

KINGA ZDUNEK¹, TERESA B. KULIK¹, MARIOLA JANISZEWSKA¹, RENATA BOGUSZ²

Zdrowie a Unia Europejska. Unia Europejska a globalizacja

Health and European Union. European Union and globalization

Streszczenie

Kształt współczesnego zdrowia publicznego ewoluował na przestrzeni stuleci. Teorie zdrowia publicznego ewoluowały wraz ze zmianami społeczno-kulturowymi i ekonomicznymi. Obecnie wkraczamy w czwarty etap rozwoju teorii zdrowia publicznego, co wiąże się z wyraźnie wyodrębniającą się nową agendą zdrowia publicznego zdominowaną przez choroby chroniczne, zaburzenia psychiczne i urazy, globalne zmiany klimatyczne oraz socjoekonomiczne determinanty zdrowia. Jednym z ważniejszych elementów wpływających na efektywność w zakresie zdrowia publicznego jest silne przywództwo i umiejętna koordynacja działań. Rolę liderów w dziedzinie zdrowia publicznego pełnią tzw. globalni aktorzy zdrowotni. Do takiego miana pretenduje także Unia Europejska.

Abstract

The development of public health theory is evolutionary in nature. It has reflected different chronological eras which are influenced by their paradigms, research methods and preventive practices. Current developments in public health theory suggest that a fourth era has now emerged. The global burden of disease which is dominated by chronic non communicable diseases including mental disorders and injuries, global environmental changes and socioeconomic health determinants drive the new public health agenda. Strong leadership and coordination seem to be the most important factors influencing effectiveness of public health. Global health actors matter greatly in global health leadership. European Union attempts to strengthen the EU's voice in global health.

Słowa kluczowe: globalne zdrowie publiczne, globalni aktorzy zdrowotni, Traktat o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej, Unia Europejska.

Key words: global public health, global health actors, Treaty on the Functioning of the European Union, European Union.

¹ Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Kształt współczesnego zdrowia publicznego formułował się na przestrzeni stuleci. Teorie zdrowia publicznego ewoluowały wraz ze zmianami społeczno-kulturowymi i ekonomicznymi. Każdy z etapów teoretycznych charakteryzował się odmiennymi paradygmatami, metodami badawczymi i praktykami prewencyjnymi. W literaturze przedmiotu wyróżnia się cztery główne nurty transformacji teoretycznych zdrowia publicznego: ruch sanitarny, którego podstawę stanowiła teoria miazmatyczna (sanitary movement era), era drobnoustrojów (germ theory era) oraz okres dominacji chorób chronicznych (chronic diseases era). Obecnie wyłania się czwarty etap współczesnego zdrowia publicznego [1]. Cechuje go polaryzacja teorii, w obrębie której wyróżnia się dwa główne nurty: w skali mikro i w skali makro. Teoria na poziomie mikro w centrum swych zainteresowań stawia epidemiologię molekularną i genetyczną, podczas gdy teoria na poziomie makro, ze względu na nacisk na rolę determinantów społecznych, może być definiowana jako epidemiologia społeczna.

Według Kreiger'a można wyróżnić 3 nurty teoretyczne w duchu społeczno-epidemiologicznym: nurt psychospołeczny, nurt społecznego generowania choroby i politycznej ekonomii zdrowia oraz nurt eko-społeczny. Każdy z nich definiuje źródła nierówności zdrowotnych poprzez czynniki psychiczne, społeczno-ekonomiczne bądź środowiskowe. Różnica dotyczy stopnia nasilenia poszczególnych czynników w generowaniu nierówności. W zależności od tego, który z czynników jest dominujący, teorie przybierają charakter: psychospołeczny, ekonomiczno-społeczny czy eko-społeczny [2].

