

+++ Komercyjne determinanty chorób niezakaźnych w Europejskim Regionie WHO +++

Niniejsze tłumaczenie nie zostało opracowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). WHO nie ponosi odpowiedzialności za treść ani dokładność tego tłumaczenia. Oryginalne wydanie angielskie pozostaje wiążące i autentyczne: Commercial determinants of noncommunicable disorders in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024.

Zgodnie z warunkami określonymi w oryginalnym wydaniu raportu tłumaczenie to zostaje udostępnione z licencją CC BY-NC-SA tj. 4.0 Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike

Abstrakt

Niniejszy raport uwidacznia znaczący wpływ determinantów komercyjnych na choroby niezakaźne (NCD) w Europejskim Regionie WHO. Prawie 7500 zgonów dziennie w Regionie przypisuje się determinantom komercyjnym, takim jak tytoń, alkohol, przetworzona żywność, paliwa kopalne i praktyki zawodowe. Te produkty i praktyki komercyjne przyczyniają się do 25% wszystkich zgonów w Regionie. Rozdziały raportu systematycznie analizują różne aspekty tego, jak interesy komercyjne zaostrzają NCD oraz kluczowe strategie stosowane przez podmioty komercyjne w celu wywarcia negatywnego wpływu na politykę dotyczącą NCD na poziomie krajowym i międzynarodowym. Raport przedstawia również wybrane studia przypadków z Regionu, aby zilustrować kluczowe strategie i skutki wpływu przemysłu na politykę zdrowotną.

Raport zawiera następnie wezwanie do podjęcia pilnych i skoordynowanych działań w celu rozwiązania problemu komercyjnych determinantów NCD. Zaleca on budowanie koalicji opartych na wartościach równości, zrównoważonego rozwoju i odporności. Zawiera również apel do podmiotów zdrowia publicznego o rozwijanie kompetencji w zakresie ram ekonomicznych i prawnych, egzekwowanie przejrzystości i skuteczne zarządzanie konfliktami interesów. Raport podkreśla potrzebę solidnych reform finansowych i surowych regulacji w celu ograniczenia wpływu przemysłu i ochrony zdrowia publicznego. Wdrażając te strategie, Region może przyspieszyć postęp w realizacji globalnych celów w zakresie NCD i Celów Zrównoważonego Rozwoju do 2030 roku.

Słowa kluczowe:

DETERMINANTY KOMERCYJNE, PODMIOTY KOMERCYJNE, CHOROBY NIEZAKAŹNE, CZYNNIKI RYZYKA CHORÓB NIEZAKAŹNYCH.

ISBN: 978-92-890-6116-2 (PDF)

ISBN: 978-92-890-6117-9 (druk)

© World Health Organization 2024

Niektóre prawa zastrzeżone. Niniejsza praca jest dostępna na licencji Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Zgodnie z warunkami niniejszej licencji dozwolone jest kopiowanie, rozpowszechnianie i dostosowywanie tej pracy do celów niekomercyjnych, pod warunkiem odpowiedniego cytowania, jak wskazano poniżej. W przypadku jakiegokolwiek wykorzystania tej pracy nie należy sugerować, że WHO popiera jakąkolwiek konkretną organizację, produkty lub usługi. Używanie logo WHO jest niedozwolone. W przypadku dostosowywania tej pracy należy własne dzieło objąć tą samą lub równoważną licencją Creative Commons. W przypadku tłumaczenia niniejszej pracy należy dodać następujące zastrzeżenie wraz z sugerowanym cytatem: „Niniejsze tłumaczenie nie zostało opracowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). WHO nie ponosi odpowiedzialności za treść ani dokładność tego tłumaczenia. Oryginalne wydanie angielskie pozostaje wiążące i autentyczne: Commercial determinants of noncommunicable disorders in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024”.

Wszelkie mediacje dotyczące sporów wynikających z licencji będą prowadzone zgodnie z regulaminem mediacji World Intellectual Property Organization [Światowej Organizacji Własności Intelektualnej]. (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Sugerowany sposób odwołania do źródła: Commercial determinants of noncommunicable disorders in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dane katalogowania w trakcie procesu publikacji (CIP). Dane CIP są dostępne na stronie <http://apps.who.int/iris>.

Prawa, licencje i warunki sprzedaży. Aby zakupić publikację WHO należy wejść na stronę <http://apps.who.int/bookorders>. Aby przesłać wnioski o wykorzystanie komercyjne oraz zapytania związane z prawami i licencjami należy wejść na stronę <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiały stron trzecich. Osoby zainteresowane wykorzystaniem materiału z niniejszego dzieła przypisanego stronie trzeciej, takiego jak tabele, rysunki lub obrazy, winny ustalić czy potrzebne jest pozwolenie na takie użycie i uzyskać je od właściciela praw autorskich. Ryzyko roszczeń wynikających z naruszenia praw osób trzecich do jakiegokolwiek elementu stanowiącego część niniejszego dzieła spoczywa wyłącznie na użytkowniku.

Ogólne ograniczenia odpowiedzialności. Zastosowane oznaczenia i sposób prezentacji materiałów w niniejszej publikacji nie oznaczają wyrażenia jakiegokolwiek opinii ze strony WHO dotyczącej statusu prawnego jakiegokolwiek kraju, terytorium, miasta lub obszaru, ani jego władz, ani też dotyczącej przebiegu ich granic. Linie przerywane i kropkowane na mapach oznaczają przybliżone linie graniczne, co do których może jeszcze nie być pełnej zgody. Wzmianka o konkretnych firmach lub produktach niektórych producentów nie oznacza, że są one popierane lub rekomendowane przez WHO w stosunku do innych, podobnych produktów, które nie zostały wymienione. Z zastrzeżeniem błędów i pominięć, nazwy produktów zastrzeżonych są wyróżnione wielką literą.

WHO podjęło wszelkie uzasadnione środki ostrożności w celu weryfikacji informacji zawartych w tej publikacji. Opublikowany materiał jest jednak dystrybuowany bez jakiegokolwiek gwarancji, wyrażonej lub dorozumianej. Odpowiedzialność za interpretację i wykorzystanie materiału spoczywa na czytelniku. W żadnym wypadku WHO nie ponosi odpowiedzialności za szkody wynikłe z jego użytkowania.

SPIS TREŚCI

PRZEDMOWA.....	vii
PODZIĘKOWANIA.....	viii
SKRÓTY	xii
STRESZCZENIE	xiv
Wstęp. Znaczenie zajęcia się zagrożeniami komercyjnymi dla polityk dotyczących chorób niezakaźnych (NCD) w Europejskim Regionie WHO.....	1
Rozdział 1. Konceptualizacja komercyjnych determinantów zdrowia związanych z NCD.....	6
Rozdział 2. Strategie marketingowe zwiększają narażenie na czynniki ryzyka NCD i negatywnie wpływają na opiekę w NCD	16
Studium przypadku 1. Wykorzystanie społeczeństwa obywatelskiego do przezwyciężenia wpływu przemysłu w krajowej polityce marketingu żywności.....	20
Studium przypadku 2. Przezwyciężenie sprzeciwu przemysłu – francuska ustawa <i>Loi Évin</i> mająca ograniczyć marketing alkoholu	21
Studium przypadku 3. Promocja robotów chirurgicznych i jej konsekwencje w Wielkiej Brytanii	24
Rozdział 3. Negatywny wpływ struktury przemysłu i siły rynkowej na polityki	29
Studium przypadku 4. Produkcja mięsa w Europie	32
Studium przypadku 5. Rozszerzenie działalności branży napojów bezalkoholowych na sektor alkoholowy.....	34
Studium przypadku 6. Utrzymać pozycję monopolisty jak najdłużej: jak firmy farmaceutyczne toczą zakulisowe wojny o leki generyczne.....	35
Rozdział 4. Lobbying branżowy i jego wpływ na politykę dotyczącą NCD.....	40
Studium przypadku 7. Sprzeciw branży spożywczej i napojów wobec podatków SSB.....	44
Studium przypadku 8. Regulacja papierosów elektronicznych i podgrzewanych wyrobów tytoniowych (HTP) w Gruzji	45
Studium przypadku 9. Przykład lobbyngu farmaceutycznego instrumentalizującego stowarzyszenia i rodziny pacjentów.....	46
Rozdział 5. Wpływ międzynarodowych umów handlowych i inwestycyjnych (TIA) na politykę	50
Studium przypadku 10. Opakowania tytoniu, ISDS i chłód regulacyjny	52
Studium przypadku 11. Brexit, handel i zdrowie	53

SPIS TREŚCI (CIAĞ DALSZY)

Studium przypadku 12. Polityka handlowa i farmaceutyczna	54
Rozdział 6. Podważanie dowodów: manipulowanie wynikami badań naukowych dotyczącymi przyczyn, profilaktyki i leczenia NCD	58
Studium przypadku 13. Deklaracja Brukselska: Wpływanie na interpretację nauki i jej zniekształcanie	61
Studium przypadku 14. Finansowane przez przemysł programy edukacyjne dla młodzieży w Wielkiej Brytanii i zniekształcanie dowodów	64
Rozdział 7. Społeczna odpowiedzialność biznesu i jej negatywne skutki	69
Studium przypadku 15. Organizacje charytatywne i pinkwashing	72
Studium przypadku 16. CSR i artwashing	73
Rozdział 8. Zatrudnienie i zdrowie: rola komercyjnych narracji ekonomicznych i zmieniających się rynków pracy	76
Studium przypadku 17. Praca prekaryjna w modelu gig-work a zdrowie psychiczne w Szwecji	80
Studium przypadku 18. Skutki zdrowotne wstrząsów na rynku pracy	81
Rozdział 9. Praktyki finansowe i ekstrakcja bogactwa: rosnąca nierówność i podważanie profilaktyki i kontroli NCD	85
Studium przypadku 19. British American Tobacco i unikanie podatków	87
Studium przypadku 20. Producenci szczepionek przeciw COVID-19, skup akcji i maksymalizacja wartości dla akcjonariuszy	88
Studium przypadku 21. Inwestycje private equity w opiekę zdrowotną	89
Rozdział 10. Unia gospodarcza i przepisy Unii Europejskiej dotyczące jednolitego rynku: jak branże szkodzące zdrowiu podważają politykę mającą na celu ograniczenie NCD	92
Studium przypadku 22. Kontrola tytoniu w UE	95
Studium przypadku 23. Polityka kształtowania cen alkoholu w Szkocji	97
Studium przypadku 24. Oznakowanie alkoholu w Irlandii	98
Rozdział 11. Wykorzystywanie przez branże komercyjne kryzysów i sytuacji nadzwyczajnych	102
Studium przypadku 25. Interwencja McDonald's w obliczu kryzysu kosztów utrzymania	107
Studium przypadku 26. Philip Morris International a pandemia COVID-19	109
Studium przypadku 27. Branża mleka modyfikowanego podczas wojny na Ukrainie	110

SPIS TREŚCI (CIAĞ DALSZY)

Rozdział 12. Podejmowanie działań w celu rozwiązania problemów związanych z komercyjnymi determinantami NCD w Europie.....	115
Studium przypadku 28. Wspólny roczny przegląd sektora zdrowia Kirgistanu: mechanizm koordynacji w obszarze NCD.....	118
Studium przypadku 29. Budowanie koalicji i dialog polityczny: podatek od napojów słodzonych cukrem w Estonii.....	119
Studium przypadku 30. Europejski mechanizm regulacyjny i wpływ cen producentów na inhalatory stosowane w leczeniu astmy i POChP oraz inne leki stosowane w NCD.....	121
Rozdział 13. Głos społeczeństwa ma znaczenie: działania, jakie obywatele i społeczeństwo obywatelskie mogą podjąć, aby ograniczyć komercyjne determinanty NCD.....	124
Studium przypadku 31. Przyjęcie w Słowenii poprawek do ustawodawstwa tytoniowego	127
Studium przypadku 32. Rola Rady Kobiet Republiki Kirgiskiej w kształtowaniu opinii publicznej i wspieraniu ustawodawstwa dotyczącego kontroli tytoniu.....	128
Studium przypadku 33. Zapewnienie niedrogiego dostępu do leków w Europie i poza nią: przykład CDCA-Leadiant.....	129
Studium przypadku 34. Wezwanie do opracowania projektu dyrektywy o ochronie dzieci przed marketingiem niezdrowej żywności skierowanym do dzieci: sojusz na rzecz zmian	131
Studium przypadku 35. Wkład społeczeństwa obywatelskiego w działania Parlamentu Europejskiego w zakresie profilaktyki i leczenia NCD	132
Wniosek. Rozwiązanie problemu komercyjnych determinantów NCD w Europie: plan działania	136

PRZEDMOWA

Opóźnienia we wdrażaniu niezbędnych polityk i przepisów zapobiegających chorobom niezakaźnym (NCD) w państwach członkowskich WHO i Unii Europejskiej (UE) są alarmujące. Wyniki większości krajów są poniżej oczekiwań, jeżeli chodzi o realizację Celu 3.4 Zrównoważonego Rozwoju (SDG) do 2030 r.: zmniejszenia o jedną trzecią przedwczesnej umieralności z powodu NCD dzięki profilaktyce i leczeniu oraz promowaniu zdrowia psychicznego i dobrostanu. Dzieje się tak pomimo potencjału krajów Europejskiego Regionu WHO, dysponujących aktualnie możliwościami w zakresie zdrowia publicznego i dostępnością wiodących ekspertów.

Jedną z głównych barier powodujących opóźnienia we wdrażaniu polityk i przepisów dotyczących NCD jest wpływ głównych branż komercyjnych. Komercyjne determinanty zdrowia (CDoH) są obecne w życiu każdego człowieka, czasami widoczne, ale często ukryte. Ze względu na ogromny wpływ podmiotów komercyjnych na rynek globalny i politykę, ich wpływ na życie ludzi jest ogromny. Nie tylko produkty wytwarzane, promowane i sprzedawane przez te branże, ale także mechanizmy generowania zysków mogą negatywnie wpływać na zdrowie ludzi.

Celem WHO jest zdrowie dla wszystkich. Cel ten można osiągnąć tylko wtedy, gdy środowisko, w którym żyją ludzie, sprzyja zdrowiu, a nie mu szkodzi. Specjalna Inicjatywa ds. Chorób Niezakaźnych i Innowacji (SNI) Regionalnego Biura WHO dla Europy działa w systemie dwutorowym, wspierając państwa członkowskie w zmniejszaniu przedwczesnej umieralności do 2030 r. w celu osiągnięcia celu SG 3.4, a także analizując długoterminowe problemy w ramach obszaru roboczego „Wizja 2050”, który między innymi nadaje priorytet kwestii rozwiązania problem determinantów komercyjnych, chroniąc w ten sposób przyszłe pokolenia przed partykularnymi interesami.

Przez długi czas wzrost gospodarczy i przychody z działalności komercyjnej były postrzegane jako główny wskaźnik i miara sukcesu firm lub krajów. Obecnie badane są nowe modele, które stawiają zdrowie i dobrostan ludzi na pierwszym miejscu.

Niniejsza publikacja analizuje, jak determinanty komercyjne wpływają na NCD. Wpływ ten może być wywierany poprzez kilka mechanizmów i na różnych poziomach w różnych branżach. Pomimo różnorodności produktów, od produktów szkodliwych dla zdrowia, takich jak tytoń, alkohol czy napoje słodzone cukrem, po leki ratujące życie, branże stosują podobne strategie, aby maksymalizować zyski, zwiększać siłę rynkową i tworzyć najlepsze środowisko dla swojego dalszego rozwoju. Próby kontrolowania negatywnego wpływu działalności tych branż na zdrowie poprzez politykę mającą na celu zapobieganie NCD są stale kwestionowane, opóźniane, osłabiane lub wstrzymywane.

Zdrowie jest dobrem wspólnym i musimy je chronić. Mamy nadzieję, że ten raport będzie przydatnym narzędziem do lepszego zrozumienia komercyjnych determinantów NCD i umożliwi rozpoczęcie szerszej dyskusji w środowisku zdrowia publicznego, a następnie podjęcie konkretnych działań. Aby zająć się determinantami komercyjnymi i skutecznie zapobiegać NCD oraz je kontrolować, musimy współpracować ze wszystkimi interesariuszami zdrowia publicznego na rzecz sprzyjającej zdrowiu przyszłości dla wszystkich.

Dr Gauden Galea

Doradca Strategiczny ds. Chorób Niezakaźnych i Innowacji
Biuro Regionalne WHO dla Europy

Dr Hans Henri P. Kluge

Dyrektor Regionalny
Biuro Regionalne WHO dla Europy

PODZIĘKOWANIA

Specjalna Inicjatywa ds. Chorób Niezakaźnych i Innowacji (SNI) Regionalnego Biura WHO dla Europy pragnie podziękować przede wszystkim Państwom Członkowskim Regionu Europejskiego WHO, które poprzez swoje wsparcie (w tym finansowe), przywództwo i zaangażowanie umożliwiły powstanie tego raportu. Jesteśmy bardzo wdzięczni Państwom Członkowskim za recenzję tego raportu. Wyrazy wdzięczności kierujemy również do Sumudu Kasturiarachchi, Kathrin Hetz i Kremlin Wickramasinghe (SNI, Regionalne Biuro WHO dla Europy) za koordynację, wsparcie techniczne, redakcję, przegląd i finalizację raportu. Eric Carlin, Angela Ciobanu, Marilys Corbex, Carina Ferreira-Borges, Jill Farrington, María Lasiera Losada, Elizaveta Lebedeva, Maria Neufeld, Catherine Paradis, Ivo Rakovac, Elena Tsoy i Julianne Williams (SNI, Regionalne Biuro WHO dla Europy) wnieśli nieoceniony wkład techniczny w raport i dokonali jego recenzji.

Współtwórcy

Autorzy

Autorzy wiodący byli odpowiedzialni za redakcję i recenzję oraz udział w spotkaniach konsultacyjnych. Współautorzy pomagali we wszystkich tych czynnościach. Wszyscy autorzy złożyli deklarację konfliktu interesów.

Wstęp

Autor wiodący: Sumudu Kasturiarachchi (Biuro Regionalne WHO dla Europy)

Współautorzy: Ivo Rakovac (Biuro Regionalne WHO dla Europy), Kathrin Hetz (Biuro Regionalne WHO dla Europy), Kremlin Wickramasinghe (Biuro Regionalne WHO dla Europy)

Rozdział 1

Autor wiodący: Anna B Gilmore (University of Bath)

Współautorzy: Mark Petticrew (London School of Hygiene and Tropical Medicine), Benjamin Hawkins (University of Cambridge), Mélissa Mialon (INSERM), May van Schalkwyk (London School of Hygiene and Tropical Medicine)

Rozdział 2

Autor wiodący: Kathryn Backholer (Deakin University)

Współautorzy: Emma Boyland (University of Liverpool), Fiona Sing (University of Auckland)

Dodatkowi autorzy badania przypadku: Marie-Laurence Lambert (Doradca Tymczasowy, Biuro Regionalne WHO dla Europy), Marilys Corbex (Biuro Regionalne WHO dla Europy), Ajay Aggarwal (London School of Hygiene and Tropical Medicine) and Richard Sullivan (King's College London).

Rozdział 3

Autor wiodący: Jappe Eckhardt (University of York)

Dodatkowi autorzy badania przypadku: Marie-Laurence Lambert (Doradca Tymczasowy, Biuro Regionalne WHO dla Europy), Marilys Corbex (Biuro Regionalne WHO dla Europy)

Rozdział 4

Autor wiodący: Benjamin Hawkins (University of Cambridge)

Współautorzy: May van Schalkwyk (London School of Hygiene and Tropical Medicine), Kathrin Lauber (University of Edinburgh), Anna B Gilmore (University of Bath)

Dodatkowi autorzy badania przypadku: George Bakhturidze (Georgia State University), Marie-Laurence Lambert (Doradca Tymczasowy, Biuro Regionalne WHO dla Europy)

Rozdział 5

Autor wiodący: Benjamin Hawkins (University of Cambridge)

Współautorzy: May van Schalkwyk (London School of Hygiene and Tropical Medicine), Courtney McNamara (Newcastle University)

Rozdział 6

Autor wiodący: Mark Petticrew (London School of Hygiene and Tropical Medicine)

Współautorzy: Alice Fabbri (University of Bath), Tess Legg (University of Bath), May van Schalkwyk (London School of Hygiene and Tropical Medicine)

Rozdział 7

Autor wiodący: May van Schalkwyk (London School of Hygiene and Tropical Medicine)

Współautorzy: Mark Petticrew (London School of Hygiene and Tropical Medicine), Nason Maani (University of Edinburgh)

Rozdział 8

Autor wiodący: Courtney McNamara (Newcastle University,)

Współautorzy: Amanda Aronsson (Norweski Uniwersytet Naukowo-Techniczny), Gábor Scheiring (Georgetown University Qatar)

Rozdział 9

Autor wiodący: Benjamin Wood (Deakin University),

Współautorzy: J Robert Branston (University of Bath), Gary Sacks (Deakin University)

Rozdział 10

Autor wiodący: Benjamin Hawkins (University of Cambridge)

Współautorzy: May van Schalkwyk (London School of Hygiene and Tropical Medicine), Sheila Gilheany (Alcohol Action Ireland)

Rozdział 11

Autor wiodący: Clare Patton (University of Leeds),

Współautorzy: Laura Dryburgh (Blavatnik School of Government - University of Oxford) and Samantha Hopkins (Queen's University Belfast)

Rozdział 12

Autor wiodący: Méliisa Mialon (INSERM)

Współautorzy: Oskonbek Moldokulov (Doradca Tymczasowy, Biuro Regionalne WHO dla Europy)

Dodatkowi autorzy badania przypadku: Cervantée Wild (University of Oxford), Elena Tsoy (Biuro Regionalne WHO dla Europy) and Nino Maglakelidze (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy).

Rozdział 13

Autor wiodący: Alessandro Gallina (European Public Health Alliance)

Współautorzy: Méliisa Mialon (INSERM)

Dodatkowi autorzy badania przypadku: Mihaela Lovše (Slovenian Coalition for Public Health, Environment and Tobacco Control), Cervantée Wild (University of Oxford), Ainuru Altybaeva (National Academy of Science of Kyrgyz Republic) (Ayaldar Kenesh), Aliina Altymysheva (Biuro Regionalne WHO dla Europy), Rosalind Turkie (Pharmaceutical Accountability Foundation), Wilbert Bannenberg (Pharmaceutical Accountability Foundation), Kaitlin Mara (Pharmaceutical Accountability Foundation), Alba Gil (European Public Health Alliance)

Wnioski

Autorzy wiodący: Gauden Galea (Biuro Regionalne WHO dla Europy) i Sandro Galea (Boston University)

Recenzenci

Ajay Aggarwal (London School of Hygiene and Tropical Medicine)
Wilbert Bannenberg (Pharmaceutical Accountability Foundation)
Florence Berteletti (Eurocare)
Norah Campbell (Trinity College Dublin)
Angela Ciobanu (Specjalna Inicjatywa ds. Chorób Niezakaźnych i Innowacji (SNI), Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Adriana Isabel Pinedo Carrillo (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Marilys Corbex (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Caroline Costongs (Eurohealth Net)
Allison Ekberg (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Urska Erklavec (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Słowenia)
Carina Ferreira-Borges (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Hannah Forde (University of Oxford)
Sharon Friel (Australian National University)
Gauden Galea (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Sandro Galea (Boston University)
Narmin Guluzade (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Kakha Gvinianidze (Biuro Krajowe WHO w Gruzji)
Triin Habicht (Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Kathrin Hetz (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Stuart Hogarth (University of Cambridge)
Daniela-maria Madan (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Tifenn Lucile Marie Humbert (Biuro Regionalne WHO dla Europy)
María Lasierra Losada (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Sumudu Kasturiarachchi (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Knut-Inge Klepp (Joint Action Prevent Non-Communicable Diseases)
Monika Kosinska (Siedziba główna WHO)
Kristina Köhler (Biuro Krajowe WHO w Estonii)
Marie-Laurence Lambert (Doradca Tymczasowy, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Elizaveta Lebedeva (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Kaitlin Mara (Pharmaceutical Accountability Foundation)
Maria Neufeld (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Catherine Paradis (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Ivo Rakovac (Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Lieven De Raedt (Federalna Służba Zdrowia, Bezpieczeństwa Łańcucha Żywności i Środowiska, Belgia)
Tomáš Roubal (Biuro Krajowe WHO w Gruzji)
Franco Sassi (Imperial College London)
Dorota Sienkiewicz (Europejskie Biuro WHO ds. Inwestycji w Zdrowie i Rozwój)
Richard Sullivan (King's College London)
Takwa Tissaoui (University of Sydney)
Anne-Marie Thow (University of Sydney)
Alena Tokareva (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Fonthip Watcharaporn (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health)
Cervantée Wild (University of Oxford)
Kremlin Wickramasinghe (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Julianne Williams (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Wendy Yared (Association of European Cancer Leagues)
Olga Zhiteneva (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)

Biuro Regionalne WHO dla Europy

Angela Ciobanu (SNI, WHO/ Biuro Regionalne dla Europy)
Adriana Isabel Pinedo Carrillo (SNI, WHO/ Biuro Regionalne dla Europy)
Marilys Corbex (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Allison Ekberg (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Carina Ferreira-Borges (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Gauden Galea (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Narmin Guluzade (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Triin Habicht (Wydział Krajowej Polityki Zdrowotnej i Systemów Opieki Zdrowotnej)
Kathrin Hetz (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Tifenn Lucile Marie Humbert (Wydział Krajowej Polityki Zdrowotnej i Systemów Opieki Zdrowotnej)
María Lasiera Losada (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Sumudu Kasturiarachchi (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Elizaveta Lebedeva (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europyn)
Catherine Paradis (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Ivo Rakovac (Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Alena Tokareva (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Kremlin Wickramasinghe (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europyn)
Julianne Williams (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)
Olga Zhiteneva (SNI, Biuro Regionalne WHO dla Europy)

Siedziba główna WHO, biura krajowe WHO i biura rozproszone geograficznie

Aliina Altymysheva (Biuro Krajowe WHO w Kirgistanie)
Christine Elisabeth Brown (Europejskie Biuro WHO ds. Inwestycji w Zdrowie i Rozwój)
Silviu Domete (Biuro Krajowe WHO w Gruzji)
Kakha Gvinianidze (Biuro Krajowe WHO w Gruzji)
Monika Kosinska (Siedziba Główna WHO)
Kristina Köhler (Biuro Krajowe WHO w Estonii)
Juliette McHardy (Siedziba Główna WHO)
Tomáš Roubal (Biuro Krajowe WHO w Gruzji)
Amanda Marie Shriwise (Biuro Krajowe WHO w Kirgistanie)
Dorota Sienkiewicz (Europejskie Biuro WHO ds. Inwestycji w Zdrowie i Rozwój)
Livi Vedrasco (Biuro Krajowe WHO w Kirgistanie)

SKRÓTY

CAP	Wspólna Polityka Rolna (Unia Europejska)
CDoH	komercyjne determinanty zdrowia
CEO	dyrektor generalny
TSUE	Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej
CME	ustawiczne kształcenie medyczne
COI	konflikt interesów
CPA	działalność polityczna przedsiębiorstw
CPTPP	Kompleksowe i Progresywne Porozumienie o Partnerstwie Transpacyficznym
CSO	organizacja społeczeństwa obywatelskiego
CSR	społeczna odpowiedzialność biznesu
DTCA	reklama skierowana bezpośrednio do konsumentów
EMA	Europejska Agencja Leków
ENDS	elektroniczny system dostarczania nikotyny
EU	Unia Europejska
FCTC	Ramowa Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu
FDA	Agencja Żywności i Leków (Stany Zjednoczone)
GGTC	Globalne Centrum ds. Dobrego Zarządzania w Ograniczeniu Użycia Tytoniu
HFSS	żywność i napoje o wysokiej zawartości tłuszczu, soli i/lub cukru
HHI	branże szkodzące zdrowiu
HTA	raport z oceny technologii medycznych
HTP	podgrzewane wyroby tytoniowe
IAs	oceny skutków
ISDS	rozstrzygnięcie sporów między inwestorem a państwem
ICAP	Międzynarodowe Centrum Polityki Alkoholowej
ICS	System Sądów Inwestorskich
IPR	własne prawa własności intelektualnej
IQWiG	Instytut Jakości i Efektywności w Opiece Zdrowotnej
LMIC	kraje o niskich i średnich dochodach
MOU	memorandum porozumienia
M&A	fuzje i przejęcia
MUP	minimalna cena jednostkowa
NCD	choroby niezakaźne
OHA	Obesity Health Alliance [Sojusz na rzecz Zdrowia Otyłych]
PhRMA	Pharmaceutical Research and Manufacturers of America [Stowarzyszenie Badaczy i Przedsiębiorców Farmaceutycznych Ameryki]

SKRÓTY (CIAĞ DALSZY)

PPE	środki ochrony indywidualnej
PR	public relations
RCT	randomizowane badanie kontrolowane
SSB	napoje słodzone cukrem
SPM	Science for Profit Model [model nauka dla zysku]
TfL	Transport for London [Transport dla Londynu]
TIA	umowy handlowe i inwestycyjne
TRIPS	handlowe aspekty praw własności intelektualnej
UN	Organizacja Narodów Zjednoczonych
UNGP	Wytyczne Organizacji Narodów Zjednoczonych
UNICEF	Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci
WTO	Światowa Organizacja Handlu

STRESZCZENIE

Postępy w badaniach i praktyce w dziedzinie zdrowia publicznego przyczyniły się do rosnącego przekonania o roli podmiotów komercyjnych jako silnych czynników determinujących zdrowie, bezpieczeństwo i dobrostan ludzi na całym świecie. Zbyt długo to, w jaki sposób praktyki i produkty komercyjne zagrażają i podważają kształtowanie polityki i celów zdrowia publicznego, nie było przedmiotem należytej uwagi. Istnieje pilna potrzeba nowego spojrzenia na determinanty komercyjne z perspektywy palących problemów zdrowia publicznego naszych czasów, aby zapobiec niepotrzebnym szkodom i nierównościom w obszarze zdrowia. Niniejszy raport ma na celu pobudzenie nowego sposobu myślenia i działań, które pomogą zapewnić zdrowie i równość w całym Europejskim Regionie WHO.

Wstęp. Znaczenie zajęcia się zagrożeniami komercyjnymi dla polityk dotyczących chorób niezakaźnych (NCD) w Europejskim Regionie WHO

Ten rozdział prezentuje ogólne informacje na temat obciążenia chorobami niezakaźnymi (NCD) w Regionie, o którego przyczyniają się praktyki i produkty komercyjne. Analizuje on kluczowe wyzwania związane z osiągnięciem globalnych celów w zakresie NCD w Regionie oraz aktualne obawy związane z niezadowalającym wdrażaniem polityk w zakresie NCD związanym z ograniczaniem marketingu („Best Buy”). Następnie określa cele publikacji, którymi są wyjaśnienie powszechnych praktyk stosowanych przez podmioty komercyjne oraz dążenie do mobilizacji podmiotów politycznych do rozpoznawania niewłaściwego wpływu komercyjnego i podejmowania działań.

Rozdział 1. Konceptualizacja komercyjnych determinantów zdrowia związanych z NCD

Ten rozdział wprowadza pojęcie komercyjnych determinantów zdrowia (CDoH), podkreślając, jak podmioty sektora komercyjnego i ich praktyki wpływają na zdrowie, a w szczególności na NCD. Rozdział ten definiuje, co oznaczają determinanty komercyjne, i omawia szereg różnych podmiotów komercyjnych, ich motywy kierowane zyskiem oraz wspólne strategie, które mogą szkodzić zdrowiu publicznemu. Zawiera on apel o pilne uznanie i regulację CDoH w celu złagodzenia tych skutków dla zdrowia i rozwiązywania problemu rosnących nierówności w obszarze zdrowia.

Rozdział 2. Strategie marketingowe zwiększają narażenie na czynniki ryzyka NCD i negatywnie wpływają na opiekę w NCD

Ten rozdział koncentruje się na tym, jak strategie marketingowe zwiększają narażenie na czynniki ryzyka NCD i negatywnie wpływają na obciążenie NCD, a często także na ich profilaktykę, leczenie kliniczne i kontrolę. Opisuje on szczegółowo, jak branże takie jak tytoniowa, alkoholowa, spożywcza, farmaceutyczna i opieki zdrowotnej integrowały kampanie marketingowe, aby promować i normalizować stosowanie szkodliwych produktów, w tym takie, które często są skierowane do dzieci, grup znajdujących się w niekorzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej i innych. Rozdział ten podkreśla wszechobecną rolę marketingu cyfrowego i wyzwania związane z jego regulacją wynikające z zaawansowanych technologii i targetowania algorytmicznego. Zawiera on również badania przypadków dotyczące sprzeciwu branży wobec ograniczeń w marketingu żywności w Wielkiej Brytanii oraz francuskiej ustawy alkoholowej *Loi Évin* dotyczącej ograniczeń w reklamie i promocji, a także tego, jak organizacje zdrowia publicznego i społeczeństwa obywatelskiego starały się go przezwyciężyć, a także studium przypadku analizujące konsekwencje wprowadzenia robotów chirurgicznych w Wielkiej Brytanii. Rozdział omawia następnie potencjalne działania regulacyjne, bariery wynikające ze sprzeciwu branży oraz znaczenie silnych środków prawnych chroniących zdrowie publiczne przed szkodliwymi praktykami marketingowymi.

Rozdział 3. Struktura przemysłu i siła rynkowa negatywnie wpływają na politykę

Rozdział 3 bada, jak struktura przemysłu i siła rynkowa negatywnie wpływają na politykę publiczną związaną z NCD. Analizuje sposoby, w jakie branże, takie jak produkcji mięsa, napojów bezalkoholowych i farmaceutyków, wykorzystują swoją dominację rynkową do utrzymania pozycji monopolistycznej, rozszerzania linii produktów na nowe sektory i manipulowania cenami.

Rozdział zawiera studia przypadków ilustrujące te praktyki, takie jak wysokie koszty innowacyjnych leków i bitwy o dostęp do niedrogich leków. Podkreśla szkodliwy wpływ strategii podmiotów komercyjnych na politykę zdrowia publicznego oraz potrzebę wprowadzenia ram regulacyjnych ograniczających ich władzę i chroniących wyniki zdrowotne.

Rozdział 4. Lobbing branżowy i jego wpływ na politykę dotyczącą NCD

Ten rozdział bada wpływ lobbingu branżowego na politykę publiczną dotyczącą NCD. Rozdział ten ilustruje, w jaki sposób branże komercyjne, w tym tytoniowa, spożywcza i farmaceutyczna, angażują się w praktyki polityczne mające na celu uniemożliwienie, osłabianie i opóźnianie regulacji dotyczących zdrowia publicznego. Przedstawia studia przypadków, takie jak sprzeciw branży wobec regulacji papierosów elektronicznych w Gruzji i sprzeciw wobec podatków od napojów słodzonych cukrem oraz przykład lobbingu branży farmaceutycznej wykorzystującego stowarzyszenia i rodziny pacjentów. Podkreśla powszechną ingerencję przemysłu w proces kształtowania polityki, która często przedkłada interesy komercyjne nad zdrowie publiczne, i wzywa do wprowadzenia silniejszych środków regulacyjnych w celu przeciwdziałania tym staraniom lobbingowym i ochrony polityki dotyczącej NCD.

Rozdział 5. Wpływ międzynarodowych umów handlowych i inwestycyjnych na politykę

Rozdział 5 omawia wpływ międzynarodowych umów handlowych i inwestycyjnych (TIA) na NCD i powiązane z nimi polityki. Omawia, w jaki sposób umowy te mogą ograniczać zdolność rządów do wdrażania środków ochrony zdrowia publicznego poprzez przedkładanie interesów komercyjnych w ramach interesów handlowych i inwestycyjnych nad kwestie zdrowotne. Rozdział ten zwraca uwagę na przykłady kwestionowania przez przemysł tytoniowy przepisów dotyczących opakowań tytoniu, potencjalne skutki zdrowotne zmian w umowach handlowych po wystąpieniu Wielkiej Brytanii z Unii Europejskiej (UE) oraz wpływ przemysłu farmaceutycznego na umowy handlowe, pokazując napięcie między interesami komercyjnymi a celami zdrowia publicznego. Wzywa do starannego rozważenia wpływu na zdrowie w negocjacjach handlowych oraz do opracowania polityk zapewniających uwzględnienie priorytetów zdrowotnych i utrzymanie przez rządy zdolności do skutecznego radzenia sobie z NCD.

Rozdział 6. Podważanie dowodów: manipulowanie wynikami badań naukowych dotyczącymi przyczyn, profilaktyki i leczenia NCD

Ten rozdział analizuje wykorzystanie praktyk naukowych przez podmioty komercyjne, zwracając uwagę na systemowy problem dezinformacji i wprowadzania w błąd odnośnie profilaktyki i leczenia NCD. Opisano w nim pięć kluczowych strategii stosowanych przez podmioty komercyjne, zwłaszcza w branżach szkodzących zdrowiu (HHI), w celu wpływania na badania naukowe i publiczne rozumienie kwestii zdrowotnych oraz faworyzowania ich interesów komercyjnych, takich jak finansowanie badań korzystnych dla branży, rozpowszechnianie dezinformacji i podważanie wytycznych dotyczących zdrowia publicznego. W rozdziale tym przedstawiono przykłady wpływu przemysłu na interpretację dowodów oraz tego, jak finansowane przez przemysł programy edukacyjne dla młodzieży zniekształcają dowody w Wielkiej Brytanii. Następnie podkreślono potrzebę podjęcia zdecydowanych działań w celu przeciwdziałania tym manipulacyjnym praktykom, zapobiegania konfliktom interesów, zapewnienia przejrzystości i promowania niezależnej, opartej na dowodach wiedzy w dziedzinie profilaktyki i leczenia NCD.

Rozdział 7. Społeczna odpowiedzialność biznesu (CSR) i jej negatywne skutki

Rozdział 7 koncentruje się na CSR jako strategii zarządzania reputacją przedsiębiorstw. Omawia, jak firmy, zwłaszcza z branż HHI, wykorzystują inicjatywy CSR do poprawy swojego wizerunku w oczach ogółu i zyskania wpływów, często kosztem zdrowia publicznego. Rozdział ten podkreśla, że choć działania te mogą wydawać się dobroczynne, często służą one odparciu krytyki i uniknięciu regulacji. Przedstawiono w nim dwa studia przypadków: jedno dotyczące pinkwashingu, gdzie przemysł alkoholowy współpracuje z organizacjami charytatywnymi zajmującymi się rakiem piersi, a drugie dotyczące artwashingu, gdzie przemysł farmaceutyczny i branża hazardowa promują sztukę i kulturę. Dalej rozdział ten podkreśla potrzebę krytycznej analizy praktyk CSR i sugeruje, że rzeczywiste mechanizmy rozliczalności i regulacje są niezbędne, aby zapewnić, że działania korporacyjne są zgodne z interesami zdrowia publicznego, a nie jedynie służą celom nastawionym na zysk.

Rozdział 8. Zatrudnienie i zdrowie: rola komercyjnych narracji ekonomicznych i zmieniających się rynków pracy

Ten rozdział bada związek między zatrudnieniem, zdrowiem i rolą komercyjnych narracji ekonomicznych w kształtowaniu rynków pracy. Rozdział przedstawia studia przypadków dotyczące wpływu niestabilnego zatrudnienia w Szwecji i wstrząsów na rynku pracy na zdrowie psychiczne. Podkreśla również wagę zajęcia się warunkami ekonomicznymi i warunkami zatrudnienia, które przyczyniają się do nierówności w zdrowiu i zachorowalności na NCD, zalecając polityki promujące stabilne, sprawiedliwe zatrudnienie i chroniące zdrowie pracowników.

Rozdział 9. Praktyki finansowe i maksymalizacja zysków kosztem innych: rosnąca nierówność i podważanie profilaktyki i kontroli NCD

Rozdział 9 analizuje, w jaki sposób praktyki finansowe i maksymalizacja zysków kosztem innych przez podmioty komercyjne zwiększają nierówności i osłabiają prewencję i kontrolę NCD. Podkreśla rolę unikania opodatkowania, transferu zysków do rajów podatkowych oraz agresywnych strategii planowania finansowego, które pozbawiają rządy dochodów niezbędnych do finansowania zdrowia publicznego. Rozdział zawiera studia przypadków dotyczące unikania opodatkowania przez British American Tobacco oraz skupu akcji przez producentów szczepionek przeciw COVID-19. Podkreśla potrzebę reform finansowych i surowszych regulacji, aby zapewnić, że podmioty komercyjne wnoszą sprawiedliwy wkład do finansów publicznych i nie pogłębiają nierówności w zakresie opieki zdrowotnej.

Rozdział 10. Unia gospodarcza i przepisy jednolitego rynku Unii Europejskiej: w jaki sposób szkodliwe dla zdrowia branże podważają politykę mającą na celu ograniczenie NCD

Ten rozdział bada, jak podmioty komercyjne wykorzystują prawo dotyczące unii gospodarczej i jednolitego rynku UE do sprzeciwiania się politykom mającym na celu rozwiązanie problemu ciężaru NCD. Rozdział ten podkreśla, jak przedsiębiorstwa mogą wykorzystywać ramy prawne do kwestionowania krajowych przepisów dotyczących zdrowia publicznego, często argumentując, że takie przepisy utrudniają wolny handel i konkurencję. Rozdział przedstawia przykłady, w jaki sposób przemysł tytoniowy i alkoholowy wykorzystuje prawo UE do blokowania wdrażania środków ochrony zdrowia na poziomie UE, stawiając tym samym interes komercyjny nad zdrowie publiczne. Rozdział ten zawiera apel o silniejsze mechanizmy regulacyjne i interpretację tych przepisów w sposób bardziej prozdrowotny, aby skutecznie przeciwdziałać kryzysowi NCD w kontekście UE.

Rozdział 11. Wykorzystywanie przez branże komercyjne kryzysów i sytuacji nadzwyczajnych

Rozdział 11 omawia, jak podmioty komercyjne mogą wykorzystywać kryzysy i sytuacje nadzwyczajne do realizacji swoich interesów, co również może odbywać się kosztem zdrowia publicznego. Przedstawia studia przypadków ilustrujące, jak firmy takie jak McDonald's, Philip Morris International i branża komercyjna mleka modyfikowanego wykorzystały wydarzenia, takie jak kryzys związany z kosztami utrzymania, pandemia COVID-19 i wojna na Ukrainie, do promocji swoich produktów i wpływania na politykę publiczną. Działania te mogą zaostrzyć ryzyko NCD i osłabić działania w zakresie zdrowia publicznego. Rozdział zawiera apel o czujność wobec tych praktyk i zaostrzenie przepisów, aby zapobiec wykorzystywaniu kryzysów przez przemysł dla korzyści komercyjnych, zapewniając, że zdrowie publiczne pozostanie priorytetem w sytuacjach kryzysowych.

Rozdział 12. Podejmowanie działań w celu rozwiązania problemów związanych z determinantami komercyjnymi NCD w Europie

W tym rozdziale przedstawiono propozycję działań mających na celu zmniejszenie obciążenia NCD poprzez rozwiązanie problemu CDoH. Podkreśla się w nim potrzebę skoordynowanych wysiłków rządów, społeczeństwa obywatelskiego i organizacji międzynarodowych w celu wdrożenia skutecznych polityk i przepisów. Rozdział przedstawia studia przypadków Wspólnego Roczego Przeglądu Koordynacji NCD w Kirgistanie oraz sukcesu Estonii we wprowadzeniu podatku od napojów słodzonych cukrem dzięki budowaniu koalicji. Zaleca on kompleksowe podejścia, obejmujące budowanie koalicji, dialog polityczny i mechanizmy regulacyjne, a także eliminowanie ograniczeń systemu polityczno-ekonomicznego, aby przeciwdziałać CDoH i skutecznie zwalczać i zapobiegać NCD.

Rozdział 13. Głos społeczeństwa ma znaczenie: działania, jakie obywatele i społeczeństwo obywatelskie mogą podjąć, aby ograniczyć komercyjne determinanty NCD

Rozdział 13 podkreśla znaczenie działań społeczeństwa obywatelskiego w zakresie komercyjnych determinantów NCD. Wskazuje działania, które społeczeństwo obywatelskie może podjąć, aby promować silniejszą politykę i regulacje w zakresie zdrowia publicznego. Rozdział ten przedstawia studia przypadków pokazujące skuteczne interwencje społeczeństwa obywatelskiego, takie jak przyjęcie zmian w ustawodawstwie tytoniowym w Słowenii oraz rolę Rady Kobiet Republiki Kirgiskiej we wspieraniu ustawodawstwa dotyczącego kontroli tytoniu. Podkreśla siłę działań zbiorowych, odpowiedniego finansowania i strategicznych sojuszy w kształtowaniu polityki i reagowaniu na wpływ podmiotów komercyjnych.

