

# A Népegészségügybarát Uniós döntéshozatal jogi dilemmái

Ha az Európai Uniós döntéshozatala kapcsán szóba is kerül az egészségügy kérdése, többnyire azt hallhatjuk, hogy az egészségügy tagállami, és nem uniós hatáskörbe tartozó kérdés. Ha azonban közelebbről is megvizsgáljuk, hogy pontosan mit is értünk 'egészségügy' alatt, láthatjuk, hogy az egészségünket meghatározó mértékben érintő kérdések terén az Unió meglehetősen átfogó, igaz, első pillantásra nem nyilvánvaló felhatalmazással rendelkezik a jogalkotásra. Miért marad el oly sokszor mégis a szigorú, népegészségügybarát, uniós döntéshozatal, például az egészségre káros termékek címkézésére vagy reklámozására, az alkohol által jelentett társadalmi probléma elleni tagállami lépések koordinációjára vagy éppen az élelmiszerekben található transzsírsavak betiltására vonatkozóan? Mivel a jogi felhatalmazás adottnak tekinthető, így alighanem épp az ehhez szükséges politikai akarat hiányzik.

## A népegészségügy és az egészségügyi ellátórendszer Uniós hatásköréről

### Népegészségügy: átfogó uniós kerethatáskör

Mindenekelőtt azt érdemes tisztázni, hogy mi a különbség népegészségügy és egészségügyi ellátórendszerre vonatkozó Uniós felhatalmazás között. A népegészségügy ('public health') egy rendkívül tág kategória, ide értve mindazon területet, amely hatással van egészségünkre. Ide értendő különösen a táplálkozás, a káros anyag fogyasztás (pl. dohányzás, alkohol, illetve a zsírban, cukorban és sóban gazdag, míg vitaminokban és tápértékben kevés, egészségtelen élelmiszerek fogyasztása), a testmozgás, de tágabb értelemben az egészségünket meghatározó társadalmi (oktatás, foglalkoztatás), természeti (pl. kültéri levegőminőség, ivóvíz, káros vegyi anyag kibocsátás) és épített környezeti (lakhatás, tömegközlekedési elérhetőség, beltéri levegőminőség) tényezők is ide tartoznak. Ezen területek vonatkozásában az Unió, eltérő mértékben és formában, de felhatalmazással rendelkezik a döntéshozatalra, meghatározó befolyást gyakorolva a népesség egészségügyi helyzetére. Ráadásul az Uniós belső piacra vonatkozó hatáskör kifejezetten említi, hogy az áruk szabad mozgásának biztosítása során figyelemmel kell lenni a népegészségügyi szempontokra is.

### Egészségügyi ellátórendszer: tagállami hatáskör kiegészítő uniós hatáskörrel

Ezzel szemben 'egészségügy' ('healthcare') alatt valójában a valóban tagállami szinten kialakított és működtetett egészségügyi ellátórendszert kell érteni: a háziorvosok, a járóbeteg-szakellátás, a fekvőbeteg-ellátás (kórházak), a gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre vonatkozó szabályozás, valamint a gyógyszertárak tagállami hálózatára vonatkozó szabályok, amelyek jelentős részben a mindenkori egészségügyért felelős miniszter hatáskörébe tartoznak. A világ legfejlettebb államait tömörítő Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD) legfrissebb, 2016-os egészségügyi adatai átfogó képet festenek az egészségügyi helyzetről az OECD tagállamaiban, és így Magyarországon is. A felmérés szerint az egészségügyi kiadások 2015-ben a teljes uniós GDP 9,9 százalékát tették ki, Magyarországon ez az arány 7%. A fekvő- és a járóbeteg-



ellátás után jellemzően a gyógyszerkassza a legnagyobb az EU-tagállamokban, a kiadások mintegy hatodát fordítják erre a kórházban alkalmazott gyógyszerek nélkül.<sup>1</sup>

Az ellátórendszernek nem szerves része, de azzal szoros kapcsolatban van az egészségügyi oktatás, hisz az orvosi egyetemen képzett leendő orvosok számos területen (pl. rezidensképzés) kapcsolódnak az ellátórendszerhez. Ide kapcsolódó uniós szabályozási terület továbbá az orvosok és nővérek képzésére (ún. curriculumára) vonatkozó szabályok, amelyek lényegében a harmonizált képzéseket nevezik meg, azok minimális időtartamának rögzítésével. Ez lényegében a személyek szabad mozgásának egészségügyileg releváns ága, és amely ezen személyek uniós belüli szabad mozgását lehetővé teszi.

