniejszenia obciążeń związanych z chorobami zakaźnymi i niezakaźnymi, ochrona ludności przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami zdrowia oraz wzmocnienie zdolności do reagowania i koordynowania działań w tym zakresie, poprawa dostępności i przystępności cenowej produktów leczniczych i wyrobów medycznych dla obywateli UE oraz wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej w państwach członkowskich. Wśród wskazanych w art. 4 celów szczegółowych znalazły się m.in.: wsparcie na rzecz profilaktyki chorób, promocji zdrowia oraz uwzględniania uwarunkowań zdrowia, zmniejszenie szkód związanych z nielegalnym zażywaniem narkotyków i problemem uzależnienia, poprawę kompetencji zdrowotnych, poprawę praw pacjentów i ich bezpieczeństwa, poprawa diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych i nienowotworowych (w tym także u dzieci), koordynacja, dostarczanie i rozmieszczanie zasobów do reagowania na sytuacje nadzwyczajne, promowanie rozsądnego i skutecznego stosowania produktów leczniczych, w szczególności środków przeciwdrobnoustrojowych, wspieranie działań uzupełniających krajowe gromadzenie zapasów podstawowych produktów istotnych w kontekście kryzysu, ustanowienie struktury i zasobów szkoleniowych na potrzeby rezerw personelu medycznego, pracowników służby zdrowia i personelu pomocniczego, wspieranie tworzenia europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia, i inne. Ostateczny kształt programu Unia dla zdrowia jest odzwierciedleniem oczekiwań co do działań na poziomie europejskim w obszarze zdrowia w kontekście doświadczeń pandemicznych, jak i oczekiwań co do przyszłości integracji w tym zakresie.

PROGRAM UNIA DLA ZDROWIA W PIERWSZEJ DEBACIE W PARLAMENCIE EUROPEJSKIM

Pierwsza debata dotycząca projektu nowego Programu Unia dla zdrowia odbyła się 12 listopada 2020 roku. Przebiegała więc w trakcie trwającej pandemii, stąd też w debacie parlamentarnej odniesienia do zagrożenia pandemicznego były dominujące. Posłem sprawozdawcą był Cristian-Silviu Bușoi z Rumunii, członek Europejskiej Partii Ludowej oraz rumuńskiej Partidul Național Liberal (Partia Narodowo-Liberalna), członek podkomisji zdrowia publicznego w Parlamencie Europejskim. Wskazał on na znaczenie działań w ramach polityki zdrowotnej w UE w kontekście pandemii. W jego przekonaniu Unia Europejska potrzebuje dobrze zdefiniowanych i odpowiednio finansowanych

¹⁷ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/522 z dnia 24 marca 2021 r. w sprawie ustanowienia Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia („Program UE dla zdrowia”) na lata 2021-2027 oraz uchylenia rozporządzenia (UE) nr 282/2014, L107/1, 26 III 2021.

instrumentów polityki zdrowotnej. Podkreślił, że program Unia dla zdrowia nie ma być tylko reakcją na zagrożenie pandemiczne o krótkotrwałych, doraźnych konsekwencjach. Ma być strategią budowaną na realizację celów długoterminowych w całej UE. Wśród celów strategii wymienił: zapewnianie rozwoju silnych i odpornych systemów opieki zdrowotnej w państwach członkowskich, działania na rzecz walki z rakiem, problem obciążenia chorobami przewlekłymi, zdrowie psychiczne i starzenie się społeczeństw, a także występujący w wielu państwach problem niechęci do szczepień (szczególnie zauważalny w okresie pandemicznym), i równy dostęp do leków oraz przeciwdziałanie ich niedoborom. Jako istotne wskazał też konieczność cyfryzacji związaną z tworzeniem i stosowaniem europejskich rejestrów e-zdrowia oraz wsparcie tworzenia i korzystania z przyszłej europejskiej platformy danych dotyczących zdrowia¹⁸.

Biorąc udział w debacie Komisarz ds. zdrowia i bezpieczeństwa żywności Stella Kyriakides również nawiązała do kontekstu pandemicznego. W jej przekonaniu nowy program ma być istotnym narzędziem finansowym pomagającym zwalczać poważne zagrożenia publiczne w obszarze zdrowia publicznego (jak pandemia) oraz wzmacniać europejskie systemy opieki zdrowotnej. Działania te mają służyć zbudowaniu prawdziwej i silnej europejskiej unii zdrowia. W swoim wystąpieniu podkreśliła także konieczność uwzględnienia podnoszonego przez przedstawicieli Parlamentu bardziej inkluzywnego charakteru prowadzonych działań.