Wnioski. Etapowe podejście do rozwiązania problemu komercyjnych determinantów NCD w Europie: plan działania

Wnioski z raportu podkreślają pilną potrzebę podjęcia działań w celu minimalizacji determinantów komercyjnych związanych z NCD, aby zmniejszyć rosnący ciężar NCD w Regionie. Zawierają one wezwanie do rządów, społeczeństwa obywatelskiego i środowiska akademickiego do działania poprzez budowanie koalicji, kładzenie nacisku na dobrostan i opracowanie jasnego programu polityki w zakresie NCD, opartego na podstawowych wartościach, takich jak równość, zrównoważony rozwój i odporność. Zawierają również wezwanie podmiotów zdrowia publicznego do: rozwijania kompetencji w zakresie identyfikacji, prewencji i kontroli CDoH i konfliktami interesów; identyfikacji i krytycznej oceny badań finansowanych przez przemysł, a także rozwijania umiejętności wykorzystywania dowodów w celu wspierania silniejszych regulacji; skuteczniejszego angażowania się w debaty i kształtowania polityki gospodarczej i handlowej; oraz wspierania rządów w sprzeciwianiu się pozwom, które blokują lub opóźniają skuteczną politykę w zakresie NCD. Rządy w Europie są również wzywane do egzekwowania już istniejących przepisów chroniących ludzi przed NCD oraz do wspierania rygorystycznych i skutecznych środków ograniczających skutki działań podmiotów komercyjnych.

Wstęp.

Znaczenie zajęcia się zagrożeniami komercyjnymi dla polityk dotyczących chorób niezakaźnych (NCD) w Europejskim Regionie WHO



Główne punkty

- NCD są przyczyną 90% zgonów w Europejskim Regionie WHO, a prawie dwie trzecie tych zgonów jest bezpośrednio związanych z czynnikami ryzyka.
- Cztery główne produkty komercyjne – alkohol, tytoń, przetworzona żywność i napoje oraz paliwa kopalne – oraz praktyki komercyjne, takie jak narażenie na związane z pracą czynniki rakotwórcze, powodujące astmę, i urazy, powodują szacunkowo 2,7 miliona zgonów rocznie (czyli 7400 zgonów dziennie), co stanowi średnio prawie jedną czwartą (24,5%) wszystkich zgonów w Europejskim Regionie WHO.
- Region pozostaje w tyle w realizacji globalnego celu w zakresie NCD, jakim jest zmniejszenie ryzyka przedwczesnej umieralności o jedną trzecią do 2025 r. w porównaniu z poziomami wyjściowymi z 2010 r., przy znacznych różnicach między regionami. Kraje Regionu nie wdrażają nawet połowy polityk „Best Buy” WHO, które konsekwentnie okazują się korzystne.
- Celem niniejszego raportu jest zajęcie się tym problemem poprzez wsparcie i mobilizację interesariuszy polityki w celu identyfikacji, prewencji i minimalizacji wpływu branży komercyjnej na polityki związane z NCD.

Przyczynę sektora komercyjnego do obciążenia NCD w Regionie Europejskim WHO

NCD odpowiadają za 90% zgonów i 85% lat przeżytych z niepełnosprawnością w Regionie. Dwie trzecie wszystkich zgonów przed 70. rokiem życia w Regionie jest spowodowanych czterema głównymi NCD: chorobami układu krążenia, nowotworami, przewlekłymi chorobami układu oddechowego i cukrzycą. Choroby układu krążenia i nowotwory odpowiadają za istotną część zgonów, odpowiednio 51,4% i 46,4% (1).

Prawie dwie trzecie (61,3%) zgonów spowodowanych NCD w Regionie można przypisać bezpośrednio czynnikom ryzyka, a zatem można im zapobiec poprzez minimalizację narażenia (2). Behawioralne czynniki ryzyka, takie jak konsumpcja alkoholu i tytoniu, niezdrowa dieta i niewystarczająca aktywność fizyczna, to takie przyczyny tych chorób, które można wyeliminować. Prowadzą one również do metabolicznych czynników ryzyka, którym inaczej można byłoby zapobiec; takich jak nadwaga i otyłość, wysokie ciśnienie krwi, wysoki poziom cukru we krwi i wysoki poziom cholesterolu. Ekspozycja na zanieczyszczenie powietrza wynikające ze spalania paliw kopalnych prowadzi do chorób układu oddechowego i serca, a także wielu innych schorzeń u dorosłych; stanowi ona również szczególne zagrożenie dla małych dzieci, których mózg i płuca jeszcze się rozwijają. Ponadto, nieoptymalne temperatury i ryzyko zawodowe również przyczyniają się do obciążenia NCD.

W Regionie cztery główne produkty komercyjne – alkohol, tytoń, przetworzona żywność i napoje oraz paliwa kopalne – oraz praktyki komercyjne, takie jak narażenie na związane z wykonywaną pracą czynniki rakotwórcze, astmę i urazy, powodują szacunkowo 2,7 miliona zgonów rocznie, co stanowi średnio prawie jedną czwartą (24,5%) wszystkich zgonów (Tabela 1) (2). Innymi słowy, każdego dnia w Regionie umiera ponad 7400 osób z powodu szkodliwych towarów i praktyk branży komercyjnej. Liczba ta może być również niedoszacowaniem tego wpływu. Na przykład, WHO szacuje, że 8,8% wszystkich zgonów w Regionie można przypisać spożyciu alkoholu (3), liczba ponad dwukrotnie wyższa niż szacunki Global Burden of Disease, między innymi wskutek uwzględnienia więcej niż jednego aspektu spożycia alkoholu i większej liczby chorób, które można z nim powiązać. Vohra i in. szacują, że 7,6% zgonów na świecie jest spowodowanych zanieczyszczeniem paliwami kopalnymi (4). Ponadto szacunki w Tabeli 1 nie uwzględniają zgonów spowodowanych metabolicznymi czynnikami ryzyka, które powstają w wyniku spożywania lub używania tych niezdrowych produktów.

Tabela 1. Szacunkowa roczna liczba zgonów przypisywanych czterem produktom komercyjnym (tytoń, alkohol, żywność i paliwa kopalne) oraz praktykom komercyjnym w Regionie Europejskim WHO, 2021

Sektor przemysłu	Wszystkie przyczyny zgonów (wartość średnia)	
	Liczba	Udział procentowy
Tytoń	1 151 575	10,37
Alkohol	426 857	3,84
Dieta bogata w przetworzone mięso	117 290	1,06
Dieta bogata w sól	252 187	2,27
Dieta bogata w napoje słodzone cukrem	15 606	0,14
Dieta bogata w kwasy tłuszczowe trans	6 056	0,05
Paliwa kopalne (zanieczyszczenie ozonem i pyłem zawieszonym)	578 908	5,21
Ryzyko zawodowe	174 732	1,57
Całkowita liczba zgonów spowodowanych produktami i praktykami komercyjnymi w Europejskim Regionie WHO	2 723 211	24,5

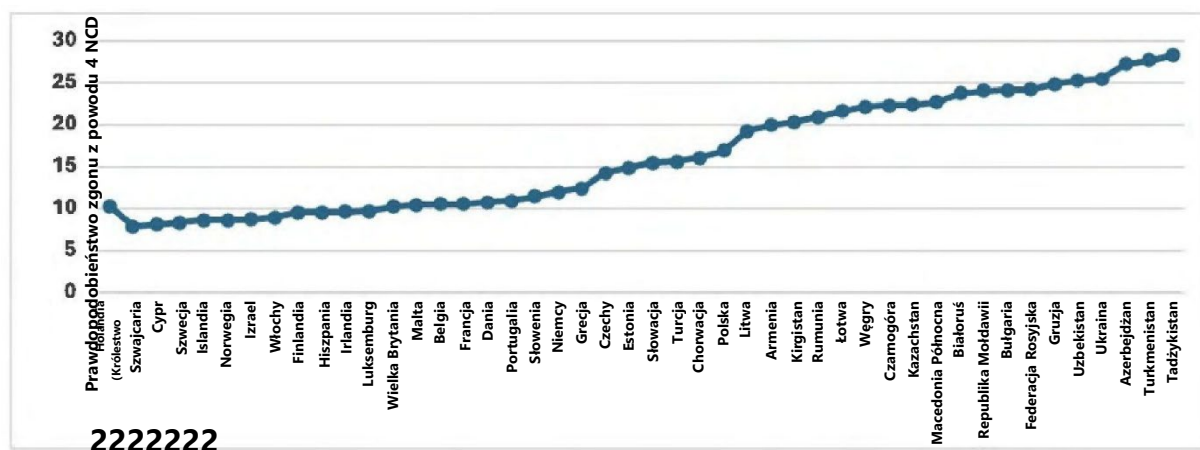
Źródło: Globalne obciążenie chorobami, szacunki z 2021 r (2)

Branże szkodzące zdrowiu (HHI) nie tylko powodują śmierć i niepełnosprawność, ale także pogłębiają nierówności zdrowotne. Dowody konsekwentnie wskazują, że grupy społecznie i ekonomicznie wrażliwe są bardziej narażone na śmierć i niepełnosprawność z powodu chorób wynikających ze spożywania tych produktów. Na przykład dane COSI (Children's Obesity Surveillance Initiative; Inicjatywa Kontroli Otyłości u Dzieci) wykazały, że otyłość występowała częściej u dzieci, których rodzice mieli niski poziom wykształcenia, w porównaniu z dziećmi, których rodzice mieli wysoki poziom wykształcenia. Różnica wynosiła aż 11% (5). Raport European Health Equity Status (Europejski Status Równości Zdrowotnej) podkreślił dalsze nierówności w zakresie NCD i ich czynników ryzyka (6). W związku z tym wykazano, że nierówności zmniejszają się wraz ze spadkiem spożycia. Dane z Litwy pokazują, że po opodatkowaniu alkoholu nierówności w zakresie śmiertelności z wszystkich przyczyn zależnie od wykształcenia zmniejszyły się o 18% wśród mężczyzn i 14% wśród kobiet. (7).

Kluczowe wyzwania związane z NCD w Regionie

W związku ze zbliżającym się czwartym Spotkaniem Wysokiego Szczebla ONZ w sprawie Chorób Niezakaźnych, zaplanowanym na 2025 r., Region stoi przed wyjątkowym wyzwaniem, jakim jest osiągnięcie globalnych celów w zakresie NCD do 2025 r. oraz SDG do 2030 r. Występują znaczne różnice w zdrowiu między subregionami, a także nierówności w poszczególnych krajach. Chociaż Region jako całość nie jest na dobrej drodze do osiągnięcia celu SDG, jakim jest zmniejszenie o jedną trzecią przedwczesnej umieralności z powodu NCD w latach 2015–2030, istnieje prawie trzykrotna różnica w ryzyku przedwczesnej umieralności z powodu tych chorób między krajami (Rys. (1)).

Rys. 1. Prawdopodobieństwo zgonu w wieku 30–69 lat z powodu czterech głównych NCD (choroby układu krążenia, nowotwory, przewlekłe choroby układu oddechowego i cukrzyca)



Źródło: WHO, 2021 (8).

Pomimo spójnych dowodów na to, że polityki „Best Buy” w obszarze NCD są opłacalne i zapewniają szybkie korzyści zdrowotne Państwom Członkowskim dzięki takim politykom, jak opodatkowanie, zapobieganie niezdrowemu marketingowi i ograniczenia sprzedaży, poziom wdrożenia pozostaje niski. Kraje w Regionie wdrażają średnio mniej niż połowę zalecanych interwencji w celu radzenia sobie z NCD.

Żaden z krajów w Regionie nie jest na dobrej drodze do powstrzymania wzrostu otyłości i osiągnięcia globalnych celów w zakresie NCD do 2025 r. (9). Przewiduje się, że Region nie osiągnie globalnego celu w zakresie NCD, jakim jest 30% względne zmniejszenie konsumpcji tytoniu wśród osób w wieku 15+ lat. Region pozostaje również jedynym regionem na świecie, co do którego nie przewiduje się osiągnięcia celu 30% względnego zmniejszenia konsumpcji tytoniu wśród kobiet do 2025 r. (10). Rosnące zainteresowanie elektronicznymi systemami dostarczania nikotyny (ENDS) i bezdymnymi wyrobami tytoniowymi wśród młodzieży jest również poważnym problemem dla wielu Państw Członkowskich. Region pozostaje największym konsumentem alkoholu na świecie (3). Podczas gdy kilka wiodących krajów w centralnej i wschodniej części Regionu odnotowało znaczny spadek poziomu konsumpcji po zdecydowanym wdrożeniu polityki WHO „Best Buy”, w UE od 2010 r. nie odnotowano żadnej zmiany w spożyciu alkoholu (3).

Przemysłowo produkowane kwasy tłuszczowe trans (TFA) przyczyniają się do wysokiej częstości występowania chorób sercowo-naczyniowych w Regionie, co sprawia, że eliminacja TFA jest priorytetem. Chociaż w UE poczyniono znaczne postępy dzięki przepisom mającym na celu usunięcie przemysłowo produkowanych TFA z żywności, kraje Euroazjatyckiej Unii Gospodarczej nie spełniły kryteriów najlepszych praktyk WHO obejmujących wszystkie grupy żywności (11). Szacuje się, że czterdzieści trzy z 53 krajów Regionu spożywa średnio ponad 7,5 g soli dziennie; jest to o 50% więcej niż zalecenie WHO, które określa ten poziom na 5 g soli dziennie, co dodatkowo zwiększa ryzyko nadciśnienia tętniczego, głównego czynnika ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, takich jak choroby serca i udar mózgu (12). Podatki od napojów słodzonych cukrem wprowadzone zostały tylko w 19 krajach Regionu (13).

Polityka opodatkowania alkoholu jest wdrażana w najmniejszym stopniu, chociaż stanowi jedną z najskuteczniejszych polityk kontroli alkoholu w Regionie (14). Jeśli chodzi o papierosy, pomimo że 53% krajów stosuje stawkę podatku przekraczającą 75% ceny detalicznej, przystępność cenowa papierosów spadła jedynie w 36% Państw Członkowskich w Regionie. Tylko 34% Państw Członkowskich zakazało palenia w miejscach publicznych (15). Etykietowanie alkoholu i żywności ze szczegółowymi informacjami o składnikach i ostrzeżeniami zdrowotnymi oraz pozbawione napisów opakowania wyrobów tytoniowych zapobiegają nieuczciwemu marketingowi i wprowadzaniu konsumentów w błąd; jednak wdrażanie tych polityk napotyka znaczne opóźnienia i trudności na szczeblu regionalnym i krajowym.



© WHO

Chociaż istnieje wiele przyczyn tych opóźnień, jako jedną z głównych barier często wymienia się ingerencję przemysłu. Region jest siedzibą pięciu największych producentów alkoholu na świecie. Wartość rynku alkoholu szacuje się na 200 miliardów euro, co stanowi 20% globalnego rynku alkoholu (16). Wartość rynku tytoniowego szacuje się na 256 miliardów euro, a jego roczne tempo wzrostu wynosi 2,6% (17). Przemysł farmaceutyczny i wyrobów medycznych wywiera znaczący wpływ na politykę zdrowotną ze względu na rozmiar i siłę rynkową, jaką tworzą te choroby; ich praktyki, takie jak niskiej jakości interwencje medyczne i niepotrzebne, nieoparte na dowodach naukowych terapie, prowadzą do marnotrawstwa wydatków już napiętych budżetów opieki zdrowotnej.

Aby Region osiągnął globalne cele w zakresie NCD i SDG jako jeden, zjednoczony Region, istnieje pilna potrzeba usunięcia barier i przyspieszenia wdrażania kluczowych polityk „Best Buy”, które mogą przynieść szybkie korzyści i zmniejszyć nierówności w Regionie.

Cele niniejszego raportu

Niniejsza publikacja na temat komercyjnych determinantów NCD ma na celu podniesienie świadomości decydentów w Regionie na temat:

- potrzeby przyspieszenia przez Region postępów w realizacji globalnych celów w zakresie NCD;
- roli szkodliwego wpływu przemysłu komercyjnego – ze szczególnym uwzględnieniem przemysłu alkoholowego, tytoniowego, spożywczego i napojów – w opóźnianiu wdrażania polityk „Best Buy” w zakresie NCD poprzez wyjaśnienie powszechnie stosowanych praktyk; oraz
- mobilizacji interesariuszy politycznych do uznania znaczenia wpływu przemysłu i podjęcia działań w celu uwolnienia środowiska politycznego od tego wpływu.

Niniejsza publikacja przedstawia również 35 studiów przypadków z różnych obszarów polityki w całym Regionie, aby pokazać zakres komercyjnych determinantów NCD i ich znaczenie dla dzisiejszych dyskusji politycznych. Studia te zostały wybrane na podstawie dostępności opublikowanych materiałów i nie stanowią najbardziej wyczerpującej listy. Chociaż przykładów może być wiele, istnieje znaczna luka w udokumentowanej literaturze na temat wpływu przemysłu komercyjnego we wschodniej części Regionu. Ostatni rozdział zawiera podsumowanie każdej sekcji i jasne wskazówki dotyczące działań dla różnych typów interesariuszy.

Pomimo uznania kluczowej roli, jaką przemysł paliw kopalnych i przemysł hazardowy odgrywają w przypadku NCD, w tym w zakresie zdrowia psychicznego, w niniejszej publikacji nie poruszono tego tematu ze względu na ograniczenia czasu i zasobów.

1. Global health estimates: Leading causes of death: Cause-specific mortality 2000–2009. w: WHO/Data/Global Health Observatory/Themes [internetowa baza danych]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>, dostęp: 5 czerwca 2024).
2. W: IHME [strona internetowa]. Washington: Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington; 2021 (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, dostęp: 5 czerwca 2024).
3. World Health Organization. Unpublished data on Report on the progress of attaining SDG target 3.5. Geneva, Switzerland: WHO; 2024
4. Vohra K, Vodonos A, Schwartz J, Marais EA, Sulprizio MP, Mickley LJ. Global mortality from outdoor fine particle pollution generated by fossil fuel combustion: Results from GEOS-Chem. *Environmental Research*. 2021;195:110754. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.110754>.
5. Report on the fifth round of data collection, 2018–2020: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/363950>, dostęp: 5 czerwca 2024). Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/326879>, dostęp: 5 czerwca 2024). Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
7. Manthey J, Jasilionis D, Jiang H, Meščeriakova O, Petkevičienė J, Radišauskas R, et al. The impact of alcohol taxation increase on all-cause mortality inequalities in Lithuania: an interrupted time series analysis. *BMC Med*. 2023;21(22). <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02721-6>.
8. Probability of dying between the exact ages 30 and 70 years from cardiovascular diseases, cancer, diabetes, or chronic respiratory diseases (SDG 3.4.1). W: WHO/Data/Global Health Observatory/Indicators [internetowa baza danych]. Geneva: World Health Organization; 2021 ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/probability-of-dying-between-exact-ages-30-and-70-from-any-of-cardiovascular-disease-cancer-diabetes-or-chronic-respiratory\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/probability-of-dying-between-exact-ages-30-and-70-from-any-of-cardiovascular-disease-cancer-diabetes-or-chronic-respiratory(-)), dostęp: 5 czerwca 2024).
9. WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/353747>, dostęp: 5 czerwca 2024). Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
10. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/375711>, dostęp: 5 czerwca 2024). Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
11. Countdown to 2023: WHO report on global trans-fat elimination 2022. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/365617>, dostęp: 5 czerwca 2024). Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
12. Kwong EJJ, Whiting S, Bunge AC, Leven Y, Breda J, Rakovac I, et al. Population-level salt intake in the WHO European Region in 2022: a systematic review. *Public Health Nutr*. 2023;26(S1):s6–s19. doi: 10.1017/S136898002200218X.
13. Global report on the use of sugar-sweetened beverage taxes, 2023. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374530>, dostęp: 5 czerwca 2024). Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
14. Making the WHO European Region SAFER: developments in alcohol control policies, 2010–2019. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 (<http://dx.doi.org/10.37426/9789289055048>, dostęp: 5 czerwca 2024). Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
15. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/372043>, dostęp: 5 czerwca 2024). Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
16. Conway, J. Alcoholic beverages market in Europe - statistics & facts. W: statista/Consumer Goods & FMCG/Alcoholic Beverages [strona internetowa]. Statista; 2024 (<https://www.statista.com/topics/3932/alcohol-market-in-europe/#topicOverview>, dostęp: 5 czerwca 2024).
17. Tobacco Products – Europe. W: statista/Market Insights/Consumer [internetowa baza danych]. Statista (<https://www.statista.com/outlook/cmo/tobacco-products/europe?currency=EUR>, dostęp: 5 czerwca 2024).

Rozdział 1.

Konceptualizacja komercyjnych determinantów zdrowia związanych z NCD



© WHO

Główne punkty

Podmioty sektora komercyjnego są zróżnicowane, od małych firm po duże korporacje transnarodowe, a ich wpływ na zdrowie różni się znacznie.

- Niestety, w ostatnich dekadach negatywny wpływ sektora komercyjnego na zdrowie gwałtownie rośnie. Najważniejsze przykłady to epidemie otyłości i NCD oraz kryzys klimatyczny, ale szkody, których można uniknąć, występują również w wielu sektorach przemysłu, gdy dążenie do zysku jest ważniejsze niż interes publiczny.
- Te powiązania między sektorem komercyjnym a zdrowiem są obecnie określane jako „komercyjne determinanty zdrowia”, które zostały zdefiniowane jako systemy, praktyki i ścieżki, poprzez które podmioty komercyjne wpływają na zdrowie i równość.
- W tym rozdziale szczegółowo opisano różnorodne sposoby, w jakie podmioty komercyjne i ich praktyki mogą wyrządzać szkody, w tym poprzez kształtowanie systemów politycznych i gospodarczych, polityki regulacyjnej i sektorowej oraz środowiska fizycznego i naturalnego w sposób sprzyjający ich interesom.
- W ten sposób podmioty komercyjne szkodzące zdrowiu ludzi i planety są w dużej mierze w stanie przerzucać koszty wyrządzanych szkód na zewnątrz, co jest bodźcem do wyrządzania dalszych szkód: problem systemowy. Należy pilnie się nim zająć, jeśli mamy poprawić zdrowie w perspektywie długoterminowej.

Czym są komercyjne determinanty zdrowia

Mówiąc najogólniej, komercyjne determinanty zdrowia (CDoH) odnoszą się do sposobów, w jakie podmioty sektora komercyjnego oraz ich produkty i praktyki wpływają na zdrowie. Podmioty te są oczywiście zróżnicowane (patrz Ramka 1), podobnie jak ich wpływ, który może być pozytywny – na przykład poprzez tworzenie produktów i usług korzystnych dla zdrowia (1). Coraz powszechniejsza jest jednak świadomość, że negatywny wpływ sektora komercyjnego na zdrowie, a w szczególności na NCD, w tym zdrowie psychiczne, oraz nierówności w zdrowiu jest znaczący, narastający i często niedoceniany. Na przykład szacuje się, że co najmniej jedna trzecia całkowitej liczby zgonów na świecie i 41% zgonów z powodu NCD można przypisać zaledwie czterem produktom komercyjnym: tytoń, żywność ultraprzetworzoną (UPF), paliwa kopalne i alkohol (1). (Wstęp przedstawia szczegółowe informacje na temat skali szkód dla zdrowia o podłożu komercyjnym w Europejskim Regionie WHO)

Problem ten nasila fakt, że chociaż od wielu lat wiadomo, jakie interwencje sektora publicznego są niezbędne do zmniejszenia obciążenia NCD wynikającymi z produktów i praktyk komercyjnych (2), ich wdrażanie było konsekwentnie i wielokrotnie ograniczane ze względu na sprzeciw podmiotów komercyjnych (3, 4).

Nawet w przypadku produktów komercyjnych, które mają być korzystne dla zdrowia, takich jak produkty farmaceutyczne i wyroby medyczne, istnieją wyraźne dowody na to, że ich nadużywanie i niewłaściwe stosowanie jest często celowo promowane w pogoni za zyskiem, co prowadzi do szkód dla zdrowia, których dałoby się uniknąć. Firmy farmaceutyczne stosują ponadto ochronę własności intelektualnej i agresywną politykę cenową w sposób maksymalizujący zyski, jednocześnie ograniczając dostęp do niezbędnych leków osobom, które nie są w stanie zapłacić często wygórowanych cen, co ma oczywisty wpływ na równość w zakresie zdrowia.

Fakt, że różne podmioty komercyjne powodują możliwe do uniknięcia szkody, odzwierciedla ich wspólną, leżącą u podstaw motywację do maksymalizacji zysków. Co więcej, strategie stosowane w celu zwiększenia i obrony tych zysków, opisane poniżej i szczegółowo w kolejnych rozdziałach, są stosowane przez wiele różnych branż (1, 4, 5), co czasami nazywa się scenariuszem branżowym (6).

Ramka 1. Różnorodność podmiotów komercyjnych

Świat komercyjny składa się z różnorodnych podmiotów, które stosują różnorodne praktyki. Większość badań nad zdrowiem publicznym koncentrowała się dotychczas na wąskiej grupie podmiotów, w szczególności globalnych producentach produktów szkodliwych dla zdrowia. W rzeczywistości istnieje szerokie spektrum podmiotów i ważne jest, aby zrozumieć tę różnorodność, aby lepiej rozwiązać problem CDoH.

Podmioty komercyjne mogą być prywatnymi podmiotami nastawionymi na zysk. Istnieją również przedsiębiorstwa państwowe zaangażowane na przykład w produkcję papierosów lub produktów spożywczych, a także działające w sektorze bankowym lub górniczym. Podmioty komercyjne mają różną wielkość i niezliczoną liczbę form prawnych, takich jak franczyzy, spółki joint venture, spółki z ograniczoną odpowiedzialnością i korporacje, żeby wymienić tylko kilka.

Podmioty komercyjne to między innymi producenci, sprzedawcy detaliczni i powiązane z nimi podmioty trzecie, takie jak stowarzyszenia branżowe, kancelarie prawne, firmy public relations, firmy konsultingowe i inne świadczące usługi. Świat komercyjny opiera się również na badaczach, ośrodkach analitycznych, stowarzyszeniach lekarzy, organizacjach pacjentów i innych grupach finansowanych jawnie lub skrycie przez podmioty komercyjne w celu realizacji ich interesów. (7).

CDoH i nierówności w zakresie zdrowia

Podmioty komercyjne mogą przyczyniać się do nierówności na wiele sposobów, i nierówności mogą powstawać niezależnie od sprzedawanego produktu lub usługi. Na przykład podmioty komercyjne sprzedające produkty, które z natury nie są niezdrowe, mogą stosować praktyki w zakresie pracy i zatrudnienia, które przyczyniają się do nierówności w ogóle i nierówności w zakresie zdrowia w szczególności. Obejmują one narażanie pracowników na szkody wyrządzone przez wytwarzane przez nich produkty, takie jak „zielona choroba tytoniowa” wśród pracowników przemysłu tytoniowego, spowodowana kontaktem z liśćmi tytoniu (8), a także szkodliwe skutki samego zatrudnienia. Ta ostatnia kategoria obejmuje zatrudnienie prekaryjne, zatrudnienie nieformalne, pracę dzieci, pracę niewolniczą i przymusową za długi, a także niepewność i podatność na zagrożenia w zatrudnieniu, które wiążą się z niebezpiecznymi warunkami pracy i większymi nierównościami dochodów (patrz praktyki w zakresie pracy poniżej).

Wprowadzenie ustawodawstwa „smoke-free”, czyli regulacji na rzecz środowisk wolnych od dymu tytoniowego, było motywowane świadomością, że dym tytoniowy szkodzi nie tylko osobie palącej, ale także pracownikom w tych środowiskach, takim jak personel barów i restauracji, którzy często znajdują się w niekorzystnej sytuacji, a także dzieciom i innym członkom społeczeństwa. Powszechne są również związane z zatrudnieniem nierówności w obrębie płci. Zauważono, że w krajach uprzemysłowionych nisko płatne prace fizyczne są często powierzane kobietom, chociaż maszyny i narzędzia pracy są często projektowane zgodnie z męskimi standardami antropometrycznymi.

Nierówności w zakresie zdrowia mogą również być tworzone bezpośrednio poprzez ekspozycję na produkty komercyjne i ich marketing. Na przykład, wydaje się, że przyczyną silnych i stałych gradientów społecznych w zakresie szkód wynikających z hazardu, alkoholu, palenia tytoniu i innych szkodliwych i uzależniających produktów jest większa koncentracja punktów sprzedaży tych produktów w biedniejszych obszarach (9–11). W przypadku alkoholu, w grupach znajdujących się w niekorzystnej sytuacji obserwujemy wyższe wskaźniki szkód związanych z alkoholem w porównaniu z grupami uprzywilejowanymi, pomimo raportowania podobnego lub niższego średniego poziomu spożycia (1). Wyjaśnienia tego zjawiska są złożone i mogą obejmować samo doświadczenie niekorzystnej sytuacji oraz inne czynniki strukturalne, takie jak czynniki ekonomiczne (12).

Indywidualne i społeczne predyspozycje do zachorowania na NCD – takie jak stres, rasizm i inne formy dyskryminacji i wykluczenia – mogą pogłębiać nierówności wynikające z działalności komercyjnej. Oznacza to, że osoby narażone na te predyspozycje mogą być podwójnie karane przez marketing preferencyjnie kierowany do nich przez podmioty komercyjne; na przykład przemysł tytoniowy i fast food, który kieruje swoje działania do społeczności pochodzenia afrykańskiego (8, 13) (zob. również kierowanie działań przemysłu alkoholowego do społeczności LGBTQ+ w rozdziale 7 niniejszego raportu).

W kontekście dostępu do opieki zdrowotnej w celu radzenia sobie ze szkodami wynikającymi z działalności komercyjnej, powstają dalsze nierówności, napędzane przez nierówne rynki opieki zdrowotnej. Koszty opieki zdrowotnej związanej z NCD mogą uniemożliwiać dostęp do skutecznej opieki zdrowotnej, a gdy jest ona dostępna, może uszczuplać zasoby gospodarstw domowych, wpędzając rodziny w ubóstwo. Istnieją również bariery komercyjne utrudniające zapobieganie chorobom, w tym dostęp do niedrogiej profilaktycznej opieki zdrowotnej, a także do niedrogiej, zdrowej diety w niektórych środowiskach (9, 10).

Wreszcie, ścieżki, poprzez które nierówności szkodzą zdrowiu, podlegają wpływom komercyjnym. Weźmy na przykład związek między zawodem a nadciśnieniem tętniczym. Praca może determinować dochody, które wpływają na to, czy dana osoba może kupić zdrową żywność, opłacić i otrzymać odpowiednią opiekę medyczną, czy też odczuwać stres związany z kwestiami finansowymi – wszystko to może wpływać na ciśnienie krwi (11). Wszystkie etapy tej ścieżki przyczynowo-skutkowej podlegają wpływom komercyjnym.

Na koniec, podmioty komercyjne wykorzystują również koncepcję nierówności, aby bronić się przed polityką zdrowia publicznego, taką jak podwyższanie podatków na szkodliwe produkty lub regulowanie ich marketingu. Robią to, twierdząc, że taka polityka najbardziej zaszkodzi najbiedniejszym, tworząc w ten sposób nierówności. Ten rodzaj wykorzystywania nierówności jest stosowany przez przemysł tytoniowy, zbrojeniowy, paliw kopalnych, hazardowy, UPF i wiele innych branż. (13, 14).

Uwarunkowania komercyjne jako problem systemowy

Złożone powiązania między sektorem komercyjnym a zdrowiem, szczegółowo opisane powyżej, wskazują, że CDoH nie jest tylko problemem pojedynczych szkodliwych produktów lub branż. CDoH jest raczej problemem systemowym, w którym branże ściśle ze sobą współpracują, uczą się od siebie nawzajem, wykorzystują systemy polityczne i społeczne, aby się bronić i wpływają na te systemy na swoją korzyść (1, 15). Co więcej, opisane powyżej szkody rosną z czasem w wyniku zmian w globalnych systemach politycznych i gospodarczych, a w szczególności przejścia na deregulowane formy kapitalizmu i liberalizację handlu, w których promowanie wolnego rynku i wymiany gospodarczej ma pierwszeństwo przed ludźmi i ich zdrowiem (16, 17). Zmiany te doprowadziły między innymi do znacznej konsolidacji wielu sektorów przemysłu, w których obecnie dominuje niewielka liczba dużych i wyjątkowo potężnych korporacji transnarodowych (18). Umożliwiły one również tym korporacjom eksternalizację kosztów wyrządzanych przez nie szkód i wpływanie na konteksty regulacyjne, w których działają, z negatywnymi konsekwencjami dla zdrowia publicznego omówionymi w dalszej części raportu (1, 19).

Z tego powodu w najnowszym wydaniu „Lancet Series on the Commercial Determinants of Health” (1) przyjęto szersze podejście do CDoH, wykraczające poza produkty i usługi szkodliwe dla zdrowia. Zamiast tego przyjmuje ono, że powiązania między sektorem komercyjnym a zdrowiem obejmują złożone systemy polityczne, ekonomiczne i społeczne. (20).

Definicja CDoH

Lancet Series definiuje CDoH jako „Systemy, praktyki i ścieżki, poprzez które podmioty komercyjne wpływają na zdrowie i równość (1)”. Definicja ta uznaje, że istnieją również korzystne produkty i usługi, mimo że istnieje wiele branż, których główne produkty są szkodliwe dla zdrowia.

Definicja Lancet zachęca do skupienia się na wszystkich podmiotach komercyjnych, od najmniejszych do największych, a nie tylko na korporacjach (Ramka 1). Ma ona również na celu ukazanie złożoności CDoH, która wykracza poza same szkodliwe produkty, obejmując systemy polityczne, finansowe, ekonomiczne, społeczne i inne, w których CDoH są osadzone i które również kształtują.

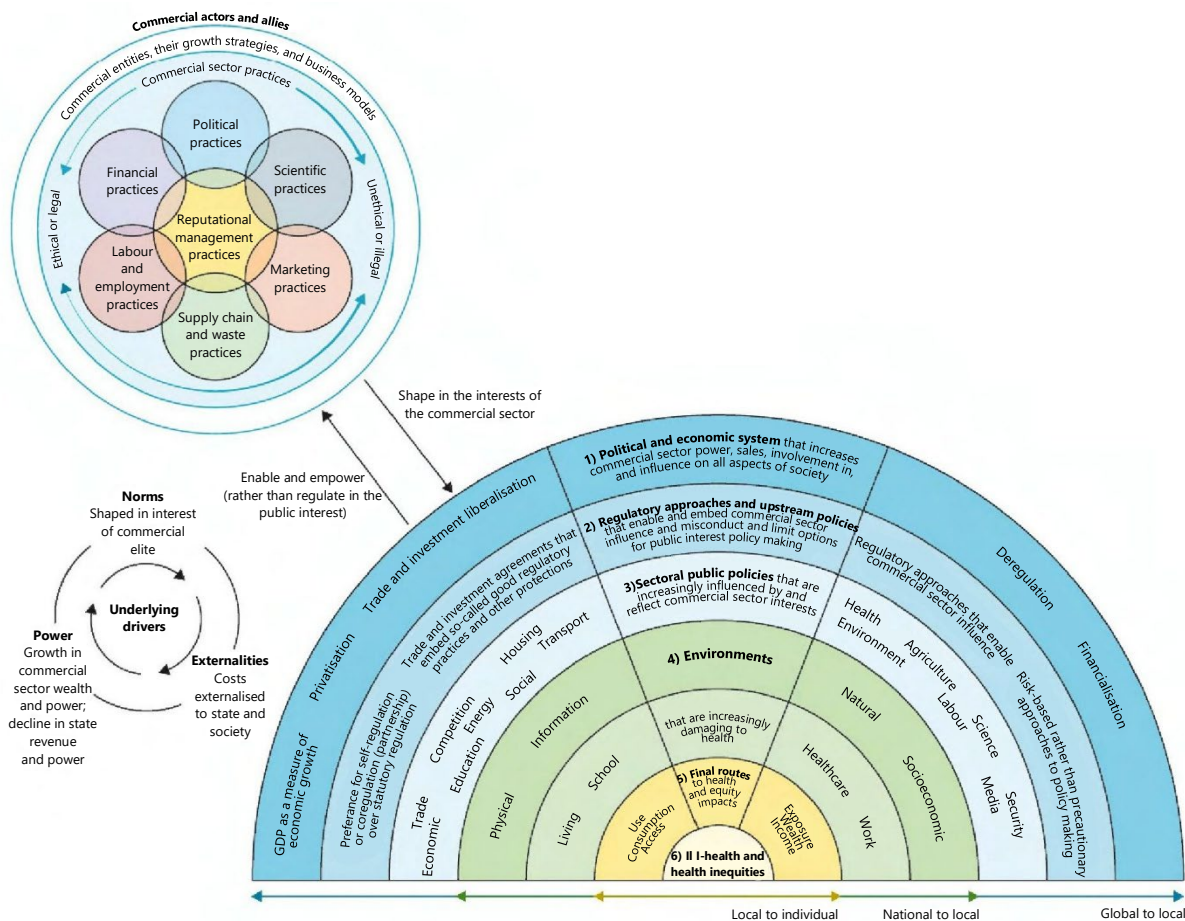
Ta idea leży również u podstaw definicji WHO: „Komercyjne determinanty zdrowia to działania sektora prywatnego, które wpływają na zdrowie ludzi bezpośrednio lub pośrednio, pozytywnie lub negatywnie (21)”. Niniejsza definicja ma na celu uznanie, że CDoH stanowią część szerszych społecznych i ekonomicznych determinantów zdrowia, odzwierciedlając fakt, że podmioty i praktyki komercyjne wpływają na warunki życia, pracy i warunki socjalne w całym cyklu życia.

Konceptualizacja komercyjnych determinantów zdrowia

Lancet Series opracowało model koncepcyjny CDoH (rys. 2), który ma pomóc w zrozumieniu CDoH. Model ten obejmuje trzy elementy:

1. sektor komercyjny i jego praktyki (w lewym górnym rogu);
2. „tęcza” determinantów zdrowia (w prawym dolnym rogu), która opiera się na istniejących modelach uwarunkowań zdrowia (22), aby zilustrować, jak praktyki komercyjne wpływają na zdrowie na szeregu poziomów, od najwyższego (poziom 1) do najniższego (poziom 5); oraz
3. podstawowe czynniki systemowe (czarne strzałki w środku).

Rys. 2. Model CDoH – tłumaczenie w języku polskim w załączniku nr 1 do tłumaczenia



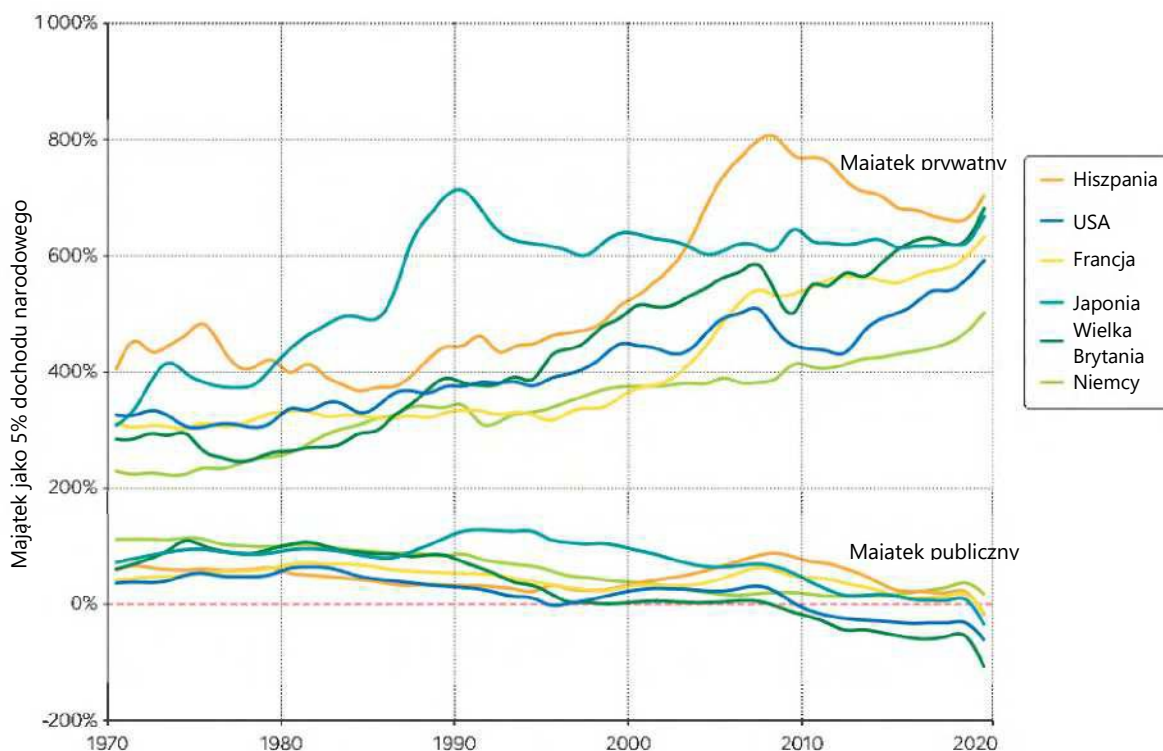
Źródło: Reprodukacja za zgodą Elsevier Ltd. (1).

Analiza modelu skupiająca się na systemie i leżących u podstaw czynnikach

Model ten podkreśla, że podmioty komercyjne stosują różnorodne praktyki (lewy górny róg), które dążą do kształtowania całego systemu zgodnie z ich własnymi interesami (czarna, środkowa strzałka skierowana w dół), często w sposób, który ostatecznie prowadzi do szkód dla zdrowia (poziom 6). Istnieją na przykład jednoznaczne dowody na to, że duże korporacje i osoby bardzo bogate odegrały znaczącą rolę w kształtowaniu naszych obecnych globalnych i regionalnych systemów politycznych i gospodarczych (poziom 1) (16, 17, 23, 24). Częścią tych systemów, mającą wpływ na zdrowie, jest między innymi deregulacja, prywatyzacja oraz liberalizacja handlu i inwestycji (1, 16, 17, 23, 24). Liberalizacja handlu i inwestycji, na przykład, przyczyniła się do globalizacji epidemii chorób związanych z konsumpcją tytoniu, otyłości i NCD (patrz rozdział 5) (25, 26). Deregulacja prowadziła do wycofywania regulacji w wielu obszarach i utrudniała uchwalanie nowych przepisów chroniących zdrowie ludzi i planety, w zamian zachęcając do tworzenia dobrowolnych lub wielostronnych partnerstw, które obecnie w dużej mierze okazały się nieskuteczne (27, 28). Doprowadziła również do obniżenia podatków, umożliwiając w coraz większym stopniu korporacjom eksternalizację kosztów wyrządzanych przez siebie szkód (okrągłe czarne strzałki). Dowody pokazują na przykład, że od końca lat 70. XX wieku efektywne stawki podatków dla korporacji szkodzących zdrowiu spadły, podczas gdy szkody wyrządzane przez te branże wzrosły (19). Oznacza to, że zyski i władza korporacji wzrosły, podczas gdy rządy i jednostki, zmuszone do ponoszenia kosztów tych szkód, coraz bardziej ubożały (okrągłe czarne strzałki). W tym kontekście należy zauważyć, że w mniej więcej tym samym okresie (tj. od końca lat 70. XX wieku) w głównych gospodarkach europejskich i innych, majątek sektora prywatnego wzrastał, podczas gdy majątek sektora publicznego pozostawał w stagnacji lub malał, do tego stopnia, że majątek w krajach o wysokich dochodach, w tym w UE, znajduje się obecnie w całości w sektorze prywatnym (rys. 3) (29). To pogłębia szkody, ponieważ oznacza, że rządy dysponują mniejszymi zasobami na walkę z powstającymi szkodami dla środowiska i zdrowia (29).

Tymczasem rządy, UE i niektóre organizacje międzyrządowe często raczej wspierają te szkodliwe praktyki handlowe, niż je regulują (środkowa czarna strzałka skierowana w górę), i w konsekwencji z czasem szkody dla zdrowia i środowiska ciągle rosną (7).

Rys. 3. Wzrost majątku prywatnego a spadek majątku publicznego w krajach bogatych, 1970–2020



Źródło: Reprodukacja za zgodą wydawcy (29), publikacja na licencji Creative Commons Licence 4.0 (<https://creativecommons.org/version4/>).



© WHO

Zrozumienie komercyjnych praktyk i dróg prowadzących do szkód dla zdrowia

Przechodzimy teraz do analizy niektórych konkretnych komercyjnych praktyk i dróg, którymi prowadzą one do szkód, wskazując, że wiele z tych praktyk zostało szczegółowo omówionych w innych rozdziałach. Przedstawiony model identyfikuje siedem praktyk, które mogą wpływać na zdrowie i równość w różnorodny sposób i na różnych, często złożonych poziomach (1).