Az ezen területet szabályozó irányelv<sup>2</sup>, és így végső soron az egészségügyi terület fontosságát jelzi, hogy az ún. elismert szakmák túlnyomó többsége egészségügyi vonatkozású, hisz itt láthatjuk az orvosokat, szakorvosokat, ápolókat, fogorvosokat, állatorvosokat, szülésznőket, valamint a gyógyszerészeket.

Ez rendkívül jelentős uniós hatáskör, hisz egyrészt hozzájárul az egészségügyi személyzet szakmai továbbfejlődéséhez és a gazdagabb tagállami rendszerek szakemberekkel való ellátását biztosítja, ugyanakkor az érem másik oldala, hogy ez hozzájárul a szegényebb tagállamok – mint Magyarország – egészségügyi ellátása szempontjából meghatározó szakemberek tömeges elvándorlásához ('agyelszívás') amely végső soron az ellátás színvonalát érinti, és amely hozzájárul az Európán belüli egészségügyi egyenlőtlenségek növeléséhez.

### **A népegészségügy és az egészségügyi ellátórendszer kapcsolata**

Az OECD fent hivatkozott, 2016-os adatai alapján a tagállamok az egészségügyi költségvetési kiadások kevesebb, mint 3%-át költik megelőzésre. Ami azt is jelenti, hogy a kiadások több mint 97%-a „pusztán” a betegek gyógyítására és az ellátórendszer fenntartására megy el.

Az OECD-felmérés is igazolja, hogy a legfőbb, idő előtti halálokok Európában, és így Magyarországon is a krónikus, nem fertőző betegségek.: a leggyakrabban előforduló nem fertőző betegségek négy csoportját a szív- és érrendszeri betegségek, a légzőszervi betegségek, a rák és a diabétesz alkotják, ugyanakkor nem feledkezhetünk el az egyéb fontos, nem fertőző betegségekről sem.

A halálozások legnagyobb részét – több mint kétfélmillió haláleset évente – szív- és érrendszeri betegségek okozzák; a leggyakoribb szív- és érrendszeri betegségek a szívkoszorúér-betegség és a stroke, melyek a szív- és érrendszeri betegségek következtében az EU-ban bekövetkezett összes haláleset több mint harmadáért (azaz 741 000 halálesetért), illetve több mint negyedéért (azaz 508 000 halálesetért) felelősek. A rák a második leggyakoribb

---

1

[http://www.napi.hu/magyar\\_gazdasag/siralmas\\_latilet\\_a\\_magyarok\\_egeszsegerol\\_most\\_minden\\_kiderul.624843.html](http://www.napi.hu/magyar_gazdasag/siralmas_latilet_a_magyarok_egeszsegerol_most_minden_kiderul.624843.html)

<sup>2</sup> Az Európai Parlament és a Tanács 2005/36/EK irányelve (2005. szeptember 7.) a szakmai képzések elismeréséről (EGT vonatkozású szöveg) <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=HU>



halálok, és az EUs lakosság 3-4%-át érinti, amely arány idős korra 10-15%-ra nő, és mivel az EU-ban évente mintegy 2,45 millió személynél állapítanak meg rákos megbetegedést és 1,23 millió, rákkal összefüggő halálesetet jegyeznek fel, és mivel a gyermekkori rákos megbetegedések aránya évente több mint 1%-kal nő Európában.<sup>3</sup>

A Korányi Intézet jóvoltából tudjuk, hogy a krónikus obstruktív tüdőbetegségben (COPD) 2015-ben 183.800 regisztrált beteg volt Magyarországon. Mindazonáltal a valós szám ennél jóval magasabb lehet, a [becslések szerint](#) ennek mintegy háromszorosa.