Problematyka zdrowia reprodukcyjnego stała się ważnym punktem odniesienia w wystąpieniu Chrysouli Zacharopoulou, sprawozdawczyni komisji opiniodawczej Komisji Praw Kobiet i Równouprawnienia (FEMM). Podkreśliła ona wagę uwzględnienia kwestii zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz edukacji seksualnej. W jej opinii potrzebne są także zabiegi na rzecz przeciwdziałania nierówności i dysproporcjom w dostępie do opieki zdrowotnej między kobietami i mężczyznami. Wsparcie dla projektu wyraził także Nicolae Ștefănuță, sprawozdawca drugiej komisji opiniodawczej Komisji Budżetowej. Wyraził zadowolenie, że udało się dzięki Parlamentowi w wyniku ustaleń i negocjacji zaplanować kwotę ponad 5 mld euro na realizację ustalonych działań. Zwrócił uwagę na to, że pandemia i dążenie do stworzenia szczepionek na koronawirusa pokazało, jak ważne jest inwestowanie w naukę.

W analizowanej debacie parlamentarnej swoje wystąpienia przedstawili reprezentanci wszystkich grup politycznych działających na poziomie europejskim. Niemiecki eurodeputowany z CDU lekarz Peter Liese w imieniu Europejskiej Partii Ludowej wskazał, że największym wyzwaniem, poza obecną pandemią, jest działanie w celu zmniejszenia przypadków chorób onkologicznych i ich lepsze leczenie w Europie. Przemawiając w imieniu grupy Postępowego Sojuszu Socjalistów i Demokratów (S&D) Sara Cerdas, specjalistka z zakresu zdrowia publicznego z Portugalii, podkreśliła, że przedstawiony przez Komisję projekt to najbardziej ambitny plan w obszarze zdrowia publicznego, ale należy zrobić więcej. Zwróciła uwagę na to, że program koncentruje się

¹⁸ Analiza zawartości treściowej debaty na podstawie: Sprawozdanie z obrad Parlamentu Europejskiego w dniu 12 XI 2020, Program działań Unii w dziedzinie zdrowia na lata 2021-2027 („Program UE dla zdrowia”), (debata), [online] https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/CRE-9-2020-11-12-ITM-005_PL.html, 27 VII 2023.

na zmniejszeniu nierówności w obszarze zdrowia, gwarantuje powszechną dostępność do opieki zdrowotnej, a także zwraca uwagę na promocję zdrowia i zapobieganie chorobom. Zauważyła też, że *zdrowie naszej Unii nie może być w 27 prędkościach, istnieje pilna potrzeba większej harmonizacji i koordynacji w odpowiedzi na kryzysy zdrowotne i w tym celu wzywamy do stworzenia europejskiego mechanizmu reagowania na zagrożenia dla zdrowia publicznego*¹⁹. Inna przedstawicielka tej grupy, biorąca udział w debacie Jytte Guteland ze Szwecji, zwróciła uwagę, że realizując działania w obszarze zdrowia publicznego należy uwzględnić różnorodne przyczyny zagrożeń dla zdrowia populacji. Wśród nich znajdują się także nierówności ekonomiczne, czynniki społeczne związane ze stylem życia (spożywanie alkoholu, nawyki żywieniowe), a także narażenie na chemikalia. Podkreśliła jednak, że program Unia dla zdrowia jest istotnym krokiem w stronę budowania europejskiej Unii Zdrowia.

Francuska eurodeputowana Michèle Rivasi z grupy Zieloni/Wolne Przymierze Europejskie podkreśliła znaczenie testów warunków skrajnych, co pozwoli lepiej przygotować się na kryzysy zdrowotne w przyszłości. W jej opinii program powinien usprawnić zarządzanie kryzysami zdrowotnymi, zwiększyć dostępność leków i produktów zdrowotnych oraz poprawić dostęp do opieki. Odniosła się także do problemu chorób onkologicznych, wskazując na źródła zachorowań wynikające jej zdaniem z zanieczyszczenia chemicznego, wprowadzania do obiegu substancji zaburzających gospodarkę hormonalną oraz oddziaływania fal elektromagnetycznych. Zaproponowała w związku z tym powołanie europejskiego instytutu onkologicznego.

Przemawiając w imieniu grupy Zjednoczona Lewica Europejska/Nordycka Zielona Lewica Kateřina Konečná z Komunistycznej Partii Czech i Moraw, z zadowoleniem przyjęła wysokość budżetu programu EU4Health. Podkreśliła też, że program nie będzie zajmował się tylko problematyką zagrożenia pandemicznego i chorób onkologicznych, ale uwzględni wiele dotychczas pomijanych problemów zdrowotnych oraz strukturalnych. Zabierając głos w imieniu Renew Europe prof. Véronique Trillet-Lenoir, lekarka specjalizująca się w onkologii, wskazała na konieczność realizacji holistycznej wizji polityki zdrowotnej. Nawiązując do zapisów traktatowych, podkreśliła, że należy uwzględniać dbałość o zdrowie w realizacji wszystkich polityk unijnych. Za istotne cele w tym obszarze uznała: zmniejszenie nierówności zdrowotnych oraz realizację planu walki z rakiem, zapobieganie chorobom przewlekłym, ale także jak najlepsze uwzględnienie rzadkich chorób oraz wzmocnienie Europy w zakresie leków. Zwróciła też uwagę na problemy zdrowia środowiskowego, zdrowia zawodowego, seksualnego i zdrowia reprodukcyjnego.