Zagadnienia teoretyczne mają swe odzwierciedlenie w praktyce. Obniżający się wskaźnik zgonów niemowląt, obciążenie chorobami społecznymi, starzenie się społeczeństw, urbanizacja i globalizacja ryzyka tworzą nową agendę zdrowia publicznego. Jest ona zdominowana przez choroby chroniczne, zaburzenia psychiczne i urazy, globalne zmiany klimatyczne oraz socjoekonomiczne determinanty zdrowia [3]. Zachodzące zmiany wymagają refleksji nad efektywnością podejmowanych działań w zakresie globalnego zdrowia, kształtowanego przez cztery główne czynniki: posiadane zaplecze infrastrukturalne w postaci zasobów i siły roboczej, gromadzenie rzetelnych danych, zintegrowaną reaktywność systemów zdrowotnych na kwestie priorytetowe oraz silne przywództwo i umiejętną koordynację działań [3].

Globalne zmiany niosą ze sobą możliwość prowadzenia badań na zaawansowanym poziomie czy rozwijanie nowych metod i sposobów dystrybucji opieki zdrowotnej. Stanowią także wyzwanie w odniesieniu do zapewnienia równego dostępu do nowoczesnych technologii, przewidywania, wykrywania i reagowania na zagrożenia zdrowotne w ich wczesnym stadium po to, aby móc kontrolować ich globalny wpływ. Aby właściwie wykorzystać możliwości i sprostać wyzwaniom globalnej rzeczywistości konieczne jest silne przywództwo zdecydowanego lidera czuwającego nad skoordynowaniem współpracy na rzecz rozwijania globalnej zdolności do identyfikowania, monitorowania i informowania o pojawiających się wyzwaniach [4]. Przywództwo i koordynacja działań w leży w kwestii tzw. aktorów zdrowotnych, czyli instytucji takich jak Światowa Organizacja Zdrowia bądź inne agendy Organizacji Narodów Zjedno-

czonych. Do tego tytułu pretenduje także Unia Europejska. Miarą jej wpływu, także na działania zdrowotne, jest nowo wyłaniające się zjawisko, które można by określić mianem europeizacji zdrowia.

MIĘDZY RYZEM A LIZBONĄ

Słowo „zdrowie” pojawia się w Traktacie Rzymskim z 1957 r. zaledwie cztery razy, głównie w kontekście ustaleń związanych z kontrolą sanitarną oraz swobodą przemieszczania się pacjentów i pracowników służby zdrowia. Dopiero w 1992 roku, w Traktacie z Maastricht, po raz pierwszy pojawia się tytuł „Zdrowie publiczne” z określonymi priorytetami na płaszczyźnie zdrowia, a słowo „zdrowie” pojawia się w kontekście zapobiegania chorobom dziewięć razy. Kolejne istotne zmiany przynoszą Traktaty z Amsterdamu i Lizbony, gdzie liczba użycia słowa „zdrowie” wzrosła od czterestu do trzydziestu trzech w wersji skonsolidowanej Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej.

Początkowo dominował pogląd, że zdrowie i jego ochrona należą do kompetencji wewnętrznych państw członkowskich. Sformułowania traktatów ograniczały się do kwestii bezpieczeństwa sanitarnego oraz działań ochronnych w dziedzinie chorób zakaźnych [5]. Zdrowie w świetle dokumentów unijnych nie było związane ściśle ze sposobem prowadzenia polityki zdrowotnej, a raczej ze zdrowiem w kontekście ochrony warunków pracy. Od 1972 roku, kiedy to miała miejsce konferencja Rady Europejskiej w Paryżu zdrowie stało się jednym z warunków postępu i nowego ładu ekonomicznego, a jednocześnie środkiem jednoczenia się obywateli w konstrukcji przyszłej Europy [5]. Skutkiem tego była koncentracja nad rozwiązywaniem podstawowych problemów zdrowia publicznego.