Wpływ konkretnych praktyk na zdrowie ludzi i planety oraz równość różni się w zależności od rodzaju podmiotu komercyjnego. Najbardziej rażące dowody dotyczą dużych korporacji transnarodowych. Po części wynika to z faktu, że dysponują one zasobami, aby zatrudnić na przykład dużą liczbę lobbystów lub duże firmy księgowe, które umożliwiają im unikanie opodatkowania (30), oraz prawników, którzy mogą ich bronić, gdy takie praktyki stają się bardziej nieetyczne lub nielegalne (31, 32); to tylko jeden ze przykładów, dlaczego małe firmy często znajdują się w niekorzystnej sytuacji (1).

Wpływ różni się również w zależności od sektora przemysłu. W przypadku podmiotów komercyjnych sprzedających produkty lub usługi, które bezpośrednio wpływają na zdrowie, w tym podmiotów z HHI, takie jak tytoń, alkohol, UPF i hazard, a także sektora farmaceutycznego lub opieki zdrowotnej, marketing (w tym ustalanie cen) (rozdział 2) i praktyki naukowe (rozdział 6) są szczególnie ważne w generowaniu negatywnych skutków. Marketing może zwiększać szkody zdrowotne i nierówności poprzez napędzanie konsumpcji lub konsumpcji nieodpowiedniej (poziom 5), w tym we wrażliwych podgrupach populacji, które często są szczególnie namierzone (33, 34). Obejmuje to na przykład przekształcanie środowiska (poziom 4) w taki sposób, że w niektórych obszarach, szczególnie obszarach dotkniętych ubóstwem, dostęp do zdrowej żywności może być utrudniony (9, 10, 11). Z drugiej strony, ustalanie cen może być wykorzystywane do ograniczania dostępu do opieki zdrowotnej lub produktów farmaceutycznych, szczególnie wśród osób znajdujących się w najbardziej niekorzystnej sytuacji, jak omówiono wcześniej w tym rozdziale. Wykazano, że takie korporacje, a także inne, których produkty wpływają na zdrowie, w tym firmy chemiczne i paliw kopalnych, stosują te same praktyki naukowe, które między innymi były wykorzystywane do celowego ukrywania zagrożeń związanych z ich produktami i korzyści płynących z interwencji mających na celu przeciwdziałanie tym zagrożeniom zarówno przed użytkownikami, jak i rządami (5, 35–37). Służy to zwiększeniu konsumpcji zarówno bezpośrednio (poziom 5), jak i pośrednio, poprzez ograniczenie regulacji (poziom 3) i tworzenie tak zwanego „środowiskiem dezinformacji” (poziom 4) (1, 5).

Praktyki związane z zatrudnieniem, łańcuchem dostaw i finansami mogą prowadzić do szkód we wszystkich sektorach przemysłu, głównie poprzez starania na rzecz obniżania kosztów i maksymalizacji zysków. Bezpośrednie szkody dla zdrowia występują zazwyczaj w wyniku praktyk związanych z zatrudnieniem i łańcuchem dostaw. Do problematycznych praktyk związanych z zatrudnieniem należą wypadki w miejscu pracy, których można uniknąć (38) oraz wzrost liczby współczesnych form niewolnictwa i umów o pracę prekaryjną, które między innymi (17, 39, 40) były powiązane z wyższym wskaźnikiem zachorowań na COVID-19 (41). Z biegiem czasu wskaźniki uzwiązkowienia zaczęły spadać; wystąpiła stagnacja płac i pogorszenie warunków pracy szeregowych pracowników, podczas gdy wynagrodzenia kadry kierowniczej wzrosły wykładniczo, pogłębiając nierówności (17, 42–44). Problematyczne praktyki w łańcuchu dostaw obejmują nielegalne zrzuty substancji niebezpiecznych (45) oraz wylesianie prowadzące do zmian klimatycznych, utraty bioróżnorodności i chorób

zakaźnych (46, 47). Takie praktyki mają wpływ na różnorodne środowiska (poziom 4), w tym środowisko pracy, środowisko społeczno-ekonomiczne i środowisko naturalne, kształtując je w sposób szkodliwy dla zdrowia. Pośrednie szkody zdrowotne występują wskutek praktyk finansowych (30). Kluczowym problemem jest unikanie płacenia podatków i uchylanie się od płacenia podatków w obrocie handlowym. Według doniesień, Amazon nie zapłacił podatku dochodowego od osób prawnych w Europie w 2020 r., pomimo przychodów ze sprzedaży w wysokości 44 miliardów euro (38 miliardów funtów) (48), a firmy tytoniowe British American Tobacco i Imperial Brands nie zapłaciły prawie żadnego podatku dochodowego od osób prawnych w ciągu 10 lat w Wielkiej Brytanii, gdzie mają siedzibę główną (49). Szacuje się obecnie, że 40% wszystkich zysków międzynarodowych korporacji osiąganych za granicą trafia do rajów podatkowych, co znacznie zmniejsza zasoby rządów (30). Organizacja Tax Justice Network obliczyła, że unikanie płacenia podatków za pośrednictwem rajów podatkowych, zarówno korporacyjnych, jak i indywidualnych, było równoważne utracie wynagrodzenia jednej pielęgniarki co sekundę (30). Praktyki polityczne są istotne dla wszystkich sektorów przemysłu i pośrednio wpływają na zdrowie i równość, w dużej mierze poprzez obniżanie standardów regulacyjnych w wielu obszarach – pracy, podatków, środowiska, zdrowia itd. (poziom 3) – skutecznie umożliwiając wszystkie inne praktyki. Na przykład, obecnie istnieją przytłaczające dowody na to, że HHI stosują te same praktyki polityczne, aby zapobiegać, osłabiać i opóźniać wdrażanie polityk rządowych (w tym „Best Buy” WHO), które są niezbędne do ograniczenia NCD i innych szkód wyrządzanych przez ich produkty (patrz rozdział 4). Mniej znany jest fakt, że z powodzeniem kształtują one również oddolne polityki (poziom 2) w swoim własnym interesie. Na przykład, różne HHI współpracowały ze sobą, aby zapewnić wdrożenie systemu kształtowania polityki znanego w UE jako „Better Regulation” [*lepsze stanowienie prawa*] (50, 51). System obejmuje wymóg wczesnych konsultacji z zainteresowanymi podmiotami i przeprowadzenia oceny wpływu na działalność gospodarczą; dowody pokazują, że podmioty komercyjne dysponujące dużymi zasobami były w stanie wykorzystać tę ocenę do wywierania znaczącego wpływu, osłabiając i opóźniając w ten sposób wdrażanie przepisów (52–54).

Praktyki zarządzania reputacją, obejmujące społeczną odpowiedzialność biznesu (CSR) (rozdział 7) i inne działania mające na celu kształtowanie legitymacji i wiarygodności biznesu (1), są prawdopodobnie najbardziej pomijanym, a przez to słabo regulowanym rodzajem praktyki. Często obejmują one finansowanie przez firmy działań filantropijnych, które rządy mogą błędnie postrzegać jako nieszkodliwe, a od których, ze względu na trendy w unikaniu płacenia podatków w działalności komercyjnej, są one coraz bardziej zależne. Jednak dowody wskazują, że CSR jest lepiej rozumiana jako sposób kształtowania wyników polityki, które działają wbrew interesowi publicznemu (28, 55, 56). Chociaż wszystkie sektory przemysłu angażują się w zarządzanie reputacją, ponieważ zapewnia im ono dostęp i wpływy, wspierając i umożliwiając w ten sposób wszystkie inne praktyki komercyjne, jest ono szczególnie istotne dla HHI, które inwestują w nie poważne kwoty (4).

Władza i normy: jak korporacje kształtują myślenie, negują odpowiedzialność i przerzucają winę na jednostki

Poprzez różnorodne praktyki opisane powyżej, podmioty komercyjne dążą do kształtowania norm – społecznych oczekiwań dotyczących tego, jak powinny zachowywać się jednostki, społeczności i organizacje, w tym rządy i organy regulacyjne. Zdolność korporacji do takiego wpływania na normy odzwierciedla ich władzę i dostępne im zasoby (patrz czarne strzałki na rys. 2). Jest to również możliwe dzięki coraz bardziej wspierającemu wpływowi massmediów (1, 57).

Między innymi, podmioty komercyjne konsekwentnie promują ideę, że problemem są jednostki, a nie firmy. Idee te opierają się na przedstawianiu tzw. „złych” lub „nieodpowiedzialnych wyborów” jednostek jako głównego czynnika powodującego wzrost NCD, promując w ten sposób koncepcję, że to jednostki powinny być w centrum interwencji mających na celu rozwiązanie problemu NCD (58–60). Dzieje się tak oczywiście dlatego, że interwencje na poziomie jednostek – wymagające zmiany zachowań, często obejmujących uzależnienia – są mniej skuteczne niż interwencje polityczne na poziomie populacji (61, 62), a zatem jest najmniej prawdopodobne, że doprowadzą do spadku sprzedaży i zysków komercyjnych.

Skala problemów przeczy twierdzeniu, że są to problemy tylko kilku osób. Na przykład 53% światowej populacji cierpi na nadwagę lub otyłość, a mimo to dyrektor generalny PepsiCo uważa, że „gdyby wszyscy konsumenci ćwiczyli i robili to, co powinni, problem otyłości by nie istniał” (63).

W rzeczywistości podmioty komercyjne przeznaczają znaczne zasoby na tworzenie środowisk hiperkonsumpcyjnych (64, 65) lub dążenie do obniżania kosztów poprzez unikanie utrzymywania standardów środowiskowych, jednocześnie obwiniając społeczeństwo za szkody wynikające z takich praktyk nastawionych na maksymalizację zysku. Definiowanie jednostek jako problemu oznacza, że ci, którzy są najmniej odpowiedzialni za dostępne dla nich wybory, w tym za niezdrowe środowisko, w którym żyją lub pracują, są paradoksalnie obwiniani jako przyczyna NCD i obciążani największą odpowiedzialnością za rozwiązanie problemu tych chorób.

Podmioty komercyjne uzupełniają swoją narrację, prezentując swoje produkty – materiały informacyjne i edukacyjne (37) lub nowe produkty komercyjne (np. „o niskiej zawartości tłuszczu”, „o niskiej zawartości cukru” lub inne alternatywy o „niskim ryzyku”) – jako rozwiązania problemów, które same stworzyły. Przesłania to pilną potrzebę skutecznych regulacji (4); ponadto wykazano, że materiały edukacyjne finansowane przez przemysł (1) są wysoce wprowadzające w błąd (37, 66). Co więcej, konsumenci nie mają możliwości, to znaczy czasu ani zasobów, aby dokonać „właściwego” wyboru, niezależnie od tego, jak barzo próbuje się ich doinformować (23). Na przykład, finansowane przez przemysł tytoniowy tzw. „kampanie profilaktyczne przeciwko paleniu tytoniu wśród młodzieży” okazały się w najlepszym razie nieskuteczne, a w najgorszym szkodliwe (67).

To sprzyjające przemysłowi podejście do NCD jest dodatkowo normalizowane poprzez odwoływanie się do idei i wartości, które bagatelizują potrzebę interwencji rządowych lub definiują interwencję rządową jako naruszenie wolności osobistych i równię pochyłą prowadzącą do odgórnego kierowania społeczeństwem przez rząd (4). W przeciwieństwie do tego podmioty komercyjne przedstawiają się jako obrońcy wolności jednostki i wiarygodne podmioty zdrowia publicznego, zdolne do samoregulacji i pomagania w rozwiązywaniu problemów związanych z NCD.

Nie należy lekceważyć stopnia, w jakim te idee są postrzegane jako normalny sposób myślenia o czynnikach sprzyjających występowaniu NCD i wymaganych rozwiązaniach. Prezentacja nowych idei i kontrframing - zmiana sposobu myślenia o problemie - stanowią ważny element wszelkich działań na rzecz rozwiązania problemów związanych z NCD i interesami komercyjnymi, które czerpią zyski ze status quo.

Wniosek. Pilna potrzeba zajęcia się CDoH

Biorąc pod uwagę skalę i koszty szkód komercyjnych oraz systemowy charakter problemu, w tym fakt, że bogactwo i władza podmiotów komercyjnych rosną, podczas gdy majątek i władza publiczna maleją, co zagraża zdolności rządów do przeciwdziałania szkodom i finansowania opieki zdrowotnej, istnieje pilna potrzeba rozpoznania i zajęcia się CDoH (68).

Wymaga to co najmniej uznania przez rządy, że głównym interesem wszystkich dużych korporacji jest zysk, a zatem, niezależnie od sprzedawanego produktu, ich interesy nie są zgodne ani ze zdrowiem publicznym, ani z szerszym interesem publicznym. Każda polityka, która mogłaby wpłynąć na ich sprzedaż i zyski, stanowi zatem zagrożenie i podmioty te nie powinny odgrywać żadnej roli w jej kształtowaniu. Podobnie, rządy muszą również uznać przytłaczające dowody (zob. także rozdziały 4, 6 i 7), że HHI stosują te same praktyki polityczne i naukowe co firmy tytoniowe (69) oraz że podejście polegające na tworzeniu dobrowolnych lub wielostronnych partnerstw nie sprawdza się w przypadku wystąpienia konfliktu interesów (27, 70). Zamiast takiego podejścia rządu muszą regulować inne HHI, ich produkty i praktyki, tak jak robią to w przypadku tytoniu.

Poza tym rządy muszą rozpoznać i rozwiązać problemy systemowe, które jednocześnie przyczyniają się do złego stanu zdrowia i utrudniają opracowywanie i wdrażanie skutecznych rozwiązań. Będzie to wymagało między innymi tego, aby rządy zaczęły wprowadzać regulacje w interesie publicznym, a nie w interesie korporacyjnym. Sposoby osiągnięcia tego celu zostały szczegółowo opisane w rozdziale 12 (68).



© WHO / Doina Lin

1. Gilmore A, Fabbri A, Baum F, Bertscher A, Bondy K, Chang H-J, et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *The Lancet*. 2023;401(10383):1194–1213. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00013-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00013-2).
2. Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/259232>, dostęp: 5 czerwca 2024). Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Allen L, Wigley S, Holmer H, Barlow P. Non-communicable disease policy implementation from 2014 to 2021: a repeated cross-sectional analysis of global policy data for 194 countries. *Lancet Glob Health*. 2023;11(4):e525–e533. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00042-6.
4. Ulucanlar S, Lauber K, Fabbri A, Hawkins B, Mialon M, Hancock L, et al. Corporate Political Activity: Taxonomies and Model of Corporate Influence on Public Policy. *Int J Health Policy Manag*. 2023;12:7292. doi: 10.34172/ijhpm.2023.7292.
5. Legg T, Gilmore A, Hatchard J. The Science for Profit Model—How and why corporations influence science and the use of science in policy and practice. *PLoS One*. 2021;16(6):e0253272. doi: 10.1371/journal.pone.0253272.
6. Malik R. Catch Me if You Can: Big Food Using Big Tobacco's Playbook? Applying the Lessons Learned From Big Tobacco to Attack the Obesity Epidemic. W: DASH Home/Harvard Law School/HLS Student Papers [strona internetowa]. Harvard Library; 2010 (<https://dash.harvard.edu/handle/1/8965631>, dostęp: 5 czerwca 2024).
7. Lacy-Nichols J, Nandi S, Mialon M, McCambridge J, Lee K, Jones A, et al. Conceptualising commercial entities in public health: beyond unhealthy commodities and transnational corporations. *Lancet*. 2023;401(10383):1214–28. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00012-0.
8. Proctor RN. Golden holocaust: origins of the cigarette catastrophe and the case for abolition. University of California Press; 2012.
9. Brettthauer M, Kalager M. Disparities in preventive health services: targeting minorities and majorities. *Ann Intern Med*. 2020;172(4):287–8. doi: 10.7326/M19-3899.
10. Drewnowski A. Obesity, diets, and social inequalities. *Nutr Rev*. 2009;67(suppl_1):S36–9. doi: 10.1111/j.1753-4887.2009.00157.x.
11. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. 2015;8(1):27106. doi: 10.3402/gha.v8.27106.
12. Gomez EJ. *Junk Food Politics: How Beverage and Fast Food Industries Are Reshaping Emerging Economies*: Johns Hopkins University Press, Baltimore, USA; 2023.
13. Van schalkwyk M, Cassidy R. *The Gambling Industry: Harmful Products, Predatory Practices and the Politics of Knowledge*. W: Maani N, Petticrew M, Galea S, editors. *Commercial Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press; 2023.
14. Smith KE, Fooks G, Gilmore AB, Collin J, Weishaar H. Corporate coalitions and policy making in the European Union: how and why British American Tobacco promoted "Better Regulation". *J Health Polit Policy Law*. 2015;40(2):325–72.
15. Schrecker T, Bamba C. *How politics makes us sick: Neoliberal epidemics*. Palgrave Macmillan London; 2015.
16. Freudenberg N. *At what cost: modern capitalism and the future of health*. Oxford University Press; 2021.
17. Brown GD. The global threats to workers' health and safety on the job. *Social Justice*. 2002;29(3 (89)):12–25. <http://www.jstor.org/stable/29768133>.
18. Wood B, McCoy D, Baker P, Williams O, Sacks G. The double burden of maldistribution: a descriptive analysis of corporate wealth and income distribution in four unhealthy commodity industries. *Critical Public Health*. 2021;33(2):135–47. <https://doi.org/10.1080/09581596.2021.2019681>.
19. Knai C, Petticrew M, Capewell S, Cassidy R, Collin J, Cummins S, et al. The case for developing a cohesive systems approach to research across unhealthy commodity industries. *BMJ Global Health*. 2021;6(2):e003543. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003543>.
20. *Commercial determinants of health 2023*. W: WHO/Newsroom/Fact sheets/Detail [strona internetowa]. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health>, dostęp: 4 czerwca 2024).
21. Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*. 2021;199:20–4. doi: 10.1016/j.puhe.2021.08.009.
22. Chang H-J. *23 things they don't tell you about capitalism*. Bloomsbury Publishing; 2012.
23. Stiglitz JE. *Globalization and Its Discontents Revisited: Anti-Globalization in the Era of Trump*. W W Norton & Co Inc.; 2017.
24. Schram A, Labonte R, Baker P, Friel S, Reeves A, Stuckler D. The role of trade and investment liberalization in the sugar-sweetened carbonated beverages market: a natural experiment contrasting Vietnam and the Philippines. *Global Health*. 2015;11:41. doi: 10.1186/s12992-015-0127-7.
25. Baker P, Kay A, Walls H. Trade and investment liberalization and Asia's noncommunicable disease epidemic: a synthesis of data and existing literature. *Global Health*. 2014;10:66. doi: 10.1186/s12992-014-0066-8.
26. Parker LA, Zaragoza GA, Hernández-Aguado I. Promoting population health with public-private partnerships: Where's the evidence? *BMC Public Health*. 2019;19(1):1438. doi: 10.1186/s12889-019-7765-2.
27. Erzse A, Karim SA, Foley L, Hofman KJ. A realist review of voluntary actions by the food and beverage industry and implications for public health and policy in low- and middle-income countries. *Nature Food*. 2022;3:650–63. <https://doi.org/10.1038/s43016-022-00552-5>.
28. Lucas C, Thomas P, Emmanuel S, Gabriel Z. *World Inequality Report 2022*. W: World Inequality Database [internetowa baza danych]. World Inequality Database; 2021.
29. O'Hare, B. A. M. *The State Tax Justice 2020: Tax Justice in the time of COVID_19 (expert advice and guidance on methodologies, objectives, and overall approach)*, 2021.
30. Gilmore AB, Gallagher AW, Rowell A. Tobacco industry's elaborate attempts to control a global track and trace system and fundamentally undermine the Illicit Trade Protocol. *Tobacco Control*. 2019;28:127–40.
31. Jackson RR, Rowell A, Gilmore AB. "Unlawful Bribes?": A documentary analysis showing British American Tobacco's use of payments to secure policy and competitive advantage in Africa. UCSF: Center for Tobacco Control Research and Education; 2021. <https://escholarship.org/uc/item/4qs8m106#-main> 2021.
32. Atkinson A, Sumnall H, Begley E, Jones L. A rapid narrative review of literature on gendered alcohol marketing and its effects: exploring the targeting and representation of women. Liverpool John Moores University and Institute for Alcohol Studies; 2019.
33. Grier SA. African American & hispanic youth vulnerability to target marketing: Implications for understanding the effects of digital marketing. Berkeley Media Studies Group; 2009.
34. Michaels D (editor). *Doubt is Their Product: How industry's assault on science threatens your health*. Oxford University Press; 2008.
35. Supran G, Oreskes N. Addendum to 'Assessing ExxonMobil's climate change communications (1977–2014)' Supran and Oreskes (2017 *Environ. Res. Lett.* 12 084019). *Environ Res Lett*. 2020;15(11):119401. doi 10.1088/1748-9326/ab89d5.
36. Maani N, van Schalkwyk MCI, Filippidis FT, Knai C, Petticrew M. Manufacturing doubt: Assessing the effects of independent vs industry-sponsored messaging about the harms of fossil fuels, smoking, alcohol, and sugar sweetened beverages. *SSM Popul Health*. 2021;17:101009. doi: 10.1016/j.ssmph.2021.101009.
37. *Primed for Pain: Amazon's Epidemic of Workplace Injuries*. Washington DC: Strategic Organizing Center; 2021 (<https://thesoc.org/wp-content/uploads/2021/02/PrimedForPain.pdf>, dostęp: 5 czerwca 2024).
38. Bender KA, Theodossiou I. The Unintended Consequences of Flexicurity: The Health Consequences of Flexible Employment. *Review of Income and Wealth*. 2018;64(4):777–99. <https://doi.org/10.1111/roiw.12316>.
39. Ruiz ME, Vives A, Martínez-Solanas É, Julià M, Benach J. How does informal employment impact population health? Lessons from the Chilean employment conditions survey. *Safety Science*. 2017;100:57–65. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.02.009>.

40. Paremoer L, Nandi S, Serag H, Baum F. Covid-19 pandemic and the social determinants of health. *BMJ*. 2021;372:n129. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n129>.
41. Neville S. McDonald's ties nine out of 10 workers to zero-hours contracts. W: The Guardian [strona internetowa]. The Guardian; 5 sierpnia 2013.
42. Mishel L, Kandra J. CEO compensation surged 14% in 2019 to \$21.3 million: CEOs now earn 320 times as much as a typical worker. Washington DC: Economic Policy Institute; 2020.
43. Reward Work, Not Wealth. Oxford: Oxfam; 2018 (https://oi-files-d8-prod.s3.eu-west-2.amazonaws.com/s3fs-public/file_attachments/bp-reward-work-not-wealth-220118-en.pdf, dostęp: 5 czerwca 2024).
44. Plastic for profit: Tracing illicit plastic waste flows, supply chains and actors; The Global Initiative, 2021. Dokument dostępny na stronie: <https://globalinitiative.net/analysis/illicit-trade-plastic-waste/>. 2021.
45. Friel S, Krieger N. Climate Change and the People's Health. Oxford University Press; 2019.
46. Morand S, Lajaunie C. Outbreaks of Vector-Borne and Zoonotic Diseases Are Associated With Changes in Forest Cover and Oil Palm Expansion at Global Scale. *Frontiers in Veterinary Science*. 2021;8:661063. doi: 10.3389/fvets.2021.661063.
47. Neate R. Amazon had sales income of 44bn Euros in Europe in 2020 but paid no corporation tax. W: The Guardian/News [website]. The Guardian; 4 May 2021 (<https://www.theguardian.com/technology/2021/may/04/amazon-sales-income-europe-corporation-tax-luxembourg>, dostęp: 5 czerwca 2024).
48. Big Tobacco, Big Tax Avoidance [Internet]. November 2020. Dokument dostępny na stronie: <https://exposetobacco.org/resource/big-tax-avoidance/> (STOP, A Global tobacco industry watchdog).
49. Smith KE, Fooks G, Collin J, Weishaar H, Mandal S, Gilmore AB. "Working the System"—British American Tobacco's Influence on the European Union Treaty and Its Implications for Policy: An Analysis of Internal Tobacco Industry Documents. *PLoS Med*. 2010;7(1):e1000202. doi: 10.1371/journal.pmed.1000202.
50. Smith KE, Fooks G, Collin J, Weishaar H, Gilmore AB. Is the increasing policy use of Impact Assessment in Europe likely to undermine efforts to achieve healthy public policy? *J Epidemiol Community Health*. 2010;64(6):478–87. doi: 10.1136/jech.2009.094300.
51. Hatchard JL, Fooks GJ, Gilmore AB. Standardised tobacco packaging: a health policy case study of corporate conflict expansion and adaptation. *BMJ Open*. 2016;6:e012634. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012634.
52. Ulucanlar S, Fooks GJ, Hatchard JL, Gilmore AB. Representation and misrepresentation of scientific evidence in contemporary tobacco regulation: a review of tobacco industry submissions to the UK Government consultation on standardised packaging. *PLoS Med*. 2014;11(3):e1001629. doi: 10.1371/journal.pmed.1001629.
53. Peeters S, Costa H, Stuckler D, McKee M, Gilmore AB. The revision of the 2014 European tobacco products directive: an analysis of the tobacco industry's attempts to 'break the health silo'. *Tob Control*. 2016;25(1):108–17. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2014-051919.
54. Eisenegger M, Schranz M. Reputation Management and Corporate Social Responsibility. W: Bartlett J, May S, Ihlen Ø, editors. *The Handbook of Communication and Corporate Social Responsibility*. Wiley-Blackwell; 2011.
55. Fooks G, Gilmore A, Collin J, Holden C, Lee K. The limits of corporate social responsibility: techniques of neutralization, stakeholder management and political CSR. *Journal of Business Ethics*. 2013;112(2):283–99. doi: 10.1007/s10551-012-1250-5.
56. Comeforo K. Review Essay: Manufacturing consent: The political economy of the mass media. *Global Media and Communication*. 2010;6(2):218–30.
57. Petticrew M, Fitzgerald N, Maani N, McCambridge J, Pettigrew S, van Schalkwyk M. Responsible drinking, conflicts of interest, and the elephant in the room: A commentary on a scoping review of "responsible drinking" interventions by Gray, Williams & Shaffer (2020). *Health Commun*. 2021;36(2):257–9. doi: 10.1080/10410236.2020.1827541.
58. Docherty N. Facebook's Ideal User: Healthy Habits, Social Capital, and the Politics of Well-Being Online. *Social Media and Society*. 2020;6(2). <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2056305120915606>.
59. Cassidy R. Fair game? Producing and publishing gambling research. *International Gambling Studies*. 2014;14(3):345–53. <https://doi.org/10.1080/14459795.2014.971420>.
60. Collin J, Hill SE. Industrial epidemics and inequalities: The commercial sector as a structural driver of inequalities in non-communicable diseases. W: Smith KE, Bambra C, Hill SE, editors. *Health Inequalities: Critical Perspectives*. Oxford: Oxford University Press; 2015.
61. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *The Lancet*. 2019;393(10173):791–846. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8).
62. Mangalinden JP. PepsiCo CEO: 'If all consumers exercised...obesity wouldn't exist' 2010. W: CNN Money/Fortune 500 [strona internetowa]. CNN Money; 27 April 2010 (https://money.cnn.com/2010/04/27/news/companies/indra_nooyi_pepsico.fortune/, Dostęp: 4 czerwca 2024).
63. Freudenberg N. *Lethal but legal: corporations, consumption, and protecting public health*. Oxford University Press; 2014.
64. Petticrew M, Lee K, Ali H, Nakkash R. "Fighting a Hurricane": Tobacco Industry Efforts to Counter the Perceived Threat of Islam. *Am J Public Health*. 2015;105(6):1086–93. doi: 10.2105/AJPH.2014.302494.
65. Oreskes N, Conway E, Karoly DJ, Gergis J, Neu U, Pfister C. The denial of global warming. W: Sam W, Christian P, Franz M, editors. *The Palgrave Handbook of Climate History* London: Palgrave Macmillan; 2018.
66. Bach L. Big surprise: tobacco company prevention campaigns don't work; maybe it's because they are not supposed to [fact sheet]. Washington DC: Campaign for Tobacco-Free Kids; 2023 (<https://assets.tobaccofreekids.org/factsheets/0302.pdf>, dostęp: 5 czerwca 2024).
67. Friel S, Collin J, Daube M, Depoux A, Freudenburg N, Gilmore AB, et al. Commercial determinants of health: future directions. *Lancet*. 2023;401(10383):1229–40. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00011-9.
68. Gilmore AB, van den Akker A. Protecting future generations from commercially driven health harms: lessons from tobacco control. *Lancet*. 2024;S0140-6736(24)01128-0. doi: 10.1016/S0140-6736(24)01128-0.
69. Erzse A, Karim SA, Foley L, Hofman KJ. A realist review of voluntary actions by the food and beverage industry and implications for public health and policy in low- and middle-income countries. *Nat Food*. 2022;3:650–63. <https://doi.org/10.1038/s43016-022-00552-5>.

Rozdział 2.

Strategie marketingowe zwiększają narażenie na czynniki ryzyka NCD i negatywnie wpływają na opiekę w NCD



© WHO

Główne punkty

- Strategie marketingowe mogą mieć bezpośredni wpływ na zachowania ludzi oraz ryzyko NCD i opiekę w tych chorobach.
- Techniki marketingowe oparte na danych wykorzystują słabości jednostek, targetując i personalizując cyfrowe komunikaty marketingowe w sposób maksymalizujący zysk.
- Marketing w większości obszarów jest w dużej mierze nieuregulowany.
- Mity i groźby prawne są wykorzystywane przez branżę do opóźniania lub blokowania wdrażania ograniczeń marketingowych.

Marketing wpływa zarówno na profilaktykę, jak i opiekę w NCD. Skupiając się na opiece, warto zauważyć, że przemysł farmaceutyczny i wyrobów medycznych opracował bardzo specyficzne strategie marketingowe, aby promować swoje produkty zarówno wśród społeczności medycznej (patrz Ramka 2), jak i ogółu społeczeństwa (patrz Ramka 3), ze względu na to, że musi obchodzić pewne unikalne regulacje. Niniejsza publikacja nie będzie szczegółowo omawiać tych strategii, a jedynie przedstawi ich krótki opis (Ramka 3 i przykład w Studium przypadku 3). Niniejszy rozdział koncentruje się głównie na profilaktyce i tym, jak promowanie produktów wśród grup wrażliwych zwiększa narażenie na czynniki ryzyka NCD.

Marketing produktów, o których wiadomo, że zwiększają ryzyko NCD, takich jak alkohol, tytoń, e-papierosy oraz niezdrowa żywność i napoje, jest głównym komercyjnym czynnikiem przyczyniającym się do złego stanu zdrowia na świecie. Poprzez strategiczne i zintegrowane kampanie marketingowe, branża tworzą atrakcyjność tych produktów, często gloryfikując je i



tworząc kojarzenia z pożądanymi doświadczeniami i stylem życia. Te praktyki marketingowe głęboko zakorzeniają te produkty w naszym codziennym życiu, wyolbrzymiając ich korzyści i normalizując ich konsumpcję.

Praktyki marketingowe często są skierowane do populacji, w których już występują nierówności zdrowotne i wyższy wskaźnik NCD. Na przykład przemysł tytoniowy wykorzystywał wizerunek Pierwszych Narodów (Indian) w reklamach wyrobów tytoniowych, selektywnie kierował kampanie marketingowe do Pierwszych Narodów i zapewniał sponsoring komercyjny fundacjom

Pierwszych Narodów (1). Podobnie, marketing niezdrowej żywności był częściej spotykany w dzielnicach o niższym statusie społeczno-ekonomicznym lub zamieszkiwanych przez dużą liczbę osób z mniejszości etnicznych (2). Branża tytoniowa, e-papierosów, alkoholowa i spożywcza – wszystkie te branże kierują swoje kampanie marketingowe do dzieci (3–5). W 1978 roku przemysł tytoniowy stwierdził, że „podstawą naszej działalności jest uczeń szkoły średniej” (6) – dziś kolorowe opakowania i smaki e-papierosów, promowane za pośrednictwem mediów społecznościowych i influencerów wśród młodych ludzi online (7), sugerują, że niewiele się zmieniło. Strategie marketingowe oparte na płci są powszechnie stosowane przez firmy alkoholowe, aby łączyć alkohol z codziennymi czynnościami i tożsamościami związanymi z płcią, aby zachęcać do spożycia alkoholu, utrwalając szkodliwe normy płciowe i związane z nimi stereotypy (8).

Marketing cyfrowy

Wraz z globalnym upowszechnieniem się internetu i mediów społecznościowych, praktycznie żaden kraj nie jest wolny od cyfrowego marketingu produktów i marek szkodliwych dla zdrowia. Korporacje międzynarodowe współpracują z gigantami technologicznymi, aby płynnie integrować szkodliwe dla zdrowia produkty i marki z naszym cyfrowym życiem i kulturą. Techniki oparte na danych wykorzystują indywidualne słabości, targetując i personalizując przekazy marketingowe w sposób maksymalizujący zysk. Na przykład, firmy spożywcze kierują reklamy do nastolatków ze względu na ich aktywne korzystanie z mediów społecznościowych i zwiększoną siłę nabywczą (9, 10), a firmy produkujące alkohol wykorzystały pandemię COVID-19, promując zakup i dostawę swoich produktów online, a także „zabawy w izolacji” (11, 12). Do promocji skierowanej do dzieci wykorzystywani są tzw. „kidfluencerzy”, którzy zwracają uwagę dzieci poprzez dużą liczbę obserwujących w mediach społecznościowych i wpływają na nie, aby promować produkty i marki wśród młodszych odbiorców (13). Celem jest wykorzystanie popularności „kidfluencera”, aby nawiązać kontakt z odbiorcami i zwiększyć sprzedaż. Budzi to obawy natury etycznej dotyczące wykorzystywania dzieci, prywatności i wpływu interesów komercyjnych na zachowanie i preferencje dzieci.

W ostatnich czasach znacząco wzrosło wykorzystanie strategii marketingu cyfrowego przez przemysł. Wynika to głównie z możliwości wykorzystania zaawansowanych technologii, takich jak targetowanie algorytmiczne i spersonalizowane wiadomości, ułatwione przez analizę obszernych danych behawioralnych i demograficznych. Techniki marketingu cyfrowego są immersyjne, urzekają odbiorców i zapewniają maksymalne zaangażowanie. Dystrybucja treści marketingowych za pośrednictwem zaufanych i autentycznych kanałów, w tym rekomendacji od rówieśników i pozytywnych opinii influencerów



© WHO

dotąd dodatkowo wzmacnia ich oddziaływanie. Komunikaty marketingowe są płynnie integrowane z różnymi platformami cyfrowymi, takimi jak media społecznościowe, treści influencerów, gry reklamowe, a nawet media informacyjne. Co więcej, wraz z pojawieniem się nowych przestrzeni wirtualnych, takich jak metawersum, marketerzy znaleźli nowe sposoby na nawiązywanie kontaktu z odbiorcami w innowacyjny i immersyjny sposób. To ukryte podejście do marketingu pozwala markom na bardziej organiczne angażowanie konsumentów, budując głębsze więzi i relacje przy niewielkim nadzorze i ochronie konsumenta. Złożoność ekosystemu marketingu cyfrowego budzi obawy związane z trudnościami w regulacji szkodliwego marketingu cyfrowego. Jednak kraje zaczynają podejmować działania, pokazując, że jest to wykonalne.

Działania regulacyjne

Regulacja marketingu szkodliwych produktów i marek to kluczowa odpowiedź na ochronę zdrowia publicznego przed interesami komercyjnymi. W szczególności przed narażeniem na marketing szkodliwych produktów i marek chronione muszą być dzieci i grupy wrażliwe. Wiele organizacji międzynarodowych, w tym WHO, opowiada się za wprowadzeniem środków regulacyjnych w celu ochrony populacji, w szczególności dzieci, młodzieży i grup wrażliwych, przed negatywnymi skutkami zdrowotnymi praktyk marketingowych dużych korporacji produkujących lub promujących produkty szkodliwe dla zdrowia. Z chlubnym wyjątkiem przepisów dotyczących marketingu wyrobów tytoniowych, które zostały przyjęte w wielu krajach, globalne wysiłki na rzecz regulacji szkodliwego marketingu okazały się w najlepszym razie niewystarczające. Choć przepisy prawne regulujące marketing alkoholu i niezdrowej żywności istnieją w wielu krajach Europejskiego Regionu WHO i na świecie, często mają one wąski zakres, koncentrując się na określonych mediach lub środowiskach, określonych grupach populacji lub na określonych technikach marketingowych, a zatem zapewniają niewystarczającą ochronę.

Główną barierą dla przyjęcia i wdrożenia środków prawnych chroniących społeczeństwo przed szkodliwym marketingiem jest silny sprzeciw ze strony przemysłu komercyjnego. W tym rozdziale przedstawiono dwa studia przypadków, które pokazują, w jaki sposób rządy przyjęły przepisy mające na celu ochronę społeczeństwa przed marketingiem produktów szkodliwych dla zdrowia, w jaki sposób przemysł starał się podważyć te wysiłki oraz w jaki sposób grupy zajmujące się zdrowiem publicznym pokonały silny opór przemysłu.

Obalanie mitów – argumenty branży przeciwko przepisom regulującym marketing

Rządy, które podejmą próby wprowadzenia środków prawnych ograniczających szkodliwy marketing, spotkają się z silnym sprzeciwem ze strony branży, w tym podmiotów zajmujących się marketingiem produktów takich jak żywność, alkohol i tytoń, oraz branży reklamowej i marketingowej, a także platform internetowych. Argumenty używane przeciwko środkom prawnym dotyczącym marketingu są podobne w różnych branżach, a ich celem jest uniknięcie regulacji rządowych, które negatywnie wpłyną na sprzedaż produktów, a tym samym na ich sytuację finansową. Poniżej wymieniono typowe argumenty branży i kontrargumenty dla nich.

Mit 1. Samoregulacja jest wystarczająca. Dobrowolne kodeksy postępowania często okazywały się nieskuteczne (14, 15). Na przykład, dobrowolne zobowiązania branży spożywczej w ramach programu EU Pledge¹ okazały się nieskuteczne w zapobieganiu marketingowi niezdrowej żywności skierowanemu do dzieci (16). Występuje wyraźny konflikt interesów (COI), gdy branże tworzą zasady i egzekwują przepisy dotyczące praktyk marketingowych, które zwiększają ich zyski i korzyści dla interesariuszy.

Mit 2. Ludzie powinni wziąć odpowiedzialność za swoje własne zachowania i zachowania swoich dzieci. Ludzie muszą dokonywać wyborów dotyczących tego, co kupują i konsumują oni i ich dzieci, ale decyzje te są w dużym stopniu uzależnione od przystępności cenowej, dostępności i akceptowalności zdrowszych wyborów. Obecny krajobraz marketingowy podważa zdrowe zachowania populacji, wprowadzając konsumentów w błąd, kształtując środowisko wyboru, manipulując preferencjami i ograniczając możliwość podejmowania prawdziwie wolnych i świadomych wyborów dotyczących zdrowia i dobrostanu.

Mit 3. Ograniczenia marketingowe spowodują utratę miejsc pracy i negatywnie wpłyną na gospodarkę. Na poziomie międzynarodowym nie ma dowodów wskazujących na negatywny wpływ ograniczeń marketingowych na miejsca pracy i/lub gospodarkę. W rzeczywistości jest odwrotnie. Na przykład analiza chilijskiej ustawy o etykietowaniu i reklamie żywności, która zawierała ograniczenia dotyczące wszelkiego marketingu niezdrowej żywności uznawanego za skierowany do dzieci, nie wykazała żadnego zauważalnego wpływu na sytuację na rynku pracy w branży spożywczej i napojów – w tym na łączne zatrudnienie i średnie realne płace – w ciągu 18 miesięcy od jej wejścia w życie (17).

Mit 4. Marketing nie jest skierowany do dzieci ani innych grup wrażliwych. Nawet jeśli marketing nie jest skierowany specyficznie do konkretnej grupy, ma on podstępny charakter, a poszczególni ludzie korzystają z wielu tych samych przestrzeni, środowisk i urządzeń oraz tych samych mediów. Marketing kształtuje normy społeczne, a także bardziej bezpośrednio zachowania, niezależnie od tego, czy jest ukierunkowany, czy nie.

Zagrożenia z obszaru prawa

Rządy często obawiają się również, że ich mandat prawny do regulowania marketingu zostanie zakwestionowany na szczeblu krajowym lub na mocy międzynarodowego prawa inwestycyjnego lub handlowego, na przykład za pośrednictwem regionalnych organizacji handlowych lub procedur Światowej Organizacji Handlu (WTO). Cztery typowe argumenty prawne, których używa branża, grożąc podjęciem kroków prawnych w celu wstrzymania przepisów dotyczących marketingu, to:

1. prawo to jest dyskryminujące, ponieważ dotyczy jednych produktów, a innych nie;
2. rząd nie ma mandatu ani jurysdykcji do wprowadzenia tego prawa;
3. ograniczenie marketingu narusza prawa branży do handlu lub korzystania z własności intelektualnej; oraz
4. reakcja ustawodawcy ogranicza handel bardziej, niż to konieczne.

Silne rozpowszechnianie tych zagrożeń prawnych przez przemysł w celu uniknięcia regulacji marketingu zahamowało postęp wprowadzania polityk i/lub osłabiło istniejące przepisy. Rządy mają jednak jurysdykcję do wprowadzania przepisów dotyczących zdrowia publicznego, o ile przestrzegane i uwzględniane są zasady prawne dotyczące handlu i inwestycji (18–21). Współpraca z prawnikami krajowymi w całym procesie opracowywania polityki ma kluczowe znaczenie.

Studium przypadku 1. Wykorzystanie społeczeństwa obywatelskiego do przezwyciężenia wpływu przemysłu w krajowej polityce marketingu żywności

W 2021 roku rząd Wielkiej Brytanii ogłosił globalne, przełomowe ograniczenia w marketingu żywności, w tym zakaz wszelkiej reklamy żywności i napojów o wysokiej zawartości tłuszczu, soli i/lub cukru (HFSS) w telewizji w godzinach 05:30–21:00 oraz zakaz płatnego marketingu żywności HFSS w Internecie, w ramach wielopłaszczyznowej strategii walki z otyłością (22).

To ogłoszenie było zwieńczeniem około 20 lat wysiłków szeregu interesariuszy, w tym środowiska akademickiego i stowarzyszeń medycznych. Rola NGO (organizacji pozarządowych) i społeczeństwa obywatelskiego w informowaniu decydentów, angażowaniu mediów i pozyskiwaniu poparcia społecznego dla zaostrzenia ograniczeń była kluczowa dla odparcia wpływu przemysłu i ostatecznie wprowadzenia tej polityki w życie (więcej informacji w rozdziale 13). Do najważniejszych tu NGO i grup społeczeństwa obywatelskiego należą:

1. Obesity Health Alliance (OHA) (23), utworzona w 2015 roku jako koalicja ponad 50 organizacji wspólnie opowiadających się za polityką zwalczania otyłości i poprawy zdrowia populacji;
2. Bite Back 2030 (24), innowacyjny ruch młodzieżowy, którego celem jest wywarcie wpływu na rząd, aby priorytetowo traktował zdrowie młodych ludzi; oraz
3. Children's Food Campaign, kampania prowadzona przez Sustain (25), konsorcjum organizacji pozarządowych i rzeczników. Więcej informacji można znaleźć w raporcie Center for Digital Democracy (26).

W trakcie opracowywania tej polityki branża wykazywała silny sprzeciw, podważając m.in. wyniki badań naukowych (27) i uzasadnienie polityki, nazywając ją pozorowanym zakazem (28); lobbując u decydentów, aby uchylili lub opóźnili wdrożenie polityki; oraz oferując alternatywne, bardziej ograniczone propozycje, twierdząc, że będą one skuteczniejsze (28).

NGO i organizacje społeczeństwa obywatelskiego (CSO) szybko zmobilizowały kolektyw, reprezentując społeczność zdrowia publicznego poprzez skoordynowane działania i przekazy (29), aby wesprzeć uchwalenie i wdrożenie tej polityki. Współpraca badawcza z naukowcami nad tematami takimi jak nieskuteczność istniejących (wprowadzonych przez branżę) ograniczeń dotyczących reklamy telewizyjnej dostarczyła istotnych danych (30) wspierających zmianę. Wykorzystano efektywne relacje z kluczowymi agencjami rządowymi, zwłaszcza z Departamentem Zdrowia i Opieki Społecznej, a retoryka i badania branżowe zostały szybko zakwestionowane (31). W trakcie całego procesu organizacje te wywierały i utrzymywały presję na rząd, aby działał w oparciu o dowody i wywiązywał się ze swoich zobowiązań, w tym poprzez dokumenty stanowisk politycznych (32). Ruch Bite Back 2030 (24), we współpracy z instytucjami akademickimi, stworzył kampanie rzecznicze prowadzone przez młodzież; na przykład ich kampania „Fuel us, Don't Fool Us” ujawniła, w jak ogromnym stopniu producenci żywności polegają na niezdrowej żywności i napojach w celu generowania zysków w Wielkiej Brytanii.