W debacie nie brakowało jednak także uwag krytycznych. Reprezentując grupę Tożsamość i Demokracja (ID) i włoską Ligę Północną (Lega), Sylvia Sardone przywołała doświadczenia Włoch i oceniła, że zarządzanie kryzysem pandemicznym na poziomie UE było zagmatwane, słabo skoordynowane oraz opóźnione. Podkreśliła jednak,

¹⁹ Wystąpienie Sary Cerdas na Posiedzeniu Parlamentu Europejskiego 12 XI 2020, Sprawozdanie z obrad Parlamentu Europejskiego w dniu 12 XI 2020, Program działań Unii w dziedzinie zdrowia na lata 2021-2027 („Program UE dla zdrowia”), (debata), [online] https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/CRE-9-2020-11-12-ITM-005_PL.html, 27 VII 2023.

że obywatele oczekują działań UE w tym zakresie. Muszą to być działania bardziej skuteczne w obszarze koordynacji państw członkowskich. Zwróciła uwagę na konieczność zwiększenia bezpieczeństwa produkcji, zaopatrzenia i dystrybucji leków oraz wyrobów medycznych. W jej opinii w tym obszarze celem powinno być zmniejszenie uzależnienia od państw trzecich. Równie krytyczną ocenę działań UE przedstawił inny członek tej grupy politycznej – Jordan Bardella reprezentujący francuskie Zjednoczenie Narodowe. Oskarżył UE o działania na rzecz ograniczania wydatków na publiczną służbę zdrowia w przeszłości i skrytykował niewystarczające działania unijne związane z pandemią. Podkreślił, że polityka zdrowotna musi pozostać nadal w gestii państw członkowskich. Zwrócił jednak uwagę na konieczność współpracy między suwerennymi narodami, szczególnie w zakresie finansowania kosztownych prac badawczych związanych ze zdrowiem. Do tego jego zdaniem nie jest jednak potrzebna zbiurokratyzowana i scentralizowana UE.

Posłanka Europejskiej Partii Ludowej Edina Tóth reprezentująca węgierski Fidesz pozytywnie oceniła program i jego cele. Podkreśliła jednak krytycznie, że to państwa członkowskie są odpowiedzialne za politykę zdrowotną, a nie UE. W jej opinii działania na poziomie europejskim nie powinny prowadzić do zmiany tej sytuacji w przyszłości. Zwróciła uwagę także na potrzebę sprawiedliwej geograficznie dystrybucji korzyści w ramach EU4Health. Podobnie reprezentująca Prawo i Sprawiedliwość Joanna Kopcińska z grupy Europejscy Konserwatyści i Reformatorzy przedstawiając wystąpienie na piśmie, pozytywnie oceniła program jako ambitną i samodzielną inicjatywę zdrowotną. Podobnie jak posłanka z Węgier zwróciła wyraźnie uwagę na to, że realizacja założonych priorytetów musi opierać się na poszanowaniu podziału kompetencji w dziedzinie polityki zdrowotnej, zgodnie z art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej.

Krytycznie program oceniali także niektórzy politycy lewicowi. Członek grupy GUE/NGL wywodzący się z Portugalskiej Partii Komunistycznej João Ferreira uznał propozycje za niewystarczające. Jednocześnie podkreślił, że szanując suwerenność i kompetencje państw członkowskich w tym obszarze, działania Unii powinny być wielokierunkowe i powinny m.in. wspierać inwestycje w środki profilaktyki, diagnostyki, leczenia, infrastrukturę i profesjonalny sprzęt.

Warto zauważyć, że w trakcie debaty poruszano wiele bardziej szczegółowych problemów związanych ze zdrowiem. Wśród nich znalazły się m.in.: znaczenie działań na rzecz problematyki chorób rzadkich (Frederique Ries, Renew Europe), znaczenie zdrowego środowiska dla zdrowia człowieka z uwzględnieniem problemu dotyczącego zagrożenia bakteriami opornymi na antybiotyki oraz potrzeba wprowadzenia surowszych przepisów dotyczących hodowli zwierząt (Jutta Paulus, Zieloni/Wolne Przymierze Europejskie), potrzeba przyjęcia rozwiązań zawierających wspólne, unijne kryteria monitorowania, zapobiegania i regulowania chorób zakaźnych oraz propozycja, aby na poziomie unijnym określać minimalny poziom inwestycji w dziedzinie zdrowia w państwach członkowskich (Sirpa Pietikäinen, Europejska Partia Ludowa).