Jednolity Akt Europejski z 1986 roku we wnioskach z dziedziny ochrony zdrowia, bezpieczeństwa, ochrony środowiska naturalnego i ochrony konsumentów, jako podstawę przyjmuje wysoki poziom ochrony [6], szczególnie w odniesieniu do ochrony zdrowia, bezpieczeństwa, ochrony środowiska naturalnego i ochrony konsumentów.

Przełomowe postanowienia w zakresie zdrowia publicznego ustanawia Traktat o Unii Europejskiej z 1992 r., będący konsekwencją postanowień podjętych podczas konferencji w holenderskim Maastricht w 1991 roku. Po raz pierwszy w unijnym traktacie pojawia się cały rozdział dotyczący zdrowia publicznego. W świetle Artykułu 129 Traktatu, Unia Europejska powinna przyczynić się do osiągnięcia wysokiego poziomu ochrony zdrowia oraz wspierać współpracę pomiędzy państwami członkowskimi przy jednoczesnym poszanowaniu autonomii każdego z nich. Nowy tytuł poświęcony zdrowiu publicznemu skupia się głównie na zapobieganiu chorobom i epidemiom, w tym uzależnieniom od narkotyków, poprzez wspieranie badań nad ich przyczynami, sposobami ich rozprzestrzeniania się oraz zapobiegania im, jak również na propagowaniu informacji i edukacji zdrowotnej [7].

Istotne zmiany w regulacjach dotyczących zdrowia publicznego przynosi Traktat Amsterdamski, który wyraźnie wzmocnił pozycję Unii Europejskiej na płaszczyźnie zdrowia. Podobnie jak w poprzednim dokumencie podkreśla się, że działalność Unii jest jedynie komplementarna

dla działań podejmowanych przez państwa członkowskie, które powinny same decydować o kształcie i bezpośredniej organizacji systemu opieki zdrowotnej [5]. Artykuł 152 Traktatu Amsterdamskiego zastąpił Artykuł 129 Traktatu z Maastricht. Impulsem do wprowadzenia zmiany była słaba reakcja organów unijnych na zagrożenie związane z pojawieniem się BSE. Konsekwentnie, skupiono uwagę już nie tylko na zapobieganiu, ale także na poprawie działań w zakresie zdrowia publicznego. Unijne priorytety zdrowotne od roku 1997 są ukierunkowane na całą populację. Dotyczą uzupełnienia programów zdrowotnych dla skuteczniejszego zapobiegania zachorowaniom oraz usuwania źródła zagrożeń i zwalczania ich. Postanowienia z Amsterdamu dążą do prowadzenia badań naukowych nad etiologią chorób, nad drogami ich rozprzestrzeniania i metodami zapobiegania, prowadzenia edukacji zdrowotnej i wspieraniem działań w zapobieganiu i ograniczaniu skutków zdrowotnych uzależnień lekowych [8].

Traktat z Lizbony wprowadza kolejne zmiany. Artykuł 168 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej ponownie podkreśla suplementarny charakter działań unijnych w stosunku do polityk krajowych. Unia jedynie zachęca do współpracy pomiędzy państwami członkowskimi, natomiast w gestii państw członkowskich leży zarządzanie usługami medycznymi i opieką zdrowotną. Istotne z perspektywy zmian lizbońskich jest skierowanie Unii w stronę zwiększenia komplementarności usług zdrowotnych państw członkowskich w regionach przygranicznych. Traktat priorytetowo traktuje poprawę zdrowia publicznego poprzez zapobieganie chorobom oraz eliminację zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego, zwalczanie epidemii, wspieranie badań nad ich przyczynami, sposobami rozprzestrzeniania się oraz zapobiegania im. W porównaniu do poprzednich dokumentów traktat poszerza zakres obowiązków Unii o prowadzenie działań w zakresie informacji i edukacji zdrowotnej, monitorowania poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, wczesnego ostrzegania w przypadkach takich zagrożeń oraz ich zwalczania [9].