W wyniku tych skoordynowanych działań w 2022 r. uchwalono przepisy ograniczające reklamę żywności o wysokiej zawartości tłuszczu, soli i cukru (HFSS) w ramach brytyjskiej ustawy o zdrowiu i opiece zdrowotnej (Health and Care Act), chociaż ich wdrożenie zostało opóźnione do października 2025 r.

Studium przypadku 2. Przewycięzenie sprzeciwu przemysłu – francuska ustawa *Loi Évin* mająca ograniczyć marketing alkoholu

Francuska ustawa nazwana *Loi Évin*, dotycząca alkoholu, została uchwalona w 1991 roku w celu uregulowania reklamy i promocji napojów alkoholowych, w szczególności tych skierowanych do młodzieży i grup wrażliwych. Z czasem ustawa spotkała się z krytyką i debatą na temat jej skuteczności i wdrażania oraz równowagi między celami zdrowia publicznego a interesami komercyjnymi. Ustawa spotkała się z silnym sprzeciwem ze strony przemysłu alkoholowego, który stosował długoterminowe strategie lobbingowe i starannie skonstruowane argumenty, aby osłabić jej projekt, wdrażanie i skuteczność (33). Odpierając ten sprzeciw, zwolennicy ustawy odnieśli również pewne sukcesy.

Ustawa nakazuje, aby wszystkie komunikaty promocyjne dotyczące alkoholu były opatrzone ostrzeżeniem zdrowotnym i zawiera listę miejsc, w których alkohol może być promowany, jeśli przekaz marketingowy ma na celu dostarczenie obiektywnych informacji. Tak zwane dozwolone media obejmują prasę drukowaną dla dorosłych, radio (w określonych godzinach), billboardy, plakaty, ekspozycje w punktach sprzedaży oraz media cyfrowe, z wyjątkiem sytuacji, gdy reklama jest skierowana konkretnie do młodzieży lub gdy ma charakter dyskretny lub ukryty. Sugeruje to, że alkoholu nie można promować za pośrednictwem innych mediów i miejsc, takich jak telewizja czy sponsorowanie wydarzeń sportowych lub innych.

Reformy legislacyjne z biegiem czasu poszerzyły listę mediów, w których marketing alkoholu może być dozwolony, tym samym ograniczając zakres i potencjalną skuteczność tej ustawy (34). Na przykład w 1994 r. do listy dozwolonych dodano marketing alkoholu w przestrzeni publicznej, a w 2009 r. dodano media cyfrowe, jeśli nie są skierowane do dzieci. Stworzyło to istotną lukę prawną, i dzieci nadal są narażone na marketing cyfrowy w Internecie (35). Dzieje się tak, ponieważ platformy cyfrowe są często przestrzeniami wspólnymi dla dzieci i dorosłych, weryfikacja wieku są łatwe do obejścia, a ponadto brakuje przejrzystości i niezależnych danych, które pozwoliłyby monitorować, jakie reklamy są konkretnie skierowane do dzieci w Internecie.

Reformy te były odpowiedzią na uporczywy lobbing ze strony przemysłu alkoholowego. Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Adictiologie (ANPAA) dokumentuje 15 taktyk, które przemysł alkoholowy podjął w ostatnim czasie w celu osłabienia tej ustawy, w tym podważanie wiedzy naukowej, rozpowszechnianie dezinformacji, opracowywanie „planów prewencyjnych”, zastraszanie grup rzeczniczych i lobbing skierowany do decydentów (36). Powszechnie udokumentowano również wykorzystywanie luk prawnych, w tym stosowanie alibi marketingu przez firmy alkoholowe w sporcie. Polega on na wykorzystywaniu kluczowych elementów tożsamości marki, takich jak kolory, slogany, kształty lub symbole, do tworzenia pozytywnych skojarzeń z jej markami lub produktami, zamiast bezpośredniego prezentowania nazwy, logo lub konkretnych produktów marki (37).

Organizacje zdrowia publicznego i CSO starają się chronić ustawę przed erozją poprzez zdecydowane działania rzecznicze i publiczne pozwy sądowe w przypadku naruszeń. Na przykład w 2017 roku ANPAA zaskarżyła reklamę na stronie internetowej należącej do firmy piwowarskiej, która nawiązywała do serialu „Gra o tron”, naruszając tym samym ustawę *Loi Évin* (poprzez skojarzenie alkoholu z fantastyką i przygodą). Sąd uwzględnił skargę, potwierdzając, że reklama nie miała nic wspólnego z dostarczaniem informacji faktycznych dotyczących metod produkcji ani regionów pochodzenia piwa, lecz promowała spożycie napoju alkoholowego wśród młodzieży (38).

Ramka 2. Promocja farmaceutyków wśród pracowników służby zdrowia i konsumentów usług medycznych negatywnie wpływa na opiekę w NCD

Raport WHO z 2018 roku, skupiający się na lekach onkologicznych, stwierdził, że we wszystkich kategoriach firm farmaceutycznych wydatki związane ze sprzedażą i marketingiem stanowiły od 25% do 31% kosztów raportowanych przez branżę, w porównaniu z 5% do 19% wydatków na badania i rozwój (39).

Większość tych działań marketingowych jest skierowana do lekarzy i innych pracowników służby zdrowia. Są oni narażeni na szeroko zakrojone praktyki promocji farmaceutyków przez całą swoją karierę, począwszy od studiów medycznych, poprzez wydarzenia sponsorowane przez programy ustawicznego kształcenia medycznego (CME), materiały edukacyjne i prezenty od przedstawicieli handlowych, a także dystrybucję bezpłatnych próbek, tam gdzie nie jest to zakazane, w celu wzbudzenia popytu na rynku. We Francji prawie wszyscy studenci medycyny objęci badaniem w 2019 roku zetknęli się z promocją produktów farmaceutycznych (40). Zasady dotyczące COI (konfliktu interesów) są nadal słabo wdrażane na uczelniach medycznych (41). Badanie z 2018 roku stwierdziło stosowanie zasad dotyczących COI tylko w dwóch z 38 niemieckich uczelni medycznych (42).

Znanym przykładem sponsorowanych wydarzeń CME jest kampania marketingowa OxyContinu w Stanach Zjednoczonych, która doprowadziła do kryzysu opioidowego wywołanego lekami, który rozpoczął się na przełomie wieku. Zapoczątkowała ona trend, który w latach 1999–2021 w Stanach Zjednoczonych spowodował ponad 600 000 zgonów (43), a jego skutki są odczuwalne do dziś. W ramach swojej strategii marketingowej, w latach 1996–2001 producent OxyContinu, Purdue, zorganizował ponad 40 krajowych konferencji poświęconych leczeniu bólu i szkoleniom prelegentów w amerykańskich ośrodkach wypoczynkowych; w tych w pełni opłaconych sympozjach wzięło udział ponad 5000 lekarzy, farmaceutów i pielęgniarek, którzy zostali zrekrutowani i przeszkoleni do krajowego biura prelegentów Purdue (44).

Chociaż przegląd systematyczny wykazał, że ekspozycja na informacje dostarczane bezpośrednio przez firmy farmaceutyczne wiązała się z wyższą częstotliwością, wyższymi kosztami lub niższą jakością przepisywania leków (45), niezmiennie pojawia się wniosek z badania, że istnieje dysonans poznawczy obserwowany wśród pracowników służby zdrowia – wierzących, że sami są odporni na skutki promocji, a jednocześnie przekonanych, że ich koledzy są pod jej wpływem. Zjawisko to obserwuje się na całym świecie, wśród wszystkich pracowników służby zdrowia, a to przekonanie utrwała się w trakcie ich kształcenia. (46).

Ramka 3. Reklama produktów medycznych skierowana bezpośrednio do konsumentów

Reklama leków na receptę skierowana bezpośrednio do konsumentów (DTCA) jest w Europie nielegalna; istnieją jednak inne formy bezpośredniej i pośredniej promocji skierowanej do społeczeństwa. Należą do nich sponsorowane przez przemysł kampanie uświadamiające na temat chorób, materiały promocyjne w internecie oraz programy dotyczące przestrzegania zaleceń lekarskich przez pacjentów i postępowania w chorobach.

Kampanie uświadamiające na temat chorób to strategia marketingowa, która jako taka od dawna jest potępiana (47). Przykładem jest niedawna ogólnooświatowa kampania uświadamiająca na temat półpaśca, sponsorowana przez GlaxoSmithKline (GSK), promująca szczepionkę tej firmy (48).

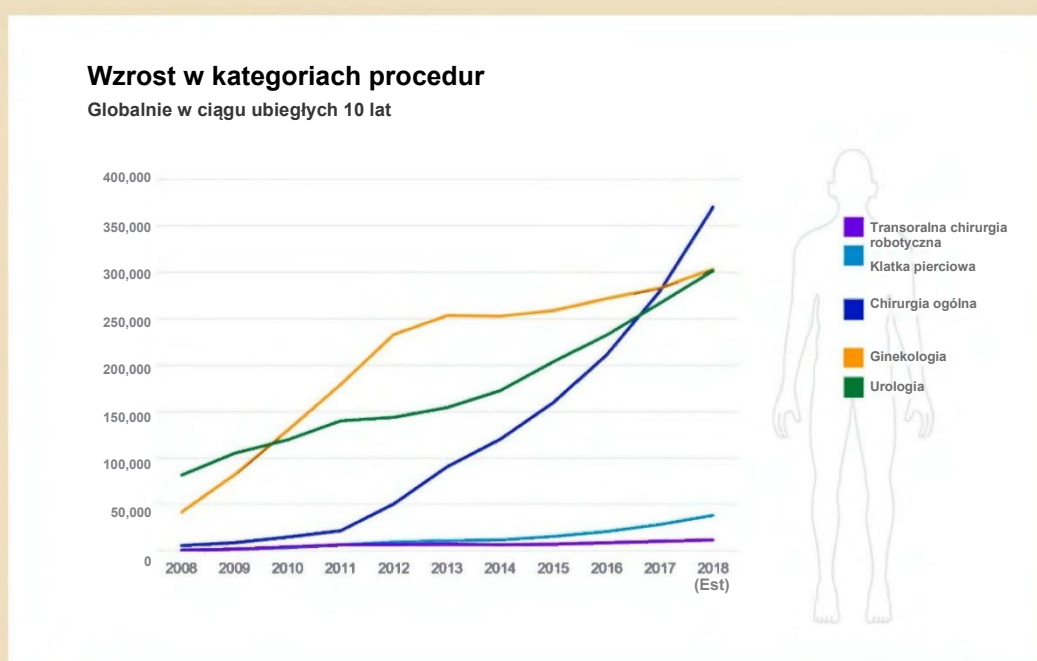
Kampanie reklamowe nie wymieniające marki zachęcają konsumentów do „zapytania lekarza” o leczenie. W wielu krajach o niskich i średnich dochodach status leków dostępnych wyłącznie na receptę jest słabo egzekwowany, a ludzie mogą zazwyczaj kupić dowolny lek w aptekach bez zwracania się do lekarza. W krajach, w których status leków wyłącznie na receptę jest dobrze egzekwowany, takie kampanie nie wymieniające marki skutkują większą liczbą recept (49).

Promocja testów przesiewowych nieopartych na dowodach naukowych nie jest regulowana i budzi coraz większe obawy, zwłaszcza w miarę jak testy laboratoryjne dostępne bezpośrednio dla konsumentów stają się coraz bardziej dostępne, zwłaszcza za pośrednictwem internetu (marketing cyfrowy). Firmy intensywnie promują pakiety badań przesiewowych, które osoby mogą kupić niezależnie od wieku i czynników ryzyka. Prywatne kliniki oferują „pełne badania kontrolne” świadomym zdrowotnie konsumentom, zazwyczaj obejmujące badania krwi i obrazowanie całego ciała. Większość tych badań i procedur przesiewowych jest wykonywana bez ważnych wskazań medycznych, a ich czułość/swoistość jest niejasna. Co więcej, ich zdolność do zmniejszenia częstości występowania lub śmiertelności z powodu NCD nie została absolutnie udowodniona. Badania te nie są częścią żadnej ustalonej ścieżki badań przesiewowych ani nie podlegają systemowi kontroli jakości; dlatego nieprawidłowy wynik może prowadzić do wszelkiego rodzaju procedur diagnostycznych i nadmiernego leczenia. Wiele niepotrzebnych procedur diagnostycznych i terapii wynikających z takich „dzikich badań przesiewowych” jest nie tylko kosztowne, ale może również powodować szkody psychiczne i/lub fizyczne u osób, które przed ich wykonaniem cieszyły się dobrym zdrowiem (50).

Studium przypadku 3. Promocja robotów chirurgicznych i jej konsekwencje w Wielkiej Brytanii

Innym przykładem tego, jak strategie promocji i marketingu branży mogą negatywnie wpływać na opiekę nad pacjentami z NCD i pogłębiać nierówności, jest branża wyrobów medycznych. W ciągu ostatnich dwóch dekad robot chirurgiczny Da Vinci stał się jedną z najważniejszych nowych technologii w opiece onkologicznej. Urządzenie zostało zatwierdzone przez Amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (FDA) w 2000 roku i umożliwia chirurgom przeprowadzanie operacji małoinwazyjnych siedząc przy pupicie i sterując zdalnie sterowanymi ramionami. Liczba systemów robotycznych, oferujących różne opcje pulpitu, udoskonalenia obrazu i rozmiary, również szybko rośnie, a wielu producentów na rynku oferuje obecnie bardziej techniczne lub tańsze opcje (51). Oczekiwane zalety tej techniki obejmowały lepszą ergonomię dla chirurga, lepszą wizualizację pola operacyjnego oraz zwiększony zakres ruchu w polu operacyjnym, co ma przełożyć się na poprawę wyników leczenia pacjentów, szczególnie w porównaniu z technikami otwartymi i laparoskopowymi (52). Jednak w przypadku szeregu typów nowotworów poprawa wyników czynnościowych i onkologicznych nie nastąpiła (53–55). Pomimo braku jednoznacznych dowodów, metoda ta szybko przyjęła się w Stanach Zjednoczonych i Europie, docierając nawet do wielu krajów o średnich i niskich dochodach (56–57) (rys. 4). Obecnie w tych krajach można ją uznać za kamień węgielny leczenia chirurgicznego raka prostaty, a także innych nowotworów, takich jak rak jelita grubego oraz rak głowy i szyi, z rosnącym wykorzystaniem w leczeniu różnych typów nowotworów, pomimo braku dowodów pierwszego poziomu i rutynowych zabiegów chirurgicznych. (52, 58, 59).

Rys. 4. – Wzrost w obszarze chirurgii robotycznej w poszczególnych bszarach anatomicznych chorób.

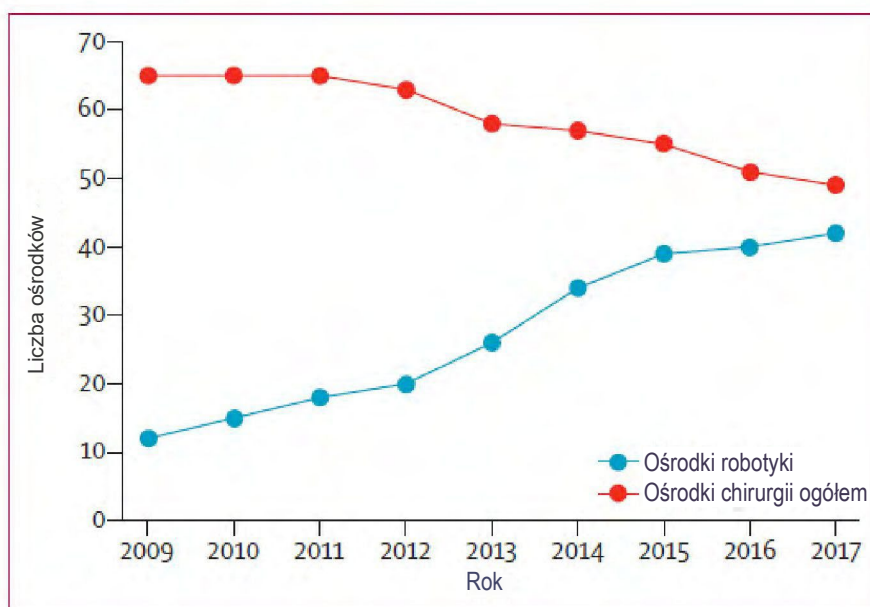


Źródło: reprodukcja za zgodą Elsevier B.V. (60) publikacja na licencji CC BY 4.0 DEED, Attribution 4.0 International (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

To szybkie wdrożenie wynika po części z faktu, że chirurgia robotyczna i jej marketing stały się jednym z najważniejszych technologicznych wyznaczników reputacji stymulujących mobilność pacjentów w usługach opieki zdrowotnej. (61).

W angielskim systemie publicznej opieki zdrowotnej (National Health Service; NHS), gdzie opieka zdrowotna jest bezpłatna w miejscu korzystania z niej, wdrażanie chirurgii robotycznej w leczeniu raka prostaty i raka jelita grubego w niektórych tylko punktach opieki doprowadziło do znacznego pomijania lokalnych ośrodków przez mężczyzn, którzy chcieli uzyskać dostęp do tych metod leczenia w alternatywnych ośrodkach, gdzie były one rutynowo dostępne (62, 63). W ciągu sześciu do ośmiu lat liczba ośrodków chirurgii robotycznej wzrosła z 25% do 90% w przypadku chirurgii raka prostaty (64) (ryc. 5). Stało się to przed zleceniem/wytycznymi w zakresie technologii medycznych dotyczącymi wdrażania tej metody. Zasadniczo rynek wspierał jej szybkie wdrażanie. Znaczny poziom mobilności pacjentów, motywowany zróżnicowaną dostępnością chirurgii robotycznej, oznaczał, że szpitale musiały konkurować z innymi szpitalami, aby utrzymać lokalnych pacjentów i zapobiec utracie dochodów (64). Ta konkurencja przyczyniła się do zamknięcia co czwartego ośrodka radykalnej prostatektomii w NHS i powszechnego wdrożenia radykalnej prostatektomii wykorzystującej technologię robotyczną. Podobne procesy zachodzą obecnie w przypadku innych typów nowotworów (62).

Rys. 5. Zmiany w liczbie ośrodków robotyki i łącznej liczbie ośrodków w NHS w Wielkiej Brytanii (Anglii) (2009–2017)



Źródło: reprodukcja za zgodą Elsevier Ltd (63), publikacja na licencji CC BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en>).

Względy i implikacje polityczne

Powyższe studia przypadków ilustrują zarówno zakres, jak i siłę sprzeciwu branży wobec ograniczeń szkodliwego marketingu, który obejmuje marketing produktów, które same w sobie nie są szkodliwe, ale mogą stać się szkodliwe, gdy są sprzedawane w określony sposób. Ilustrują one również siłę rzeczników zdrowia publicznego w organizacjach społeczeństwa obywatelskiego w pokonywaniu tych wyzwań i wprowadzaniu zmian legislacyjnych z korzyścią dla zdrowia publicznego.

- Silne i trwałe działania w ramach współpracy społeczności zdrowia publicznego, w tym środowiska akademickiego i prawników, umożliwiły kilku rządów ograniczenie marketingu żywności, alkoholu i tytoniu, a także produktów medycznych pomimo oporu branży.
- Polityki ograniczające powinny mieć w miarę możliwości charakter przyszłościowy, aby odzwierciedlać szybko zmieniający się i innowacyjny ekosystem marketingu cyfrowego, oraz być wystarczająco solidne, aby zminimalizować powstawanie luk, które mogłyby zostać wykorzystane przez branżę do dalszego promowania swoich produktów w szkodliwy sposób, nawet po wprowadzeniu ograniczeń.
- W cykl polityki należy wbudować regularne monitorowanie, ocena i przegląd, aby wszelkie słabości ochrony mogły być szybko identyfikowane i usuwane. W rezultacie możliwe jest osiągnięcie maksymalnych korzyści dla zdrowia publicznego, w tym znaczące zmniejszenie nierówności w zakresie opieki zdrowotnej i częstości występowania NCD w całym Regionie i poza nim.

1. Crocetti AC, Cubillo Larrakia B, Lock Ngiyampaa M, Walker Yorta Yorta T, Hill Torres Strait Islander K, Mitchell Mununjali F, et al. The commercial determinants of Indigenous health and well-being: a systematic scoping review. *BMJ Glob Health*. 2022;7(11):e010366. doi: 10.1136/bmjgh-2022-010366.
2. Backholer K, Gupta A, Zorbas C, Bennett R, Huse O, Chung A, et al. Differential exposure to, and potential impact of, unhealthy advertising to children by socio-economic and ethnic groups: A systematic review of the evidence. *Obes Rev*. 2021;22(3):e13144. doi: 10.1111/obr.13144.
3. Bernhardt AM, Wilking C, Adachi-Mejia AM, Bergamini E, Marijnissen J, Sargent JD. How television fast food marketing aimed at children compares with adult advertisements. *PLoS One*. 2013;8(8):e72479. doi: 10.1371/journal.pone.0072479.
4. Jernigan DH, Rushman AE. Measuring youth exposure to alcohol marketing on social networking sites: challenges and prospects. *J Public Health Policy*. 2014;35(1):91–104. doi: 10.1057/jphp.2013.45.
5. Venrick SJ, Kelley DE, O'Brien E, Margolis KA, Navarro MA, Alexander JP, et al. U.S. digital tobacco marketing and youth: A narrative review. *Prev Med Rep*. 2022;31:102094. doi: 10.1016/j.pmedr.2022.102094.
6. Achey TL. Subject: Product Information, 30 August 1978. Lorillard Tobacco Company; 1998. Bates No. 03537131-03537132.
7. Struik LL, Dow-Fleisner S, Belliveau M, Thompson D, Janke R. Tactics for Drawing Youth to Vaping: Content Analysis of Electronic Cigarette Advertisements. *J Med Internet Res*. 2020;22(8):e18943. doi: 10.2196/18943.
8. Lyons A, Kersey K, Emslie C, Dimova E, Burrows A. Digital alcohol marketing and gender: A narrative synthesis. *Drug and Alcohol Review*. 2024. doi: 10.1111/dar.13849.
9. Kelly B, Bosward R, Freeman B. Australian Children's Exposure to, and Engagement With, Web-Based Marketing of Food and Drink Brands: Cross-sectional Observational Study. *J Med Internet Res*. 2021;23(7):e28144. doi: 10.2196/28144.
10. Montgomery KC, Chester J. Interactive food and beverage marketing: targeting adolescents in the digital age. *J Adolesc Health*. 2009;45(3 Suppl):S18–29. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.04.006.
11. Gerritsen S, Sing F, Lin K, Martino F, Backholer K, Culpin A, et al. The Timing, Nature and Extent of Social Media Marketing by Unhealthy Food and Drinks Brands During the COVID-19 Pandemic in New Zealand. *Front Nutr*. 2021;8:645349. doi: 10.3389/fnut.2021.64534.
12. Martino F, Brooks R, Browne J, Carah N, Zorbas C, Corben K, et al. The Nature and Extent of Online Marketing by Big Food and Big Alcohol During the COVID-19 Pandemic in Australia: Content Analysis Study. *JMIR Public Health Surveill*. 2021;7(3):e25202. doi: 10.2196/25202.
13. Coates A, Boyland E. Kid influencers - a new arena of social media food marketing. *Nat Rev Endocrinol*. 2021;17(3):133–4. doi: 10.1038/s41574-020-00455-0.
14. Noel JK, Babor TF. Does industry self-regulation protect young people from exposure to alcohol marketing? A review of compliance and complaint studies. *Addiction*. 2017;112 Suppl 1:51–6. doi: 10.1111/add.13432.
15. Noel JK, Babor TF, Robaina K. Industry self-regulation of alcohol marketing: a systematic review of content and exposure research. *Addiction*. 2017;112 Suppl 1:28–50. doi: 10.1111/add.13410.
16. Huizinga O, Kruse M. Food industry self-regulation scheme "EU Pledge" cannot prevent the marketing of unhealthy foods to children. *Obesity Medicine*. 2016;1:24–8. <https://doi.org/10.1016/j.obmed.2016.01.004>.
17. Parajea G, Colchero A, Wlasiuk JM, Sota AM, Popkin BM. The effects of the Chilean food policy package on aggregate employment and real wages. *Food Policy*. 2021;100. <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2020.102016>.
18. Garde A. Global health law and non-communicable disease prevention: maximizing opportunities by understanding constraints. W: Burci GL, Toebes B, editors. *Research Handbook on Global Health Law*. Edward Elgar Publishing; 2018.
19. Garde A, Byrne S, Gokani N, Murphy B. For a children's rights approach to obesity prevention: The key role of an effective implementation of the WHO recommendations. *European Journal of Risk Regulation*. 2017;8(02):327–41. doi:10.1017/err.2017.26.
20. McGrady B. *Trade and Public Health: The WTO, Tobacco, Alcohol, and Diet*. Cambridge University Press; 2011.
21. George AA. An Unwelcome Seat at the Table: The Role of Big Food in Public and Private Standard-Setting and its Implications for NCD Regulation. *QUT Law Review*. 2018;18(1):156–68. doi: <https://doi.org/10.5204/qutlr.v18i1.726>.
22. Introducing further advertising restrictions on TV and online for products high in fat, salt and sugar: government response (Consultation outcome). W: GOV.UK/Parenting, childcare and children's services/Children's health and welfare/Children's health. 2021 (<https://www.gov.uk/government/consultations/further-advertising-restrictions-for-products-high-in-fat-salt-and-sugar/outcome/introducing-further-advertising-restrictions-on-tv-and-online-for-products-high-in-fat-salt-and-sugar-government-response>, Dostęp: 6 czerwca 2024).
23. Obesity Health Alliance. W: Obesity Health Alliance/Home [strona internetowa]. (<https://obesityhealthalliance.org.uk/>, Dostęp: 6 czerwca 2024).
24. Bite Back. W: Bite Back 2023/Home [strona internetowa]. (<https://www.biteback2030.com/>, Dostęp: 5 czerwca 2024).
25. Children's Food Campaign. W: Sustain [strona internetowa]. London: Sustain; 2024 (<https://www.sustainweb.org/childrens-food-campaign/>, accessed 6 June 2024).
26. Montgomery KC, Chester J. Regulating the Digital Obesogenic Ecosystem: Lessons from the 20-year Effort to Pass the United Kingdom's Online Ban on Unhealthy Food and Beverage Advertising. W: Center for Digital Democracy [strona internetowa]. 2024 (<https://democraticmedia.org/reports/regulating-the-digital-obesogenic-ecosystem>, Dostęp: 6 czerwca 2024).
27. Institute for Economic Affairs. Validity of research on banning junk food advertising questioned 2022 [Dokument dostępny na stronie: <https://iea.org.uk/media/validity-of-research-on-banning-junk-food-advertising-questioned/>].
28. IAB. Government postpones HFSS online ad ban to 2024 2022. W: iab.UK [strona internetowa]. London: iab.UK; 16 maja 2022 (<https://www.iabuk.com/news-article/government-postpones-hfss-online-ad-ban-2024>, Dostęp: 6 czerwca 2024).
29. Jamie Oliver attacks Boris Johnson over plan to allow junk food adverts online. W: The Times [strona internetowa]. The Times; 5 kwietnia 2021 (<https://www.thetimes.co.uk/article/jamie-oliver-attacks-johnson-over-plan-to-allow-junk-food-adverts-online-rk58dcmqj>, Dostęp: 6 czerwca 2024).
30. A 'watershed' moment. Why its prime time to protect children from junk food adverts. Obesity Health Alliance; 2017 (<https://obesityhealthalliance.org.uk/wp-content/uploads/2017/11/A-Watershed-Moment-report.pdf>, Dostęp: 6 czerwca 2024).
31. Child protection from junk food marketing still woefully inadequate. W: Sustain/News/Children's Food Campaign [strona internetowa]. London: Sustain; 2019 (https://www.sustainweb.org/news/dec19_asa/, Dostęp: 6 czerwca 2024).
32. An End to Junk Food Marketing Online: Policy Position. Obesity Health Alliance; 2020 (<https://obesityhealthalliance.org.uk/wp-content/uploads/2020/11/Ending-junk-food-marketing-online-position-paper.pdf>, Dostęp: 6 czerwca 2024).
33. ANPAA, France: Exposing Big Alcohol Lobbying. w: Movendi International [strona internetowa]. Stockholm: Movendi International; 30 kwietnia 2019 (<https://movendi.ngo/news/2019/04/30/exposing-big-alcohol-lobbying/>, Dostęp: 6 czerwca 2024).
34. Friant-Perrot M, Garde A. The Regulation of Alcohol Marketing in France: The Loi Evin at Thirty. *J Law Med Ethics*. 2022;50(2):312–6. doi: 10.1017/jme.2022.57.
35. Gallopel-Morvan K, Spilka S, Mutatayi C, Rigaud A, Lecas F, Beck F. France's Evin Law on the control of alcohol advertising: content, effectiveness and limitations. *Addiction*. 2017;112 Suppl 1:86–93. doi: 10.1111/add.13431.
36. Association Nationale de Prevention en Alcoologie et Adictologie (ANPAA) [The National Association for Prevention in Alcoholology and Addictology]. *Observatoire sur les pratiques des lobbies de l'alcool [Observatory on Alcohol Lobby Practices]*. 2019.

37. Murray R, Breton MO, Britton J, Cranwell J, Grant-Braham B. Carlsberg alibi marketing in the UEFA euro 2016 football finals: implications of Probably inappropriate alcohol advertising. *BMC Public Health*. 2018;18(1):553. doi: 10.1186/s12889-018-5449-y.
38. France: Alcohol Advertising Ban Wins Case in High-Court. W: Movendi International [strona internetowa]. Stockholm: Movendi International; 19 June 2019 (<https://movendi.ngo/news/2020/06/19/france-alcohol-advertising-ban-wins-case-in-high-court/>, Dostęp: 6 czerwca 2024).
39. Technical report: pricing of cancer medicines and its impacts: a comprehensive technical report for the World Health Assembly Resolution 70.12: operative paragraph 2.9 on pricing approaches and their impacts on availability and affordability of medicines for the prevention and treatment of cancer. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/277190>, Dostęp: 6 czerwca 2024). Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
40. Molina M, Boëffard A, Esvan M, Bastian. Medical students' exposure to and attitudes towards product promotion and incentives from the pharmaceutical industry in 2019: a national cross-sectional study in France *BMJ Open*. 2022;12(7):e045671. doi: 10.1136/bmjopen-2020-045671.
41. Fabbri A, Hone KR, Hróbjartsson A, Lundh A. Conflict of Interest Policies at Medical Schools and Teaching Hospitals: A Systematic Review of Cross-sectional Studies. *Int J Health Policy Manag*. 2022;11(8):1274–85. doi: 10.34172/ijhpm.2021.12
42. Grabitz P, Friedmann Z, Gepp S, Hess L, Specht L, Struck M, et al. Quantity and quality of conflict of interest policies at German medical schools: a cross-sectional study and survey. *BMJ Open*. 2020;10(9):e039782. doi: 10.1136/bmjopen-2020-039782.
43. Understanding the Opioid Overdose Epidemic. W: CDC/Overdose Prevention [strona internetowa]. U.S. Centers for Disease Control and Prevention; 2024 (<https://www.cdc.gov/opioids/basics/epidemic.html>, Dostęp: 6 czerwca 2024).
44. Van Zee A. The promotion and marketing of oxycontin: commercial triumph, public health tragedy. *Am J Public Health*. 2009;99(2):221–7. doi: 10.2105/AJPH.2007.131714.
45. Spurling GK, Mansfield PR, Montgomery BD, Lexchin J, Doust J, Othman N, et al. Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: a systematic review. *PLoS Med*. 2010;7(10):e1000352. doi: 10.1371/journal.pmed.1000352.
46. Interactions des professionnels de santé avec les représentants de l'industrie [Interakcje pracowników służby zdrowia z przedstawicielami branży]. W: Haute Autorité de Santé/Industrial/Means of information/Promotional information/Medical visit [strona internetowa]. Haute Autorité de Santé; 2022 (https://www.has-sante.fr/jcms/p_3395221/fr/interactions-des-professionnels-de-sante-avec-les-representants-de-l-industrie, Dostęp: 6 czerwca 2024).
47. Dyer O. Disease awareness campaigns turn healthy people into patients. *BMJ*. 2006;332(7456):871. doi:10.1136/bmj.332.7546.871.
48. Adams B. GlaxoSmithKline's Shingrix campaign irks some in UK, but pharma adamant it broke no rules. W: FIERCE Pharma/Marketing [strona internetowa]. Fierce Pharma; 11 marca 2022 (<https://www.fiercepharma.com/marketing/glaxosmithklines-shingrix-campaign-irks-some-uk-pharma-adamant-it-broke-no-rules>, Dostęp: 6 czerwca 2024).
49. Understanding and Responding to Pharmaceutical Promotion. A practical guide. World Health Organization, Health Action International (<https://haiweb.org/wp-content/uploads/2015/05/Pharma-Promotion-Guide-English.pdf>, Dostęp: 23 maja 2024).
50. Singhal S, Deokar K, Verma M. Commercial screening tests: Beneficial or a hypnosis to advertisements? *J Postgrad Med*. 2022;68(4):231–2. doi: 10.4103/jpgm.jpgm_300_22.
51. Almuljalhem A, Rha KH. Surgical robotic systems: What we have now? A urological perspective. *BJUI Compass*. 2020;1(5):152–9. doi: 10.1002/bco2.31.
52. Wright JD. Robotic-assisted surgery: Balancing evidence and implementation. *JAMA*. 2017;318(16):1545–7. doi: 10.1001/jama.2017.13696.
53. Jayne D, Pigazzi A, Marshall H, Croft J, Corrigan N, Copeland J, et al. Effect of robotic-assisted vs conventional laparoscopic surgery on risk of conversion to open laparotomy among patients undergoing resection for rectal cancer: The ROLARR randomized clinical trial. *JAMA*. 2017;318(16):1569–80. doi: 10.1001/jama.2017.7219.
54. Ilic D, Evans SM, Allan CA, Jung JH, Murphy D, Frydenberg M. Laparoscopic and robot-assisted vs open radical prostatectomy for the treatment of localized prostate cancer: a Cochrane systematic review. *BJU Int*. 2018;121(6):845–53. doi: 10.1111/bju.14062.
55. Ramirez PT, Frumovitz M, Pareja R, Lopez A, Vieira M, Ribeiro R, et al. Minimally Invasive versus Abdominal Radical Hysterectomy for Cervical Cancer. *N Engl J Med*. 2018;379(20):1895–904. doi: 10.1056/NEJMoa1806395.
56. Barbash GI, Glied SA. New Technology and Health Care Costs — The Case of Robot-Assisted Surgery. *N Engl J Med*. 2010;363(8):701–4. doi: 10.1056/NEJMp1006602.
57. Ramsay C, Pickard R, Robertson C, Close A, Vale L, Armstrong N, et al. Systematic review and economic modelling of the relative clinical benefit and cost-effectiveness of laparoscopic surgery and robotic surgery for removal of the prostate in men with localised prostate cancer. *Health Technol Assess*. 2012;16(41):1–313. doi: 10.3310/hta16410.
58. Kaye DR, Mullins JK, Carter HB, Bivalacqua TJ. Robotic surgery in urological oncology: patient care or market share? *Nat Rev Urol*. 2015;12(1):55–60. doi: 10.1038/nrurol.2014.339.
59. Sheetz KH, Clafflin J, Dimick JB. Trends in the Adoption of Robotic Surgery for Common Surgical Procedures. *JAMA Netw Open*. 2020;3(1):e1918911. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.18911.
60. Horn D, Sacarny A, Zhou A. Technology adoption and market allocation: The case of robotic surgery. *J Health Econ*. 2022;86:102672. doi: 10.1016/j.jhealeco.2022.102672.
61. Aggarwal A, Han L, Boyle J, Lewis D, Kuyruba A, Braun M, et al. Association of Quality and Technology With Patient Mobility for Colorectal Cancer Surgery. *JAMA Surg*. 2023;158(1):e225461. doi: 10.1001/jamasurg.2022.5461.
62. Aggarwal A, Lewis D, Charman SC, Mason M, Clarke N, Sullivan R, et al. Determinants of Patient Mobility for Prostate Cancer Surgery: A Population-based Study of Choice and Competition. *Eur Urol*. 2018;73(6):822–5. doi: 10.1016/j.eururo.2017.07.013.
63. Aggarwal A, Lewis D, Mason M, Purushotham A, Sullivan R, van der Meulen J. Effect of patient choice and hospital competition on service configuration and technology adoption within cancer surgery: a national, population-based study. *Lancet Oncol*. 2017;18(11):1445–53. doi: 10.1016/S1470-2045(17)30572-7.

Rozdział 3.

Negatywny wpływ struktury przemysłu i siły rynkowej na polityki



© WHO / Vakho Chikvaidze

Główne punkty

- Koncentracja rynku, która oddaje kontrolę nad całymi sektorami w ręce ograniczonej liczby potężnych podmiotów komercyjnych, jest bardzo wysoka w większości HHI i w sektorze farmaceutycznym.
- Biorąc pod uwagę ich znaczenie gospodarcze (jako źródła zatrudnienia i dochodów podatkowych), firmy działające w skoncentrowanych sektorach często mają kluczowe znaczenie strategiczne dla rządów, co daje im znaczną władzę polityczną w porównaniu z podmiotami państwowymi.
- Wysoki poziom dostępu do decydentów może prowadzić do zwiększonej niechęci rządu do wdrażania polityk i regulacji, które mogłyby zagrozić zdolnościom tych dominujących firm do generowania zysków.

Koncentracja rynku oddaje kontrolę nad całymi sektorami w ręce ograniczonej liczby potężnych podmiotów gospodarczych. Większość HHI ma charakter oligopolistyczny, a w niektórych przypadkach oligopsonistyczny. W sektorze farmaceutycznym koncentracja rynku jest również bardzo wysoka, a niektórzy sugerują, że sektor ten jest konglomeratem monopoli (1) (patrz definicje poniżej). Ma to istotne konsekwencje dla wysiłków na rzecz ograniczenia konsumpcji produktów i leków, które firmy te wytwarzają, wprowadzają na rynek i sprzedają, podczas gdy skoncentrowane rynki często nadają również dominującym firmom znaczną władzę polityczną (2,3).

Ramka. 4. Główne definicje

Monopol: rynek, na którym jedna duża firma posiada na wyłączność lub ma wyłączną kontrolę nad dostawami lub handlem towarem lub usługą, co czyni go rynkiem bez konkurencji

Oligopol: rynek, na którym istnieje tylko kilka dużych firm (sprzedawców), które dominują na rynku, ograniczając w ten sposób konkurencję

Oligopson: rynek, na którym kilku dużych nabywców dominuje nad popytem

Jeśli chodzi o strategię rynkową, wysoki poziom koncentracji rynku zapewnia wiodącym firmom:

- a) możliwość kontrolowania produkcji, marketingu, dystrybucji i cen produktów w łańcuchach dostaw; oraz
- b) możliwość generowania zysków kosztem innych interesariuszy rynku, w tym konsumentów i dostawców (2).

Taka koncentracja rynku, a co za tym idzie, kontrola łańcucha dostaw, w przypadku HHI jest zazwyczaj osiągnięta poprzez fuzje i przejęcia (M&A) lub strategiczne partnerstwa z odpowiednimi podmiotami łańcucha dostaw. Najistotniejsze formy M&A w kontekście tego rozdziału to przede wszystkim integracja pozioma, znana również jako przejęcia konsolidujące, mające na celu zwiększenie udziału w rynku poprzez eliminację konkurencji. Drugim rodzajem jest integracja pionowa, której celem jest kontrola łańcucha dostaw poprzez przejęcia lub uzyskanie kontroli nad dostawcami, dystrybutorami lub nabywcami, i która zapewnia firmom wysoki poziom przewagi strukturalnej nad konkurentami i nowymi podmiotami wchodzącymi na rynek. Ostatnim istotnym rodzajem M&A są tzw. fuzje rozszerzające ofertę produktową, które dotyczą rozszerzenia oferty produktów lub usług. W tym przypadku zamiast skupiać się na fuzji z firmą z tej samej branży o podobnej ofercie, firmy wyszukują przedsiębiorstwa oferujące inne produkty i usługi niż ich własne. Poprzez przejęcie lub fuzję firma stwarza możliwości krzyżowych promocji i sprzedaży oraz uchyla się przed lub omija regulacje. W sektorze farmaceutycznym koncentracja rynku wynika przede wszystkim z ochrony prawnej (w szczególności patentów), wyłączności na rynku, ochrony danych i innych środków politycznych mających na celu umożliwienie firmom farmaceutycznym odzyskania inwestycji w nowy lek i wykluczenia potencjalnych konkurentów z rynku (4).

Poza kontrolą łańcucha dostaw, posiadanie wysokiego poziomu koncentracji rynku zazwyczaj oznacza również, że firmy są bardzo duże i rentowne, co z kolei oznacza, że dysponują większymi zasobami, które będą mogły przeznaczyć na działania związane z budowaniem marki i promocją. Sektory o wysokiej koncentracji często składają się również z firm o wysokim poziomie transnarodowości, co oznacza, że firma wyrasta poza lub działa poza granicami kraju, co pozwala jej na łatwiejszą ekspansję na nowe rynki (3).

Co więcej, biorąc pod uwagę ich znaczenie ekonomiczne jako dostawców zatrudnienia i dochodów podatkowych, firmy w skoncentrowanych sektorach często mają ogromne znaczenie strategiczne dla rządów, co zapewnia firmom dominującym znaczną siłę, jeżeli chodzi o strukturę i relacje z podmiotami państwowymi. Oznacza to, że takie firmy zazwyczaj mają wysoki poziom dostępu do decydentów politycznych, co w połączeniu z ich siłą strukturalną, może prowadzić do zwiększonej niechęci rządu do wdrażania polityk i regulacji, które mogłyby zagrozić zdolnościom tych dominujących firm do generowania zysków, a także szerszej stabilności i kondycji gospodarek krajowych (2). Ponadto istnieją liczne dowody na to, że większe zasoby, którymi dysponują duże, a w szczególności transnarodowe firmy, zwiększają ich zdolność do wywierania wpływu politycznego. (3).

Niniejszy rozdział zawiera trzy studia przypadków. Studium przypadku 4 analizuje implikacje zwiększonej koncentracji rynku w sektorze mięsnym. Istnieje wiele dowodów na wpływ handlu mięsem i jego spożycia na NCD związane z dietą, takie jak rak jelita grubego, cukrzyca i choroba wieńcowa (5-8). Najnowsze badania wykazały, że w kontekście europejskim wpływ handlu czerwonym i przetworzonym mięsem na NCD związane z dietą w północnej i wschodniej części Europy jest szczególnie dotkliwy. Oznacza to, że częstość NCD związanych z dietą w tych krajach wzrasta najszybciej ze względu na handel czerwonym i przetworzonym mięsem, a co za tym idzie, jego spożycie (5). Istnieje również inny sposób, w jaki spożycie i handel mięsem i innymi produktami pochodzenia zwierzęcego wpływa na rozprzestrzenianie się NCD: odpowiadają one za 14,5% wszystkich emisji gazów cieplarnianych (6) i, jak powszechnie wiadomo, istnieje wyraźny związek między zmianami klimatu a NCD, w tym udarem mózgu, chorobami serca i astmą (9). Studium przypadku 5 analizuje M&A oraz partnerstwa biznesowe między firmami produkującymi napoje bezalkoholowe a firmami z sektora alkoholowego. Badania wykazały, że zarówno spożycie napojów bezalkoholowych, jak i alkoholu jest związane z NCD (10, 11). Alkohol jest odpowiedzialny za około 3,3 miliona zgonów na świecie każdego roku (5,9% globalnej śmiertelności) i odpowiada za około 5% globalnego obciążenia chorobami; spożycie alkoholu jest również odpowiedzialne za szereg szkód społeczno-ekonomicznych i zdrowotnych (12, 13).

Wpływ przemysłu farmaceutycznego jest ewidentny, jeśli patrzymy na ceny i dostępność leków na NCD. Interesy komercyjne często powodują skierowanie uwagi na bardziej rentowne rynki, czasami kosztem równego dostępu. Studium przypadku 6 koncentruje się na mechanizmach przemysłu farmaceutycznego mających na celu utrzymanie pozycji monopolistycznej i opóźnienie rozwoju konkurentów w obszarze leków generycznych. Ramka 5 ilustruje problem wysokich cen innowacyjnych leków.