Podsumowując pierwszą debatę w Parlamencie Europejskim dotyczącą programu Unia dla zdrowia, należy zauważyć, że propozycja Komisji spotkała się z pozytywną

oceną większości grup politycznych. W debacie dominowały odwołania do problemów uwidoczniionych przez trwającą pandemię. Wskazywano jednak także na znaczenie działań związanych z walką z rakiem, promocję zdrowia, profilaktykę czy choroby rzadkie, a także społeczne czy środowiskowe uwarunkowania chorób. Przedstawiciele największych grup parlamentarnych wskazywali na konieczność dalszego budowania Europejskiej Unii Zdrowia, co może wskazywać na poparcie dla głębszej integracji, przynajmniej w niektórych obszarach polityki zdrowotnej (Europejska Partia Ludowa, Socjaliści i Demokracji, Renew Europe). Krytyka dotycząca samego programu czy działań UE w zakresie zdrowia publicznego (szczególnie w okresie pandemii) była wyrażana przez przedstawicieli mniejszych grup politycznych. Była ona związana z krytyczną oceną dotychczasowych działań Unii w okresie pandemii (szczególnie we Włoszech) i z oceną dotyczącą tego, że wsparcie unijne dla działań w tym obszarze jest zbyt małe (GUE/NGL). Przedstawiciele prawicowych partii reprezentujący Europejskich Konserwatystów i Reformatorów czy Tożsamość i Demokracja wyraźnie sprzeciwili się zmianom mającym na celu pogłębienie integracji w obszarze zdrowia.

PROGRAM UNIA DLA ZDROWIA W DRUGIEJ DEBACIE W PARLAMENCIE EUROPEJSKIM

Druga debata na temat strategii zdrowotnej Unii Europejskiej odbyła się 9 marca 2021 roku²⁰. Przedstawiając projekt strategii, poseł sprawozdawca Cristian-Silviu Bușoi ponownie podkreślił, że program odpowiada na potrzeby obywateli UE, jakie pojawiły się w związku z pandemią oraz realizuje inne, równie ważne cele polityki zdrowotnej. Wśród nich są działania mające na celu skuteczniejszą walkę z rakiem, opornością na środki przeciwdrobnoustrojowe, a także przeciwdziałanie uchylania się od szczepień oraz zapobieganie problemowi niedoboru leków. Realizacja zaplanowanych zadań będzie możliwa dzięki większemu niż wcześniej zakładano budżetowi w wysokości ponad 5 mld euro. Jak zauważył poseł sprawozdawca, zaplanowane działania pozostają w synergii z Europejskim Planem Walki z Rakiem, wspomagając działania, które zakładają rozwiązanie problemu braku badań przesiewowych, wczesnej diagnozy oraz dostępu do skutecznego leczenia i odpowiedniej opieki.

Wśród działań będących bezpośrednim wynikiem doświadczeń związanych z kryzysem pandemicznym znalazły się: szkolenia większej liczby pracowników służby zdrowia, rozwiązanie kwestii oporu wobec szczepień w państwach UE oraz przywrócenie produkcji leków w Europie. Zapowiedziano także utworzenie unijnej rezerwy podstawowych produktów stosowanych w sytuacjach kryzysowych oraz personelu medycznego i opieki zdrowotnej. Wśród rozwiązań wspieranych przez program znalazły się także cyfryzacja opieki zdrowotnej (utworzenie i stosowanie europejskiego rejestru

²⁰ Analiza zawartości treściowej debaty na podstawie: Sprawozdanie z obrad Parlamentu Europejskiego w dniu 9 III 2021, Program działań Unii w dziedzinie zdrowia na lata 2021-2027 („Program UE dla zdrowia”), (debata), [online] https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/CRE-9-2021-03-09-ITM-005_PL.html, 30 VII 2023.

e-zdrowia oraz wspieranie przyszłej platformy danych dotyczących zdrowia), działania na rzecz likwidacji nierówności w dostępie do służby zdrowia, większa dbałość o promocję zdrowia i zapobieganie chorobom.

Przemawiając w imieniu Komisji Europejskiej, komisarz Stela Kyriakides wskazała, że program jest wyraźnym sygnałem politycznym o potrzebie zwiększenia roli UE w dziedzinie zdrowia. W jej przekonaniu strategiczne znaczenie mają ukierunkowane inwestycje zakładające zwiększenie gotowości na sytuacje kryzysowe oraz zbudowanie silniejszych, bardziej odpornych i inkluzywnych systemów opieki zdrowotnej. Jak wskazała, program EU4Health będzie wspierał walkę z transgranicznymi zagrożeniami zdrowotnymi (jak pandemia), wzmocni systemy opieki zdrowotnej w państwach członkowskich, przyspieszy cyfryzację w tym obszarze i wzmocni zapobieganie chorobom. Podkreśliła, że jest on jednym z ważnych elementów pakietu służącego zbudowaniu europejskiej unii zdrowia. Pakiet ten obejmuje zaktualizowane rozporządzenie w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia, a także przedstawione propozycje wzmocnienia Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) oraz Europejskiej Agencji Leków (EMA). Zapowiedziała także przedstawienie propozycji powołania Europejskiego Urzędu ds. Gotowości i Reagowania na Kryzysy Zdrowia (HERA), który miałby służyć m.in. wsparciu unijnej strategii szczepień przeciw Covid-19.