Nowy Traktat wprowadza istotne zmiany w postrzeganiu zdrowia „w ogóle”. Podkreśla rolę i konieczność szybkiego reagowania oraz skrupulatnego monitorowania transgranicznych zagrożeń dla zdrowia. Jednocześnie dostrzega rolę stylu życia jako najistotniejszego czynnika wpływającego na zdrowie w 50% [10], poprzez podkreślenie roli Unii jako instytucji uzupełniającej działania państw członkowskich, w celu zmniejszenia szkodliwych skutków narkomanii oraz nadużywania alkoholu czy tytoniu. Zmiana w podejściu do zdrowia w Unii Europejskiej przejawia się także tym, że słowo „ludzkie” użyte w art. 152 Traktatu Amsterdamskiego w odniesieniu do zagrożeń zdrowia zostało w art. 168 TFUE zastąpione wyrażeniem „psychiczne i fizyczne”. Wprawdzie nie pojawia się tu element społeczny, jednak dostrzega się wyraźny zwrot ku modelowi holistycznemu współpracującemu z promocją zdrowia i profilaktyką, modelowi uwzględniającemu odkrycia nauk humanistycznych, które wypracowały techniki oddziaływania na człowieka [11].

Drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013

Polityka i działania unijne zmierzają w kierunku uznania znaczenia holistyczno-pluralistycznego podejścia do zagad-

nień dotyczących zdrowia publicznego i uwzględnienia go w działaniach medycyny komplementarnej i alternatywnej [12]. Wyrazem tych dążeń są priorytety sformułowane w „Drugim wspólnotowym programie działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013”. Wskazuje on na najistotniejsze problemy zdrowotne z jakimi boryka się Unia Europejska oraz na kierunki działań jakie należy podjąć w celu ich rozwiązania.

Uprzedzając postanowienia podjęte w traktacie lizbońskim drugi program poświęca dużo uwagi transgranicznym zagrożeniom zdrowotnym oraz istotnej roli wzmocnienia ogólnych zdolności Unii na wypadek pojawienia się zagrożeń epidemicznych, w szczególności monitorowania ich przebiegu, wczesnego ostrzegania i zwalczania poważnych zagrożeń.

Program traktuje także o poszerzeniu wiedzy i informacji o zapobieganiu poważnym chorobom, rozpoznawaniu ich i leczeniu, zapewnieniu odpowiedniej koordynacji i synchronizacji unijnych inicjatyw dotyczących zbierania danych porównawczych na temat poważnych chorób, w tym raka. Ponadto podkreśla rolę gromadzenia i analizowania danych dotyczących odporności bakterii na antybiotyki oraz kwestii zakażeń szpitalnych, dlatego zakłada wzmocnienie roli Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). Zauważa się również konieczność poprawy poziomu zdrowia psychicznego i fizycznego, podjęcia działań na rzecz zapewnienia równego dostępu do zdrowia, zapewnienia lepszego dostępu do informacji.

Unia Europejska przygotowując się do sformułowania priorytetów na lata 2008–2013 miała na uwadze:

- poprawę stanu zdrowia dzieci i młodzieży oraz propagowanie zdrowego stylu życia i zachowań profilaktycznych wśród nich,
- zapewnienie spójności i synergii między programem zdrowia publicznego a zewnętrznymi działaniami Unii Europejskiej, zwłaszcza w zakresie grypy ptaków, HIV/AIDS, gruźlicy i innych transgranicznych zagrożeń zdrowotnych,
- prowadzenie międzynarodowej współpracy w celu promowania ogólnej reformy zdrowia oraz instytucjonalnych zagadnień związanych ze zdrowiem w krajach trzecich,
- podejmowanie działań w kierunku zwiększenia wskaźnika lat zdrowego życia oraz zwalczania nierówności w dostępie do zdrowia,
- istotność systematycznego gromadzenia, przetwarzania i analizowania danych porównawczych w celu skutecznego monitorowania stanu zdrowia w Unii przy jednoczesnym rozwijaniu Europejskiego Obszaru e-Zdrowia,
- konieczność ochrony środowiska,
- zmiany demograficzne w starzejącej się Europie.