© WHO

Studium przypadku 4. Produkcja mięsa w Europie

Jak pokazuje najnowszy raport, koncentracja rynku w sektorze mięsnym znacząco wzrosła na przestrzeni lat na całym świecie (14). Obecnie decydującą rolę w procesie produkcji, transportu i handlu mięsem i paszami odgrywa dziesięć globalnych, bardzo dużych firm mięsnych. Tych dziesięciu producentów i przetwórców mięsa ma swoje siedziby w zaledwie pięciu krajach/blokach regionalnych – Brazylii, Chinach, UE, Japonii i Stanach Zjednoczonych – ale dzięki globalnym łańcuchom dostaw dominują oni na rynkach światowych i są obecni we wszystkich głównych regionach produkcji mięsa.

Te duże firmy są również bardzo silnie obecne w całej Europie. Firmy takie jak JBS S.A. (Brazylia), WH Group (Chiny), Crown (Dania), Tyson (Stany Zjednoczone), Cargill (Stany Zjednoczone) generują swoje zyski w Europie, sprzedając świeże i mrożone mięso wyprodukowane w Europie lub produkty mięsne importowane z innych krajów, takich jak Brazylia i Tajlandia. Wykorzystują one fuzje i przejęcia, aby przejmować małe i duże firmy, znacząco zwiększając swoją siłę rynkową w Europie i uzyskując kontrolę nad całym łańcuchem dostaw mięsa (14). Firmy te zazwyczaj zajmują się wszystkim, od hodowli i produkcji mięsa, przez przetwórstwo i handel, a nawet je kontrolują, a często posiadają również centra dystrybucji, dzięki czemu mogą dystrybuować produkty bezpośrednio w całej Europie. Do istotnych niedawnych fuzji i przejęć należą: przejęcie przez amerykańskiego giganta mięsnego Tyson wszystkich europejskich oddziałów BRF (Brazylia), ósmej co do wielkości firmy mięsnej na świecie (15), oraz przejęcie przez JBS jednego z największych brytyjskich przetwórców mięsa wieprzowego w celu zwiększenia swojego udziału w rynku europejskim (14). JBS rozważa również przejęcie niemieckiej firmy mięsnej Tönnies Group, która jest jednym z największych producentów mięsa w Europie i liderem niemieckiego rynku wieprzowiny (16).

Badania wskazują, że siła rynkowa, jaką te firmy uzyskały w wyniku tych zmian, utrudniła zmniejszenie spożycia mięsa, ponieważ umożliwia im wywieranie wpływu w całym łańcuchu dostaw, na przykład poprzez narzucanie niskich cen producentom i zmuszanie rolników do sprzedaży poniżej kosztów produkcji (17). Ma to również inne konsekwencje: rolnicy muszą hodować duże ilości zwierząt, aby zaspokoić popyt dużych firm mięsnych, które dominują na rynku, a aby przetrwać w takim klimacie gospodarczym, często w dużym stopniu polegają na dotacjach publicznych (14). Na przykład hodowcy bydła w UE są zaleźni od dopłat bezpośrednich, które stanowią co najmniej 50% ich dochodów (14).

cd.

Siła rynkowa często przekłada się również na siłę polityczną. Niedawnym przykładem tego w odniesieniu do sektora mięsnego jest jego skuteczna akcja lobbująca (więcej w rozdziale 4) związana ze strategią UE „Od pola do stołu”, wprowadzoną w 2020 r. (18). Strategia ta, będąca częścią Wspólnej Polityki Rolnej (CAP) UE na lata 2023–2027 i stanowiąca serce Europejskiego Zielonego Ładu, ma na celu uczynienie unijnego systemu produkcji żywności bardziej sprawiedliwym, zdrowszym i zrównoważonym. Kładzie ona silny nacisk na NCD, co ilustruje poniższy fragment jednego z kluczowych dokumentów opublikowanych przez UE, szczegółowo opisujących strategię:

Przejsie na dietę bardziej roślinną, z mniejszą ilością czerwonego i przetworzonego mięsa oraz większą ilością owoców i warzyw, zmniejszy nie tylko ryzyko chorób zagrażających życiu, ale także wpływ systemu produkcji żywności na środowisko. Szacuje się, że w UE w 2017 r. ponad 950 000 zgonów (co piąty) i ponad 16 milionów utraconych lat zdrowego życia było spowodowanych niezdrową dietą, głównie chorobami układu krążenia i nowotworami. Plan UE „Pokonać raka” obejmuje promocję zdrowej diety jako część działań na rzecz profilaktyki nowotworów (18).

Jednak ostatnie analizy pokazują, że ponad dwie trzecie strategii prawdopodobnie pozostanie niewdrożone do czasu objęcia urzędu przez nową Komisję Europejską w listopadzie 2024 r., przy czym większość wniosków ustawodawczych jest nadal przedmiotem rozmów prawodawców, a niektóre z najbardziej ambitnych inicjatyw zostały zawieszono na czas nieokreślony lub całkowicie odrzucone (19). Kluczowym powodem tego niepowodzenia jest to, że przepisy padły ofiarą intensywnej kampanii politycznej prowadzonej przez grupy nacisku ze strony branży, a dowody wskazują, że kluczową rolę w tych działaniach odegrały międzynarodowe giganty mięsne, wraz z firmami takimi jak firmy petrochemiczne lub farmaceutyczne (20). Kampania polityczna prowadzona przez przemysł mięsny polegała na intensywnym lobbingu przeciwko kluczowym elementom strategii (21, 22), a także na wykorzystywaniu nauki w niewłaściwy sposób do swoich celów (więcej w rozdziale 6) i zniekształcaniu przekazu medialnego w odniesieniu do strategii „Od pola do stołu” (22). Na przykład grupy lobbujące działające na rzecz przemysłu mięsnego, w tym Liaison Centre for the Meat Processing Industry in the European Union (Clitravi) i European Livestock Voice, zleciły badania atakujące strategię „Od pola do stołu” (22).

Wysiłki te zakończyły się sukcesem, ponieważ propozycje przedstawione w ramach strategii „Od pola do stołu”, takie jak wyraźne odniesienia do zagrożeń dla zdrowia związanych z intensywną hodowlą, wymogi zwiększenia przejrzystości poprzez etykietowanie produktów oraz możliwość nakładania przez państwa członkowskie UE wyższych podatków na produkty niezgodne z zasadami zrównoważonego rozwoju, zostały opóźnione lub osłabione (22). Inna propozycja – zakaz finansowania promocji czerwonego mięsa – nie tylko została odroczone, ale i zablokowana (23). Co więcej, w ostatnich latach UE zainwestowała miliony euro w kampanie promujące spożycie wołowiny, w tym inicjatywę o wartości 4,5 miliona euro o nazwie „Dumni z wołowiny UE” wspierającą dwie grupy lobbystyczne zajmujące się wołowiną: Provacuno w Hiszpanii i APAQ-W w Belgii (24). Duże firmy mięsne również lobbowały przeciwko inicjatywom promującym i finansującym badania nad rozwojem alternatywnych źródeł białka, i to z powodzeniem: raporty pokazują, że dzięki swojej sile politycznej firmy mięsne były w stanie zablokować rozwój bardziej ekologicznych i zdrowszych alternatyw (17, 25). Niedawna analiza lobbingu, dotacji i regulacji wykazała, że pieniądze wydane na lobbing przez producentów mięsa w UE przyćmiły wysiłki lobbujące na rzecz alternatyw, a spośród wszystkich wydatków na badania i innowacje 97% trafiło do producentów mięsa, a nie do grup zajmujących się mięsem roślinnym lub mięsem uprawianym, i prawie wszystkie te fundusze zostały przeznaczone na poprawę produkcji mięsa (17).



© WHO / Malin Bring

Studium przypadku 5. Rozszerzenie działalności branży napojów bezalkoholowych na sektor alkoholowy

Stosunkowo niedawnym zjawiskiem jest nawiązywanie przez HHI partnerstw z firmami z innych sektorów, które również często szkodzą zdrowiu, lub które angażują się w fuzje i przejęcia w celu rozszerzenia oferty produktów, celując w firmy oferujące produkty lub usługi inne niż ich własne.

Wyraźnym przykładem jest branża napojów bezalkoholowych, która nawiązuje partnerstwa i/lub wykupuje firmy z sektora alkoholowego, na przykład ekspansja Coca-Cola Company na rynek produktów alkoholowych. Sześć lat temu Coca-Cola Company zaczęła systematycznie budować portfolio napojów alkoholowych. Pierwszy krok miał miejsce w 2018 roku w Japonii, kiedy firma ta wprowadziła na rynek Lemon-Dou, swój pierwszy gotowy do spożycia napój alkoholowy (26). Dwa lata później, w 2020 roku, firma nawiązała współpracę z Molson Coors, aby produkować Topo Chico Hard Seltzer. W 2022 roku Coca-Cola zawarła umowy na produkcję koktajli Schweppes Pre-Mixed Cocktails, koktajli Fresca Mixed Cocktails, lemoniady Simply Spiked Lemonade, a w 2023 roku – Jacka Daniela z Coca-Colą w puszkach (27). Hard Seltzer Chico jest obecnie dostępny na ponad 20 rynkach, w tym w kilku krajach europejskich (28); Jack Daniels z Coca-Colą jest dostępny w Meksyku, Stanach Zjednoczonych i wybranych krajach europejskich, w tym w Holandii (Królestwie Niderlandów), Hiszpanii i Wielkiej Brytanii, a w nadchodzących latach prawdopodobnie będą to kolejne rynki. W Wielkiej Brytanii Coca-Cola wprowadziła również Jack Daniel's & Coca-Cola Zero Sugar, a od 2024 roku planuje wprowadzić ten wariant na kolejne rynki, w tym do innych krajów europejskich (29).

W 2022 roku PepsiCo poszła w ślady Coca-Coli, wchodząc również na rynek napojów alkoholowych, choć dotychczas koncentrowała się wyłącznie na rynku amerykańskim. Firma podpisała pierwszą umowę z Boston Beer Company i w 2022 roku wprowadziła na rynek Hard Mountain Dew (5% alkoholu), następnie w 2023 roku zawarła umowę biznesową z firmą piwowarską FIFCO USA w celu produkcji serii napojów alkoholowych o smaku herbaty mrożonej o nazwie Lipton Hard Iced Tea (30).

cd.

Początkowo Coca-Cola i PepsiCo nawiązywały partnerstwa dystrybucyjne wyłącznie z firmami alkoholowymi, co oznaczało, że udzielały licencji na swoje marki producentom, którzy byli właścicielami produktów alkoholowych i receptur oraz korzystali z doświadczenia logistycznego Coca-Coli i PepsiCo oraz ich kontaktów z detalistami w celu dystrybucji produktów końcowych. Jednym z powodów jest to, że w wielu krajach przepisy uniemożliwiają im bezpośredni zakup firm alkoholowych. Na przykład w Stanach Zjednoczonych producent napojów alkoholowych nie może być jednocześnie ich dystrybutorem. W Europie takie przepisy nie istnieją, dlatego Coca-Cola mogła niedawno – za pośrednictwem swojej firmy produkcyjnej, rozlewniczej i dystrybucyjnej Coca-Cola HBC – bezpośrednio kupić firmę alkoholową Finlandia Vodka. Finlandia to szczególnie silna marka wódki w regionie Europy Środkowo-Wschodniej, gdzie sprzedaje 2,7 miliona dziewięciolitrowych skrzynek rocznie (31).

Ta sytuacja wzbudziła obawy dotyczące zdrowia publicznego. Eksperti ds. zdrowia publicznego są szczególnie zaniepokojeni gotowymi do spożycia napojami alkoholowymi, w których udział mają Coca-Cola i PepsiCo (27). Sprzedaż tych napojów alkoholowych na bazie gazowanej wody i gotowych do spożycia koktajli w puszkach gwałtownie wzrosła, odkąd dwaj giganci w branży napojów bezalkoholowych weszli na ten rynek. Produkty te wykorzystują więc konsumentów z markami, które są im dobrze znane od wielu lat. Co więcej, ponieważ tego typu napoje są zazwyczaj niedrogie, pakowane w jednorazowe opakowania i sprzedawane w miejscach takich jak stacje benzynowe, supermarkety i sklepy osiedlowe, są atrakcyjne dla młodych ludzi. Może to mieć tragiczne konsekwencje i odwrócić długoterminowy spadek spożycia alkoholu wśród młodych ludzi (32). Sugeruje się również, że nacisk na alkoholowe napoje gazowane wydaje się być skierowany do kobiet, wśród których spożycie alkoholu w ostatnich latach dogania mężczyzn (27). „Niskokaloryczny, smakowy napój alkoholowy to ich sprawdzony sposób na przyciągnięcie rynku kobiet” (27).”

Studium przypadku 6. Utrzymać pozycję monopolisty jak najdłużej: jak firmy farmaceutyczne toczą zakulisowe wojny o leki generyczne

Sektor farmaceutyczny również przeszedł proces zwiększania koncentracji rynku. Na przykład w Stanach Zjednoczonych w latach 1995–2015 60 firm farmaceutycznych połączyło się w 10. W rezultacie firmy farmaceutyczne stały się znacznie bardziej selektywne w kwestii produkowanych leków, co z kolei oznaczało, że skutecznie porzucono całe obszary badań medycznych (33). Co więcej, siła rynkowa i polityczna dużych firm farmaceutycznych uległa dalszemu wzmocnieniu, ponieważ firmy te są faktycznymi monopolistami ze względu na sposób regulacji sektora. Oznacza to, że leki są wytwarzane na podstawie patentów, co daje firmom farmaceutycznym pełną kontrolę nad lekami, do których posiadają prawa własności intelektualnej (IPR). W miarę, jak przepisy dotyczące IPR stawały się coraz surowsze, ostrzejsze i ulegały globalizacji w ciągu ostatnich czterech dekad – pod wpływem presji politycznej i siły firm farmaceutycznych – firmy farmaceutyczne stały się jednymi z najbardziej rentownych i transnarodowych przedsiębiorstw na świecie (34). W latach 2000–2018 rentowność dużych firm farmaceutycznych była znacznie wyższa niż rentowność innych dużych spółek publicznych (35).

Przemysł farmaceutyczny stosuje wszelkiego rodzaju taktyki, aby opóźnić lub uniemożliwić konkurentom produkującym leki generyczne wejście na rynek, co umożliwi producentom leków markowych utrzymanie monopolistycznej pozycji, a tym samym utrzymanie wysokich cen i maksymalizację zysków. Poniżej przedstawiono kilka przykładów realizacji tych kampanii.

1 Odmowa współpracy z firmami generycznymi i blokowanie dostępu do próbek

Niektórzy producenci leków markowych celowo utrudniają współpracę z firmami generycznymi, w szczególności uniemożliwiając konkurentom produkującym leki generyczne spełnianie wymogów regulacyjnych. Ponadto, w przypadku niektórych rodzajów leków, producenci leków generycznych potrzebują dostępu do próbek leku markowego, aby wykazać równoważność przed Amerykańską Agencją ds. Żywności i Leków (FDA) i Europejską Agencją Leków (EMA). Niektórzy producenci leków markowych odmawiają udostępnienia próbek firmom generycznym, utrudniając im tym samym udowodnienie biorównoważności. Bez dostępu do próbek FDA i EMA nie mogą zatwierdzić wersji generycznej, co pozwala leкови markowemu utrzymać monopol (36).

2 Kampanie oszczerstw

Kampania oszczerstw to celowe działanie mające na celu rozpowszechnianie fałszywych lub wprowadzających w błąd informacji na temat bezpieczeństwa, skuteczności lub jakości leku generycznego. Takie kampanie są zazwyczaj inicjowane przez firmy farmaceutyczne lub powiązane z nimi podmioty w celu utrzymania dominacji rynkowej lub wyższych cen leków markowych. Taktyki stosowane w tych kampaniach mogą obejmować rozpowszechnianie bezpodstawnych twierdzeń o działaniach niepożądanych, kwestionowanie biorównoważności leków generycznych lub podważanie pozwoleń regulacyjnych, co dobrze ilustruje historia laboratorium Janssen-Cilag, które najpierw uniemożliwiło, a następnie ograniczyło rozwój generycznych wersji leku Durogesic (opiodowego leku przeciwbólowego) we Francji. Jak stwierdził francuski urząd ochrony konkurencji, który nałożył na laboratorium grzywnę w wysokości 25 milionów euro, „są to poważne praktyki” (37). Innym przykładem, który zakończył się grzywną w wysokości 40,6 miliona euro nałożoną przez ten sam francuski urząd ochrony konkurencji, jest strategia oczerniania generyków leku Plavix (leku na choroby układu krążenia) stosowana przez Sanofi-Aventis (38). Celem takich praktyk jest podważenie zaufania lekarzy do leku generycznego, a tym samym zniechęcenie do jego stosowania i potencjalne zachowanie udziału w rynku droższych, markowych alternatyw. Kampanie oszczerstw utrudniają zmniejszanie kosztów opieki zdrowotnej i podważają zaufanie do przemysłu farmaceutycznego i organów regulacyjnych.

3 Wojny patentowe

Innym sposobem, w jaki firmy farmaceutyczne opóźniają wejście leków generycznych na rynek, jest składanie dodatkowych wniosków patentowych. Z niedawnego raportu wynika, że firmy farmaceutyczne złożyły znaczną liczbę wniosków patentowych – 1500 – na 12 najlepiej sprzedających się leków w Stanach Zjednoczonych, z których większość została przyznana, w celu dalszego wzmocnienia swojej pozycji monopolistycznej, wykraczającej poza 20 lat ochrony, z której zazwyczaj korzystają na mocy obowiązujących przepisów dotyczących IPR (39). Jedną z takich firm, AbbVie, złożyła w Stanach Zjednoczonych ponad 250 wniosków patentowych na swój lek na artretyzm Humira. Konkurencyjni producenci leków, wprowadzający na rynek generyczne wersje leku, spotkali się z blokadą w sądzie. W rezultacie, chociaż lek został wprowadzony na rynek w 2003 roku, pierwsi konkurenci mogli wejść na rynek amerykański dopiero w 2023 roku, podczas gdy biopodobne leki Humira stały się dostępne w Europie w 2018 roku. Doprowadziło to do spostrzeżenia, że kluczową rolę w przemyśle farmaceutycznym odgrywają prawnicy i lobbyści, a nie badacze i eksperci medyczni (33).



Ramka 5. Wysokie ceny kontra uczciwe ceny innowacyjnych leków

Głównymi klientami przemysłu farmaceutycznego są publiczne i prywatne zakłady ubezpieczenia zdrowotnego. W sytuacji monopolistycznej, takiej jak w przypadku leków nowatorskich, leków sierocych, a często leków onkologicznych, ceny są po prostu tym, co rynek może udźwignąć (40). Ekstremalnie wysokie ceny stały się normą i rosnącym zagrożeniem dla budżetów opieki zdrowotnej. „Najdroższy lek na świecie” (41), Libmeldy – terapia genowa choroby rzadkiej, kosztująca 2,5 miliona euro – stał się niedawno dostępny w Belgii, Irlandii i Holandii. Wydatki na produkty farmaceutyczne są coraz częściej napędzane przez drogie leki stosowane przez niewielką liczbę pacjentów. W Belgii w 2022 roku pięć leków onkologicznych stanowiło 12% wszystkich wydatków na produkty farmaceutyczne (42).

Uzasadnienie oferowane przez przemysł farmaceutyczny – wysokie ceny ze względu na wysokie koszty badań i rozwoju – wielokrotnie okazywało się nieprawdziwe. Na przykład, niedawne badanie wykazało, że mediana czasu potrzebnego na zwrot kosztów rozwoju leków onkologicznych wynosi trzy lata (43). Innym częstym argumentem przemawiającym za wysokimi cenami jest to, że za lek powinno się pobierać wynagrodzenie proporcjonalne do jego wartości; na przykład cena leczniczej terapii genowej powinna odzwierciedlać wszystkie wydatki na opiekę zdrowotną, które poniesiono by w ciągu życia pacjenta, gdyby nie został wyleczony. Francuski farmakolog argumentuje, że jest to równoznaczne z wynagradzaniem strażaków proporcjonalnie do wartości zniszczeń, którym zapobiegli, gasząc pożar (44).

Inicjatywa Drugs for Neglected Diseases (DNDi) pokazała, że możliwy jest inny, nie nastawiony na zysk model rozwoju leków. DNDi opracowała na przykład proste w użyciu, niedrogi leki na wirusowe zapalenie wątroby typu C i choroby zaniedbane, takie jak leiszmanioza i śpiączka afrykańska (45)

Podsumowanie

Wiodące firmy w skoncentrowanych sektorach i na skoncentrowanych rynkach zazwyczaj kontrolują transgraniczne procesy produkcji, marketingu i dystrybucji oraz posiadają znaczącą władzę polityczną wobec państw. Studia przypadków omówione w tym rozdziale pokazują, że koncentracja rynku jest wysoka w większości HHI, a także w przemyśle farmaceutycznym, co ma istotne implikacje dla starań na rzecz polityk mających na celu ograniczenie spożycia szkodliwych produktów oraz dla leków produkowanych przez te firmy.

Sugestie dotyczące polityki

- Opracowując sposoby radzenia sobie z NCD i polityką w zakresie farmaceutyków, społeczność zdrowia publicznego powinna brać pod uwagę struktury rynkowe, a co za tym idzie, siłę rynkową firm.
- Aby to osiągnąć, kluczowe jest, aby decydenci, organizacje społeczeństwa obywatelskiego i badacze poświęcali więcej uwagi zrozumieniu, identyfikacji, śledzeniu i reagowaniu na siłę rynkową firm w kluczowych sektorach.
- Jednym z kluczowych pytań z perspektywy zdrowia publicznego jest to, (a) w przypadku których form struktury rynkowej prawdopodobieństwo zwiększenia stosowania produktów szkodliwych dla zdrowia jest najmniejsze, i (b) które z nich mają najbardziej pozytywny wpływ na rodzaje opracowywanych/produkowanych leków, a także na cenę, jaką konsumenci płacą za takie leki.

1. Pearl R. Pharma Companies: A Conglomerate Of Monopolies. W: Forbes/Innovation/Healthcare [strona internetowa]. Forbes; 31 stycznia 2023 (<https://www.forbes.com/sites/robertpearl/2023/01/31/pharma-companies-a-conglomerate-of-monopolies/>, dostęp: 5 czerwca 2024).
2. Wood B, Williams O, Baker P, Nagarajan V, Sacks G. The influence of corporate market power on health: exploring the structure-conduct-performance model from a public health perspective. *Global Health*. 2021;17(1):41. doi: 10.1186/s12992-021-00688-2.
3. Hawkins B, Holden C, Eckhardt J, Lee K. Reassessing policy paradigms: A comparison of the global tobacco and alcohol industries. *Glob Public Health*. 2018;13(1):1–19. doi: 10.1080/17441692.2016.1161815.
4. Collis H, Martuscelli C, Furlong A, Bencharif ST. How Big Pharma games the system — and keeps drugs prices high. W: Politico/News/ Health care [strona internetowa]. Politico; 11 April 2023 (<https://www.politico.eu/article/big-pharma-health-care-european-commission-games-the-system-and-keeps-drugs-prices-high/>, dostęp: 5 czerwca 2024).
5. Chung MG, Li Y, Liu J. Global red and processed meat trade and non-communicable diseases. *BMJ Glob Health*. 2021;6(11):e006394. doi:10.1136/bmjgh-2021-006394.
6. Pushkarev N. Meat Production & Consumption (in Europe) and Public Health. An exploration. European Public Health Alliance; 2021 (<https://epha.org/wp-content/uploads/2021/10/meat-production-consumption-in-europe-and-public-health-an-exploration-final.pdf>, dostęp: 5 czerwca 2024).
7. Battaglia Richi E, Baumer B, Conrad B, Darioli R, Schmid A, Keller U. Health Risks Associated with Meat Consumption: A Review of Epidemiological Studies. *Int J Vitam Nutr Res*. 2015;85(1–2):70–8. doi: 10.1024/0300-9831/a000224.
8. Papier K, Knuppel A, Syam N, Jebb SA, Key TJ. Meat consumption and risk of ischemic heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2023;63(3):426–437. doi: 10.1080/10408398.2021.1949575.
9. Climate change and noncommunicable diseases: connections. W: WHO/News [strona internetowa]. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://www.who.int/news/item/02-11-2023-climate-change-and-noncommunicable-diseases-connections>, dostęp: 5 czerwca 2024).
10. Vartanian LR, Schwartz MB, Brownell KD. Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health*. 2007;97(4):667–75. doi: 10.2105/AJPH.2005.083782.
11. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373(9682):2223–33. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60746-7.
12. Global status report on alcohol and health – 2014 ed. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://iris.who.int/handle/10665/112736>, dostęp: 5 czerwca 2024).
13. Alcohol. W: WHO/Newsroom/Fact sheets/Detail [strona internetowa]. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>, dostęp: 5 czerwca 2024).
14. Meat Atlas 2021. Heinrich Böll Stiftung, Germany; Friends of the Earth Europe, Belgium; BUND, Germany; 2021 (https://eu.boell.org/sites/default/files/2021-09/MeatAtlas2021_final_web.pdf, dostęp: 5 czerwca 2024).
15. skew K. Tyson eyes European expansion: 'We have an aggressive growth agenda'. W: FoodNavigator Europe [strona internetowa]. FoodNavigator Europe; 17 August 2020 (<https://www.foodnavigator.com/Article/2020/08/17/Tyson-eyes-European-expansion-We-have-an-aggressive-growth-agenda>, dostęp: 5 czerwca 2024).
16. Huge shock for the German meat industry. W: Euro Meat News/Germany [strona internetowa]. euromeat.news.com; 19 March 2024 (<https://euromeatnews.com/Article-Huge-shock-for-the-German-meat-industry/4549>, dostęp: 5 czerwca 2024).
17. Vallone S, Lambin E.F. Public policies and vested interests preserve the animal farming status quo at the expense of animal product analogs. *One Earth*. 2023;6(9):1213–26. doi: 10.1016/j.oneear.2023.07.013.
18. Farm to Fork Strategy for a fair, healthy and environmentally-friendly food system. European Commission; 2020 (https://food.ec.europa.eu/document/download/472acca8-7f7b-4171-98b0-ed76720d68d3_en?filename=f2f_action-plan_2020_strategy-info_en.pdf, dostęp: 5 czerwca 2024).
19. Fortuna G. EU Policy. Over half of von der Leyen's food policy promises weren't met, analysis shows. W: Euronews/My Europe [strona internetowa]. euronews; 19 February 2024 (<https://www.euronews.com/my-europe/2024/02/19/over-half-of-von-der-leyens-food-policy-promises-were-not-met-analysis-shows>, dostęp: 5 czerwca 2024).
20. Agribusiness lobby against EU Farm to Fork strategy amplified by Ukraine war. W: Corporate Europe Observatory [strona internetowa]. Brussels: Corporate Europe Observatory; 17 marca 2022 (<https://corporateeurope.org/en/2022/03/agribusiness-lobby-against-eu-farm-fork-strategy-amplified-ukraine-war>, dostęp: 5 czerwca 2024).
21. Carlile C. Revealed: Meetings Blitz Between Big Ag and Anti-Green Lawmakers in Europe. W: DeSmog [strona internetowa]. DeSmog; 4 października 2023 (<https://www.desmog.com/2023/10/04/revealed-meetings-blitz-between-big-ag-and-anti-green-lawmakers-in-europe/>, dostęp: 5 czerwca 2024).
22. Shankar P, Win TW, Hekman L. Lobbies undermine EU's green farming plan. W: DW/Politics/Europe [strona internetowa]. Deutsche Welle; 19 October 2021 (<https://www.dw.com/en/exposed-how-big-farm-lobbies-undermine-eus-green-agriculture-plan/a-59546910>, dostęp: 5 czerwca 2024).
23. Wax E. From farm to flop? Political risks choke EU's green food plan. W: Politico/News/Agriculture and food [strona internetowa]. Politico; 26 stycznia 2023 (<https://www.politico.eu/article/blocked-and-delayed-political-risks-choke-eus-green-food-plan-farmers/>, dostęp: 5 czerwca 2024).
24. Neslen A. MEPs slam Brussels over 'beefatarian' campaign to promote meat. W: Politico/News/Agriculture and food [strona internetowa]. Politico; 5 czerwca 2020 (<https://www.politico.eu/article/become-a-beefatarian-meps-slam-brussels-campaign-promote-meat/>, dostęp: 5 czerwca 2024).
25. The Guardian; 18 sierpnia 2023 (<https://www.theguardian.com/environment/2023/aug/18/gigantic-power-of-meat-industry-blocking-green-alternatives-study-finds>, dostęp: 5 czerwca 2024).
26. Coca-Cola plans to launch its first alcoholic drink. W: BBC/News [strona internetowa]. BBC; 7 marca 2018 (<https://www.bbc.com/news/business-43313147>, dostęp: 5 czerwca 2024).
27. Alcom T. Big Soda's Alcohol Drinks Worry Health Experts. W: The New York Times [strona internetowa]. The New York Times; 2023 (<https://www.nytimes.com/2023/02/21/health/alcohol-soft-drinks-health-risk.html>, dostęp: 5 czerwca 2024).
28. A Deeper Look at Coca-Cola's Emerging Business in Alcohol. W: The Coca-Cola Company [strona internetowa]. The Coca-Cola Company; 2022 (<https://www.coca-colacompany.com/media-center/deeper-look-at-coca-colas-emerging-business-in-alcohol>, dostęp: 5 czerwca 2024).
29. Lusk S. Growing our portfolio with alcohol. W: Coca-Cola Europacific Partners/Media/News/2023 [strona internetowa]. Coca-Cola Europacific Partners; 2023 (<https://www.cocacolaep.com/media/news/2023/growing-portfolio-alcohol/>, dostęp: 5 czerwca 2024).
30. Alcohol. W: PepsiCo/ESG Topics A-Z [strona internetowa]. PepsiCo; 2023 (<https://www.pepsico.com/our-impact/esg-topics-a-z/alcohol>, Dostęp: 5 czerwca 2024).
31. Christodoulou K. Why Coca-Cola HBC bought Finlandia, enters in a \$63 billion market. W: Business Daily [strona internetowa]. Business Daily; 20 czerwca 2023 (https://www.businessdaily.gr/english-edition/90034_why-coca-cola-hbc-bought-finlandia-enters-63-billion-market, dostęp: 5 czerwca 2024).

32. Oldham M, Holmes J, Whitaker V, Fairbrother H, Curtis P. Youth Drinking in Decline. Report. Sheffield: University of Sheffield; 2018 (https://www.sheffield.ac.uk/news/polopoly_fs/1.8068891/file/Oldham_Holmes_Youth_drinking_in_decline_FINAL.pdf, dostęp: 5 czerwca 2024).
33. Dearden N. From cholera to coronavirus, medicine monopolies are making us sick. W: Global Justice Now/Blogs [strona internetowa]. Global Justice Now; 22 stycznia 2024 (<https://www.globaljustice.org.uk/blog/2024/01/from-cholera-to-coronavirus-medicine-monopolies-are-making-us-sick/>, dostęp: 5 czerwca 2024).
34. Sell SK. Private Power, Public Law: The Globalization of Intellectual Property Rights. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
35. Ledley FD, McCoy SS, Vaughan G, Cleary EG. Profitability of Large Pharmaceutical Companies Compared With Other Large Public Companies. *JAMA*. 2020;323(9):834–43. doi: 10.1001/jama.2020.0442.
36. Statement from FDA Commissioner Scott Gottlieb, M.D. and Peter Marks, M.D., Ph.D., Director of the Center for Biologics Evaluation and Research on new policies to advance development of safe and effective cell and gene therapies. W: U.S. Food & Drug Administration/Press Announcements [strona internetowa]. U.S. Food & Drug Administration; 15 stycznia 2019 (<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/statement-fda-commissioner-scott-gottlieb-md-and-peter-marks-md-phd-director-center-biologics>, dostęp: 5 czerwca 2024).
37. L'Autorité de la concurrence impose une amende de 25 millions d'euros à Janssen-Cilag pour avoir empêché le développement de versions génériques de Durogesic, son produit générique. W: Autorité de la concurrence/News & publications/Press releases [strona internetowa]. Autorité de la concurrence; 20 grudnia 2017 (<https://www.autoritedelaconcurrence.fr/en/press-release/autorite-de-la-concurrence-impose-fine-25-million-euros-janssen-cilag-laboratory-and>, dostęp: 5 czerwca 2024).
38. 18 maja 2010: Marketing of Plavix® generic medications. W: Autorité de la concurrence/News & publications/Press releases [strona internetowa]. Autorité de la concurrence; 31 maja 2010 (<https://www.autoritedelaconcurrence.fr/en/communiqués-de-presse/18-may-2010-market-ing-plavixr-generic-medications>, dostęp: 5 czerwca 2024).
39. Overpatented, Overpriced: How Excessive Pharmaceutical Patenting is Extending Monopolies and Driving up Drug Prices. I-MAK; 2018 (<https://www.i-mak.org/wp-content/uploads/2018/08/I-MAK-Overpatented-Overpriced-Report.pdf>, dostęp: 5 czerwca 2024).
40. Morgan S G, Bathula H S, Moon S. Pricing of pharmaceuticals is becoming a major challenge for health systems. *BMJ*. 2020;368:l4627. doi:10.1136/bmj.l4627.
41. Duboust O. The world's most expensive drug has been approved for use in Ireland, Belgium and the Netherlands. W: euronews.health/Health/Health news [strona internetowa]. euronews.health; 26 stycznia 2024 (<https://www.euronews.com/health/2024/01/26/the-worlds-most-expensive-drug-has-been-approved-for-use-in-ireland-belgium-and-the-nether>, dostęp: 5 czerwca 2024).
42. Hendrickx A, Vos B, Vrancken J, Bourda A, Demyttenaere B. Quel serait l'impact d'un prix juste pour les médicaments en Belgique? Analyse sur base de 7 médicaments. Brussels: Solidaris; 2023 (https://www.fmsb.be/sites/default/files/uploads/NEWS/Etude-Solidaris_Fair_price_version-finale.pdf, dostęp: 5 czerwca 2024).
43. Brinkhuis F, Goettsch WG, Mantel-Teeuwisse AK, Bloem LT. Added benefit and revenues of oncology drugs approved by the European Medicines Agency between 1995 and 2020: retrospective cohort study. *BMJ*. 28 lutego 2024;384:e077391. doi: 10.1136/bmj-2023-077391.
44. Benkimoun P. « La France malade du médicament »: une gabegie française. W: Le Monde/Sciences [strona internetowa]. Le Monde; 15 września 2020 (https://www.lemonde.fr/sciences/article/2020/09/15/la-france-malade-du-medicament-une-gabegie-francaise_6052277_1650684.html, dostęp: 5 czerwca 2024).
45. Our story: 20 years of DNDi. W: DNDi/About [strona internetowa]. DNDi (<https://dndi.org/about/our-story-20-years-dndi/>, dostęp: 5 czerwca 2024).
46. Goldschein E. The Incredible Story Of How De Beers Created And Lost The Most Powerful Monopoly Ever. Business Insider. Opublikowano o 8 maja 2014. <https://www.businessinsider.com/history-of-de-beers-2011-12>
47. Segal T. The North American Airline Industry. Investopedia. Opublikowano 11 maja 2024. <https://www.investopedia.com/ask/answers/011215/airline-industry-oligopoly-state.asp>
48. Hamilton SF, Sunding DL. Joint Oligopoly Power in Food Processing Industries: Application to the us Broiler Industry. *American Journal of Agricultural Economics*. 2020;103(4):1398-1413. doi:10.1111/ajae.12115

Rozdział 4.

Lobbing branżowy i jego wpływ na politykę dotyczącą NCD



© WHO

Główne punkty

- Podmioty komercyjne podejmują szereg działań, aby kształtować politykę i systemy regulacyjne dotyczące ich działalności.
- Działania te obejmują długoterminowe, proaktywne strategie budowania relacji z decydentami politycznymi w celu kształtowania otoczenia regulacyjnego oraz krótkoterminowe taktyki reaktywne, takie jak kwestionowanie prawa, w celu blokowania lub opóźniania niekorzystnych propozycji politycznych.
- Podmioty komercyjne starają się kształtować warunki debat politycznych w sposób odpowiadający ich interesom oraz prezentować pozytywny wizerunek swoich firm, produktów i usług poprzez strategie CSR.
- Niniejszy rozdział omawia te podejścia poprzez studia przypadków przemysłu tytoniowego, e-papierosów, spożywczego i farmaceutycznego.

Wstęp

Lobbying – formalne i nieformalne relacje podmiotów z branży i decydentów, organów regulacyjnych i innych podmiotów zarządzających w celu kształtowania wyników polityki – to powszechnie stosowane, ale być może mylące, ogólne określenie niezliczonych sposobów, w jakie podmioty komercyjne starają się wpływać na politykę i procesy jej kształtowania. Jako pojęcie, jest ono używane głównie do opisanego bezpośredniej i często jawnie transakcyjnej formy wywierania wpływu politycznego. Sugeruje ono, że procesy te są specyficzne dla danego problemu, bezpośrednie i ukierunkowane na osiągnięcie konkretnych, otwarcie wyrażanych, krótkoterminowych rezultatów. Ta forma lobbyngu ma często charakter reaktywny i, w przypadku HHI, ma na celu zapobieganie propozycjom politycznym lub inicjatywom rządowym. Chociaż ten rodzaj praktyki lobbyngowej jest ważnym elementem strategii politycznych HHI, ich starania mające na celu wpływanie na politykę wykraczają daleko poza ten zakres i często są bardziej zróżnicowane, ukryte, pełne niuansów i wyrafinowane, niż wielu podmiotów i decydentów w dziedzinie zdrowia publicznego to dostrzega. Pełną gamę ich podejść, zarówno w perspektywie krótkoterminowej, jak i długoterminowej, dokładniej oddaje koncepcja korporacyjnej działalności politycznej (CPA), opisanej jako „praktyki mające na celu zapewnienie preferencyjnego traktowania i/lub zapobieganie, kształtowanie, omijanie lub podważanie polityk publicznych w sposób sprzyjający interesom korporacyjnym” (1). Te „strategie pozarynkowe” mają uzupełniać i wspierać „strategie rynkowe” firm w celu promowania produktów i stymulowania sprzedaży poprzez dążenie do tworzenia korzystnych warunków regulacyjnych (2). W kolejnych sekcjach przedstawiono kluczowe aspekty CPA, w ramach których HHI angażują się w kształtowanie polityk i procesów decyzyjnych w swoich interesach.

Długoterminowe strategie wpływu

Istotnym elementem CPA są długoterminowe, proaktywne formy budowania relacji, poprzez które podmioty branżowe starają się prezentować jako mający legitymację prawną interesariusze polityki i kluczowi partnerzy rządów w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z ich produktami (3, 4). Odbyna się to poprzez udział na różnych etapach i na różnych forach w całym procesie kształtowania polityki – w drodze uczestnictwa w spotkaniach, udział w konsultacjach i udział w eksperckich grupach doradczych – poprzez promowanie dobrowolnych samoregulacyjnych i współregulacyjnych reakcji na polityki (5, 6).

Kluczowym przykładem jest to, jak podmioty komercyjne, których produkty szkodzą zdrowiu lub środowisku, współpracowały, aby promować program „Better Regulation” w UE i podobne inicjatywy w innych krajach (7, 8). Wewnętrzne dokumenty branżowe pokazują, że firmy tytoniowe wykorzystywały to, aby utrudnić rządowi uchwalanie polityk zdrowia publicznego (7), a późniejsze dowody pokazują, że później wykorzystywały one „Better Regulation” w ten sposób (9–11).

W pewnych sytuacjach organy regulacyjne i decyzyjne mogą postrzegać swoje interesy – i interesy reprezentowanych przez nie społeczeństw – jako tożsame z interesami przemysłu lub jako zależne od przedsiębiorstw do tego stopnia, że nie są w stanie podejmować niezależnych decyzji w interesie publicznym; sytuację tę określa się mianem „zawłaszczenia regulacji” (7, 12). Może to prowadzić nie tylko do korzystnej dla przemysłu polityki krajowej, ale także do promowania przez rządy krajowe interesów HHI w dwustronnych stosunkach z innymi państwami oraz na forach wielostronnych, takich jak WTO (13).

Kształtowanie polityk

HHI dążą do kształtowania postrzegania swoich produktów, ich wpływu na zdrowie oraz skali problemów związanych z ich stosowaniem lub konsumpcją. Wiąże się to z minimalizowaniem lub bagatelizowaniem skali szkodliwości; wyolbrzymianiem ich pozytywnej wartości w przypadku leków lub produktów zdrowotnych; twierdzeniem, że skuteczne reakcje polityczne lub regulacje byłyby niewykonalne lub miałyby negatywne, niezamierzone skutki uboczne; a zamiast tego promowaniem nieskutecznych, ale korzystnych dla przemysłu alternatyw (1, 14). Takie alternatywy często obejmują finansowane przez przemysł programy edukacyjne dla młodzieży na temat szkodliwych produktów, takich jak alkohol, których skuteczność jest ograniczona (15). Ponadto starają się one legitymizować swój udział w kształtowaniu polityki poprzez kreowanie postrzegania lub wizerunku siebie jako poszczególnych firm i szerszych branż, odpowiedzialnych i posiadających wiedzę specjalistyczną. W ten sposób prezentują się jako część rozwiązania problemu szkód dla zdrowia, a nie jako główne wektory szkód. Strategie te były widoczne w praktykach globalnego przemysłu alkoholowego (5, 16). Na przykład w Polsce podmiotom branżowym udało się kształtować debaty na temat podatku od alkoholu głównie w kategoriach ekonomicznych, a nie zdrowotnych, aby zminimalizować ich wpływ i zmarginalizować udział podmiotów i interesów związanych ze zdrowiem w procesie decyzyjnym (17).



Zarządzanie reputacją

Takie wysiłki są wspierane przez szersze inicjatywy z zakresu tzw. zarządzania reputacją, czyli CSR (Corporate Reputation Management), które służą promocji reputacji podmiotów komercyjnych, odwracają uwagę od wyrządzanych przez nie szkód, przenoszą uwagę na kwestie niezwiązane z ich produktami i umożliwiają wpływ na politykę (1, 14, 18). Na przykład w Grecji, po tym, jak firma Philip Morris International (Philip Morris International) przekazała respiratory w ramach walki z COVID-19, jej dyrektor generalny (CEO) został zaproszony do udziału w dyskusji Izby Handlowej na temat szczepionki przeciwko COVID-19 razem z premierem Grecji, co stanowi naruszenie artykułu 5.3 Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu (FCTC) (patrz tabela 1 w (9)). CSR najlepiej zatem rozumieć jako odliczane od podatku działanie public relations, które służy kształtowaniu wyników polityki wbrew interesowi publicznemu (19–21).

Obchodzenie dowodów naukowych

Z tym ściśle powiązana jest tzw. strategia epistemiczna HHI (22), mająca na celu wpływanie na środowisko informacyjne debat politycznych i kształtowanie zbioru istotnych dla polityki dowodów dostępnych i

wykorzystywanych przez kluczowych decydentów (1, 14, 23). Polega ona na tym, że podmioty z branży opracowują, finansują i szeroko promują często słabe metodologicznie i sprzeczne badania, które wspierają preferowane przez branżę ramy i stanowiska polityczne, a także promują je wobec mediów, rządu i innych istotnych podmiotów politycznych, jednocześnie kwestionując dowody dotyczące zdrowia publicznego w celu kształtowania rezultatów polityki (4, 5, 16, 23, 25).

Oslabianie reakcji politycznych

Nawet tam, gdzie rządowi udaje się wdrożyć skuteczniejsze strategie przeciwdziałania szkodom powodowanym przez HHI, podmioty komercyjne starają się utrudnić lub opóźnić ich wdrażanie, osłabiać ich skutki, a ostatecznie je odwracać. Na przykład, długa, dobrze udokumentowana historia lobbingu branży tytoniowej, ewidentna w wewnętrznych dokumentach tej branży (25), doprowadziła do porozumienia w sprawie FCTC w 2005 r. i włączenia artykułu 5.3, którego celem było zapobieganie nieuprawnionemu wpływowi branży tytoniowej na politykę (9). Jednakże egzekwowanie go jest nadal częściowe i niepełne, a zaangażowanie branży tytoniowej jest nadal powszechne w niektórych obszarach, w tym w wielu krajach europejskich (26, 27). Podmioty działające w branży tytoniowej konsekwentnie starały się podważyć i obejść artykuł 5.3 (28), ostatnio poprzez inwestycje w e-papierosy i inne wyroby tytoniowe ENDS oraz podgrzewane wyroby tytoniowe (HTP), takie jak IQOS firmy Philip Morris. Wykorzystanie innowacji produktowych zostało określone jako strategia technologiczna branży tytoniowej – strategia stosowana również przez inne HHI – w celu tzw. healthwashingu – prezentowania produktów jako zdrowych - zdyskredytowanej branży i ponownego zaangażowania regulatorów, naukowców i decydentów pod przykrywką branży technologii nikotynowej (22). Inne przykłady prób odwrócenia polityki zdrowotnej podejmowanych przez branżę obejmują kwestionowanie przepisów prawnych w ramach TIA i przepisów UE dotyczących jednolitego rynku (patrz rozdziały 5 i 10).