Przemawiając w imieniu Komisji Budżetowej Parlamentu Europejskiego, poseł Nicolae Ștefănuță odwołał się do doświadczeń nierówności w dostępie do odpowiedniego leczenia chorych na Covid-19 w państwach członkowskich. Z tej perspektywy wskazał potrzebę działań i odpowiedniego ich finansowania w zakresie zdrowia publicznego. Stąd za ważne uznał zwiększenie budżetu programu do 5,1 mld (choć PE chciał o wiele więcej) po początkowej obniżce do niecałych 2 mld. Jak zauważył, w ramach tego budżetu należy jednocześnie walczyć z pandemią, realizować cele długoterminowe, jak walka z rakiem, ale też przygotowywać się na kolejne kryzysy zdrowotne.

W debacie zostały zaprezentowane stanowiska wszystkich grup politycznych w Parlamencie Europejskim. Występując w imieniu Europejskiej Partii Ludowej, hiszpańska eurodeputowana Dolors Montserrat poparła przedstawiony projekt i wskazała, że Unia powinna więcej inwestować w badania, we wzmacnianie systemów opieki zdrowotnej i we wczesne reagowanie na zagrożenia zdrowotne. Podkreśliła znaczenie szczepionki na koronawirusa oraz plany tworzenia rezerw medycznych. Zwróciła też uwagę na skutki pandemii w postaci problemów osób przewlekle chorych z powodu opóźnień i braku wcześniejszej diagnozy, a także na wpływ pandemii na zdrowie psychiczne Europejczyków. Przedstawicielka tej samej grupy politycznej Maria Spyraکی z Grecji podkreśliła znaczenie wspólnych działań w okresie pandemii, takich jak wspólne zamówienia na materiały zdrowotne, wspólne działania na rzecz powstania szczepionki oraz ich wspólne zamówienie. Kolejnym etapem obopólnych działań powinna być profilaktyka i wczesne diagnozowanie w zakresie wielu chorób, szczególnie raka, chorób serca i cukrzycy.

Występując w imieniu Postępowego Sojuszu Socjalistów i Demokratów, Sara Cerdas z Portugalii określiła program jako najbardziej ambitny w historii UE. Poparła cele projektu, w tym: promocję zdrowia i zapobieganie chorobom, zmniejszanie nierówności

zdrowotnych, promowanie zdrowszego stylu życia i zmniejszanie obciążenia chorobami. Za niezwykle istotne uznała także ochronę ludności przed zagrożeniami transgranicznymi dzięki lepszemu przygotowaniu i reagowaniu systemów opieki zdrowotnej w celu zwiększenia ich skuteczności i elastyczności. W nawiązaniu do zapisów traktatowych wspomniała jednak o konieczności uwzględniania zadań zdrowotnych we wszystkich politykach unijnych. Podkreśliła także wkład społeczeństwa obywatelskiego do debaty nad zdrowiem publicznym w UE. Inna przedstawicielka tego ugrupowania Jytte Guteland ze Szwecji podkreśliła, że realizując program, nie można zapominać o głębszych czynnikach wpływających na zdrowie populacji. Są one związane ze stylem życia oraz determinowane przez nierówny dostęp do opieki zdrowotnej. Podkreśliła także że grupa S&D w pełni popiera znaczenie promowania dostępu do opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego.

Przemawiając w imieniu grupy Renew Europe, profesor onkologii Veronique Trillet-Lenoir z Francji podkreśliła znaczenie rzeczywistego budowania Europejskiej Unii Zdrowia i zwróciła uwagę na konieczność przekonania państw członkowskich do odejścia od nacjonalizmu zdrowotnego. Wskazała na znaczenie badań naukowych w zakresie zdrowia, a także konieczność zoptymalizowania wymiany informacji, wzmacniania sieci doskonałości, koordynacji organizacji walczących z rakiem oraz współpracy w zakresie badań klinicznych. Pozytywnie oceniła priorytetowe ujęcie szkoleń i edukacji zdrowotnej (profilaktyka). Jak zauważyła, dla realizacji celów europejskiej polityki zdrowotnej niezbędne jest wzmocnienie unijnych agencji działających w tym obszarze. Inna przedstawicielka tego ugrupowania Frederique Ries z Belgii podkreśliła potrzebę odzyskania przez UE kontroli nad produkcją najistotniejszych leków. Zwróciła także uwagę na znaczenie procesu starzenia się społeczeństwa oraz problematykę dotyczącą seniorów w Unii. Inna posłanka tej grupy politycznej Linea Søgaard-Lidell z Danii zwróciła szczególną uwagę na dwie kwestie: rozszerzenie definiowania chorób przewlekłych oraz problematykę zdrowia reprodukcyjnego. Jak zauważyła, niepłodność jest jednym z najważniejszych problemów zdrowotnych osób w wieku rozrodczym. Dlatego ważne, że w programie znalazły się także działania z tego zakresu.