Podkreślenie roli gromadzenia danych, wspierania i rozwoju metod i narzędzi, ustanowienia sieci, a także różnego rodzaju współpracy i promowania właściwej polityki w zakresie mobilności pacjentów, jak również mobilności specjalistów w zakresie opieki zdrowotnej przyczyniło się do wyłonienia 3 głównych priorytetów zdrowotnych na lata 2008–2013 w zakresie poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, promocji zdrowia i wymiany wiedzy czy sprawdzonych rozwiązań.

Priorytet pierwszy skupia swe działania na ochronie obywateli przed zagrożeniami zdrowotnymi, jak i poprawie bezpieczeństwa obywateli. Ochrona przed zagrożeniami zdrowotnymi wymusza:

- opracowywanie właściwych strategii i mechanizmów zapobiegania zagrożeniom zdrowia i reagowania na nie oraz wymianę informacji,
- wspieranie działań profilaktycznych, szczepień i uodparniania,
- wypracowanie umiejętnych mechanizmów zarządzania ryzykiem,
- promowanie współpracy i zwiększenie istniejących zdolności i zasobów w zakresie reagowania oraz działania na rzecz ewentualnego pojawiania się ryzyka.

W zakres poprawy bezpieczeństwa obywateli wchodzi: poprawa jakości doradztwa naukowego i specjalistycznej oceny zagrożeń, analiza możliwego oddziaływania tych zagrożeń, propagowanie wymiany informacji na ich temat oraz promocja zintegrowanego i zharmonizowanego podejścia do zdrowia.

Promocja zdrowia – drugi priorytet programu ds. zdrowia w Unii Europejskiej skupia swe założenia z jednej strony na promocji zdrowych stylów życia i eliminowaniu nierówności w dostępie do zdrowia, z drugiej na ograniczeniu występowania chorób poprzez oddziaływanie na uwarunkowania zdrowotne.

Promując zdrowy styl życia Unia planuje inicjatywy na rzecz rozwoju idei zdrowego starzenia się i wydłużenia wskaźnika lat zdrowego życia. W związku z tym konieczne jest podejmowanie analiz wpływu zdrowia na aktywność zawodową oraz propagowanie idei zdrowia we wszystkich politykach. Problemem w Unii Europejskiej jest pogłębiająca się skala nierówności w dostępie do zdrowia. W związku z tym konieczne jest podjęcie działań na rzecz zdiagnozowania ich przyczyn, wypracowania sposobów na rozwiązanie problemu oraz wdrożenie planu ograniczającego pogłębianie się zjawiska. W nawiązaniu do strategii lizbońskiej priorytetowo traktuje się również zwiększenie solidarności między krajowymi systemami opieki zdrowotnej przez wspieranie współpracy w kwestiach transgranicznej opieki zdrowotnej oraz mobilności pacjentów i pracowników służby zdrowia.

W duchu holistycznego podejścia do zdrowia proponowanego także przez Traktat Lizboński, działania dotyczące uwarunkowań zdrowotnych wiążą się z promocją i poprawą zdrowia fizycznego i psychicznego, tworzeniem warunków wspierających styl życia oraz profilaktyką chorób. W szczególności należałoby propagować działania w zakresie podstawowych czynników takich jak: odżywianie, aktywność fizyczna i zdrowie seksualne, stosowanie używek a także ograniczenie liczby wypadków i urazów. Działania profilaktyczne należy propagować, nie zapominając o innych trudnych problemach takich jak choroby rzadkie. Analizując wpływ uwarunkowań zdrowotnych nie można także ignorować czynników środowiskowych i społeczno-ekonomicznych w odniesieniu do skutków zdrowotnych, jakie mogą powodować.