Az előregedő társadalmaink és a növekvő terhet jelentő népbetegségek járványszerű elterjedése e is arra figyelmeztet, hogy az ellátórendszerek jelen formájukban fenntarthatatlan fejlődési pályán mozognak, sürgős beavatkozás szükséges. Krónikus betegségek okozták 2013-ban 550 ezer 25-64 év közötti uniós polgár korai halálát, 3,4 millió aktív életév elvesztését okozva ezzel.<sup>4</sup> Az emberi életek, és egészségben eltöltött életek elvesztése mellett a nem fertőző betegségek komoly gazdasági terhet is jelentenek és gátolják a nemzetgazdaságok teljesítőképességét: a Világgazdasági Fórum adatai és a Harvard School of Public Health [becslései szerint](#) 2005 és 2030 között a nem fertőző betegségek 25 trillió eurós veszteséget okoznak majd a globális gazdaságnak.

Ezek a krónikus, nem fertőző betegségek okai meghatározó részben olyan társadalmi és környezeti tényezők eredményei, amelyek tudatos népegészségügyi politikával kedvező irányba befolyásolhatók: ilyenek elsősorban a dohányzás, az alkoholfogyasztás vagy az egészségtelen ételek fogyasztása.

A fent ecsetelt népegészségügyi problémák részben orvosolhatók az ellátórendszer kiadásainak hatékonyságával, innovatív megoldásokkal (pl. elektronikus egészségügy), szervezéssel, de nyilvánvaló, hogy forradalmi áttörés és fenntartható egészségügy csakis akkor érhető el, ha a gyógyításról a megelőzésre, az egészségügyről a népegészségügyre helyezzük a hangsúlyt. Az uniós kutatáspolitikai egészségügyi vonatkozású részében is hasonló paradigmaváltásnak vagyunk a tanúi: a közbeszéd mára lényegében arról folyik e téren, hogy a gyógyításra és kezelésre fókuszált szemléletet fel kell váltania a megelőzést, a prevenciót előtérbe helyező hozzáállásnak a kutatásban is.

Mindezek összességében azt jelentik, hogy egyrésztől lényeges forrás-átcsoportosításra van szükség a tagállami költségvetésekben, amelyben az EU-s szerepvállalás döntő szerepet játszhat, másrésztől a jelenleginél lényegesen előremutatóbb, prevenciós jellegű, bátrabb és sokkal népegészségügybarátabb jogalkotásra van szükség mind EUs, mind az EUs iránymutatás és koordináció mellett tagállami szinten.

---

<sup>3</sup> Az Európai Parlament állásfoglalása az Európai Unió a nem fertőző betegségek megelőzése és ellenőrzése tárgyában megtartandó, magas szintű ENSZ-találkozóra vonatkozó álláspontjáról és kötelezettségvállalásáról <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+MOTION+B7-2011-0489+0+DOC+XML+V0//HU>

<sup>4</sup>

[http://www.napi.hu/magyar\\_gazdasag/siralmas\\_latilelet\\_a\\_magyarok\\_egeszsegerol\\_most\\_minden\\_kiderul.624843.html](http://www.napi.hu/magyar_gazdasag/siralmas_latilelet_a_magyarok_egeszsegerol_most_minden_kiderul.624843.html)



## Az EU joga és a népegészségügyi szabályozás

A népegészségügyi EU-s szabályozás legfontosabb, és talán legtöbbet idézett cikke az [EU Működéséről szóló szerződés](#) 168. cikke.

Az EUMSZ 168. cikkének legfontosabb, legtöbbet idézett rendelkezése vitathatatlanul az első bekezdés, amely mind a több EUs népegészségügyi szabályozást, mind a kevesebb fellépést szorgalmazók egyaránt fel szoktak hívni álláspontjuk védelmében.