Przemawiając w imieniu grupy politycznej Zieloni/Wolne Przymierze Europejskie, francuska eurodeputowana Michèle Rivasi podkreśliła, że omawiany program odpowiada rzeczywistym żądaniom politycznym. Podkreśliła znaczenie walki z rakiem, wskazując, że najważniejsze jest, aby nie rozwijać czynników rakotwórczych. W jej opinii podejmowane działania powinny mieć szerszy charakter i obejmować także walkę z odpadami chemicznymi, substancjami zaburzającymi gospodarkę hormonalną oraz odpowiednie regulacje dotyczące fal elektromagnetycznych. Jak zauważyła, powinno to dotyczyć także technologii 5G, którą jej zdaniem WHO klasyfikuje jako możliwy czynnik rakotwórczy. Tymczasem na stronie internetowej WHO możemy przeczytać, że dotychczas nie stwierdzono żadnego negatywnego wpływu na zdrowie w związku z ekspozycją na technologie bezprzewodowe²¹. Przywołała także wniosek swojej grupy

²¹ *Radiation: 5G Mobile Networks and Health*, WHO 2020, 27 II, [online] <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-5g-mobile-networks-and-health>, 30 VII 2023.

politycznej dotyczący stworzenia publicznych przedsiębiorstw non profit do produkcji strategicznych leków lub składników do ich produkcji. Na problem nierówności w obszarze zdrowia publicznego zwrócił także uwagę inny poseł tego ugrupowania, Rasmus Andersen z Niemiec. W jego opinii kryzys pandemiczny pokazał, że oparcie polityki zdrowotnej na rozwiązaniach rynkowych się nie sprawdza. Potrzebna jest sprawna publiczna służba zdrowia. Potrzeba więc inwestycji, współpracy oraz działań prewencyjnych w ramach polityki zdrowotnej w UE.

W trakcie debaty wyrażano także krytyczne opinie na temat zaproponowanych działań oraz wobec traktowania programu jako etapu do dalszej integracji w tym obszarze. Prezentująca stanowisko w ramach grupy Tożsamość i Demokracja włoska lekarka Luisa Regimenti wskazała, że celem programu jest wsparcie finansowe dla państw członkowskich, które będą realizowały działania na rzecz realizacji priorytetów strategii. Podkreśliła rolę Parlamentu Europejskiego w dążeniu do odpowiedniego finansowania programu. Zwróciła też szczególną uwagę na problemy zdrowia psychicznego spowodowane pandemią SARS CoV-2, a także potrzebę uniezależnienia się od zewnętrznych partnerów w zakresie produkcji leków. Bardziej krytyczna wobec programu UE4Health była w swoim wystąpieniu reprezentantka tej samej grupy politycznej Joelle Melin, także lekarka z francuskiego Zjednoczenia Narodowego. W jej opinii UE nie zadziałała dobrze wobec kryzysu pandemicznego, ponieważ jej reakcja na zaistniałą sytuację była opóźniona. Program Unia dla zdrowia określiła jako dysfunkcyjny, mieszający cele polityki zdrowotnej i zmierzający do dalszego ograniczenia niezależności państw członkowskich. Skrytykowała także politykę realizowaną za pomocą przepisów sanitarnych, co w jej opinii prowadzi do zwiększenia uciążliwości systemu.

Polska eurodeputowana Joanna Kopcińska (PiS) przemawiając w imieniu grupy Europejscy Konserwatyści i Reformatorzy, podkreśliła, że z zadowoleniem przyjmuje Program Unia dla zdrowia, zwróciła jednak uwagę na znaczenie podziału kompetencji i poszanowanie dla nieingerencji w organizację i działanie systemów zdrowia publicznego w państwach członkowskich. Jednocześnie zwróciła uwagę na to, że program dobrze identyfikuje problemy uwidocznione w trakcie kryzysu pandemicznego oraz proponuje istotne wsparcie dla ich rozwiązania obecnie i w przyszłości.

Krytyka proponowanych rozwiązań pojawiła się ze strony posła z grupy Zjednoczona Europejska Lewica/Nordycka Zielona Lewica (GUE/NGL), João Ferreira z Portugalii. W jego opinii propozycja UE nie jest odpowiednio dostosowana do potrzeb, faworyzuje interesy międzynarodowych koncernów farmaceutycznych ze szkodą dla interesu publicznego i zdrowia populacji oraz nie realizuje współpracy międzynarodowej w tym obszarze. Ostatecznie stwierdził on jednak, że jego grupa opowiada się za współpracą w tym obszarze, ale bez centralizacji na szczeblu ponadnarodowym. Inny z polityków tej grupy, Marc Botenga z Belgii, wyraził z kolei przekonanie, że europejska polityka zdrowotna szkodzi zdrowiu w wielu obszarach, prowadząc m.in. do zniszczenia służby zdrowia.