Różne branże, różne reakcje

Chociaż nasza wiedza na temat przemysłu tytoniowego jest szersza niż w przypadku innych sektorów, analizy porównawcze wykazały istotne podobieństwa w zakresie CPA w sektorach tytoniowym, alkoholowym, spożywczym i innych HHI (1, 29–32). Co najważniejsze, oparte na dowodach taksonomie CPA w przemyśle tytoniowym (13) mają zastosowanie do innych HHI, w tym do firm z branży alkoholowej i spożywczej (1, 33–35). Ponadto istnieją dowody na to, że branże te w istotnym stopniu uczą się od siebie i wzajemnie się inspirują, co po części ułatwia fakt, że historycznie firmy z sektora tytoniowego,

alkoholowego i spożywczego mają tych samych właścicieli (29, 36). W innych przypadkach firmy z różnych HHI współpracowały ze sobą, aby osiągnąć wspólne cele polityczne (9).

Pomimo dowodów na podobieństwa w zakresie CPA, powiązania, a w niektórych przypadkach współpracę między HHI, podejścia do polityki uznawane za politycznie wykonalne dla różnych produktów oraz status polityczny przyznany powiązanym branżom różnią się znacznie między sektorem tytoniowym i innymi obszarami (9, 32). Na przykład, podczas gdy w wielu krajach wyroby tytoniowe muszą być sprzedawane w opakowaniach generycznych z dużymi, graficznymi ostrzeżeniami zdrowotnymi w wielu odmianach, systemy etykietowania alkoholu pozostają kontrowersyjne politycznie, a przykłady ich wprowadzenia są ograniczone (zob. np. rozdział 10 dotyczący jednolitego rynku UE). Podobnie, w innych obszarach polityki nie istnieje odpowiednik FCTC i artykułu 5.3. W konsekwencji podmioty polityczne na wszystkich szczeblach traktują inne HHI zupełnie inaczej niż przemysł tytoniowy i często chętnie postrzegają je jako kluczowych interesariuszy i partnerów politycznych w sposób, który niełatwo uzasadnić (32). UE w międzyczasie przyjęła rygorystyczne przepisy dotyczące kontroli tytoniu, ale jej reakcja wobec alkoholu jest stosunkowo ograniczona, o czym świadczy niepowodzenie w aktualizacji jej znacznie słabszej strategii dotyczącej alkoholu (zob. rozdział 10).

Rozbieżności w podejściach w różnych HHI doprowadziły do apeli o opracowanie konwencji ramowych dla innych szkodliwych produktów i powiązanych z nimi branż, albo poprzez porozumienia sektorowe, albo poprzez ogólną konwencję ramową w sprawie zdrowia publicznego, w tym odpowiednik artykułu 5.3 dla innych HHI (36). Do tej pory jednak poczyniono w tym zakresie niewielkie postępy, pomimo oczywistej potrzeby takiego podejścia. W kolejnych sekcjach przedstawiono dwa przykłady CPA z branży tytoniowej i napojów słodzonych cukrem (SSB), analizując CPA na poziomie krajowym, a w przypadku SSB – na poziomie interakcji między państwami członkowskimi a UE.

Studium przypadku 7. Sprzeciw branży spożywczej i napojów wobec podatków SSB

Podatkom od napojów słodzonych cukrem (SSB) konsekwentnie sprzeciwiają się główni gracze branży spożywczej i napojów (37, 38), w tym na poziomie UE (39). Po wprowadzeniu przez Meksyk podatku od SSB w 2014 r., zainteresowanie wprowadzeniem podobnych rozwiązań w Europie gwałtownie wzrosło – w czerwcu 2022 r. podatki od SSB obowiązywały w ponad jednej trzeciej krajów Europejskiego Regionu WHO (37). Podobnie jak w innych regionach, to rosnące zainteresowanie tą polityką spotkało się z uporczywym sprzeciwem podmiotów komercyjnych i organizacji z nimi sprzymierzonych. Co istotne, sprzeciw ten koncentrował się nie tylko na zapobieganiu lub opóźnianiu przyjęcia lub wdrożenia nowych podatków od SSB, ale także na osłabianiu lub cofaniu istniejących podatków SSB. Na przykład, w 2021 r. w Norwegii uchylony został obowiązujący tam od dawna podatek akcyzowy od słodzonych napojów bezalkoholowych (40).

Sprzeciw sektora komercyjnego wobec polityki podatków od SSB pochodził głównie od firm produkujących napoje, a także stowarzyszeń biznesowych reprezentujących ten sektor oraz organizacji zewnętrznych z powiązaniem z interesami komercyjnymi. W kontekście europejskim należą do nich na przykład główni producenci, jak Coca-Cola, organizacje przedstawicielskie, takie jak FoodDrinkEurope, oraz libertariański think tank, Institute for Economic Affairs (38).

Bezpośrednie zaangażowanie w procesy polityczne i relacje z decydentami korzysta ze zdolności branży do przekładania jej znacznych zasobów w dostęp. Oprócz udziału w formalnych, otwartych możliwościach angażowania, takich jak konsultacje rządowe, podmioty komercyjne zabiegają o spotkania z decydentami bezpośrednio lub za pośrednictwem profesjonalnych firm lobbingowych. Co istotne, ważnymi celami lobbingu są resorty rządowe niezwiązane z ochroną zdrowia. Fora, które łączą rząd i przemysł, stanowią dodatkowe miejsca do nieformalnych dyskusji. Należą do nich nie tylko platformy wielostronne koncentrujące się na zdrowiu, ale także wydarzenia, takie jak Światowe Forum Ekonomiczne, gdzie Coca-Cola omawiała wcześniej kwestię opodatkowania SSB z irlandzkim Taoiseach (premierem) (41).

Lobbing przeciwko opodatkowaniu SSB zazwyczaj łączy twierdzenia, że polityka ta nie jest oparta na dowodach, skuteczna lub konieczna, z ostrzeżeniami o negatywnym wpływie na zatrudnienie, gospodarkę lub grupy wrażliwe (37). Co więcej, podmioty komercyjne ostrzegają przed potencjalną niezgodnością podatków od SSB z prawem krajowym lub ponadnarodowym, a niektóre z nich posunęły się nawet do gróźb lub wszczęcia postępowania sądowego (37, 38). W kontekście przepisów jednolitego rynku UE (więcej informacji w rozdziale 10) opodatkowanie SSB zostało zinterpretowane jako nielegalna pomoc państwa dla produktów nieopodatkowanych. Chociaż ocena Komisji Europejskiej zlecona przez rząd Irlandii wykazała, że dobrze zaprojektowane podatki od SSB nie stanowią nielegalnej pomocy państwa, groźby lub sprzeciwy mogą wywierać znaczący efekt opóźniający lub zniechęcający (37).

U podstaw powyższych strategii i argumentów leżą strategie zarządzania informacją, takie jak finansowanie badań naukowych nad wpływem dodanego cukru lub SSB na zdrowie, równoległe z dyskredytowaniem niezależnych badań, które wspierają opodatkowanie SSB (37). Podobnie podmioty lobujące przeciwko podatkom od SSB powszechnie wykorzystywały raporty zlecone do wykonania komercyjnym firmom badawczym, uwiarygodniając powszechne argumenty o zbędności i nieskuteczności podatków od SSB oraz wyolbrzymiając potencjalne koszty i wpływ tej polityki na zatrudnienie (37). Na przykład, przed wprowadzeniem irlandzkiego podatku od SSB, Food Drink Ireland zleciła ocenę dobrowolnych działań sektora w zakresie reformacji, która wykazała, że opodatkowanie SSB jest zbędne (38).

Studium przypadku 8. Regulacja papierosów elektronicznych i podgrzewanych wyrobów tytoniowych (HTP) w Gruzji

Po pomyślnym wdrożeniu kompleksowej polityki antynikotynowej i zakazu reklamy i promocji wyrobów tytoniowych, w tym e-papierosów i HTP w 2018 r., oraz podwyżce podatków w styczniu 2018 r. i listopadzie 2019 r. (42), powszechność palenia tytoniu w Gruzji spadła o 3% wśród ogółu populacji i o 9% wśród palaczy, przy czym do 2021 r. nastąpił 15% spadek konsumpcji papierosów (43–45). Jednak przemysł tytoniowy i jego sojusznicy konsekwentnie sprzeciwiają się i utrudniają przyjęcie i wdrożenie przepisów dotyczących kontroli tytoniu, aby chronić swoje interesy komercyjne. Przemysł tytoniowy odnosi większe sukcesy w ingerowaniu i opóźnianiu wdrażania przepisów, w szczególności dotyczących e-papierosów i HTP.

Philip Morris International dominuje na gruzińskim rynku tytoniowym z udziałem na poziomie 40,8% (46) i od czasu zatwierdzenia IQOS przez FDA jako wyrobu tytoniowego o zmodyfikowanym ryzyku zwiększyła swój wpływ na politykę zdrowotną (47). Agresywny marketing (więcej w rozdziale 2) IQOS firmy Philip Morris International był wspierany przez Stowarzyszenie Biznesu Gruzji, którego członkami są Philip Morris International i Japan Tobacco International (JTI) (48–50). Stowarzyszenie Biznesu bezpośrednio lobbowało również w parlamencie za obniżeniem podatku od papierosów elektronicznych i e-papierosów oraz za legalizacją ich promocji i reklamy, jednocześnie sprzeciwiając się zaostrzeniu przepisów dotyczących kontroli tytoniu poprzez swoje główne kanały medialne (51–54).

Firma Philip Morris International i jej sojusznicy regularnie komunikują się z parlamentarzystami, rządem i innymi strukturami państwowymi. Na przykład Biuro Rzecznika Biznesu Gruzji (BOO) oficjalnie zwróciło się do parlamentu w imieniu przemysłu tytoniowego o opóźnienie wejścia w życie przepisów dotyczących jednolitych opakowań tytoniu w 2022 roku (55). Ponadto BOO dwukrotnie zwróciło się do parlamentu w połowie 2023 roku i wydało korzystne dla przemysłu zalecenia dotyczące przepisów dotyczących jednolitych opakowań, jednocześnie domagając się wyłączenia IQOS z tych przepisów (56,57). Firma Philip Morris International starała się również promować IQOS poprzez zaangażowanie specjalistów medycznych, w tym byłych wysokich rangą urzędników służby zdrowia, współpracując z nową grupą fasadową, Instytutem Badań Społecznych (ISR), w celu promowania IQOS (58). ISR współpracował bezpośrednio z lekarzami rodzinnymi, dentystami i innymi ekspertami w dziedzinie medycyny, organizując seminaria i szkolenia na temat „zmniejszenia szkodliwości tytoniu” w latach 2021–2023, przy wsparciu Philip Morris International (59–62). Centrum Wdrażania i Monitorowania FCTC w Gruzji (FCTC IMCG) zidentyfikowało kilka działań promujących IQOS prowadzonych przez ISR jako sprzeczne z konwencją i przepisami krajowymi (62,63). Organizacja Knowledge Action Change z siedzibą w Wielkiej Brytanii, której wydarzenia i kluczowi dyrektorzy zostali zidentyfikowani jako mający istotne powiązania z przemysłem tytoniowym (64), oraz gruzińska organizacja Health Research Union zorganizowały również w Tbilisi w maju 2022 r. międzynarodową konferencję na temat „zmniejszenia szkodliwości tytoniu” (65–70). Poprzez te i inne powiązane działania przemysł tytoniowy lobbuje na rzecz stosowania nowatorskich wyrobów tytoniowych jako urządzeń zmniejszających szkody i wspomagających rzucanie palenia, dążąc do ich włączenia do polityki kontroli tytoniu, jak pokazano w raporcie i artykule finansowanym przez Międzynarodową Fundację Philip Morris na rzecz Świata Wolnego od Dymu (Philip Morris International Foundation for a Smoke-free World) (69,70). Jednocześnie przemysł tytoniowy prowadzi nielegalny marketing tych produktów (71).

W następstwie zaleceń BOO z lat 2022 i 2023 niektórzy parlamentarzyści, w tym członkowie Komisji ds. Opieki Zdrowotnej i Spraw Społecznych, skutecznie wywarli nacisk w celu opóźnienia wdrożenia przepisów dotyczących jednolitych opakowań wyrobów tytoniowych do 31 lipca 2024 r. oraz usunięcia IQOS z przepisów dotyczących jednolitych opakowań (72–74). Stało się tak pomimo powszechnego sprzeciwu opinii publicznej i głównych interesariuszy, takich jak Gruzjińskie Stowarzyszenie na Rzecz Kontroli Tytoniu, Gruzjińskie Narodowe Centrum Kontroli Chorób i Zdrowia Publicznego, WHO i inne agencje ONZ.

Jednym z kluczowych problemów w Gruzji w dziedzinie kontroli tytoniu pozostaje brak wdrożenia artykułu 5.3 FCTC, a także nieujawnione interakcje między decydentami a przemysłem tytoniowym, w tym w odniesieniu do HTP (75).

Kwestie te kładą się cieniem i zagrażają znaczącemu sukcesowi osiągniętemu w ostatnich latach dzięki wspólnym wysiłkom rządu i społeczeństwa obywatelskiego w zakresie kontroli tytoniu w Gruzji. Aby temu zaradzić, kluczowe jest wdrożenie odpowiednich środków, w tym pełne wdrożenie FCTC i jej wytycznych oraz zwiększenie inwestycji w tym obszarze.

Studium przypadku 9. Przykład lobbingu farmaceutycznego instrumentalizującego stowarzyszenia i rodziny pacjentów

W 2013 roku belgijski Mechanizm Zdolności Wytwórczych odradził pokrywanie kosztów leczenia pacjentów Soliristem®, nowym lekiem amerykańskiej firmy Alexion stosowanym w leczeniu bardzo rzadkiego, atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego. Mechanizm uzasadniał to niepewną wartością dodaną leku i jego wysoką ceną – 400 000 euro rocznie na pacjenta. Kanadyjska Agencja Oceny Technologii Medycznych w tamtym czasie udzieliła podobnej porady z podobnych powodów (76). Ministerstwo Zdrowia w Belgii było skłonne do refundacji leku, ale nie zgodziło się na refundację po proponowanej cenie, a Alexion odmówiła obniżenia ceny.

W czasie negocjacji w Belgii trwała szeroko zakrojona i emocjonalna kampania medialna z udziałem 7-letniego dziecka z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym i jego rodziców, którzy domagali się refundacji leku i podsycali debatę na temat ceny życia. Presja mediów doprowadziła do osiągnięcia porozumienia z firmą Alexion w sprawie refundacji leku Soliris® (77–79).

Kampania medialna została wyreżyserowana przez firmę Alexion, wykorzystującą osobistą i emocjonalną historię dla własnej korzyści, podczas gdy rodzina nie była świadoma zaangażowania tej firmy w kampanię: skontaktowało się z nią stowarzyszenie rodziców, manipulowane przez prywatną firmę lobbingową opłacaną przez firmę Alexion. Celem kampanii było wymuszenie na rządzie refundacji leku, a jednocześnie pozbawienie go możliwości negocjowania uczciwych cen w imieniu pacjentów. Cena refundacji, ujawniona dwa lata później, była rzeczywiście bardzo wysoka, a w podpisanej umowie zaznaczono, że cena „nie może nigdy ulec zmianie.” (78).

Podsumowanie

Nie sposób zrozumieć ani rozpowszechnienia, ani nierównomiernego rozkładu NCD w Europie, ani reakcji politycznych na te choroby, bez uwzględnienia roli CPA HHI. Praktyki te wykraczają poza to, co często rozumiemy pod pojęciem lobbingu politycznego. Podmioty komercyjne stosują wysoce wyrafinowane, zniuansowane i często zintegrowane strategie wywierania wpływu, które dążą do kształtowania postrzegania szkód zdrowotnych i ukierunkowania decydentów politycznych na reakcje, które najlepiej gwarantują ich interesy komercyjne, ale które często są najmniej skuteczne w ochronie zdrowia publicznego. Przedstawiają się jako kluczowi partnerzy w procesie kształtowania polityki i dążą do zaangażowania się w jej tworzenie i wdrażanie poprzez dobrowolne i samoregulujące systemy. Istnieje również wysoki stopień podobieństwa między branżami pod względem stosowanych strategii. Mimo to rozważane są bardzo różne reakcje polityczne w odniesieniu do tytoniu i różne statusy polityczne przyznawane przemysłowi tytoniowemu w porównaniu z innymi HHI, których nie uzasadniają najlepsze dostępne dowody. Na przykład alkohol, żywność wysoko przetworzona, napoje słodzone cukrem i hazard nie podlegają takim samym regulacjom jak tytoń – na przykład nie wymagają umieszczenia etykiet ostrzegawczych – a branże te pozostają w znacznie większym stopniu zaangażowane w politykę i agencje rządowe niż jest to możliwe w przypadku tytoniu w Europejskim Regionie WHO. Aby przeciwdziałać wzrostowi liczby NCD w Europie, konieczne są skuteczniejsze działania polityczne w tych obszarach. Istnieje również możliwość przeniesienia polityki skutecznie stosowanej w celu zmniejszenia liczby palaczy na te produkty, ale będzie to wymagało od rządów skuteczniejszego minimalizowania wpływu tych branż na kształtowanie polityki w sposób analogiczny do podejścia określonego w artykule 5.3 FCTC.

Sugestie dotyczące polityki

- Podmioty działające w branży mają szeroki dostęp do decydentów i możliwość kształtowania polityki w swoich interesach, a nie w interesie zdrowia publicznego, w różnych kontekstach.
- Rządy, podmioty społeczeństwa obywatelskiego i badacze powinni zachować szczególną ostrożność utrzymując relacje z HHI i opracować strategie zarządzania takimi relacjami oraz unikania podejrzeń o konflikt interesów.
- Międzynarodowe ramy polityki, takie jak artykuł 5.3 FCTC, okazały się nieocenione w rozwiązywaniu takich problemów w odniesieniu do globalnego przemysłu tytoniowego, ale brakuje podobnych inicjatyw dla innych sektorów, takich jak przemysł alkoholowy. Konwencja ramowa w sprawie zdrowia publicznego stanowiłaby jeden ze sposobów rozwiązania tego problemu.
- Różne formy zaangażowania i powiązane z nimi systemy zarządzania będą miały odniesienie do branż, które nie są zidentyfikowane jako szkodzące zdrowiu, takich jak sektor farmaceutyczny.

1. Ulucanlar S, Lauber K, Fabbri A, Hawkins B, Mialon M, Hancock L, et al. Corporate Political Activity: Taxonomies and Model of Corporate Influence on Public Policy. *Int J Health Policy Manag.* 2023;12:7292. doi: 10.34172/ijhpm.2023.7292.
2. Baron DP. Integrated strategy: Market and nonmarket components. *California management review* 1995;37(2):47–65. <https://doi.org/10.2307/41165788>.
3. Hawkins B, Holden C. 'Water dripping on stone'? Industry lobbying and UK alcohol policy. *Policy & Politics.* 2014;42(1):55–70. doi: <https://doi.org/10.1332/030557312X655468>.
4. Hird TR, Gallagher AWA, Evans-Reeves K, Zatoński M, Dance S, Diethelm PA, et al. Understanding the long-term policy influence strategies of the tobacco industry: two contemporary case studies. *Tobacco Control.* 2022;31(2):297–307. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2021-057030>.
5. McCambridge J, Hawkins B, Holden C. Industry use of evidence to influence alcohol policy: a case study of submissions to the 2008 Scottish government consultation. *PLoS Med.* 2013;10(4):e1001431. doi: 10.1371/journal.pmed.1001431.
6. van Schalkwyk MC, Maani N, McKee M, Thomas S, Knai C, Petticrew M. "When the Fun Stops, Stop": An analysis of the provenance, framing and evidence of a 'responsible gambling' campaign. *PLoS One.* 2021;16(8):e0255145. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255145>.
7. Smith KE, Fooks G, Collin J, Weishaar H, Mandal S, Gilmore AB. "Working the System"—British American Tobacco's Influence on the European Union Treaty and Its Implications for Policy: An Analysis of Internal Tobacco Industry Documents. *PLoS Med.* 2010;7(1):e1000202. doi:10.1371/journal.pmed.1000202.
8. Smith KE, Fooks G, Gilmore AB, Collin J, Weishaar H. Corporate coalitions and policy making in the European Union: how and why British American Tobacco promoted "Better Regulation". *J Health Polit Policy Law.* 2015;40(2):325–372. doi:10.1215/03616878-2882231.
9. Gilmore A, Dance S. Chapter 11: Learning from 70 Years of Tobacco Control – Winning the War and Not Just The Battles. W: Maani N, Petticrew M, Galea S, editors. *The Commercial Determinants of Health.* Oxford: Oxford University Press; 2022.
10. Peeters S, Costa H, Stuckler D, McKee M, Gilmore AB. The revision of the 2014 European tobacco products directive: an analysis of the tobacco industry's attempts to 'break the health silo'. *Tobacco Control.* 2016;25(1):108–17. doi:10.1136/tobaccocontrol-2014-051919.
11. Ulucanlar S, Fooks GJ, Hatchard JL, Gilmore AB. Representation and misrepresentation of scientific evidence in contemporary tobacco regulation: a review of tobacco industry submissions to the UK Government consultation on standardised packaging. *PLoS Med.* 2014;11(3):e1001629. doi:10.1371/journal.pmed.1001629.
12. Lacy-Nichols J, Williams O. "Part of the Solution": Food Corporation Strategies for Regulatory Capture and Legitimacy. *Int J Health Policy Manag.* 2021;10(12):845–56. doi:10.34172/ijhpm.2021.111.
13. Sell SK. *Private Power, Public Law: The Globalization of Intellectual Property Rights.* Cambridge University Press; 2003.
14. Ulucanlar S, Fooks GJ, Gilmore AB. The Policy Dystopia Model: An Interpretive Analysis of Tobacco Industry Political Activity. *PLoS Med.* 2016;13(9):e1002125. doi: 10.1371/journal.pmed.1002125.
15. van Schalkwyk MCI, Petticrew M, Maani N, Hawkins B, Bonell C, Katikireddi SV, et al. Distilling the curriculum: An analysis of alcohol industry-funded school-based youth education programmes. *PLoS One.* 2022;17(1):e0259560. doi: 10.1371/journal.pone.0259560.
16. Hawkins B, McCambridge J. Industry Actors, Think Tanks, And Alcohol Policy In The United Kingdom. *Am J Public Health.* 2014;104(8):1363–69. doi: 10.2105/AJPH.2013.301858.
17. Zatoński M, Hawkins B, McKee M. Framing the policy debate over spirits excise tax in Poland. *Health Promotion International.* 2018;33(3):515–24. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw093>.
18. Fooks G, Gilmore A. Corporate Philanthropy, Political Influence, and Health Policy. *PLoS One.* 2013;8(11):e80864. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080864>.
19. Eisenegger M, Schranz M. *Reputation Management and Corporate Social Responsibility.* W: Bartlett J, May S, Ihlen Ø, editors. *The Handbook of Communication and Corporate Social Responsibility.* Wiley-Blackwell; 2011.
20. Fooks G, Gilmore A, Collin J, Holden C, Lee K. The Limits of Corporate Social Responsibility: Techniques of Neutralization, Stakeholder Management and Political CSR. *J Bus Ethics.* 2013;112(2):283–99. doi: 10.1007/s10551-012-1250-5.
21. Erze A, Karim SA, Foley L, Hofman KJ. A realist review of voluntary actions by the food and beverage industry and implications for public health and policy in low- and middle-income countries. *Nature Food.* 2022;3:650–63. <https://doi.org/10.1038/s43016-022-00552-5>.
22. Hawkins B, Oliver K. Select Committee Governance and the Production of Evidence: The Case of UK E-Cigarettes Policy. W: Fafard P, Cassola A, de Leeuw E, editors. *Integrating Science and Politics for Public Health.* Cham: Springer International Publishing; 2022.
23. Legg T, Hatchard J, Gilmore AB. The Science for Profit Model—How and why corporations influence science and the use of science in policy and practice. *PLoS One.* 2021;16(6):e0253272. doi: 10.1371/journal.pone.0253272.
24. Tobacco Control Research Group. Luty 2020: Evidence on Plain Packaging. W: *Tobacco Tactics [strona internetowa].* University of Bath; 2020 (<https://tobaccotactics.org/article/tobacco-control-research-group-evidence-on-plain-packaging/>, Dostęp: 6 czerwca 2024).
25. Hurt RD, Ebbert JO, Muggli ME, Lockhart NJ, Robertson CR. Open doorway to truth: legacy of the Minnesota tobacco trial. *Mayo Clin Proc.* 2009;84(5):446–456. doi: 10.1016/S0025-6196(11)60563-6.
26. Fooks GJ, Smith J, Lee K, Holden C. Controlling corporate influence in health policy making? An assessment of the implementation of Article 5.3 of the World Health Organization framework convention on tobacco control. *Global Health.* 2017;13(1):12. doi: 10.1186/s12992-017-0234-8.
27. Hawkins B, Holden C. European Union implementation of article 5.3 of the framework convention on tobacco control. *Global Health.* 2018;14(1):79. doi: 10.1186/s12992-018-0386-1.
28. Smith KE, Gilmore AG, Fooks G, Collin J, Weishaar H. Tobacco industry attempts to undermine Article 5.3 and the "good governance" trap. *Tob Control.* 2009;18(6):509–11. doi: 10.1136/tc.2009.032300
29. Bond L, Daube M, Chikritzhs T. Selling addictions: Similarities in approaches between Big Tobacco and Big Booze. *Australasian Medical Journal.* 2010;3(6):325–32. doi:10.4066/AMJ.2010.363.
30. Dorfman L, Cheyne A, Friedman L, Wadud A, Gottlieb M. Soda and tobacco industry corporate social responsibility campaigns: how do they compare? *PLoS Med.* 2012;9(6):e1001241. doi: 10.1371/journal.pmed.1001241.
31. Lee K, Hawkins B, editors. *Researching Corporations and Global Health Governance: An Interdisciplinary Guide.* Rowman & Littlefield; 2016.
32. Hawkins B, Holden C, Eckhardt J, Lee K. Reassessing policy paradigms: A comparison of the global tobacco and alcohol industries. *Glob Public Health.* 2018;13(1):1–19. doi: 10.1080/17441692.2016.1161815.
33. Paixão MM, Mialon M. Help or Hindrance? The Alcohol Industry and Alcohol Control in Portugal. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(22):4554. doi:10.3390/ijerph16224554.
34. Lauber K, Rutter H, Gilmore AB. Big food and the World Health Organization: a qualitative study of industry attempts to influence global-level non-communicable disease policy. *BMJ Glob Health.* 2021;6(6):e005216. doi:10.1136/bmjgh-2021-005216.
35. Hancock L, Ralph N, Martino FP. Applying Corporate Political Activity (CPA) analysis to Australian gambling industry submissions against regulation of television sports betting advertising. *PLoS One.* 2018;13(10):e0205654. doi:10.1371/journal.pone.0205654.
36. Collin J, Plotnikova E, Hill S. One unhealthy commodities industry? Understanding links across tobacco, alcohol and ultra-processed food manufacturers and their implications for tobacco control and the SDGs. *Tob Induc Dis.* 2018;16(Suppl 1):A80. doi:10.18332/tid/83806.
37. WHO manual on sugar-sweetened beverage taxation policies to promote healthy diets. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/365285>, Dostęp: 6 czerwca 2024). Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

38. Lauber K, Rippin H, Wickramasinghe K, Gilmore A. Corporate political activity in the context of sugar-sweetened beverage tax policy in the WHO European Region. *European Journal of Public Health*. 2022;32(5):786–93. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac117>.
39. Tselengidis A, Östergren P-O. Lobbying against sugar taxation in the European Union: Analysing the lobbying arguments and tactics of stakeholders in the food and drink industries. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2019;47(5):565–75. doi:10.1177/1403494818787102.
40. Excise duty on non-alcoholic beverages. W: Norwegian Tax Administration/VAT and duties/Excise duties [strona internetowa]. Norwegian Tax Administration, Skatteetaten (<https://www.skatteetaten.no/en/business-and-organisation/vat-and-duties/excise-duties/about-the-excise-duties/alkoholfrie-drikkevarer/>, Dostęp: 6 czerwca 2024).
41. Coca-Cola Ireland. W: Register of Lobbying [strona internetowa]. Dublin: Standards in Public Office Commission; 2018 (<https://www.lobbying.ie/return/28239/coca-cola-ireland>, Dostęp: 6 czerwca 2024).
42. Parliament of Georgia. Tax Code of Georgia, N 3591, 17/09/2010; consolidated publications 06/03/2024. Pobrane ze strony: <https://matsne.gov.ge/en/document/view/1043717?publication=219>
43. National Center for Disease Control and Public Health (NCDC). National Adults Tobacco Survey (NATS): Georgia 2019. Pobrane 18 marca 2024: <https://www.ncdc.gov/#/pages/file/22c5e2c0-36d9-4a08-975c-03fa09d21c2e>.
44. Bakhturidze, G. The impact assessment of law on tobacco control on health and economy of Georgia, December 2019. Pobrane 18 marca 2024: <https://test.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=92a34feb-3a6b-4895-b623-042279397f18>.
45. World Health Organization (WHO). The uphill battle: the story of Georgia's fight for a tobacco-free future. 30 May 2022. Pobrane 21 marca 2024: <https://www.who.int/europe/news/item/30-05-2022-the-uphill-battle--the-story-of-georgia-s-fight-for-a-tobacco-free-future>.
46. Euromonitor International, Ltd. 2021 Tobacco Market Research Data. Pobrane 19 marca 2024: <https://www.portal.euromonitor.com/statistics/evolution/index>.
47. U.S. Food and Drug Administration, FDA Authorizes Marketing of IQOS Tobacco Heating System with "Reduced Exposure" Information. 07 lipca 2020: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-authorizes-marketing-iqos-tobacco-heating-system-reduced-exposure-information>.
48. Business Association of Georgia (BAG). List of Members. Pobrane 20 marca 2024: <https://bag.ge/en/33>.
49. Rukhadze, M. Everything you should know regarding heating tobacco – IQOS! What marketing thick does Phillip Morris Have? Akhali Versia, August 3, 2020: <http://versia.ge/index.php/versia/21-middle-east/4229-iqos>.
50. Tobacco Tactics. 2023. Business Association of Georgia. Pobrane 20 marca 2024: <https://tobaccotactics.org/article/business-association-of-georgia/>.
51. Business Media Georgia (BMG). Parliament resolution on tobacco control - assessment of Nika Nanuashvili. 19 kwietnia 2021: <https://bm.ge/ka/article/tabaqos-kontrolis-shesaxeb-parlamentis-dadgenileba---nika-nanuashvilis-shefaseba/80638>.
52. Business Media Georgia (BMG). "Heating tobacco product" may disappear from the market since 2023 - the lawyer points to a flaw in the resolution. 19 maja 2022: <https://bm.ge/ka/article/2023-wlidan-bazarze-shesadzloa-gasaxurebeli-tabaqo-gaqres---iuristi-dadgenilebis-xarveze-miutitebs/109182/>
53. Business Media Georgia (BMG). The legal director of BAG responds to the decline of BAG's initiative regarding changes in the "Tobacco Control Law" by the parliament. 20 lipca 2021: <https://bm.ge/ka/article/parlamentis-mier-tabaqos-kontrolis-kanonis-iniciativis-chagde-bas-bag-is-iuridiuli-direqtori-exmaureba/87634>.
54. Forbes Georgia. Philip Morris Georgia Launches IQOS in Georgia. 24 lipca 2020. Pobrane ze strony: <https://forbes.ge/philip-morris-georgia-launches-iqos-in-georgia/>
55. Business Ombudsman Office (BOO). Annual Report of Business Ombudsman Office of Georgia 2022, str. 6-7: <https://businessombudsman.ge/files/files/დასაჯის-2022.pdf>.
56. Business Ombudsman Office (BOO). Letter of the BOO to the parliament, N 00000172, 21 kwietnia 2023.
57. Business Ombudsman Office (BOO). Letter of the BOO to the parliament, N 00000202, 8 maja 2023.
58. Institute of Social Research (ISR). Section related to tobacco harm reduction. Pobrano 20 marca 2024: <https://www.isr.ge/tobacco-harm-reduction>.
59. Mediaholding Kvira. "Tobacco industry has started hunting for medical personnel - trying to bribe doctors" - "Tobacco Control Alliance". 28 czerwca 2021: <http://kvira.ge/669131>.
60. Imedi News. Tobacco Control Alliance: Recently, there has been an alarming increase in the tobacco industry's efforts to market new, technological products through the hands of medical professionals. 21 maja 2022: <https://imedinews.ge/ge/sazogadoeba/250391/tabaqos-kontrolis-aliansibolo-khans-sagangashod-masshtaburia-tabaqos-industriis-mtsdeloba-akhali-teqnologiuri-produqtebis-marketingi-medikoseb-is-khelits-armsos>.
61. TV1. Tobacco Control Alliance statement on the results of monthly monitoring. 30 czerwca 2023. Pobrano 20 marca 2024: <https://1tv.ge/news/tabaqos-kontrolis-aliansi-yoveltviuri-monitoringis-shedegebs-aqveynebs-2/?fbclid=IwAR2AsHSHMU65Inc2jQUH0ASpkNRpwQg-wuxr-l6-2xA39EVyKGowxWZxm-8>.
62. FCTC Implementation and Monitoring Center (FCTC IMCG). Pismo z 1 lipca 2023.
63. Interpressnews. We are always open to discussion – Institute of Social Research appeals to the National Center for Disease Control and Public Health of Georgia. 19 czerwca 2021: <https://bit.ly/46canHt>.
64. Tobacco Tactics. 2022. Global Forum on Nicotine. Pobrano 10 kwietnia 2024: <https://tobaccotactics.org/article/global-forum-on-nicotine/>.
65. Entrepreneur. International Conference: Tobacco Harm Reduction: Challenges and Opportunities in the 21st Century. 25 maja 2022: <https://www.entrepreneur.com/ka/siakhleebi-da-tendentsiebi/saertashoriso/428236>.
66. Rustavi2. "Don't become a distributor of death" - with this slogan, the head of the Tobacco Control Alliance held a medical students action in Tbilisi. 23 maja 2022: <https://rustavi2.ge/ka/news/229843?fbclid=IwAR3KvzaBMrg9igMfU0o5YQ-rZ0PZEGMsE0-p2SssLlj-QSv2vXV-fuxfoQU>.
67. Rustavi2. The regulation of plain tobacco packaging, which should come into force on December 31, 2022, may be postponed - the Tobacco Control Alliance objects to the change initiative and issues a statement. 29 listopada 2022: <https://rustavi2.ge/ka/news/243421>.
68. National Center for Diseases Control and Public Health (NCDC). The position of the NCDC regarding the Conference to be held in May 23 on "Tobacco Harm Reduction: Challenges and opportunities in 21st Century". 22 maja 2022: <https://test.ncdc.ge/Pages/User/News.aspx?ID=-b9e3c753-5b59-4baf-86aa-75ff727068c0&language=en-US>.
69. Healthy Initiatives. Georgia Country Report. December 2021. Funded by the Philip Morris International Foundation for Smoke-free World, currently named: Global Action to End Smoking. Retrieved: <https://globalactiontoendsmoking.org/research/reports/georgia-country-report/>
70. Mzhavanadze G. The potential impact of e-cigarettes on the life-years lost from conventional smoking in Georgia: A replication study. *J Health Soc Sci*. 2024;9(1):155-169. Doi: 10.19204/2024/THPT8. This study is funded by a grant from the Foundation of Smoke-Free World [grant number P-0062], currently named: Global Action to End Smoking. Pobrano ze strony: https://journalhss.com/wp-content/uploads/JHSS_THPT8.pdf
71. FCTC Implementation and Monitoring Center in Georgia. Monitoring data on the tobacco control regulations compliance, pismo z 1 maja 2024.
72. Parliament of Georgia. Amendment at the Law on Tobacco Control, N 2127-IXსს-ჯსს, 29 listopada 2022: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/5626557?publication=0>.
73. Parliament of Georgia. Draft Law on amendments to "Tobacco Control" Law, N 07-3/365/10. 11.10.2023. Pobrano 18 marca 2024: <https://parliament.ge/legislation/27230>.
74. Business Formula. In Whose Interest Is Delaying Tobacco Plain Packaging Regulation – Industry VS Opponents? 23 listopada 2022: <https://businessformula.ge/News/11528>.

10. Global Center for Good Governance in Tobacco Control (GGTC). Global Tobacco Index Score – Georgia 2020, 2021, 2023. Pobrano 10 kwietnia 2024: <https://globaltobaccoindex.org/country/GE>
75. Common Drug Review: CDEC Final Recommendation: Eculizumab. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; CDEC Meeting 19 June 2013 (https://www.cadth.ca/sites/default/files/cdr/complete/cdr_complete_Soliris-aHUS_July-23-13.pdf, Dostęp: 6 czerwca 2024).
76. Carrasco C. Viktor affair: when a lab bends the state. W: Europe1/International [strona internetowa]. Europe1; 9 May 2013 (<https://www.europe1.fr/international/Affaire-Viktor-quand-un-labo-fait-plier-l-Etat-536142>, dostęp: 5 czerwca 2024).
77. Concessions to a pharmaceutical firm: "I would do it again," says Laurette Onkelinx . La Libre/Belgium [strona internetowa]. La Libre; 21 marca 2015 (<https://www.lalibre.be/belgique/2015/03/21/concessions-a-une-firme-pharmaceutique-je-le-referais-affirme-laurette-onkelinx-LMN66SE64NEKVDF7MOPSUDN3YE/>, dostęp: 5 czerwca 2024.)
78. Steffens E. The Alexion company used the case of little Viktor. W: vrtnws [strona internetowa]. vrtnws; 4 maja 2013 (https://www.vrt.be/vrtnws/fr/2013/05/04/la_societe_alexionsestserviducasdupetitviktor-1-1620603/, dostęp: 5 czerwca 2024).

Rozdział 5.

Wpływ międzynarodowych umów handlowych i inwestycyjnych (TIA) na politykę



© WHO

Główne punkty

- Międzynarodowe TIA mają istotne implikacje dla zdrowia, w tym dla dostępności leków i towarów szkodliwych dla zdrowia, takich jak tytoń, alkohol i żywność przetworzona.
- akie porozumienia mogą ograniczać przestrzeń regulacyjną, w której rządy krajowe mogą przyjmować przepisy ochrony zdrowia lub polityki ukierunkowane na zwalczanie złego stanu zdrowia swojej ludności.
- Zapisy tych umów dotyczące współpracy regulacyjnej pozwalają podmiotom komercyjnym wpływać na treść polityki przed jej przyjęciem, podczas gdy mechanizmy rozstrzygania sporów między inwestorem a państwem (ISDS) pozwalają im podważać te, które już obowiązują.
- łącznie mogą one wywierać tzw. efekt mrozący na proces kształtowania polityki, zniechęcając rządy do wprowadzania skutecznych, ale potencjalnie kontrowersyjnych środków ochrony zdrowia publicznego.
- Ten rozdział analizuje te kwestie poprzez studia przypadków dotyczące kontroli tytoniu, wyjścia Wielkiej Brytanii z UE oraz polityki farmaceutycznej.

Celem międzynarodowych TIA jest ułatwienie ponadgranicznego handlu towarami, usługami i produktami rolnymi oraz ustanowienie szczególnych ram prawnych i mechanizmów zarządzania w celu nadzorowania tego procesu (1). Z tego powodu mają one istotne implikacje dla zdrowia populacji i kontroli NCD. Z jednej strony umowy te mogą prowadzić do wzrostu efektywności i mieć pozytywny wpływ na wzrost gospodarczy, bogactwo narodowe oraz lepszy dostęp do produktów i usług korzystnych dla zdrowia i ich przystępność cenową. W zakresie, w jakim TIA zwiększają bogactwo narodowe i podlegają skutecznym politykom dystrybucyjnym (co w większym lub mniejszym stopniu widać w europejskich państwach opiekuńczych), mogą one przyczyniać się do spadku śmiertelności i zachorowalności populacji. Międzynarodowy handel i inwestycje mogą również wspierać zdrowie na inne sposoby; na przykład poprzez poprawę dostępu do leków, wyrobów medycznych i technologii niezbędnych do zapobiegania i leczenia NCD.

Jednak handel może wywierać również negatywny wpływ na zdrowie populacji poprzez wzmożony marketing, dostęp do i przystępność cenową produktów szkodliwych dla zdrowia, takich jak tytoń, alkohol oraz wysoko przetworzona żywność i napoje, których motorem są działania marketingowe, cenowe i promocyjne międzynarodowych branży wytwórczych. Umowy handlowe miały również istotne implikacje dla dostępności i dostępu do leków w określonych kontekstach, w tym dostępności i dystrybucji leków antyretrowirusowych stosowanych w leczeniu HIV/AIDS oraz szczepionek podczas pandemii COVID-19. Ponadto przepływy handlowe i umowy je regulujące są głównymi czynnikami przyczyniającymi się do złej diety i związanych z nią problemów zdrowotnych (2). Treść tych umów odzwierciedla z kolei zdolność potężnych podmiotów gospodarczych, posiadających uprzywilejowany dostęp do negocjacji handlowych, do przedstawiania swoich interesów jako zgodnych z celem rządów, jakim jest promowanie dobrobytu gospodarczego poprzez liberalizację rynku (3, 4).

Ponadto, TIA stanowią istotne potencjalne bariery dla uchwalania i wdrażania skutecznych polityk zwalczania NCD, w tym polityk mających na celu ograniczenie konsumpcji i ograniczenie strategii promocyjnych branż, które zajmują się produkcją i marketingiem (5, 6). Mechanizmy ISDS w umowach handlowych i powiązane procedury, takie jak unijny system sądów dla inwestorów (Investor Court System), dają podmiotom gospodarczym możliwość kwestionowania legalności polityk, które potencjalnie naruszają ich prawa jako inwestorów zapisane w takich umowach (7). Procesy te spotkały się z ostrą krytyką ze strony podmiotów działających w sektorze ochrony zdrowia i działaczy na rzecz demokracji, argumentujących, że są one wysoce techniczne, mają nieprzejrzyste procedury i są zaprojektowane tak, aby faworyzować liberalizację handlu kosztem innych celów społecznych, w tym zdrowia publicznego (7). Sprawy wniesione na podstawie klauzul ISDS w umowach TIA doprowadziły do przyznania znacznych odszkodowań – często sięgających dziesiątek milionów dolarów – od rządów, które naruszyły te klauzule (8).

Nawet w przypadkach, gdy sądy orzekają na korzyść rządów, koszty, zarówno ekonomiczne, jak i w kategoriach zasobów ludzkich w oderwaniu od innych celów polityki, są znaczące, również w przypadku krajów o wysokich dochodach (8, 9).

Zapisy TIA dotyczące współpracy regulacyjnej mają na celu prewencyjną identyfikację wszelkich krajowych przepisów lub regulacji, które mogą być sprzeczne z takimi umowami, a w efekcie harmonizację podejść regulacyjnych poprzez ustanowienie nadzorczych komitetów i procedur. Tworzą one mechanizm, za pośrednictwem którego podmioty komercyjne mogą sprzeciwiać się, opóźniać i osłabiać przepisy dotyczące ochrony zdrowia, które są sprzeczne z ich interesami, zanim zostaną one przyjęte (7). Zgodnie z maksymą, że lepiej zapobiegać niż leczyć, w lobbingu politycznym podmiotów komercyjnych, tak samo jak w medycynie, procedury te tworzą dla podmiotów komercyjnych być może jeszcze skuteczniejszy mechanizm realizacji celów polityki niż pozwy wykorzystujące ISDS. Mechanizmy te, o podobnym znaczeniu, tworzą dodatkowe punkty dostępu dla podmiotów komercyjnych, umożliwiając im angażowanie decydentów, wpływanie na ich sposób myślenia, budowanie relacji i pozycjonowanie sektora komercyjnego jako kluczowego partnera i eksperta w kształtowaniu polityki (więcej informacji w rozdziale 4). Łącznie te aspekty TIA tworzą dodatkowe tzw. punkty weta (7, 10), które polityka i przepisy dotyczące zdrowia muszą skutecznie ominąć, aby wejść w życie, i w których postęp w kierunku ich uchwalenia czy wdrożenia może być utrudniony lub ich treść może zostać rozmyta. Samo ich istnienie może prowadzić decydentów do unikania kontrowersyjnych, ale skutecznych środków polityki zdrowotnej, prowadząc do tzw. chłodu regulacyjnego (11).

Opisane niżej studia przypadków przedstawiają przykłady konkretnych sposobów, w jakie TIA wpłynęły na NCD i politykę dotyczącą tych chorób, jak również ostateczne refleksje na temat ich wpływu na zdrowie populacji i przyszłe zarządzanie zdrowiem. Ze względu na swój charakter, studia te wychwytyją tylko niektóre aspekty niezliczonych sposobów, w jakie handel wpływa na zdrowie publiczne, NCD i reakcje polityczne na nie, a zatem oferują jedynie częściowy obraz tego złożonego tematu.