Ostatni – trzeci priorytet dotyczy generowania i rozpowszechniania informacji i wiedzy na temat zdrowia, w tym wymiany wiedzy i sprawdzonych rozwiązań oraz gromadzenia analizowania i rozpowszechniania informacji zdrowot-

nych. Zakładają one synergiczną współpracę w działaniach na rzecz zdrowia poprzez wymianę wiedzy i sprawdzonych rozwiązań oraz monitorowanie, gromadzenie porównawczych informacji, opracowanie mechanizmów przeprowadzania analiz i informowania, przekazywanie informacji obywatelom oraz regularną sprawozdawczość dotyczącą stanu zdrowia w Unii Europejskiej.

UNIA EUROPEJSKA – GLOBALNY AKTOR W ZDROWIU PUBLICZNYM?

W Białej Księdze pt. „Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008-2013” wyodrębniono 4 zasady działania UE w zakresie zdrowia: strategia oparta na wspólnych wartościach związanych ze zdrowiem, zdrowie jako największy skarb, zdrowie we wszystkich obszarach polityki oraz umocnienie pozycji Unii Europejskiej jako globalnego aktora zdrowotnego [13]. Konsekwencją przyjętych założeń było podjęcie działań przez Unię Europejską na płaszczyźnie zdrowia globalnego, rozumianego, jako ekspansywny wielosektorowy obszar, łączący nie tylko główne obszary polityki dotyczącej rozwoju, działań humanitarnych, badań i zdrowia, ale także handlu i polityki zagranicznej [4].

Tradycyjne ujęcie globalnego zdrowia w Unii Europejskiej jest postrzegane poprzez pryzmat zarządzania, rozwoju i bezpieczeństwa, prezentowane jako trzy zachodzące na siebie płaszczyzny. Ujęcie metaforyczne globalnego zdrowia w Unii Europejskiej zaprezentowane podczas Nobel Forum Seminar w Sztokholmie w grudniu 2009 roku jest definiowane poprzez:

- działania podejmowane na poziomie europejskim związane z propagowaniem zrównoważonego rozwoju,
- promocję praw człowieka i dóbr publicznych,
- prowadzenie badań,
- współpracę, koordynację oraz wymianę wiedzy i dobrych doświadczeń,
- politykę zagraniczną i zarządzanie,
- zapewnienie bezpieczeństwa oraz reagowanie na postępujące procesy globalizacji.

Globalne zdrowie kształtuje się w atmosferze traktowania zdrowia jako wspólnej wartości i naszego najcenniejszego skarbu, przy jednoczesnym zapewnianiu zdrowia w starzejącej się Europie, ochronie obywateli przed zagrożeniami zdrowotnymi, propagowaniu idei zdrowia we wszystkich politykach oraz wsparcia dla dynamicznie rozwijających się systemów opieki zdrowotnej i nowych technologii przy umocnieniu pozycji Unii Europejskiej na świecie.

Komunikat Komisji do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów pt. „Rola UE w kontekście zdrowia na świecie” podejmuje dyskusję na temat umocnienia pozycji Unii Europejskiej jako globalnego aktora zdrowotnego. Zdecydowane działania Unii powinny koncentrować się na wyzwaniach dotyczących: zapewnienia właściwej koordynacji globalnych uczestników poprzez silne przywództwo, zapewnienia powszechnego dostępu do usług medycznych, podejmowania spójnych działań politycznych, gdyż polityki zdrowotnej nie można prowadzić w odosobnieniu od innych polityk, inwestycji w badania.