Podsumowując, należy stwierdzić, że Program Unia dla zdrowia uzyskał wsparcie przedstawicieli największych grup politycznych w Parlamencie Europejskim. Duża część zaplanowanych działań, w tym szczególnie związanych z doświadczeniami

pandemii czy walka z rakiem, nie były właściwie kwestionowane przez nikogo. W dyskusji pojawiła się jednak wyraźna różnica polityczna w traktowaniu dalszego kierunku procesu integracji w obszarze zdrowia. Przedstawiciele części ugrupowań (Europejska Partia Ludowa, S&D, Renew Europe, Zieloni), a także komisarz S. Kyriakides zwracali uwagę na konieczność pogłębienia współpracy w niektórych przynajmniej obszarach polityki zdrowotnej na poziomie europejskim. Podkreślano potrzebę realizacji działań prowadzących do budowania Europejskiej Unii Zdrowia. Przedstawiciele partii konserwatywnych (Europejscy Konserwatyści i Reformatorzy oraz Tożsamość i Demokracja) podkreślali z kolei konieczność utrzymania dotychczasowego charakteru zaangażowania UE w politykę zdrowotną jako działania uzupełniającego wobec państw członkowskich.

PODSUMOWANIE

Polityka zdrowotna nie należy do kompetencji instytucji unijnych, lecz leży w gestii państw członkowskich. Unia Europejska i jej działania (w tym programy, jak np. Unia dla zdrowia) mają jedynie uzupełniać działania państw. Jednak w trakcie procesu integracji europejskiej od lat 50. XX wieku wiele elementów związanych ze zdrowiem uległo jednak europeizacji, co było jedną z konsekwencji tworzenia wspólnego rynku. Jak zauważają M. Steffen, W. Lamping, i J. Lehto od lat 90. XX wieku można zaobserwować większe zainteresowanie w UE problematyką zdrowia publicznego²². Jednak nabrało ono szczególnego znaczenia wobec zagrożenia pandemicznego.

Słabość reakcji na pandemię, jaka była widoczna w wielu państwach członkowskich, szczególnie w pierwszym okresie kryzysu, spowodowała wzrost oczekiwań co do działań na poziomie europejskim. Znalazło to odzwierciedlenie w przygotowywanym w tym samym okresie kolejnym Programie Unia dla zdrowia. Jak wskazuje analiza samego dokumentu, ale i wystąpień w trakcie analizowanych debat plenarnych, kontekst pandemiczny stał się istotnym punktem odniesienia tych działań. Analiza wystąpień eurodeputowanych pozwala potwierdzić hipotezę wskazującą na dominację pozytywnej oceny eurodeputowanych wobec rozwiązań proponowanych przez dokument. Jednocześnie potwierdziła się także druga hipoteza. Analizowane wystąpienia prezentowały zróżnicowaną ocenę dotyczącą dalszej integracji prowadzącej do stworzenia Europejskiej Unii Zdrowia. Partie prawicowe podkreślały konieczność zachowania status quo w dziedzinie zdrowia. Bardziej otwarte na zmiany stanowisko prezentowali eurodeputowani z EPP, S&D i Renew Europe. Uwzględniając, że to państwa członkowie są odpowiedzialne za politykę zdrowotną i za jakiegokolwiek zmiany w tym zakresie (szczególne zmiany traktatowe), wyniki debaty należy traktować raczej jako prezentację politycznych możliwości niż prognozyk co do działań na najbliższą przyszłość.

²² M. Steffen, W. Lamping, J. Lehto, *Introduction: The Europeanization of Health Policies*, [w:] *Health Governance in Europe: Issues, Challenges and Theories*, red. M. Steffen, London 2005, s. 1-18.