Azok, akik a korlátozott uniós hatáskör hívei, és az EU-s fellépést a lehető legminimálisabbra szeretnék szorítani, az (1) bekezdés második fordulatát emelik ki, amely kihangsúlyozza, hogy az Unió fellépése **kiegészíti** a nemzeti politikákat. Ez lényegében a 'puha hatáskör', azaz a jogilag nem kötelező, ösztönző intézkedések iskolapéldája, amelyet számos helyen fellelhetünk az uniós szerződésekben egyéb EUs szakpolitikákat érintően is, mint például az oktatás vagy a kultúra területén:

***„Az Unió fellépése, amely kiegészíti a nemzeti politikákat, a népegészségügyi helyzet javítására, az emberi megbetegedések és betegségek, valamint az emberek testi és szellemi egészségét fenyegető veszélyek okainak megelőzésére irányul. Az ilyen fellépés magában foglalja a széles körben terjedő súlyos betegségek elleni küzdelmet az azok okaira, terjedésére és megelőzésére vonatkozó kutatások, valamint az egészségügyi tájékoztatás és oktatás által, továbbá a határokon át terjedő súlyos egészségügyi veszélyek figyelemmel kísérését, az ilyen veszélyek korai előrejelzését és az elleni küzdelmet.”***

A hatékony uniós népegészségügybarát politika kulcsmondata azonban ugyanezen bekezdés első fordulata, amely forradalmi jelleggel fogalmazza meg, hogy az egészségpolitika nem önálló politikai szakterület, hanem annak hatékony érvényesítése megköveteli minden más politikákban is az egészségügyi szempontok érvényesítését.

***„(1) Valamennyi uniós politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészségvédelem magas szintjét.”***

Ez persze pusztán felhívás, illetve politikai program marad megfelelő végrehajtás hiányában, és jelenlegi nagyjából ez is jellemző a helyzetre. Ugyanakkor – politikai akarat, bátorság és megfelelő erőforrások átcsoportosítása esetén – ez a rendelkezés magában rejti annak lehetőségét, hogy az Unió politikájának kialakítása során a népegészségügyi szempontok a jelenleginél lényegesen hangsúlyosabban essenek latba. Ennek szükséges előfeltétele egy mind szakmailag, mind politikailag erős, egészségügyért felelős biztos, valamint egy hatáskörében és személyzetében a jelenleginél lényegesen erősebb, egészségért felelős főigazgatóság. A politikai döntések hatékony végrehajtásának ugyanis nem lehetséges a képzett, megfelelő erőforrásokkal ellátott, Uniós köztisztviselő és szakember testület nélkül. Jelenleg az egészségügyi főigazgatóság nem tartozik a legerősebb és a legbefolyásosabb ágazatok közé, és a legvadabb, de korántsem lehetetlen forgatókönyvek még ezen főigazgatóság leépítésével is számolnak 2020 után.

## Népegészségügybarát EU?



A népbetegségek járványszerű elterjedése korunk társadalmának egyik legfőbb kihívása, amely aláássa a jólétet és gátolja a fenntartható fejlődést. Az Eurobarométer felmérések szerint az európai polgárok az egészséget a legfőbb értékek között nevezik meg.<sup>5</sup> E tekintetben tehát az uniós beavatkozás mind indokolt, mind hasznos lehet. A meglévő jogi és politikai keretek mellett az EU-nak számos lehetősége lenne aktívabb beavatkozásra a népegészségügy terén. Egyrészt a fentebb említett módon az egyéb politikák terén hangsúlyozni lehetne az egészségügyi szempontokat, illetve az alábbi területeken irányadó EUs fellépésre nyílna lehetőség példának okáért az alábbi területeken:

- Mindenekelőtt egy orientációs, nem kötelező jellegű nem fertőző betegségekre vonatkozó, átfogó EUs politikai stratégia elfogadása szimbolikus és politikai értékkel bírna, és fontos hivatkozási pont lehetne bármely, egészségügyet érintő EU-s szabályozás esetén.
- A 2006-ban közzétett, jogilag nem kötelező, az alkoholfogyasztással kapcsolatos uniós stratégia az uniós országokat és egyéb érdekelt feleket hivatott támogatni az alkoholfogyasztással kapcsolatos károk csökkentésére irányuló erőfeszítéseik koordinálásában Európában. Mivel ez a keretstratégia 2012-ben lejárt, felülvizsgálata kívánatos. Az alkoholfogyasztás több mint 60 féle krónikus betegséggel és az elhízással áll összefüggésben, mégis sokan nem tudják, hány kalóriát tartalmaznak az alkoholos italok. Az alkoholfogyasztással összefüggő problémák költségei 2010-ben 158 milliárd eurót tettek ki az EU-ban. Jóllehet az Európai Parlament [állásfoglalást fogadott el az alkoholstratégiáról](#), 2015. április 29-én, amelyet megerősített a tagállamok által az Európai uniós stratégia az alkoholfogyasztással kapcsolatos ártalmak csökkentésére vonatkozó [tanácsi következtetések elfogadásával](#), és mindkét dokumentum felszólította az Európai Bizottságot egy alkoholra vonatkozó keretstratégia készítésével, az Európai Bizottság a füle botját sem mozgatta. Itt szóvá kell tennünk a hatékony, népegészségügyi célokkal ellentétes, elsősorban kereskedelmi érdekeket, és azok rendkívül befolyásos lobbijét, amely az Uniós nem-cselekvésben is érzékelteti hatását.
- Az élelmiszerek esetén az EU az egészségtelen, magas zsír, cukor- és só-tartalmú ételek adójának növelésére vonatkozóan tehetne javaslatot, a tagállami egyhangúság elvének tiszteletben tartásával. Itt megemlíthető a transzzsírra vonatkozó magyar kezdeményezés, amely arra kiváló példa, hogy a tagállami szinten szigorúbb, népegészségügybarát intézkedések – a transzzsírsavak korlátozása – összeegyeztethetőek a közös piaccal, és amelyeket a Bizottság kiterjeszteni javasolhatna EUs szinten. Ezt a kérdéskört járta körbe a brüsszeli magyar állandó képviselő, és az Európai Népegészségügyi Szövetség (EPHA) ['Transzzsír-csökkentés: egy kézenfekvő megoldás a jobb egészségért'](#) elnevezésű rendezvénye még 2016 áprilisában, amelyet nem követett Uniós fellépés.
- Az egészségtelen élelmiszerek címkézésére, valamint reklámozására vonatkozó, adott esetben jelenleg is tárgyalás vagy felülvizsgálat alatt álló javaslatok szigorításával.
- A dohánytermékekre vonatkozó szabályozás szigorításával. A jelenleginél még határozottabb beavatkozás égető szükségessége rajzolódik ki az OECD 2016-os adataiból is: az dohányzás visszaszorítására tett erőfeszítések ellenére az EU országokban élő öt

---

<sup>5</sup> [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/whatsnew2014\\_en.htm](http://ec.europa.eu/public_opinion/whatsnew2014_en.htm)



felőttből egy napi rendszerességgel dohányzik, minden ötödik felnőtt legalább havonta egyszer túl sok alkoholt iszik, s minden hatodik túlsúlyos.<sup>6</sup>

### **Egészségügyi egyenlőtlenségek az EU-ban: a szakadék mélyül**

Az EU nem csupán közös piac, hanem értékközösség is egyben. Ez magában foglalja az egészséges polgárok Európáját, ahol mindenki, születésétől, társadalmi helyzetétől függetlenül ugyanolyan egészséges életre számolhat, és ugyanazt a színvonalú egészségügyi ellátást kapja. Ma ez az idea messze van a valóságtól: Európát egészségügyi egyenlőtlenségek szabdalják részekre: az egyenlőtlenségek nemcsak gazdag és szegény tagállamok között állnak fenn, hanem adott országon belül is különböző régiók, városrészek, és társadalmi csoportok között. Magyarország az egészségügyi egyenlőtlenségek között Európa sereghajtói közé tartozik, de még az országon belül is észlelhető a megosztottság a tehetősebbek és a kevésbé gazdagok, illetve konkrétan az ország majd' 10%-át kitevő Roma és a nem Roma lakosság között.