Studium przypadku 10. Opakowania tytoniu, ISDS i chłód regulacyjny

W tym obszarze kontroli tytoniu mechanizmy ISDS były wykorzystywane w sposób najbardziej oczywisty, aby utrudnić przyjęcie polityk opartych na dowodach naukowych, mających na celu zwalczanie kluczowych czynników ryzyka NCD. Palenie tytoniu pozostaje największą możliwą do uniknięcia przyczyną śmiertelności i zachorowalności na świecie, a środki kontroli tytoniu, mające na celu denormalizację palenia i zmniejszenie popytu na wyroby tytoniowe, odnoszą znaczący sukces w zmniejszaniu wskaźników palenia w wielu kontekstach. Dzieje się tak pomimo trwającej od dziesięcioleci i wysoce adaptacyjnej strategii przemysłu tytoniowego, mającej na celu zapobieganie uznaniu znaczenia szkód związanych z paleniem i wdrażaniu środków politycznych dążących do ograniczenia palenia (12). Początkowo taktyka tego przemysłu, podobnie jak innych HHI, koncentrowała się na angażowaniu i budowaniu sojuszy z rządami i organami regulacyjnymi poprzez lobbing polityczny, wkład finansowy i proponowanie środków współregulacyjnych, a także na próbach kształtowania środowiska informacyjnego i dowodów z badań poprzez kooptację i korumpowanie nauki dotyczącej tytoniu oraz tworzenie finansowanych przez przemysł i korzystnych wyników badań (13). W miarę coraz częstszego ujawniania tej taktyki w drodze publikacji wewnętrznych dokumentów branżowych, możliwości kształtowania nauki i polityki w ten sposób malały. Kulminacją tego było przyjęcie artykułu 5.3 Ramowej Konwencji FCTC WHO, który nakłada na sygnatariuszy obowiązek podjęcia aktywnych działań w celu ochrony przed niepożądanym wpływem globalnego przemysłu tytoniowego na politykę (14). Firmy tytoniowe musiały dostosować swoje podejście i znaleźć nowe kanały wpływu. Jedną z takich dróg okazały się potencjalne możliwości wniesienia zaskarżenia na mocy międzynarodowego prawa handlowego i inwestycyjnego w ramach przechodzenia na bardziej konfrontacyjne formy prewencji politycznej (9, 15).

Dwie takie skargi wniosła międzynarodowa korporacja tytoniowa z siedzibą w Szwajcarii, Philip Morris International. Jako pierwsze zaskarżone zostały plany rządu Urugwaju dotyczące wprowadzenia ograniczeń w etykietowaniu wyrobów tytoniowych. Rząd chciał w szczególności zwiększyć rozmiar graficznych etykiet ostrzegawczych na wyrobach tytoniowych oraz zakazać stosowania zarówno mylących określeń, takich jak „light” i „mild”, jak i różnorodnych wariantów marek papierosów. Druga skarga została wniesiona przez filię Philip Morris International w Hongkongu przeciwko australijskim propozycjom wprowadzenia wymogu sprzedaży wyrobów tytoniowych w jednolitych opakowaniach (tj. bez oznaczenia marki) (9, 15).

W przypadku Urugwaju Philip Morris International twierdziła, że drastyczne ostrzeżenia odstraszą i budzą obrzydzenie konsumentów, podważając renomę i zaufanie do uznanych marek. W przypadku Australii firma argumentowała, że jednolite opakowania są nieproporcjonalne i niepotrzebne do zagwarantowania zdrowia publicznego; że mają charakter protekcyjnistyczny, dyskryminują producentów zagranicznych i podważają uzasadnione oczekiwania inwestorów co do otoczenia biznesowego, w którym będą działać – pomimo, należy zauważyć, długiej historii innowacji w zakresie kontroli tytoniu w Australii (15). W obu sprawach firma argumentowała, że środki te pozbawiają ją praw własności intelektualnej poprzez niesprawiedliwe ograniczenie korzystania z uznanych znaków towarowych (9). Oba sprawom towarzyszyły jednocześnie skargi związane z prawem krajowym i ochroną konstytucyjną, a w przypadku Australii – spór wszczęty w WTO przez państwa członkowskie tej organizacji, gdzie koszty obsługi prawnej podobno pokrył przemysł tytoniowy (16, 17). Wszystkie te sprawy zakończyły się niepowodzeniem, ale skutkowały znacznymi kosztami dla stron sporu, a w przypadku Urugwaju – zarówno opóźnieniem, jak i osłabieniem proponowanych środków. Chociaż szczegóły spraw ISDS nie są przejrzyste, a ich rozstrzygnięcia często są przedmiotem umów o zachowaniu poufności, w czasie trwania postępowania szeroko informowano, że koszty obsługi prawnej rządu Australii wyniosły około 50 milionów USD.

cd.

Australia, jako pierwszy kraj na świecie, który wprowadził tzw. jednolite opakowania, stała się głównym polem bitwy politycznej. Dla przemysłu tytoniowego kluczowe było zablokowanie ich wprowadzenia, aby uniknąć precedensu dla wprowadzenia tej polityki i opracowania pochodzących z praktyki dowodów jej skuteczności, a także aby zapobiec tzw. efektowi rozlania na inne, większe, strategicznie ważniejsze rynki, takie jak UE, oraz rynki wzrostu w krajach o niskich i średnich dochodach (LMIC). Ponadto sprawy wniesione przeciwko Australii miały znaczący tzw. efekt mrożący na rozwój podobnych polityk w innych kontekstach (9). Doświadczenie Australii sugeruje, że kraje, które są innowatorami politycznymi, stoją w obliczu szczególnych wyzwań politycznych i mogą w związku z tym skorzystać ze wsparcia innych rządów, agencji wielostronnych, takich jak WHO, które mogą przedstawić dowody w WTO, oraz międzynarodowych sieci zdrowia publicznego i NGO, które mogą wesprzeć ich wysiłki na rzecz przeciwstawienia się znacznej presji ze strony przemysłu (więcej informacji w rozdziale 13). Dotyczy to w szczególności krajów o niskich i średnich dochodach, które mogą nie dysponować zasobami politycznymi i ekonomicznymi kraju takiego jak Australia, aby stawić czoła wyzwaniom prawnym na wielu frontach. Doświadczenia z Europy pokazują istotną rolę, jaką australijskie podmioty zajmujące się zdrowiem publicznym i kontrolą tytoniu, powiązania międzyrządowe i sieci NGO odegrały w ułatwianiu transferu idei jednolitych opakowań do Irlandii i Wielkiej Brytanii. (18).

Studium przypadku 11. Brexit, handel i zdrowie

Po wystąpieniu z unii celnej i wspólnej polityki handlowej UE, Wielka Brytania rozpoczęła proces wdrażania niezależnego systemu handlowego. W grudniu 2020 r. zawarła z UE umowę o handlu i współpracy oraz pomyślnie wynegocjowała tzw. rolowanie 36 umów handlowych UE obejmujących stosunki handlowe z 67 krajami (19). Następnie sfinalizowała umowy handlowe z Australią (2022 r.) i Nową Zelandią (2023 r.), negocjując jednocześnie przystąpienie do Wszechstronnego i Progresywnego Porozumienia o Partnerstwie Transpacyficznym (CPTPP) w lipcu 2023 r. W chwili pisania tego tekstu negocjacje ze Stanami Zjednoczonymi i dotyczące zaktualizowanej umowy z Kanadą utknęły w martwym punkcie, podczas gdy negocjacje z Indiami postępują powoli. Łącznie umowy te mają istotne potencjalne implikacje dla czynników ryzyka NC i reakcji politycznych, w szczególności diety i żywienia. Reżim handlowy po Brexicie będzie miał istotny wpływ na jakość diety poprzez nowe umowy handlowe podpisane przez Wielką Brytanię. Uznając to, rządy Zjednoczonego Królestwa i Australii uzgodniły „list uzupełniający” w sprawie zdrowia, wyjaśniający warunki interpretacji zobowiązań wynikających z ich umowy handlowej i potwierdzający ich zaangażowanie na rzecz zdrowia publicznego, w tym potrzebę skutecznej polityki dotyczącej tytoniu, alkoholu i żywienia (20).

Chociaż umowy o wolnym handlu mogą potencjalnie obniżyć ceny niektórych produktów spożywczych, implikacje dla żywienia i NCD zależą od tego, które konkretne produkty staną się tańsze. Na przykład, gdyby mniej zdrowe opcje stały się bardziej przystępne cenowo, prawdopodobnie miałyby to negatywny wpływ na NCD. Ponadto nowe ustalenia handlowe mogą zwiększyć inflację, a tym samym koszt żywności, jak to miało miejsce w przypadku Brexitu. Badania wykazały, że prawie jedna trzecia inflacji cen żywności od 2019 r. była spowodowana Brexitem, co zwiększyło obciążenia finansowe gospodarstw domowych (21). Osoby i rodziny borykające się z trudnościami finansowymi, które w związku z tym nie mogą pozwolić sobie na zakup lub dostęp do zdrowej żywności, mogą być zmuszone do kompromisu w kwestii jakości i różnorodności diety jako sposobu na przetrwanie. Kompromis ten może mieć istotne konsekwencje dla ogólnej jakości diety, głównego czynnika ryzyka NCD. Na przykład osoby te mogą sięgać po tańsze, mniej zdrowe opcje, zwiększając swoją podatność na takie schorzenia jak otyłość, choroby układu krążenia i cukrzyca. Podobnie, niedawne badania sugerują, że Brexit mógł zmniejszyć spożycie owoców i warzyw, odpowiednio o -15 kcal tygodniowo w przypadku owoców i -34 g tygodniowo w przypadku warzyw, ale można to zminimalizować poprzez zniesienie ceł na owoce i warzywa (22).

Kolejne obawy budzi zwiększony wpływ przemysłu, wspierany przez te nowe umowy. Na przykład niedawne przystąpienie Wielkiej Brytanii do CPTPP, ukształtowane głównie przez Stany Zjednoczone, przy znacznym wpływie przemysłu, spotkało się z krytyką za wspieranie osłabionych przepisów dotyczących norm i bezpieczeństwa żywności (23). W szczególności tekst umowy skutecznie wyklucza stosowanie zasady ostrożności, która często pojawia się w przepisach dotyczących zdrowia publicznego, oraz środków politycznych, takich jak zakazy dotyczące produktów. Zamiast tego, artykuł 7.9 stanowi, że decyzje muszą być oparte wyłącznie na „udokumentowanych i obiektywnych dowodach naukowych” (24). Wymóg ten może stanowić wyzwanie dla regulacji zdrowia publicznego w przypadku braku konsensusu naukowego lub gdy pojawiające się badania wskazują na potencjalne zagrożenia – scenariusz powszechnie spotykany w obszarze norm żywności (25).

Włączenie do umowy ISDS i mechanizmów współpracy regulacyjnej prawdopodobnie utrudni również rządowi Wielkiej Brytanii i rządowi wszystkich sygnatariuszy CPTPP wdrażanie polityk regulacyjnych mających na celu zmniejszenie spożycia niezdrowej żywności. Gdyby rząd Wielkiej Brytanii chciał wdrożyć środki mające na celu zwalczanie otyłości, takie jak na przykład wymóg wykazywania akalorii na etykietach, musiałby przestrzegać zapisu CPTPP, który zezwala zagranicznym podmiotom gospodarczym na kwestionowanie takich regulacji (23).

Po Brexicie Wielka Brytania prowadzi również handel za pośrednictwem nowych ram prawnych, takich jak protokoły ustaleń (MOU) podpisane między Wielką Brytanią a poszczególnymi stanami Stanów Zjednoczonych, które dają Stanom Zjednoczonym większą swobodę w realizacji ich interesów handlowych przy minimalnym nadzorze. MOU są uzgadniane stosunkowo szybko, bez informowania ogółu, i bez typowych środków kontroli (26).

Łącznie te zmiany mają również implikacje dla UE i jej Państw Członkowskich. Nowe umowy handlowe i ramy regulacyjne ustanawiane przez Wielką Brytanię po Brexicie mogą wpłynąć na dynamikę handlu i standardy regulacyjne w UE. W związku z tym UE będzie musiała uważnie monitorować te zmiany i rozważyć ich potencjalne konsekwencje dla własnej polityki handlowej i przepisów dotyczących zdrowia publicznego.

Studium przypadku 12. Polityka handlowa i farmaceutyczna

Chociaż produkty i praktyki podmiotów komercyjnych przyczyniają się do obciążenia NCD i ich nierównego rozkładu wśród różnych grup społecznych, ich działania mogą również wpływać na to, kto ma dostęp do niedrogiego, skutecznego i wysokiej jakości leczenia tych chorób. Na przykład globalne systemy własności intelektualnej, takie jak Porozumienie w Sprawie Handlowych Aspektów Praw Własności Intelektualnej (TRIPS) WTO, na rzecz którego lobbował przemysł farmaceutyczny, miały znaczący wpływ na dostępność i ceny leków, zwłaszcza w krajach o niskich i średnich dochodach (LMIC) (27). Działania mające wpływ na przemysł ukierunkowane są na politykę farmaceutyczną i systemów opieki zdrowotnej na szczeblu krajowym lub unijnym oraz lobbuing na rzecz uwzględnienia tych sektorów w umowach TIA. Zakres i złożoność współczesnych TIA oznacza, że istnieje coraz więcej mechanizmów, za pośrednictwem których podmioty komercyjne mogą wpływać na politykę farmaceutyczną. Chociaż przepisy dotyczące praw własności intelektualnej mogą wpływać na dostęp do leków, inne mechanizmy mają istotne implikacje dla systemów opieki zdrowotnej i zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej poprzez zapewnienie równego dostępu do bezpiecznych, wysokiej jakości, niedrogich i skutecznych usług i leków (28).

cd.

Przegląd dużych regionalnych umów handlowych i inwestycyjnych przeprowadzony w latach 2016–2018 zidentyfikował dziesięć rodzajów zapisów, które mogłyby potencjalnie wpłynąć na krajową politykę i regulacje farmaceutyczne (28). Zapisy te obejmują szeroki zakres obszarów, od obniżenia lub zniesienia ceł na produkty farmaceutyczne lub ich składniki, ochrony własności intelektualnej i mechanizmów ISDS, po procedury dotyczące programów ustalania cen i refundacji leków, regulacji badań bezpieczeństwa i jakości, zamówień publicznych, praktyk regulacyjnych i marketingu. Takie zapisy mogą potencjalnie wpływać na dostępność, przystępność cenową, skuteczność i/lub bezpieczeństwo leków, a także na ich zastosowanie kliniczne i lokalną produkcję, poprzez wiele ścieżek (28). Na przykład trzy z czterech przeanalizowanych umów handlowych zawierały postanowienia, które uznano za mogące potencjalnie wpływać na krajowe programy ustalania cen i refundacji leków na kilka sposobów, w tym określenie zasad procedur oceny wniosków oraz konsultacji z zainteresowanymi stronami i ich zaangażowania w procesy decyzyjne. Takie przepisy i związane z nimi zasady przewodnie mogą być konstruowane w sposób sprzyjający interesom branży, a jednocześnie sprzeczny z priorytetami zdrowia publicznego (28).

Co istotne, przemysł farmaceutyczny podejmuje działania, aby wpływać na uwzględnianie i treść takich postanowień w TIA w sposób przedkładający jego interesy handlowe nad interes pacjentów, społeczeństwa i krajowych systemów opieki zdrowotnej. Dowody tych praktyk pojawiły się na wczesnym etapie negocjacji między Wielką Brytanią a Stanami Zjednoczonymi w sprawie potencjalnej umowy handlowej po Brexicie. Po referendum w sprawie Brexitu w 2016 roku odbyły się wstępne spotkania między Stanami Zjednoczonymi a Wielką Brytanią, w ramach przygotowań tego państwa do formalnego opuszczenia UE i nawiązania przyszłych relacji z blokiem UE. Zarówno Wielka Brytania, jak i Stany Zjednoczone przeprowadziły badania potencjalnego zaangażowania interesariuszy i rozpoczęły opracowywanie celów negocjacyjnych dla przyszłej umowy handlowej między Wielką Brytanią a Stanami Zjednoczonymi. W ramach procesów konsultacyjnych w Stanach Zjednoczonych, główna organizacja branżowa w USA, Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA), przedłożyła odpowiedź, w której wezwała do „wynegocjowania kompleksowej i ambitnej umowy handlowej między USA a Wielką Brytanią” (29) i wsparła umowę między Stanami Zjednoczonymi, Meksykiem i Kanadą jako „bardzo mocną podstawę do negocjacji umowy handlowej z Wielką Brytanią”, co wskazuje na tendencję traktowania umów handlowych jako podstawy późniejszych negocjacji oraz demonstruje, w jaki sposób branża wykorzystuje te precedensy do realizacji swoich celów. Organizacja branżowa w swoim piśmie odniosła się również do funkcjonowania Narodowego Instytutu Zdrowia i Doskonałości Klinicznej (NIH) oraz jego systemów oceny opłacalności leków i innych technologii medycznych (oceny technologii medycznych). Organizacja ta i inni interesariusze z USA określiły działania Narodowych Instytutów jako tworzenie niepożądanych „pozataryfowych barier handlowych”, twierdząc, że tego typu systemy powinny zatem zostać wyeliminowane. PhRMA zaapelowała również o „istotne możliwości udziału producentów i innych interesariuszy... zarówno w opracowywaniu, jak i wdrażaniu wszystkich stosownych przepisów, regulacji i procedur” (29). Organizacja ta podkreśliła również swoje poparcie dla wydłużenia okresu, w którym leki markowe są chronione przed konkurencją ze strony producentów leków generycznych i biopodobnych.

Chociaż sfinalizowanie formalnej umowy handlowej między Wielką Brytanią a Stanami Zjednoczonymi spadło na dalsze pozycje w agendach politycznych obu krajów, przedstawione preferencje amerykańskiego przemysłu farmaceutycznego, podobnie jak amerykańskiego przemysłu spożywczego, mogą powrócić w omawianych wcześniej MOU, które są obecnie negocjowane. Ostatecznie wnioski te pokazują, w jaki sposób TIA stanowią potężne mechanizmy, za pośrednictwem których podmioty komercyjne mogą realizować swoje interesy, co ma konsekwencje dla systemów opieki zdrowotnej i leczenia NCD.

Podsumowanie

Powyższe studia przypadków pokazują istotne implikacje, jakie umowy TIA mają dla przyczyn NCD i reakcji politycznych na te choroby. Jednakże TIA mają również istotne skutki ideologiczne i systemowe. Obecne skupienie się na liberalizacji gospodarczej poprzez takie umowy wzmacnia systemy polityczne i gospodarcze, które przedkładają cele ekonomiczne i interesy podmiotów gospodarczych nad zdrowie i dobrostan ludności. Często uzasadnia się to logiką tzw. braku innej opcji. Istnieją jednak różne tzw. odmiany kapitalizmu (30); możliwe są alternatywne modele ekonomiczne, które uwzględniają zdrowie i szerszy wpływ polityki handlowej na społeczeństwo, wykraczając poza surowe miary wzrostu produktu krajowego brutto (PKB). W związku z tym potrzebujemy bardziej holistycznego rozumienia polityki handlowej w szerszym kontekście polityki publicznej, a podmioty polityki handlowej muszą być świadome jej znaczenia i wpływu na inne obszary, w tym między innymi zdrowie. Wymaga to znaczącego wkładu podmiotów i rzeczników polityki zdrowotnej w rozwój i realizację polityki handlowej. Niedawno przyjęte przez UE środki mające na celu opracowanie zabezpieczeń zdrowotnych w TIA przedstawiają jedną z potencjalnych dróg naprzód. Wreszcie, pojawiają się ważne wnioski co do formułowania, regulowania i treści umów w zakresie polityki handlowej oraz strategii przeciwdziałania zagrożeniom ze strony przemysłu wobec polityki ochrony zdrowia, zarówno na etapie przedlegislacyjnym, jak i przy późniejszych zaskarżeniach. Pomoże to zachęcić rządy do przyjmowania innowacyjnych polityk i zniwelować potencjalne negatywne skutki wynikające z taktyk stosowanych przez przemysł. (31, 32).

Sugestie dotyczące polityki

- Rządy krajowe powinny projektować polityki zdrowotne w sposób minimalizujący możliwość ich kwestionowania na gruncie międzynarodowego prawa handlowego i inwestycyjnego, bez osłabiania ich skuteczności.
- Rządy i Komisja Europejska powinny postrzegać zdrowie publiczne jako kluczową kwestię polityki handlowej, a podmioty działające w sektorze zdrowia i skutki dla zdrowia powinny mieć centralne miejsce w rozwoju polityki handlowej i treści negocjacji handlowych.
- Rządy krajowe i Komisja Europejska powinny rozważyć wyeliminowanie podczas zawierania przyszłych umów handlowych mechanizmów ISDS lub wprowadzenie do nich solidnych wyjątków w zakresie zdrowia publicznego, dążąc jednocześnie do ograniczenia możliwości podmiotów komercyjnych wykorzystywania istniejących środków do blokowania polityki zdrowotnej.
- Umowy handlowe muszą być również konstruowane w sposób zapewniający powszechną dostępność produktów farmaceutycznych na całym świecie, przy jednoczesnym zachowaniu zachęt do badań i rozwoju.

1. Thow AM, Garde A, Winters LA, Johnson E, Mabhala A, Kingston P, et al. Protecting noncommunicable disease prevention policy in trade and investment agreements. *Bull World Health Organ.* 2022;100(4):268–75. doi: 10.2471/BLT.21.287395.
2. Friel S, Jamieson L. Political economy, trade relations and health inequalities: lessons from general health. *Community Dental Health.* 2019;36(2):152–6. doi: 10.1922/CDH_SpecialIssueFrielJamieson05.
3. Townsend B, Schram A, Baum F, Labonte R, Friel S. How does policy framing enable or constrain inclusion of social determinants of health and health equity on trade policy agendas? *Critical Public Health.* 2020;30(1):115–26. doi: 10.1080/09581596.2018.1509059.
4. Friel S, Baker P, Thow A-M, Gleeson D, Townsend B, Schram A. An exposé of the realpolitik of trade negotiations: implications for population nutrition. *Public Health Nutr.* 2019;22(16):3083–91. doi: 10.1017/S1368980019001642.
5. Dür A, Baccini L, Elsig M. The design of international trade agreements: Introducing a new dataset. *Rev Int Organ.* 2014;9:353–75. <https://doi.org/10.1007/s11558-013-9179-8>.
6. Thow, A-M. and McGrady, B. (2013). Protecting policy space for public health nutrition in an era of international investment agreements. *Bull World Health Organ.* 2014;92(2):139–45. doi: 10.2471/BLT.13.120543.
7. Hawkins B, Holden C. A Corporate Veto on Health Policy? *Global Constitutionalism and Investor–State Dispute Settlement.* *J Health Polit Policy Law.* 2016;41(5):969–95. doi: 10.1215/03616878-3632203.
8. Eberhardt P, Olivet C. Profiting from injustice: How law firms, arbitrators and financiers are fuelling an investment arbitration boom. Brussels/Amsterdam: Corporate Europe Observatory and the Transnational Institute; 2012 (<http://corporateeurope.org/sites/default/files/publications/profitting-from-injustice.pdf>, Dostęp: 9 czerwca 2024)
9. Hawkins B, Holden C, Mackinder S. A multi-level, multi-jurisdictional strategy: Transnational tobacco companies' attempts to obstruct tobacco packaging restrictions. *Glob Public Health.* 2019;14(4):570–83. doi: 10.1080/17441692.2018.1446997.
10. Immergut E. *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe.* Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
11. Schram A, Ruckert A, VanDuzer JA, Friel S, Gleeson D, Thow A-M, et al. A conceptual framework for investigating the impacts of international trade and investment agreements on noncommunicable disease risk factors. *Health Policy Plan.* 2018;33(1):123–36. doi: 10.1093/heapol/czx133.
12. Hurt RD, Ebbert JO, Muggli ME, Lockhart NJ, Robertson CR. Open Doorway to Truth: Legacy of the Minnesota Tobacco Trial. *Mayo Clin Proc.* 2009;84(5):446–6. doi: 10.1016/S0025-6196(11)60563-6.
13. Brandt AM. Inventing Conflicts of Interest: A History of Tobacco Industry Tactics. *Am J Public Health.* 2012;102(1):63–71. doi: 10.2105/AJPH.2011.300292.
14. WHO Framework Convention on Tobacco Control: Overview. W: WHO Framework Convention on Tobacco Control [strona internetowa]. (<https://fctc.who.int/who-fctc/overview>, Dostęp: 3 czerwca 2024).
15. Jarman H. *The Politics of Trade and Tobacco Control.* London: Palgrave Pivot London; 2014.
16. Eckhardt J, Holden C, Callard CD. Tobacco Control and the World Trade Organization: mapping member states' positions after the framework convention on tobacco control. *Tobacco Control.* 2016;25:692–8. doi: <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2015-052486>.
17. Sheargold E, Mitchell AD. Public health in international investment law and arbitration. W: Chaisse J, Choukroune L, Jusoh S, editors. *Handbook of International Investment Law and Policy.* (pp. 1851–76). Singapore: Springer; 2021. https://doi.org/10.1007/978-981-13-5744-2_39-1.
18. Hawkins B, Holden C, Mackinder S. (2019b). *The Battle for Standardised Cigarette Packaging in Europe: Multi-Level Governance, Policy Transfer and The Integrated Strategy of the Global Tobacco Industry.* Palgrave Macmillan; 2019.
19. Letter from The Rt Hon Anne-Marie Trevelyan MP to The Hon Dan Tehan MP. London: Department for International Trade; 16 grudnia 2021 (<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/62027734e90e077f72ba5488/uk-australia-free-trade-agreement-fta-uk-side-letter-re-garding-public-health-cooperation.pdf>, Dostęp: 4 czerwca 2024.)
20. Hawkins B, Barlow P, van Schalkwyk MC, Holden C. Brexit, trade and the governance of non-communicable diseases: a research agenda. *Global Health.* 2023;19(1):61. doi: 10.1186/s12992-023-00956-3.
21. Bakker JD, Datta N, De Lyon J, Opitz L, Yang D. (2022). Post-Brexit Imports, Supply Chains, and the Effect on Consumer Prices. Centre for Economic Performance. London: UK in a Changing Europe; 2022 (https://ukandeu.ac.uk/wp-content/uploads/2022/04/UKICE-Supply-Chains-Report_Final.pdf, Dostęp: 4 czerwca 2024.)
22. Freund F, Springmann M. Policy analysis indicates health-sensitive trade and subsidy reforms are needed in the UK to avoid adverse dietary health impacts post-Brexit. *Nat Food.* 2021;2(7):502–8. doi: 10.1038/s43016-021-00306-9.
23. McNamara C, Green L, Barlow P, Bellis M. The CPTPP trade deal is a major threat to public health and warrants a health impact assessment. *BMJ.* 2023;381:e073302. doi:10.1136/bmj-2022-073302.
24. Comprehensive and Progressive Agreement for Trans-Pacific Partnership: Preamble. Auckland; 4 lutego 2016 (<https://www.mfat.govt.nz/assets/Trade-agreements/CPTPP/Comprehensive-and-Progressive-Agreement-for-Trans-Pacific-Partnership-CPTPP-English.pdf>, Dostęp: 7 maja 2024).
25. McNamara C, Labonte R, Schram A, Townsend B. Glossary on free trade agreements and health part 1: the shift from multilateralism and the rise of 'WTO-Plus' provisions. *J Epidemiol Community Health.* 2021;75:402–6. doi:10.1136/jech-2020-215104.
26. UK MOUs with US states on economic cooperation and trade relations. W: Gov.uk/Business and industry/Trade and investment/Exporting [strona internetowa]. London: Government of United Kingdom/ 2022 (<https://www.gov.uk/government/collections/uk-mous-with-us-states-on-economic-cooperation-and-trade-relations>, Dostęp: 3 czerwca 2024).
27. Sell, SK. *Private Power, Public Law: The Globalization of Intellectual Property Rights.* Cambridge University Press; 2003.
28. Gleeson D, Lexchin J, Labonté R, Townsend B, Gagnon M-A, Kohler J, et al. Analyzing the impact of trade and investment agreements on pharmaceutical policy: provisions, pathways and potential impacts. *Global Health.* 2019; 15(Suppl 1):78. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0518-2>.
29. van Schalkwyk MCI, Jarman H, Hervey T, Wouters OJ, Barlow P, McKee M. Risks to health and the NHS in the post-Brexit era. *BMJ.* 2020;369:m2307. doi: 10.1136/bmj.m2307.
30. Crouch C. Typologies of capitalism. W: Hancke B, editor. *Debating varieties of capitalism: a reader: Part 1: Capitalist Diversity* (pp. 75–94). Oxford: Oxford University Press; 2009.
31. Koivusalo M, Heinonen N, Tynkkynen LK. When actions do not match aspirations - comparison of the European Union policy claims against what has been negotiated for health services, trade and investment. *Global Health.* 2021;17:98. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00739-8>.
32. Thow, AM, Alschner W, Aljunied F. Public health clauses in international investment agreements: Sword or shield? *Global Policy.* 2023;14(2):260–9. <https://doi.org/10.1111/1758-5899.13199>.

Rozdział 6.

Podważanie dowodów: manipulowanie wynikami badań naukowych dotyczącymi przyczyn, profilaktyki i leczenia NCD



Główne punkty

- Wpływ korporacji na badania naukowe jest rozległy i wielopłaszczyznowy, a w różnych sektorach przemysłu, takich jak tytoń, alkohol, farmaceutyka, hazard i paliwa kopalne można zaobserwować wiele podobieństw.
- Manipulowanie wiedzą i dowodami naukowymi to problem systemowy. Powszechne strategie stosowane przez przemysł w celu wpływania na wyniki badań naukowych to:
 - wpływanie na prowadzenie i publikowanie badań naukowych w celu przechylenia bazy dowodowej na korzyść przemysłu;
 - wpływanie na interpretację nauki w celu podważenia nauki postrzeganej jako niekorzystna dla przemysłu i stworzenia zniekształconego obrazu bazy dowodowej;
 - wpływanie na zasięg nauki w celu stworzenia przestrzeni, która będzie powielać przekaz naukowy przemysłu;
 - tworzenie przyjaznego przemysłowi środowiska decyzyjnego, które kształtuje wykorzystanie nauki w procesie decyzyjnym na korzyść przemysłu; oraz
 - budowanie zaufania do przemysłu i jego przekazu naukowego.

Wstęp

Poprzednie rozdziały pokazały, że szkodliwe branże stosują szeroki wachlarz strategii w celu ochrony swoich interesów handlowych. Jednym ze sposobów jest wykorzystywanie praktyk naukowych i pseudonaukowych do podważania dowodów dotyczących zdrowia publicznego. Komisja Lancet ds. CDoH określiła je jako „praktyki obejmujące tworzenie i wykorzystywanie wiedzy naukowej w celu modyfikacji produktów lub w inny sposób zapewnienia korzystnych rezultatów (lub obu) dla przemysłu” (1).

Nauka i pseudonauka mogą być wykorzystywane tak na kilka sposobów. Branże mogą wpływać na tworzenie nauki – zwłaszcza nauki, która zaspokaja ich własne potrzeby i która podważa politykę i praktykę zdrowia publicznego, a także zdrowie publiczne; na przykład nauka może ukrywać dowody dotyczące szkód wyrządzanych przez produkty lub praktyki komercyjne. Branże mogą to robić, finansując określone rodzaje badań korzystnych dla przemysłu, pozostawiając inne, niekorzystne dla przemysłu kierunki badań bez finansowania i bez zgłębiania.

Przemysł może również promować i wykorzystywać naukę do obrony swoich interesów handlowych i prawnych. Proces ten opisywany jest jako cykl stroniczości, w którym przemysł zleca wprowadzające w błąd badania oparte na wąskich, nieistotnych lub błędnie skierowanych pytaniach badawczych – czasami za pośrednictwem autentycznych podmiotów finansujących naukę i badaczy, a czasami w sposób ukryty – a wyniki tych badań dodatkowo zniekształcają i zaciemniają bazę dowodową (2).

Manipulowanie dowodami naukowymi należy zatem postrzegać jako tzw. problem systemowy – nawet jeśli konkretne badania samo w sobie jest wiarygodne, ono i badacze, którzy je tworzą, mogą przyczynić się do tworzenia dezinformacji i ignorancji, a tym samym wprowadzania w błąd i dezinformowania decydentów. Praktyki te podważają integralność badań naukowych i stanowią zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów i zdrowia publicznego.



Praktyki te podważają integralność badań naukowych i stanowią zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów i zdrowia publicznego.

Rozdział ten opisuje, w jaki sposób baza danych dotyczących NCD ulega zniekształceniu poprzez te i inne praktyki branżowe. Korzysta on z modelu Science for Profit (SPM), opartej na dowodach typologii tego, jak i dlaczego korporacje próbują wpływać na naukę (3). SPM identyfikuje pięć sposobów, w jakie korporacje z różnych branż wpływają na system nauki. Próby wpływania na naukę podejmowane przez sektory korporacyjne, w tym tytoniowy, farmaceutyczny, paliw kopalnych i hazardowy, są zadziwiająco podobne i podejmowane z

tych samych powodów – ostatecznie w celu osłabienia regulacji, zapobiegania procesom sądowym przeciwko przemysłowi i maksymalizacji wykorzystania produktów i praktyk branż.

1 Wpływanie na sposób prowadzenia i publikowania badań naukowych, aby przechylić szalę dowodów na korzyść przemysłu

Podmioty komercyjne mogą wpływać na każdy etap procesu naukowego, od sposobu wyboru i formułowania tematów badawczych, po projektowanie, prowadzenie i raportowanie badań (3).

Na przykład, jeśli chodzi o wpływ na program badań, zgodnie z wewnętrznymi dokumentami branżowymi z lat 1959–1971, przemysł cukrowniczy finansował badania nad enzymami rozkładającymi płytkę nazębną i szczepionką przeciwko próchnicy, aby odwrócić uwagę od interwencji mających na celu ograniczenie spożycia cukru (4). Podobnie, gdy dowody zaczęły wskazywać na zagrożenia dla zdrowia związane z paleniem tytoniu, amerykańskie firmy tytoniowe utworzyły radę ds. badań, która finansowała badania nad innymi potencjalnymi przyczynami raka i chorób serca, takimi jak infekcje, hormony, stres, czynniki osobowościowe i psychologiczne oraz czynniki środowiskowe, aby odwrócić uwagę od roli palenia tytoniu (5, 6).

Dowody z wielu dziedzin pokazują również, że badania sponsorowane przez przemysł przynoszą wyniki i wnioski częściej korzystne dla produktu sponsora w porównaniu z badaniami niesponsorowanymi przez przemysł. Przemysł może osiągnąć korzystne wyniki „dzięki różnorodnym wyborom powodującym stroniczość w projektowaniu, przeprowadzaniu i raportowaniu badań” (7).

Na przykład, badania sponsorowane przez przemysł farmaceutyczny częściej wykorzystują placebo lub gorsze dawki aktywnych komparatorów w porównaniu z badaniami niesponsorowanymi przez przemysł (7–9); może to zwiększyć szanse na osiągnięcie korzystnych dla przemysłu wyników.

Ostatnim krokiem, na który mogą wpływać sponsorzy z przemysłu, jest publikacja wyników badań. W badaniach inicjowanych przez przemysł stwierdzono ograniczenia praw do publikacji badaczy; na przykład sponsor jest właścicielem danych lub musi dokonać przeglądu lub zatwierdzenia ostatecznej wersji manuskryptu (10). Może to prowadzić do pomijania niekorzystnych wyników, a tym samym do faworyzowania bazy dowodowej na korzyść przemysłu.

2 Wpływanie na interpretację nauki, aby podważyć naukę postrzeganą jako niekorzystną dla przemysłu i stworzyć zniekształcony obraz bazy dowodowej

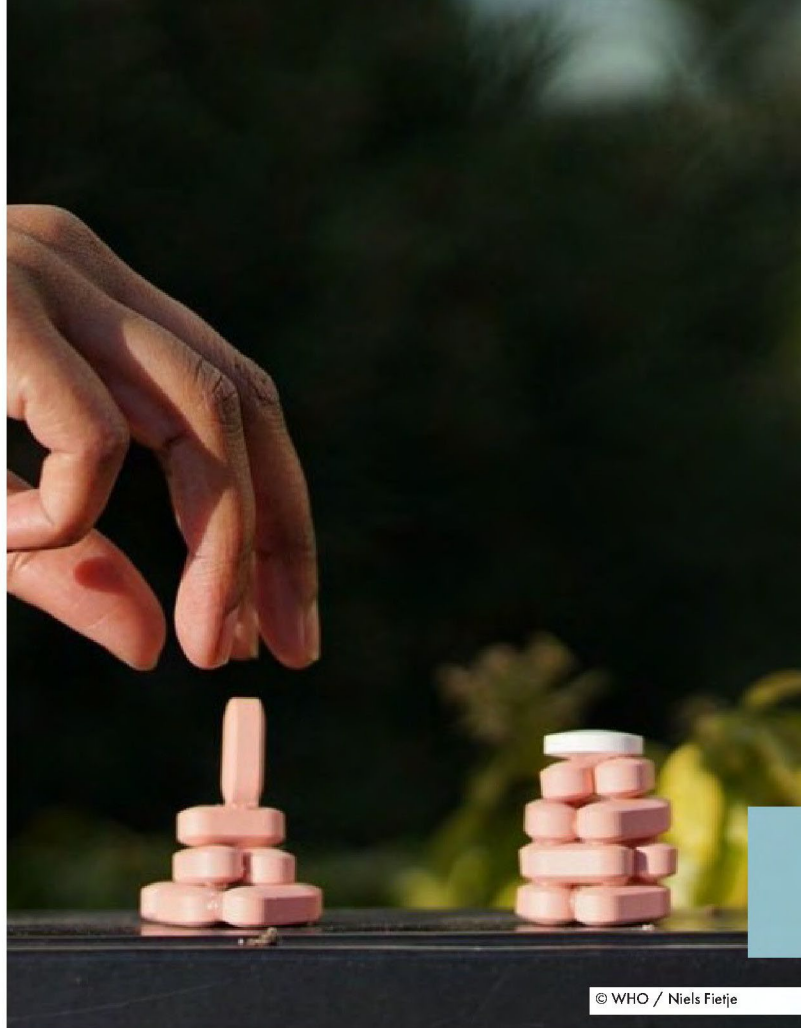
Manipulacja dowodami naukowymi obejmuje również promowanie wprowadzających w błąd koncepcji i kryteriów naukowych w sposób mający na celu podważenie nauki i kształtowania polityki. Manipulacja ta czasami polega na tym, że za wyjściowe przyjmuje się słuszne koncepcje naukowe oraz język statystyczny lub epidemiologiczny, ale stosuje się je w sposób, którego naukowcy nie uznaliby ani nie zaakceptowali. Na przykład przemysł tytoniowy odrzucił dowody na to, że palenie powoduje raka i przewlekłe choroby serca, jako jedynie statystyczne (11) i posłużył się językiem epidemiologicznym, aby twierdzić, że nie da się udowodnić, że palenie powoduje raka, argumentując, że może być ono również spowodowane przez szereg innych czynników, takich jak zanieczyszczenie środowiska, picie zielonej herbaty, łysienie, stres i wiele innych czynników (12). Argumenty te, mające na celu zatuszowanie niezależnego przyczynowego wpływu produktu na szkody, stanowią formę pseudoepidemiologii i można je również zaobserwować w argumentacji przemysłu alkoholowego, opioidowego, spożywczego i innych branż (13). Podobnie, gdy szkodliwe branże argumentują, że związek przyczynowo-skutkowy jest złożony – w domyśle zbyt złożony, by jego problem rozwiązała regulacja – również wykorzystują tego rodzaju pseudonaukę jako zasłonę dymną (14, 15). W ten sam sposób przemysł paliw kopalnych kwestionuje swoją rolę w zmianach klimatu, argumentując, że globalne ocieplenie może być również spowodowane rozbłyskami słonecznymi, erupcjami wulkanów i naturalnymi zmianami w różnych miejscach i w czasie (16).

Zniekształcanie i negowanie dowodów w ten sposób często opiera się na atakowaniu metod naukowych i naukowców, a także na przeinaczaniu lub wybiórczym wykorzystywaniu pojedynczych dowodów. Szczególnie rozpowszechnione jest atakowanie badań epidemiologicznych tylko dlatego, że są to tzw. badania obserwacyjne, pomimo że fakty co do tego, co wiadomo na temat palenia tytoniu i raka płuc pochodzą z kumulatywnych dowodów z badań obserwacyjnych.

Taktyką wspólną dla różnych branż jest również domaganie się doskonałych dowodów (np. dowodów z randomizowanych badań kontrolowanych, zanim decydenci mogą podjąć działania). Kwestie zdrowia publicznego nie wymagają doskonałych dowodów, ponieważ skuteczna i etyczna polityka i praktyka w zakresie zdrowia publicznego, oparta na zasadzie ostrożności, opiera się na zapobieganiu szkodom dla społeczeństwa, wykorzystując najlepsze dostępne dowody, a jednocześnie gromadząc kolejne dowody w miarę potrzeb.

We wstępie zauważono, że dezinformację i zniekształcanie wyników badań naukowych należy postrzegać jako tzw. problem systemowy. Dzieje się tak, ponieważ nawet jeśli dane badanie jest wiarygodne, może przyczynić się do szerszego systemu dezinformacji, jeśli pytania badawcze są kształtowane przez sponsorów z branży – nawet jeśli badacze postrzegają siebie jako niezależnych i niepodatnych na wpływy. Z tego powodu sama przejrzystość finansowania badań, choć ważna, jest niewystarczająca. Kluczowe jest zapobieganie zniekształcaniu nauki.

Przykładem tego typu strategii jest Deklaracja Brukselska (zob. Studium przypadku 5), która kształtuje sposób postrzegania dowodów naukowych i naukowców przez decydentów politycznych.



© WHO / Niels Fietje

Studium przypadku 13. Deklaracja Brukselska: Wpływanie na interpretację nauki i jej zniekształcanie

Deklaracja Brukselska: Etyka i zasady kształtowania polityki naukowej i społecznej (17) określa szereg zasad, które mają kierować rolą nauki i zaangażowaniem naukowców w kształtowanie polityki. Została ona opracowana w wyniku konsultacji z ponad 300 interesariuszami prowadzonych od 2012 roku, w tym naukowcami zajmującymi się zdrowiem publicznym, dziennikarzami naukowymi, starszymi doradcami naukowymi, urzędnikami państwowymi i ministrami oraz przedstawicielami przemysłu, w tym znaczną reprezentacją przemysłu tytoniowego i alkoholowego.

Zważywszy na tytuł, może wydawać się zaskakujące, że sednem Deklaracji jest szeroko zakrojone kwestionowanie samej nauki:

Ta oddolna inicjatywa narodziła się jako autentyczna próba społeczności naukowej zakwestionowania solidności kształtowania polityki opartego na nauce na całym świecie... Większość decyzji politycznych jest podejmowana w oparciu o dowody dostarczane przez ekspertów. Zbyt często kwestionuje się, kim są ci eksperci, jak są wybierani i na ile tak naprawdę można polegać na ich radach (17).

Deklaracja kwestionuje następnie to, co nazywa „naukowymi i politycznymi 'elitami'”. Choć jest bardzo krytyczna wobec naukowców, promuje również narracje i stanowiska przemysłu tytoniowego i innych branż, minimalizując znaczenie potrzeby zabezpieczeń lub zarządzania interesami partykularnymi i konfliktem interesów.

Kontekst i pozorny cel Deklaracji zostały przeanalizowane w opracowaniu autorstwa McCambridge et al. (18), w którym autorzy zauważają podobieństwo treści Deklaracji do argumentów przedstawianych w innych miejscach przez przemysł tytoniowy. Obejmują one zniekształcanie rzetelnej nauki i dobrej epidemiologii, takie jak propozycja przemysłu tytoniowego, że za istotne powinno być uważane jedynie ryzyko względne >2,0 (oznaczające, że konkretna ekspozycja, np. na dym tytoniowy, co najmniej podwaja ryzyko szkody). Ta praktyczna zasada dotycząca ryzyka względnego, jak zauważa McCambridge et al., „wygodnie wyeliminowała większość dowodów na szkodliwość biernego palenia”. Propozycja ta była z kolei promowana przez epidemiologów i stowarzyszenia epidemiologiczne, które nie były świadome powiązań przemysłu tytoniowego. Oczywiście jest również, że wielu naukowców i innych osób biorących udział w spotkaniach poprzedzających przyjęcie Deklaracji Brukselskiej nie wiedziało o zaangażowaniu przemysłu tytoniowego.