BIBLIOGRAFIA

- Balczyńska-Kosman A., *Język dyskursu publicznego w polskim systemie politycznym*, „Środkowo-europejskie Studia Polityczne” 2013, nr 2, <https://doi.org/10.14746/ssp.2013.2.08>.
- Baute S., Ruijter A. de, *EU Health Solidarity in Times of Crisis: Explaining Public Preferences Towards EU Risk Pooling for Medicines*, „Journal of European Public Policy” 2022, vol. 29, no. 8, <https://doi.org/10.1080/13501763.2021.1936129>.
- Golinowska S., Zabdyr-Jamróż M., *Zarządzanie kryzysem zdrowotnym w pierwszym półroczu pandemii COVID-19. Analiza porównawcza na podstawie opinii ekspertów z wybranych krajów*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2020, t. 18, nr 1, <https://doi.org/10.4467/20842627OZ.20.001.12655>.
- Hix S., *System polityczny Unii Europejskiej*, przeł. A. Komasa, Warszawa 2010.
- Hoffman M., *Polscy parlamentarzyści wobec pandemii Covid-19*, „Politeja” 2022, vol. 77, no. 2, <https://doi.org/10.12797/Politeja.19.2022.77.11>.
- Lisowska-Magdziarz M., *Analiza tekstu w dyskursie medialnym*, Kraków 2006.
- Marcinkowski T., *Polityka antykryzysowa Unii Europejskiej w obliczu pandemii SARS CoV-2 w obszarze zdrowia publicznego w 2020 roku. W poszukiwaniu rozwiązań funkcjonalnych*, „Rocznik Integracji Europejskiej” 2021, nr 15, <https://doi.org/10.14746/rie.2021.15.12>.
- Marcinkowski T., *Polskie partie polityczne wobec procesu integracji europejskiej 1989-2005*, Gorzów Wielkopolski 2014.
- Marcinkowski T., Sikorski J., *The European Union's Policy Towards the COVID-19 Crisis in 2020 and the Russian Contribution to Infodemic*, [w:] *Information, Security and Society in the COVID-19 Pandemic*, red. N. Moch, W. Wereda, J. Stańczyk, London 2023, <https://doi.org/10.4324/9781003309772-12>.
- Ondarza N. von, *The European Parliament's Involvement in the EU Response to the Corona Pandemic: A Spectator in Times of Crisis*, October 2020, <https://doi.org/10.18449/2020C45>.
- Przybylska-Maszner B., *Parlament Europejski jako centrum demokratyczne w Unii Europejskiej*, [w:] *System instytucjonalny Unii Europejskiej po Traktacie z Lizbony. Aspekty polityczne i prawne*, red. M. Rewizorski, B. Przybylska-Maszner, Warszawa 2012.
- Radiation: 5G Mobile Networks and Health*, WHO 2020, 27 II, [online] <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-5g-mobile-networks-and-health>.
- Richard-Molard G., *The European Parliament in the COVID-19 Crisis: A Remote Parliament*, [w:] *Study Robert Schuman Foundation: The European Parliament in the Time of Coronavirus*, [online] https://old.robert-schuman.eu/en/doc/ouvrages/FRS_European_Parliament.pdf.
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/522 z dnia 24 marca 2021 r. w sprawie ustanowienia Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia („Program UE dla zdrowia”) na lata 2021-2027 oraz uchylenia rozporządzenia (UE) nr 282/2014, L107/1, 26 III 2021.
- Sasińska-Klas T., *Analiza dyskursywna i jej zastosowanie w badaniach na gruncie nauk społecznych*, [w:] *Odmiany współczesnej nauki o polityce*, red. P. Borowiec, R. Kłosowicz, P. Ścigaj, Kraków 2014.

- Schumpeter J., *Kapitalizm, socjalizm, demokracja*, przeł. M. Rusiński, Warszawa 2009.
- Słok-Wódkowska M., *Decydowanie publiczne w Parlamencie Europejskim. Remedium na tzw. deficyt demokracji?*, [w:] *Procesy decyzyjne Unii Europejskiej*, red. J. Galster, A. Szczerba-Zawada, Warszawa 2015.
- Sobczak J., *European Union Regulations Concerning Vaccination as a Means of Preventing Infectious Diseases in the Face of COVID-19/SARS-CoV-2 Pandemic*, „Ius Novum” 2020, t. 14, nr 3.
- Sprawozdanie z obrad Parlamentu Europejskiego w dniu 09 III 2021, Program działań Unii w dziedzinie zdrowia na lata 2021-2027 („Program UE dla zdrowia”), (debata), [online] https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/CRE-9-2021-03-09-ITM-005_PL.html.
- Sprawozdanie z obrad Parlamentu Europejskiego w dniu 12 XI 2020, Program działań Unii w dziedzinie zdrowia na lata 2021-2027 („Program UE dla zdrowia”), (debata), [online] https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/CRE-9-2020-11-12-ITM-005_PL.html.
- Steffen M., Lamping W., Lehto J., *Introduction: The Europeanization of Health Policies*, [w:] *Health Governance in Europe: Issues, Challenges and Theories*, red. M. Steffen, London 2005.
- Traktat o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej*, Dz. Urz. UE C 326/122, 26 X 2012.

Tomasz MARCINKOWSKI – doktor nauk społecznych w zakresie nauk o polityce, adiunkt na Wydziale Administracji i Bezpieczeństwa Narodowego Akademii im. Jakuba z Paradyża, wicedyrektor Akademickiego Centrum Studiów Niemcoznawczych i Europejskich AJP, od 2019 roku sekretarz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Studiów Europejskich. Zainteresowania naukowe: integracja europejska, kryzysy, polityka zagraniczna, bezpieczeństwo międzynarodowe, polityka zdrowotna UE.