Érzékeltetésül néhány adat az [OECD 2016-os felméréséből](#): egy átlagos uniós polgár születésekor 81 életévre számíthat, de ha Magyarországon él, csak 76-ra. Magyarok vezetnek a korai halálozási, a vastagbél és a tüdőrák halálozási statisztikákat, összességében a rákhalálozási listát. A százezer lakosra jutó, nem fertőző betegségek miatt bekövetkező korai halálozás átlagos rátája az EU 28 országában 201 fő, a magyarországi adat ennek több mint a duplája, 411 fő, amivel vezetjük a listát.<sup>7</sup>

### **Egészség nélküli, kétsebességes Európa?**

A fentiek fényében nyilvánvaló, hogy a sikeres európai integráció kulcskérdése, hogy az Unió mennyiben képes a polgárai érdekei védelmében szabályozni és leküzdeni a meglévő egészségügyi egyenlőtlenségeket: eredményeznek-e az európai szabályok tisztább környezetet, csökkenő szegénységet, egészségbarátabb társadalmat? Jean-Claude Juncker, az Európai Bizottság elnöke által közelmúltban meghirdetett koncepció a „kétsebességes Európáról”<sup>8</sup> azonban vakon szembemegy a polgárok elvárásaival.

Kevesebb Európát, kevesebb szabályozást ígér azokon a területeken – mint a népegészségügy –, ahol égető szükség lenne közös európai fellépésre. Miközben az európai fellépést csak olyan rendkívül szűk területekre kívánja koncentrálni, mint a menekültválság, a közös védelmi politika (egyfajta NATO 2.0) vagy a kereskedelem. Ez utóbbi területen az amerikai és a kanadai szabadkereskedelmi megállapodások által keltett aggályok illusztrálják, mennyire veszélyes területen akar „több Európát” az EU.

**Kijelenthetjük, hogy az EU messze a rendelkezésére álló potenciál alatt teljesít, és a jogi felhatalmazások félreértelmezése és kihasználatlansága miatt nem lép fel számos olyan, népegészségügyi szempontból releváns területen kellő eréllyel, ahol ezt megtehetné. Jóllehet az európai polgárok többsége számára az egészség a**

<sup>6</sup>

[http://www.napi.hu/magyar\\_gazdasag/siralmas\\_latelet\\_a\\_magyarok\\_egeszsegerol\\_most\\_minden\\_kiderul.624843.html](http://www.napi.hu/magyar_gazdasag/siralmas_latelet_a_magyarok_egeszsegerol_most_minden_kiderul.624843.html)

<sup>7</sup>

[http://www.napi.hu/magyar\\_gazdasag/siralmas\\_latelet\\_a\\_magyarok\\_egeszsegerol\\_most\\_minden\\_kiderul.624843.html](http://www.napi.hu/magyar_gazdasag/siralmas_latelet_a_magyarok_egeszsegerol_most_minden_kiderul.624843.html)

<sup>8</sup> [http://hvg.hu/itthon/20170301\\_eu\\_jovoje\\_jeanclaude\\_juncker\\_europai\\_bizottsag](http://hvg.hu/itthon/20170301_eu_jovoje_jeanclaude_juncker_europai_bizottsag)



legfontosabb értékek között van, számos esetben tapasztaljuk, hogy a Bizottság prioritásai között az egészség csupán sereghajtó.

#### IV. CÍM NÉPEGÉSZSÉGÜGY

168. cikk

(az EKSz. korábbi 152. cikke)

**(1) Valamennyi uniós politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészségvédelem magas szintjét.**

**Az Unió fellépése, amely kiegészíti a nemzeti politikákat, a népegészségügyi helyzet javítására, az emberi megbetegedések és betegségek, valamint az emberek testi és szellemi egészségét fenyegető veszélyek okainak megelőzésére irányul. Az ilyen fellépés magában foglalja a széles körben terjedő súlyos betegségek elleni küzdelmet az azok okaira, terjedésére és megelőzésére vonatkozó kutatások, valamint az egészségügyi tájékoztatás és oktatás által, továbbá a határokon át terjedő súlyos egészségügyi veszélyek figyelemmel kísérését, az ilyen veszélyek korai előrejelzését és az ezek elleni küzdelmet.**

Az Unió kiegészíti a tagállamok fellépését a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos egészségkárosodás csökkentése érdekében, beleértve a felvilágosítást és a megelőzést is.

(2) Az Unió bátorítja a tagállamok közötti együttműködést az e cikkben említett területeken, és szükség esetén támogatást nyújt a tagállamok fellépéséhez. Az Unió ösztönzi különösen a határ menti területeken az egészségügyi szolgáltatások egymást kiegészítő jellegének javítására irányuló, tagállamok közötti együttműködést.