Wyzwania te przekładają się na założenia zdefiniowane przez Unię Europejską w celu silniejszego zaangażowania się w globalne działania. Wyróżnia się pięć przejawów silniejszego wpływu Unii na kształtowanie zdrowia globalnego. Pierwszy z nich to demokratyczne przywództwo uwzględniające potrzeby wszystkich podmiotów. Kolejny dotyczy działania na rzecz powszechnego systemu podstawowej opieki zdrowotnej wysokiej jakości. Niezbędnym elementem zapewniającym rolę znaczącego globalnego aktora zdrowotnego jest spójność poszczególnych istotnych polityk UE związanych ze zdrowiem na świecie oraz dialog i działanie oparte na badaniach i solidnych podstawach. Ostatnim czynnikiem umacniającym pozycję UE na płaszczyźnie globalnego zdrowia jest osiąganie wyników poprzez wzmoczoną koordynację, monitorowanie i budowanie potencjału [14].

PIŚMIENICTWO

1. Bryan A. Public Health Theories. W: Wilson F, Mabhala M, ed. Key Concepts in Public Health. London: SAGE; 2009. p. 21-4.
2. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecological perspective. *Int J Epidemiol*. 2001;30(4):668-77.
3. McKee M, Suhrcke M, Nolte E, Lessof S, Figueras J, Duran A, Menabde N. Health systems, health and wealth: a European perspective. *The Lancet*. 2009;373:349-51.
4. Nolan C. EU Role in Global Health: Nobel Forum Seminar. 4 December 2009.
5. Poździoch S. Międzynarodowa polityka zdrowotna. W: Czupryna A, Poździoch S, Ryś A, Włodarczyk C, red. *Zdrowie Publiczne*, Kraków: Vesalius; 2000.
6. Jednolity Akt Europejski podpisany w Luksemburgu 17 lutego 1986. http://polskawue.gov.pl/files/polska_w_ue/prawo/traktaty/JAE.pdf (dn. 14.03.2011)
7. Traktat o Unii Europejskiej podpisany w Maastricht 7 lutego 1992 r. http://polskawue.gov.pl/files/polska_w_ue/prawo/traktaty/Traktat_z_Maastricht.pdf (dn. 14.03.2011)
8. Traktat z Amsterdamu zmieniający Traktat o Unii Europejskiej, Traktaty Ustanawiające Wspólnoty Europejskie i niektóre związane z nimi akty podpisany w Amsterdamie 2 października 1997 r. http://polskawue.gov.pl/files/polska_w_ue/prawo/traktaty/Traktat_amsterdamski.pdf(dn.15.06.2011)
9. Traktat z Lizbony zmieniający Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską podpisany w Lizbonie dnia 13 grudnia 2007 r. <http://eur-lex.europa.eu/JOHtml.do?uri=OJ:C:2007:306:SOM:PL:HTML> (dn. 14.03.2011)
10. Wysocki MJ, Miller M. Paradygmat Lalonde'a: Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne. *Przegl Epidemiol*. 2003;57:505-12.
11. Klamut MK. Między biotechnologicznym a holistycznym modelem medycyny. *Alma Mater*. 2005(14):26-9.
12. Decyzja Nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiająca drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008-2013. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:pl:PDF> (dn. 14.03.2011)
13. Biała Księga Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008-2013. Bruksela, dnia 23.10.2007. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_pl.pdf (dn. 14.03.2011)
14. Komunikat Komisji do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów pt. „Rola UE w kontekście zdrowia na świecie”. Bruksela, dnia 31.3.2010. http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/COMM_PDF_COM_2010_0128_PL.pdf (dn. 14.03.2011)

Informacje o Autorkach

Mgr KINGA ZDUNEK – doktorantka; prof. dr hab. TERESA BERNADETTA KULIK – kierownik, Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie; dr n. med. RENATA BOGUSZ – Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Uniwersytet Medyczny w Lublinie; mgr MARIOLA JANISZEWSKA – asystent, Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie.

Adres do korespondencji

Kinga Zdunek
ul. Chodźki 1, 20-093 Lublin
tel: (+48) 817423712
e-mail: kinga.zdunek@umlub.pl