A tagállamok a Bizottsággal együttműködve összehangolják politikáikat és programjaikat az (1) bekezdésben említett területeken. A Bizottság a tagállamokkal szorosan együttműködve megteheti minden hasznos kezdeményezést az összehangolás előmozdítására, különös tekintettel az iránymutatások és mutatók megállapítására, a bevált gyakorlatok cseréjének megszervezésére, valamint az időszakonkénti felülvizsgálat és kiértékelés szükséges elemeinek kialakítására irányuló kezdeményezésekre. Az Európai Parlamentet teljeskörűen tájékoztatni kell.

(3) Az Unió és a tagállamok elősegítik az együttműködést harmadik országokkal és a népegészségügy területén hatáskörrel rendelkező nemzetközi szervezetekkel.

(4) A 2. cikk (5) bekezdésétől, illetve a 6. cikk a) pontjától eltérve, és a 4. cikk (2) bekezdésének k) pontjával összhangban az Európai Parlament és a Tanács rendes jogalkotási eljárás keretében, valamint a Gazdasági és Szociális Bizottsággal és a Régiók Bizottságával folytatott konzultációt követően az e cikkben említett célok eléréséhez való hozzájárulás érdekében a közös biztonsági kockázatok kezelésére elfogadja a következőket:

**a) az emberi eredetű szervek és szövetek, a vér és vérkészítmények magas szintű minőségi és biztonsági előírásainak megállapítására vonatkozó intézkedések; ezek az intézkedések nem akadályozhatják a tagállamokat abban, hogy szigorúbb védintézkedéseket tartsanak fenn vagy vezessenek be;**



**b) intézkedések az állat- és növényegészségügy terén, amelyek közvetlen célja a közegészség védelme;**

**c) a gyógyszerek és a gyógyászati célú eszközök magas szintű minőségi és biztonsági előírásainak megállapítására vonatkozó intézkedések;**

**(5) A Gazdasági és Szociális Bizottsággal, valamint a Régiók Bizottságával folytatott konzultációt követően az Európai Parlament és a Tanács rendes jogalkotási eljárás keretében ösztönző intézkedéseket állapíthat meg az emberi egészség védelmére és javítására, és különösen a határokon át széles körben terjedő súlyos betegségek elleni küzdelemre, valamint a határokon át terjedő súlyos egészségügyi veszélyek figyelemmel kísérésére, az ilyen veszélyek korai előrejelzésére és az ezek elleni küzdelemre vonatkozóan, továbbá olyan intézkedéseket állapíthat meg, amelyeknek közvetlen célja – a dohányra és a túlzott alkoholfogyasztásra vonatkozóan – a közegészség védelme, kizárva azonban a tagállamok törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezéseinek bármilyen harmonizációját.**

**(6) A Tanács a Bizottság javaslata alapján ajánlásokat is elfogadhat az e cikkben meghatározott célok érdekében.**

**(7) Az Unió tevékenységének tiszteletben kell tartania a tagállamoknak az egészségügyi politikájuk meghatározására, valamint az egészségügyi szolgáltatások és az orvosi ellátás megszervezésére és biztosítására vonatkozó hatáskörét. A tagállamok hatásköre kiterjed az egészségügyi szolgáltatások és az orvosi ellátás működtetésére, és a hozzájuk rendelt erőforrások elosztására. A (4) bekezdés a) pontjában említett intézkedések nem érinthetik a szervek és vér adására vagy gyógyászati célú felhasználására vonatkozó nemzeti rendelkezéseket.**

## **European Public Health Alliance (EPHA)**

epha@epha.org  
+32 2 230 30 56

Rue de Trèves 49-51,  
1040 Brussels (BELGIUM)



The European Public Health Alliance has received funding under an operating grant from the European Union's Health Programme (2014-2020). The content of this document represents the views of the author only and is his/her sole responsibility; it cannot be considered to reflect the views of the European Commission and/or the Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency or any other body of the European Union. The European Commission and the Agency do not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains. Transparency Register Number: 18941013532-08