Do powstania Deklaracji Brukselskiej również w znacznym stopniu przyczynił się przemysł farmaceutyczny i alkoholowy; znane są również przypadki, w których przemysł alkoholowy dążył do wywierania wpływu na naukę i zasady naukowe. Przykładem jest Portman Group, brytyjska organizacja zajmująca się społeczną odpowiedzialnością przemysłu alkoholowego i regulator etykietowania, pakowania i promocji alkoholu, która zapłaciła badaczom za napisanie anonimowych recenzji przeglądu dowodów sponsorowanego przez WHO (18). McCambridge et al. zauważają również podobieństwo do Zasad Dublińskich z 1997 r., sponsorowanych przez Międzynarodowe Centrum Polityki Alkoholowej (International Center for Alcohol Policies; ICAP) (19), inną organizację zajmującą się społeczną odpowiedzialnością biznesu w przemyśle alkoholowym. Zasady Dublińskie zostały opracowane przy znaczącym udziale przemysłu alkoholowego i organizacji finansowanych przez przemysł alkoholowy i miały na celu promowanie współpracy między przemysłem napojów alkoholowych, podmiotami zdrowia publicznego i rządami. Promują one między innymi przyjazne dla przemysłu ujęcie szkód związanych z alkoholem i rozwiązań tych szkód, takich jak samoregulacja, inicjatywy edukacyjne przemysłu, odpowiedzialność indywidualna i odpowiedzialne picie alkoholu (20).

McCambridge et al. stwierdzili:

Wydaje się, że Deklaracja Brukselska była narzędziem promowania korporacyjnych interesów w odniesieniu do nauki i polityki. Ogólnie rzecz biorąc, ten epizod pokazuje, że podejmowane przez szkodliwy przemysł próby wpływania na naukę wykraczają daleko poza wpływ na konkretne badania lub naukowców, i obejmują również wpływ na postrzeganie nauki i samych naukowców przez decydentów.



3. Wpływanie na zasięg nauki w celu stworzenia przestrzeni, która będzie powielać przekaz naukowy przemysłu

Jak wspomniano powyżej, podmioty komercyjne wpływają na każdy etap procesu naukowego, od gromadzenia dowodów po ich rozpowszechnianie i wykorzystanie. Odzwierciedla to zjawisko, które Bero określił mianem cyklu stronniczości (2), zauważając: „Jeśli baza dowodowa, na której opierają się te decyzje, jest wadliwa lub zniekształcona, cały fundament przeglądów systematycznych, wytycznych, polityki zdrowotnej, poradnictwa klinicznego i informacji dla konsumentów rozpada się”.

Aby rozpowszechnić stronnicze badania, przemysł wykorzystuje niezgodnie z przeznaczeniem również standardowe podejścia i kanały naukowe – takie jak finansowane przez przemysł konferencje, czasopisma, suplementy do czasopism i inne wydarzenia – a następnie wykorzystuje te badania, aby zająć wobec decydentów i opinii publicznej pozycję uzasadnionego i wiarygodnego źródła dowodów. Przemysł rekrutuje również badaczy akademickich, którzy mają pełnić rolę tzw. głosów wspierających, promujących i broniących badań. Z drugiej strony, przemysł może stosować legalne – a czasami nielegalne – środki, takie jak twierdzenie, że dane nie mogą zostać ujawnione ze względu na ich wrażliwość komercyjną, aby zapobiec odkryciu lub dostępowi do dowodów. W przypadku produktów farmaceutycznych oznacza to, że brakuje dowodów na szkodliwe lub nieskuteczne metody leczenia, co sprawia, że przeglądy dowodów są same w sobie nieumyślnie stronnicze.

4. Stworzenie przyjaznego dla przemysłu środowiska decyzyjnego, które będzie kształtować wykorzystanie nauki w procesie decyzyjnym na korzyść przemysłu

Powyższe strategie współdziałają, aby zwiększyć prawdopodobieństwo, że polityka i praktyka będzie korzystać z nauki sprzyjające przemysłowi. Co więcej, podmioty komercyjne próbują – czasami z powodzeniem, a czasami bezskutecznie – stworzyć środowisko decyzyjne, które będzie kształtować sposoby wykorzystywania nauki w procesie decyzyjnym na ich korzyść (3).

Na przykład w latach 90. XX wieku firma tytoniowa Philip Morris International próbowała, ostatecznie bezskutecznie, wprowadzić przyjazne dla przemysłu standardy do unijnego procesu decyzyjnego, co stworzyłoby niemożliwie wysokie wymagania, jakie dowody musiałyby spełnić, zanim decydenci mogliby je oficjalnie wziąć pod uwagę. Standardy te były pierwotnie promowane przez sam przemysł tytoniowy w ramach kampanii na rzecz redefinicji tzw. dobrej epidemiologii, aby przemysł mógł odrzucać dowody, które uznał za niekorzystne, poprzez przejęcie kryteriów określania dowodów naukowych. Ostatecznie motywem było ograniczenie możliwości decydentów politycznych w zakresie stosowania podejścia ostrożnościowego w podejmowaniu decyzji regulacyjnych i zapobieganie działaniom regulacyjnym dotyczącym biernego palenia (20).

Również w latach 90. XX wieku British American Tobacco, międzynarodowa firma tytoniowa z siedzibą w USA, wraz z podmiotami z branży chemicznej, paliw kopalnych i farmaceutycznej, pracowała – tym razem z powodzeniem – nad zabezpieczeniem i wykorzystaniem reform politycznych w UE, które stały się znane jako „Better Regulation”. Kluczowym elementem tych reform było obowiązkowe stosowanie ocen wpływu na biznes (IA), które opierają się na danych branżowych i traktują dowody dotyczące wpływu na gospodarkę priorytetowo wobec dowodów dotyczących innych skutków, takich jak zdrowie ludzi i stan środowiska (22). Oceny te zostały następnie wykorzystane przez przemysł, w tym przemysł tytoniowy, do sprzeciwienia się unijnej dyrektywie w sprawie wyrobów tytoniowych z 2001 r., a także przez przemysł pestycydów, do argumentowania przeciwko zaostrzeniu regulacji dotyczących substancji zaburzających gospodarkę hormonalną (23, 24). Innym elementem Better Regulation są obowiązkowe konsultacje z interesariuszami, które uwzględniają prawo przemysłu do wyrażania swojego głosu na wczesnym etapie debat naukowych. Proces ten został opisany jako „szansa dla korporacji dysponujących dużymi zasobami na spowolnienie, osłabienie lub uniemożliwienie wdrażania polityki zdrowia publicznego”. (25).

5. Budowanie zaufania do przemysłu i jego przekazu naukowego

Wiele strategii stosowanych przez podmioty komercyjne w celu podważenia dowodów opiera się na budowaniu przez sam przemysł zaufania wśród decydentów, opinii publicznej oraz specjalistów z branży ochrony zdrowia i osób spoza niej, na których przemysł potrzebuje mieć wpływ. Aby to osiągnąć, przemysł musi przedstawiać się jako wiarygodne źródło dowodów i doradztwa. Oczywiście, jeśli chodzi o dowody dotyczące zdrowia, nie ma powodu, by sądzić, że przemysł tytoniowy, alkoholowy, hazardowy lub inne branże posiadają jakąkolwiek szczególną wiedzę specjalistyczną w dziedzinie zdrowia; ich specjalizacja to produkcja i marketing produktów, a nie zdrowie publiczne, epidemiologia czy inne nauki związane ze zdrowiem.

Mimo to, podmioty komercyjne działają aktywnie w środowisku akademickim i naukowym, aby zdobyć wiarygodność. Robią to, budując relacje z osobami, zwłaszcza klinicystami, oraz z szanowanymi instytucjami. Na przykład przemysł napojów alkoholowych finansował indywidualnych badaczy, aby promować swoje mylące przekazy na temat przyczyn otyłości, mając na celu przerzucenie winy za otyłość z diety – a co za tym idzie, swoich produktów – na brak aktywności fizycznej (26). Finansowanie badań przyjaznych dla przemysłu, takich jak te, to jeden ze sposobów budowania zaufania i tworzenia wspierającej bazy dowodowej. Dlatego Marion Nestle, badaczka polityki żywnościowej, stwierdziła, że firmy spożywcze i napojowe nie powinny finansować naukowców, „ponieważ badania sponsorowane przez firmy spożywcze niemal zawsze przynoszą rezultaty korzystne dla interesów sponsora, nawet jeśli niezależnie finansowane badania dowodzą czegoś innego” (27).

Ukrywanie takich wpływów jest również kluczowe dla budowania zaufania, a branże te potrafią skutecznie ukrywać swój przekaz za grupami fasadowymi („astroturfing”), grupami społecznymi i organizacjami charytatywnymi („charity-washing”) (3).

Studium przypadku 14. Finansowane przez przemysł programy edukacyjne dla młodzieży w Wielkiej Brytanii i zniekształcanie dowodów

Szkodliwe gałęzie przemysłu, takie jak przemysł tytoniowy, mają długą historię wpływania na edukację młodzieży dotyczącą ich produktów. Promocja i finansowanie edukacji młodzieży sprzyja szkodliwym sektorom komercyjnym na wiele sposobów. Na przykład analiza wewnętrznych dokumentów przemysłu tytoniowego pokazuje, że przemysł tytoniowy postrzegał finansowanie i promocję programów edukacyjnych dla młodzieży jako zgodne z jego interesami komercyjnymi, ponieważ pozwalało mu to: zrzucić winę na dzieci i rodziców; obchodzić i zastępować skuteczniejsze, ale zagrażające jego interesom środki polityczne (w szczególności ograniczenia dotyczące reklamy); dbać o swój wizerunek korporacyjny; uzyskiwać dostęp do decydentów; oraz nawiązywać partnerstwa z wiarygodnymi i zaufanymi organizacjami (28).

Tę samą strategię stosuje wiele innych podmiotów komercyjnych, często w ramach inicjatyw CSR. Na przykład w Wielkiej Brytanii zarówno przemysł alkoholowy, jak i hazardowy są głównymi sponsorami programów edukacyjnych dla młodzieży na temat swoich produktów. Pomimo konfliktu interesów, jaki to powoduje, organizacje charytatywne, które otrzymują fundusze od przemysłu alkoholowego lub hazardowego, nadal zapewniają szereg programów szkołom w całej Wielkiej Brytanii. Analizy treści tych programów wykazały, że powielają one sprzyjające branży idee i ramy dotyczące osobistej racjonalności, przerzucając ciężar winy za szkody na dzieci i młodzież, jednocześnie normalizując hazard i spożywanie alkoholu oraz odwracając uwagę od roli praktyk i produktów branży, a także nie regulując ich skutecznie, jako głównych czynników powodujących szkody (29, 30). W przypadku programów finansowanych przez przemysł alkoholowy, niektóre materiały przekazywane szkołom zawierają dezinformację, która zniekształca dowody na ryzyko zachorowania na raka związane ze spożywaniem alkoholu oraz na ryzyko podczas ciąży.

Dalsza analiza programów finansowanych przez przemysł hazardowy i praktyk stosowanych przez osoby je opracowujące i wdrażające pokazuje, że praktyki agnogeniczne – czyli wzbudzające wątpliwości – dobrze udokumentowane w szkodliwych branżach, są wykorzystywane do promowania i legitymizacji tych programów, jednocześnie przeinaczając i zniekształcając bazę dowodową. Praktyki te przyczyniają się do tworzenia wątpliwości co do szkód wyrządzanych przez podmioty komercyjne i ich produkty, a także wątpliwości lub niewiedzy co do bazy dowodowej środków zapobiegających tym szkodom. Wbrew międzynarodowej literaturze, programy te są przedstawiane przez branżę hazardową i podmioty korzystające z jej finansowania jako skuteczny sposób ochrony dzieci przed szkodliwym wpływem hazardu (31). Przedstawiają one programy finansowane przez branżę jako „oparte na dowodach” i „oparte na ocenie”, jednak dotychczas przeprowadzone, a zarazem publicznie dostępne, oceny mają istotne ograniczenia i nie zostały zaprojektowane w celu ustalenia skuteczności.

Wpływ branży na edukację młodzieży ujawnia sprzeczności w praktykach dowodowych podmiotów komercyjnych. Oznacza to, że pomimo prezentowania się jako autorytety w zakresie sposobów ochrony społeczeństwa przed swoimi produktami i informowania o ryzyku oraz ciągłych zapewnień o zaangażowaniu w tzw. politykę „opartą na dowodach”, finansują one i promują programy edukacyjne dla młodzieży, których skuteczność jest ograniczona lub nieistniejąca (32). Ponadto w literaturze poświęconej zdrowiu publicznemu powszechnie uznaje się, że edukacja bez innych środków politycznych, takich jak ograniczenia w zakresie reklamy, dostępności, strategii cenowych i cenowych, jest nieskuteczna w zapobieganiu szkodom. Co niepokojące, takie programy są nadal realizowane wśród młodzieży w całej Europie, pomimo braku rzetelnej i niezależnej oceny pod kątem niezamierzonych konsekwencji, takich jak pogłębianie nierówności czy promowanie szkodliwych produktów.

Inicjatywę w rozwiązywaniu tego problemu przejęła Irlandia. W odpowiedzi na starania grup społecznych i innych podmiotów, które pomogły poruszyć kwestię wpływu przemysłu alkoholowego na szkoły w Irlandii, departamenty zdrowia i edukacji wydały formalne wytyczne, w których zalecają szkołom, aby nie korzystały z materiałów finansowanych przez przemysł alkoholowy oraz informują, że „niniejsze wytyczne mają zastosowanie w odniesieniu do zasobów finansowanych przez inne sektory przemysłu, w których istnieje potencjalny konflikt interesów” (33, 34).

Przemysł farmaceutyczny również stosuje strategie wpływania na badania naukowe, które odpowiadają różnym etapom cyklu stronniczości opisanego powyżej (ramka 6).

Ramka 6. Przemysł farmaceutyczny jako komercyjny determinant zdrowia i jego wpływ na naukę

Przemysł farmaceutyczny stosuje strategie wpływania na badania naukowe, które odpowiadają różnym etapom cyklu stroniczości opisanym powyżej. Przełomowa książka Michaela „Doubt is their product” identyfikuje sześć powszechnie stosowanych podejść (35):

1. testowanie leku w porównaniu z terapią, która nie działa lub działa słabo (idealne w tym przypadku są badania z porównaniem z placebo);
2. testowanie leku w porównaniu ze zbyt niską dawką leku porównawczego, ponieważ lek badany będzie wydawał się skuteczniejszy;
3. testowanie leku w porównaniu ze zbyt wysoką dawką leku porównawczego, ponieważ lek badany będzie wydawał się mniej toksyczny;
4. wielokrotne publikowanie wyników jednego badania wielośrodkowego, ponieważ sugeruje to, że do tych samych wniosków doprowadziło wiele badań;
5. publikowanie tylko tej części badania, która faworyzuje lek, i pomijanie reszty; oraz
6. finansowanie wielu badań klinicznych, ale publikowanie tylko tych, które dobrze prezentują produkt.

Opisano również wiele innych strategii, w tym całkowita rezygnacja z grupy kontrolnej oraz testowanie leku na wysoce wybiórczych i często stosunkowo zdrowszych populacjach, ponieważ rzadziej sugerują one występowanie działań niepożądanych. Praktyki te podważają integralność badań medycznych i mogą wpływać na wytyczne kliniczne oraz opiekę nad pacjentem (36).

Branża opieki zdrowotnej, ogólnie rzecz biorąc, stosuje wiele strategii branż produkujących szkodliwe towary, a jej podejście do podważania dowodów obejmuje tworzenie niepewności co do szkodliwości produktów, wprowadzanie w błąd w marketingu, manipulowanie i zniekształcanie dowodów, a także działania specyficzne dla opieki zdrowotnej, takie jak podżeganie chorobowe – czyli poszerzanie granic uleczalnych lub przeważnie uleczalnych schorzeń w celu zwiększenia sprzedaży produktów komercyjnych, takich jak produkty farmaceutyczne (33). Jednym z niedawnych przykładów jest epidemia opioidowa, w której Purdue Pharma agresywnie prowadziła agresywny marketing i promocję liberalnego stosowania OxyContinu wśród lekarzy, szczególnie do stosowania na dużym i lukratywnym rynku leków przeciw bólowi o podłożu nienowotworowym (37).

Firma odpowiedziała na dowody dotyczące szkodliwości swojego produktu w taki sam sposób, jak robią to inne firmy: obwiniając użytkownika; twierdząc, że problem uzależnienia od opioidów wynikał w rzeczywistości z braku osobistej odpowiedzialności użytkowników (argument używany przez wszystkie szkodliwe branże); mówiąc, że niektórzy ludzie mają po prostu osobowości skłonne do uzależnień (argument używany przez branże tytoniową i hazardową); oraz używając argumentów złożoności, to znaczy twierdząc, że problem jest bardzo złożony, a uzależnienie od opioidów wynika w rzeczywistości z szerokiego zakresu czynników społecznych i innych, więc firmy nie można winić za epidemię opioidową (38). Wykorzystywanie tych samych złożonych argumentów do kwestionowania dowodów jest szeroko udokumentowaną strategią wśród branż szkodliwych. (39).

Podsumowanie

Wpływ przemysłu farmaceutycznego na badania naukowe jest rozległy i wielopłaszczyznowy, wykazując wiele podobieństw do innych branż opisanych w niniejszym raporcie. Praktyki te zagrażają integralności badań naukowych i stanowią zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów oraz zdrowia publicznego. Kluczowe znaczenie dla rozwiązania tych problemów ma Większa przejrzystość i niezależność badań klinicznych. W zapewnieniu, aby decydenci i opinia publiczna dysponowali dokładnymi i wiarygodnymi dowodami, które pozwolą im podejmować decyzje, pomocą może obowiązek publikacji wszystkich wyników badań oraz bardziej rygorystyczny nadzór organów regulacyjnych.

Sugestie dotyczące polityki

Branże często dążą do wpływania na procesy, metody, wyniki i postrzeganie nauki i badań naukowych w sposób, który ostatecznie szkodzi społeczeństwu. Być może najważniejszym sposobem zapobiegania tym szkodom jest ochrona samej nauki przed takimi wpływami.

Istotny element tego procesu stanowi przejrzystość w lobbingu i finansowaniu oraz ściśle egzekwowanie deklaracji COI, przy czym należy pamiętać, że jest to działanie częściowe, realizowane na późniejszym etapie i może mieć nawet negatywne skutki (Ramka 7).

Kluczowe będzie również podniesienie świadomości opinii publicznej, naukowców i decydentów na temat tego, czym są konflikty interesów w nauce i dlaczego ważne jest, aby im zapobiegać.

Ramka 7. Zgłaszanie COI nie zapobiega COI

Rozwiązania mające na celu przeciwdziałanie wpływowi przemysłu na naukę często koncentrują się na ochronie poszczególnych elementów systemu naukowego, takich jak uczciwość poszczególnych badaczy. Ostatecznie jednak to nie działa, ponieważ, jak widzieliśmy, finansowanie nauki przez przemysł przynosi skutki wykraczające poza proste fałszowanie pojedynczych dowodów lub korumpowanie poszczególnych badaczy. Przemysł może skonfigurować cały proces produkcji i rozpowszechniania wiedzy tak, aby zaspokajał jego własne potrzeby kosztem zdrowia publicznego.

Na przykład, jeśli pytania badawcze są kształtowane przez przemysł, nawet jeśli same badania są solidne, wynikająca z nich wiedza nadal może przynieść korzyści finansującemu badania, jeśli odwróci uwagę od szkód wyrządzanych przez przemysł, przedstawi przemysł i jego produkty jako część rozwiązania złożonych problemów i/lub będzie promować interwencje minimalizujące straty w sprzedaży.

Dlatego, chociaż ważne jest, aby naukowcy byli transparentni w kwestii źródeł finansowania swoich badań, jest to niewystarczające, ponieważ nie eliminuje stronniczości; ostatecznie mechanizmy, za pomocą których przemysł jest w stanie wpływać na naukę, aby zaspokoić swoje potrzeby, nadal istnieją i pozostają nienaruszone.

Ujawnienie COI może mieć nieoczekiwane lub niezamierzone skutki dla badaczy, obejmujące strategiczną przesadę, która polega na tym, że ujawniając konflikt interesów, osoby te prezentują jeszcze bardziej stronnicze wnioski, aby przeciwdziałać ewentualnemu ich zlekceważeniu przez czytelnika; oraz licencjonowanie moralne, które oznacza, że ludzie czują się uprawnieni do zajęcia jeszcze bardziej stronniczego stanowiska po ujawnieniu konfliktu interesów (40). Są to procesy podświadome: finansowanie może wpłynąć na badacza, , nawet jeśli on sam uważa, że pod takim wpływem nie jest.

Jaki wynika z tego wniosek? Dobre praktyki badawcze stosowane przez poszczególnych badaczy nie chronią w pełni przed wpływem komercji na naukę. Celem musi być zapobieganie wpływowi przemysłu na naukę, a to będzie wymagało solidnych i zaawansowanych systemów zarządzania, opartych na analizie obszernych dowodów dotyczących COI i CDoH.

1. Gilmore A, Fabbri A, Baum F, Bertscher A, Bondy K, Chang H, et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *Lancet*. 2023;401(10383):1194–213. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00013-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00013-2).
2. Bero L. Industry Influence on Research: A Cycle of Bias. W: Maani N, Petticrew M, Galea S, editors. *The Commercial Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press; 2022.
3. Legg T, Hatchard J, Gilmore A. The Science for Profit Model: How and why corporations influence science and the use of science in policy and practice. *PLoS ONE*. 2021;16(6):e0253272. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253272>.
4. Kearns C, Glantz S, Schmidt L. Sugar industry influence on the scientific agenda of the National Institute of Dental Research's 1971 National Caries Program: a historical analysis of internal documents. *PLoS Med*. 2015;12(3):e1001798. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001798>.
5. Pinto M. To Know or Better Not to: Agnotology and the Social Construction of Ignorance in Commercially Driven Research. *Science & Technology Studies*. 2017;30(2):53–72. doi: 10.23987/sts.61030.
6. Petticrew M, Lee K, McKee M. Type A behavior pattern and coronary heart disease: Philip Morris's "crown jewel". *Am J Public Health*. 2012;102(11):2018–25. doi: 10.2105/AJPH.2012.300816.
7. Lundh A, Lexchin J, Mintzes B, Schroll J, Bero L. Industry sponsorship and research outcome. W: Cochrane Library/Cochrane Database of Systematic Reviews/ Review – Methodology [strona internetowa]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2017, Issue 2. doi: 101002/14651858MR-000033pub3.
8. Adekunle L, Chen R, Morrison L, Halley M, Eng V, Hendlin Y, et al. Association between financial links to indoor tanning industry and conclusions of published studies on indoor tanning: systematic review. *BMJ*. 2020; 368:m7. doi:10.1136/bmj.m7.
9. Lesser LI, Ebbeling CB, Gozner M, Wypij D, Ludwig DS. Relationship between funding source and conclusion among nutrition-related scientific articles. *PLoS Med*. 2007;4(1):e5. doi: 10.1371/journal.pmed.0040005.
10. Gøtzsche P, Hróbjartsson A, Johansen H, Haahr M, Altman D, Chan A. Constraints on publication rights in industry-initiated clinical trials. *JAMA*. 2006;295(14):1645–6. doi:10.001/jama.295.14.
11. Kluger R. *Ashes to Ashes: America's Hundred-Year Cigarette War, the Public Health, and the Unabashed Triumph of Philip Morris*. New York: Vintage; 1997.
12. Proctor R. *Golden Holocaust: Origins of the Cigarette Catastrophe and the Case for Abolition*. Berkeley, California: University of California Press; 2012.
13. Maani N, Van Schalkwyk M, Filippidis F, Knai C, Petticrew M. Manufacturing doubt: Assessing the effects of independent vs industry-sponsored messaging about the harms of fossil fuels, smoking, alcohol, and sugar sweetened beverages. *SSM Popul Health*. 2022;17:101009. doi: 10.1016/j.ssmph.2021.101009.
14. Petticrew M, Katikireddi SV, Knai C, Cassidy R, Hessari NM, Thomas J, et al. 'Nothing can be done until everything is done': the use of complexity arguments by food, beverage, alcohol and gambling industries. *J Epidemiol Community Health*. 2017;71(11):1078–83. doi: 10.1136/jech-2017-209710.
15. Savona N, Thompson C, Rutter H, Cummins S. Exposing complexity as a smokescreen: a qualitative analysis. *Lancet*. 2017;390(S3). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32938-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32938-0).
16. Mann M. *The Hockey Stick and the Climate Wars: Dispatches from the Front Lines*. New York: Columbia University Press; 2013.
17. The Brussels Declaration. Ethics & Principles for Science & Society Policy-Making. Text adopted 17 February 2017, American Association for the Advancement of Science's Annual Meeting (AAAS), Boston (<https://www.sci-com.eu/main/docs/Brussels-Declaration.pdf>, dostęp: 5 czerwca 2024.)
18. McCambridge J, Daube M, McKee M. Brussels Declaration: a vehicle for the advancement of tobacco and alcohol industry interests at the science/policy interface? *Tob Control*. 2019;28(1):7–12. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2018-054264.
19. Bartlett A, McCambridge J. The international center for alcohol policies (ICAP) book series: a key resource globally for alcohol industry political strategies. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2023;18(1):49. <https://doi.org/10.1186/s13011-023-00556-9>.
20. Hannum H. The Dublin Principles of cooperation among the beverage alcohol industry, governments, scientific researchers, and the public health community. *Alcohol*. 1997;32(6):641–8. doi: 10.1093/oxfordjournals.alcal.a008314.
21. Ong E, Glantz S. Constructing "sound science" and "good epidemiology": tobacco, lawyers, and public relations firms. *Am J Public Health*. 2001;91(11):1749–57. doi: 10.2105/ajph.91.11.1749.
22. *The Origin of EU Better Regulation - The Disturbing Truth*. W: SmokeFree PARTNERSHIP, Download 1 [strona internetowa]. Brussels: Smoke Free Partnership; 2010.
23. Smith KE, Fooks G, Collin J, Weishaar H, Mandal S, Gilmore AB. "Working the System"—British American Tobacco's Influence on the European Union Treaty and Its Implications for Policy: An Analysis of Internal Tobacco Industry Documents. *Plos Med*. 2010;7(1):e1000202. doi: 10.1371/journal.pmed.1000202.
24. Smith E, Azoulay D, Tuncak B, Lowest common denominator. How the proposed EU-US trade deal threatens to lower standards of protection from toxic pesticides. Washington DC: Center for International Environmental Law; 2015 (<https://www.ciel.org/reports/lowest-common-denominator-how-the-proposed-us-eu-trade-deal-threatens-to-lower-standards-of-protection-from-toxic-pesticides/>, dostęp: 5 czerwca 2024.)
25. Ulucanlar S, Fooks GJ, Hatchard JL, Gilmore AB. Representation and misrepresentation of scientific evidence in contemporary tobacco regulation: a review of tobacco industry submissions to the UK Government consultation on standardised packaging. *Plos Med*. 2014;11(3):e1001629. doi: 10.1371/journal.pmed.1001629.
26. Griffin S. Coca-Cola's work with academics was a "low point in history of public health. *BMJ*. 2020;370:m3075. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3075>.
27. Nestle M. *Unsavory Truth*. New York: Basic Books; 2018.
28. Landman A, Ling PM, Glantz SA. Tobacco Industry Youth Smoking Prevention Programs: Protecting the Industry and Hurting Tobacco Control. *Am J Public Health*. 2002;92(6):917–30. doi: 10.2105/ajph.92.6.917.
29. van Schalkwyk MCI, Petticrew M, Maani N, Hawkins B, Bonell C, Katikireddi SV, et al. Distilling the curriculum: An analysis of alcohol industry-funded school-based youth education programmes. *PLoS One*. 2022;17(1): e0259560. doi: 10.1371/journal.pone.0259560.
30. van Schalkwyk MCI, Hawkins B, Petticrew M. The politics and fantasy of the gambling education discourse: An analysis of gambling industry-funded youth education programmes in the United Kingdom. *SSM Popul Health*. 2022; 18:101122. doi: 10.1016/j.ssmph.2022.101122.
31. van Schalkwyk MCI, Hawkins B, Petticrew M, Maani N, Garde A, Reeves A, et al. Agnogenic practices and corporate political strategy: the legitimization of UK gambling industry-funded youth education programmes. *Health Promot Int*. 2024;39(1): daad196. doi: 10.1093/heapro/daad196.
32. Ulucanlar S, Lauber K, Fabbri A, Hawkins B, Mialon M, Hancock L, et al. Corporate Political Activity: Taxonomies and Model of Corporate Influence on Public Policy. *Int J Health Policy Manag*. 2023;12:7292. doi: 10.34172/ijhpm.2023.7292.
33. van Schalkwyk MC, Petticrew M, Maani N, Hawkins B. Denormalising alcohol industry activities in schools. *Lancet Public Health*. 2023;8(2): e90-e91. doi: 10.1016/S2468-2667(22)00341-3.
34. Letter to principals - alcohol resources. Government of Ireland Department of Education, Ireland; 2022.
35. Michaels D. *Doubt is their product*. Oxford: Oxford University Press; 2008.
36. Petticrew M, Glover RE, Volmink J, Blanchard L, Cott E, Knai C, et al. The Commercial Determinants of Health and Evidence Synthesis (CODES): methodological guidance for systematic reviews and other evidence syntheses. *Syst Rev*. 2023;12(1):165. doi: 10.1186/s13643-023-02323-0.

37. Van Zee, A. The Promotion and Marketing of OxyContin: Commercial Triumph, Public Health Tragedy. *Am J Public Health*. 2009;99(2):221–7. doi: 10.2105/AJPH.2007.131714.
38. Radden Keefe P. *Empire of pain: the secret history of the Sackler dynasty*. London: Picador; 2021.
39. Petticrew M, Katikireddi SV, Knai C, Cassidy R, Maani, Hessari N, et al. 'Nothing can be done until everything is done': the use of complexity arguments by food, beverage, alcohol and gambling industries. *J Epidemiol Community Health*. 2017;71(11):1078–83. doi: 10.1136/jech-2017-209710.
40. Loewenstein G, Cain D, Sah S. The Limits of Transparency: Pitfalls and Potential of Disclosing Conflicts of Interest. *American Economic Review*. 2011;101(3):423–8. doi: 10.1257/aer.101.3.423.

Rozdział 7.

Spółeczna odpowiedzialność biznesu i jej negatywne skutki



© WHO

Główne punkty

- Działania w ramach społecznej odpowiedzialności biznesu (CSR) są często przedstawiane przez podmioty komercyjne jako z natury korzystne dla społeczeństwa i pomagające w rozwiązywaniu problemów zdrowia publicznego oraz zaspokajaniu potrzeb społecznych. Praktyki te należy poddać krytycznej analizie z perspektywy CDoH.
- Niektóre podmioty komercyjne wdrażają programy CSR, które mają na celu promowanie preferowanych przez nie podejść do kwestii zdrowia publicznego, poprawę wizerunku firmy, a jednocześnie odwrócenie uwagi od roli sprawcy szkód, oraz zastąpienie polityk zdrowia publicznego, które zagrażają ich interesom biznesowym.
- Istnieje potrzeba podnoszenia świadomości społecznej i politycznej na temat komercyjnych działań CSR, ich celów oraz tego, jak mogą one szkodzić zdrowiu i dezinformować opinię publiczną. Szczególny problem stanowią kampanie CSR, w tym finansowane przez przemysł materiały edukacyjne skierowane do dzieci i młodzieży.
- W celu przeciwdziałania działaniom CSR HHI, takich jak alkohol, hazard, e-papierosy i inne, należy podjąć próbę opracowania nowatorskich podejść do kampanii kontrmarketingowych w zakresie zdrowia publicznego, bazujących na „kampaniach prawdy”, których celem było ujawnienie prób wprowadzania w błąd opinii publicznej przez przemysł tytoniowy.



© WHO / Doina Lin

Definicje CSR

CSR opiera się na zasadzie, że korporacje nie powinny jedynie dążyć do zysku, ale także ponosić odpowiedzialność społeczną i inną wobec szerszego społeczeństwa. CSR jest zatem powiązana z koncepcją filantropii i odnosi się do szerokiego zakresu konkretnych praktyk, w które angażują się korporacje, i które, jak się wydaje, mają cel społeczny. Praktyki te obejmują finansowanie organizacji charytatywnych, grup społecznych oraz programów badawczych i edukacyjnych, a także zapewnianie zasobów, wiedzy specjalistycznej i innych powiązanych praktyk, i zostały opisane poniżej. Jednak w przypadku branż, których produkty i praktyki szkodzą zdrowiu lub środowisku, ich zaangażowanie w CSR nie jest jedynie filantropijne lub altruistyczne, ale odgrywa kilka ważnych ról strategicznych. Należą do nich: obrona branży przed krytyką; odwracanie uwagi od szkód wyrządzanych przez ich praktyki i produkty; przedstawianie branży jako części rozwiązania, a nie problemu; oraz, ostatecznie, zapobieganie regulowaniu ich praktyk przez decydentów.

Istnieją trzy główne typy definicji CSR:

- i. definicje biznesowe, które podkreślają obowiązek firm do odwdzięczania się społeczeństwu;
- ii. definicje transformacyjne, które podkreślają siłę CSR w zakresie wpływania na postrzeganie i wybory społeczne; oraz
- iii. definicje dotyczące zdrowia publicznego, które wskazują na negatywne konsekwencje CSR dla zdrowia i opisują znaczenie przeciwdziałania im (1).

Koncentrując się na komercyjnych determinantach chorób niezakaźnych, szczególnie ważne jest rozważenie strategicznych celów, którym służy CSR, oraz refleksja nad powiązaniem z nią konsekwencjami dla zdrowia publicznego.

Analiza porównawcza kampanii CSR w branży napojów gazowanych i tytoniowej dostarcza istotnych spostrzeżeń na temat ich celów komercyjnych (2). Badanie to wykazało, że kampanie te powstały w wyniku rosnącej presji na te branże, a decydenci polityczni byli coraz bardziej świadomi szkodliwego charakteru tych produktów. W rezultacie branże te stanęły w obliczu rosnącego zagrożenia zaostreniem regulacji. W odpowiedzi na to branże poszukiwały sposobów na poprawę wizerunku korporacyjnego i produktowego, aby zapobiec działaniom prawnym i regulacyjnym, które mogłyby zaszkodzić przyszłym przychodom w sposób bezpośredni lub pośredni. Sposoby te obejmowały wspieranie organizacji charytatywnych, wspieranie tzw. programów prewencyjnych oraz finansowanie badań naukowych.

Czasami podmioty komercyjne otwarcie przyznają, że ich programy CSR mają na celu pomoc w unikaniu regulacji niekorzystnych dla ich interesów biznesowych. Programy te mają również szereg innych efektów, w tym wspieranie lojalności wobec marki wśród dzieci i młodzieży, rozpowszechnianie dezinformacji na temat negatywnego wpływu produktów na zdrowie oraz normalizację korzystania z nich. Na przykład, duże firmy tytoniowe opracowały tzw. programy zapobiegania paleniu wśród młodzieży. Jednak ich finansowanie i promocja preferowanych programów pozwoliły branży na budowanie partnerstw z zaufanymi podmiotami, wypieranie niezależnych podmiotów zdrowia publicznego, bagatelizowanie i ukrywanie

szkód spowodowanych paleniem, przerzucanie winy na młodzież i poprawę wizerunku korporacyjnego podmiotu sponsorującego. Tę samą rolę odgrywają kampanie informacyjne branży alkoholowej na temat „Pij odpowiedzialnie” (Drink responsibly), a w Wielkiej Brytanii kampania charytatywna branży alkoholowej Drinkaware „Dni bez Picia” (Drink Free Days) (3, 4). Podobnie, duża firma SSB uruchomiła Project Refresh, aby sfinansować indywidualne propozycje młodzieży dotyczące tego, jak uczynić „świat bardziej ekscytującym i zabawnym” (2). Branże hazardowe, alkoholowe, broni palnej i paliw kopalnych w ramach swoich praktyk CSR wdrażają podobne programy skierowane do dzieci i młodzieży. (5).

Podmioty komercyjne starają się również wpływać na środowisko naukowe i medyczne poprzez swoją działalność CSR. Na przykład, duża firma tytoniowa sfinansowała kursy edukacji medycznej dotyczące rzucania palenia, prowadzone przez uznaną firmę informacji medycznych. I ponownie ustalono, że promują one cele komercyjne firmy, w tym używanie tytoniu bezdymnego i e-papierosów (6). Wykazano również, że finansowane przez branżę hazardową kampanie edukacyjne i inne kampanie „Graj odpowiedzialnie” (Gamble responsibly) promują narracje i ramowanie branży hazardowej (7). Dobrze znane są również przykłady przemysłu paliw kopalnych (zob. Studium przypadku 16).

Analiza wewnętrznych dokumentów branży tytoniowej podsumowała cele finansowanych przez nią programów zapobiegania paleniu tytoniu wśród młodzieży:

... służyć politycznym potrzebom branży poprzez zapobieganie skutecznym przepisom dotyczącym kontroli tytoniu, marginalizowanie rzeczników zdrowia publicznego, zapewnienie dostępu branży do młodzieży, budowanie sojuszników w organach decyzyjnych i regulacyjnych, łagodzenie sprzeciwu rodziców i nauczycieli, wzmacnianie wiarygodności branży oraz zachowanie wpływu branży na decydentów (8).

Ten cytat stanowi cenne, ogólne podsumowanie celu CSR w HHI. Rola CSR w manipulowaniu i podważaniu polityki jest dobrze udokumentowana w różnych branżach. Jednym z jej celów jest substytucja polityki, gdzie CSR, w tym dobrowolna samoregulacja, jest wykorzystywana do zapobiegania lub opóźniania wdrażania skutecznych polityk zdrowia publicznego, takich jak regulacja marketingu. Na przykład, sprzeciwiając się ograniczeniom FCTC WHO dotyczącym marketingu, przemysł tytoniowy postrzegał programy dostępu dla młodzieży jako sposób na „wykonanie znaczącego gestu, który odwróciłby uwagę od FCTC, złagodziłby działania WHO zmierzające do FCTC i zjednoczyłby firmy tytoniowe przeciwko FCTC” (9, 10).

Studium przypadku 15. Organizacje charytatywne i pinkwashing

Zarządzanie reputacją poprzez współpracę z organizacjami charytatywnymi jest powszechne, gdy branża dąży do uzyskania tzw. aureoli zdrowotnej, poprzez generowanie skojarzeń z renomowanymi i zaufanymi organizacjami. Jednym z najlepiej udokumentowanych przykładów tej formy CSR jest pinkwashing, gdzie podmioty komercyjne tworzą powiązania z organizacjami charytatywnymi zajmującymi się rakiem piersi, podczas gdy niektóre z tych sektorów komercyjnych, a w szczególności przemysł alkoholowy, promują produkty związane ze zwiększonym ryzykiem raka piersi i/lub aktywnie podważają społeczną świadomość modyfikowalnych czynników ryzyka raka piersi. Termin ten został pierwotnie zdefiniowany przez amerykańską organizację aktywistów Breast Cancer Action jako „firma lub organizacja, która twierdzi, że ważna jest dla niej problematyka raka piersi poprzez promowanie produktu oznaczonego różową wstążką, ale jednocześnie produkuje, wytwarza i/lub sprzedaje produkty zawierające substancje chemiczne powiązane z tą chorobą” (11).

Przemysł alkoholowy jest źródłem wielu powiązanych przykładów. Spożywanie alkoholu jest czynnikiem ryzyka raka piersi, a organizacje charytatywne finansowane przez przemysł alkoholowy, w tym te z siedzibą w Wielkiej Brytanii, rozpowszechniają dezinformację na temat roli alkoholu jako czynnika ryzyka, często zaprzeczając jej lub starając się wprowadzić opinię publiczną w błąd, podając mylące wyjaśnienia (12). Jednocześnie przemysł alkoholowy często starał się nawiązać współpracę z kampaniami na rzecz walki z rakiem piersi. Już same organizacje charytatywne związane z branżą alkoholową, hazardową i innymi stanowią formę branżowej CSR i zarządzania reputacją, twierdząc, że edukują społeczeństwo na temat szkodliwości alkoholu, a jednocześnie promując dezinformację na temat raka piersi i jelita grubego, chorób układu krążenia, płodowego zespołu alkoholowego i innych problemów zdrowotnych. Na przykład w Irlandii i Wielkiej Brytanii wykazano, że Drinkaware i Drinkaware Ireland wybiórczo pomijają i/lub przeinaczają ryzyko raka piersi. Niedawne śledztwo British Medical Journal opisało, jak przyjazne dla przemysłu dezinformacje na temat raka piersi pojawiają się w materiałach dla dzieci w wieku szkolnym, przygotowywanych przez organizację charytatywną Talk About Trust (dawniej Alcohol Education Trust), która jest pośrednio finansowana przez przemysł alkoholowy (13).

Termin „pinkwashing” został ostatnio rozszerzony poza raka piersi i jest obecnie stosowany również do komercyjnej praktyki pozornie, w celach marketingowych i public relations, promującej wolności obywatelskie społeczności LGBTQ+ (14). Dotyczy to organizacji charytatywnych działających w branży alkoholowej i hazardowej w Wielkiej Brytanii, które finansują badania naukowe nad spożyciem alkoholu i hazardem wśród osób LGBTQ+ (15, 16). Informowanie opinii publicznej o wykorzystywaniu kampanii „pinkwashingu” przez branżę zwiększa społeczne postrzeganie tego, jak takie praktyki są z natury wprowadzające w błąd i może zwiększyć poparcie społeczne dla polityki antyalkoholowej (17). Podobnie informowanie opinii publicznej o charakterze i celu organizacji charytatywnych finansowanych między innymi przez przemysł tytoniowy, hazardowy i alkoholowy może być ważnym krokiem w kierunku denormalizacji CSR szkodliwych branż. Wymagałoby to zakwestionowania zasadności tych działań CSR jako interwencji w zakresie zdrowia publicznego lub jako z natury korzystnych dla społeczeństwa, a także lepszego zrozumienia, w jaki sposób takie praktyki podważają cele zdrowia publicznego, jednocześnie promując interesy komercyjne.

Studium przypadku 16. CSR i artwashing

Sztuka jest kolejnym częstym celem działań CSR przemysłu. Warto zauważyć, że Purdue Pharma, należąca do rodziny Sacklerów, sponsorowała sztukę, w tym muzea i galerie, w ramach swoich programów filantropii korporacyjnej, jednocześnie promując swój lek OxyContin, którego projekt i marketing przyczyniły się do epidemii opioidowej. Luwr w Paryżu, Muzeum Wiktorii i Alberta, a także galerie Tate Modern i Serpentine w Londynie – wszystkie te muzea i galerie miały skrzydła, sale lub galerie nazwane imieniem Sacklerów, podobnie jak wiele muzeów i galerii w Stanach Zjednoczonych. Wraz ze wzrostem świadomości praktyk firmy polegających na bagatelizowaniu ryzyka uzależnienia oraz wprowadzającym w błąd i niewłaściwym promowaniu stosowania leku, wiele muzeów i galerii zrezygnowało z prezentowania nazwiska Sackler. Korzyści dla firmy farmaceutycznej płynące z tej formy CSR obejmują odwrócenie uwagi od szkodliwości produktu i podniesienie reputacji firmy, co utrudnia krytykę jej celów lub działań. Dysonans między dobrymi uczynkami na pierwszym planie a szkodami w tle uwydatnia cytaty byłego dziekana wydziału psychiatrii w Duke University School of Medicine:

Nie wiem, jak wiele sal w różnych częściach świata, w których wygłaszałem prelekcje, miało nadanych nazwisko Sacklerów... ich nazwisko było promowane jako uosobienie dobrych uczynków... ale ostatecznie zrobili ten majątek kosztem milionów ludzi, którzy byli uzależnieni... (18).

Ten rodzaj tzw. „artwashingu” CSR jest kontynuowany na przykład w branży hazardowej, gdzie londyńska Galeria Courtauld w kontrowersyjny sposób nadała jednej ze swoich galerii wystawowych imię miliardera, założyciela i prezesa firmy gier online Bet365, po tym, jak przekazał on galerii darowiznę w nieujawnionej kwocie (19). Branża tytoniowa jest nadal aktywna w tym obszarze, a British Museum nadal korzysta ze sponsoringu JTI, międzynarodowej firmy tytoniowej i produkującej papierosy elektroniczne (20). Strona internetowa Tobacco Tactics dokumentuje szeroki wachlarz podobnych działań na polu sztuki i sponsoringu branży tytoniowej na przestrzeni wielu dekad, zwracając uwagę na różne cele, którym służą – w tym wzmacnianie wiarygodności w oczach opinii publicznej, omijanie przepisów dotyczących reklamy i pomoc w budowaniu wpływów wśród decydentów. Jednym z nowszych przykładów jest przypadek marki IQOS (należącej do Phillip Morris International), produkującej tytoń do wapowania i podgrzewania, która zleciła brytyjskiemu artyście Alexowi Chinneckowi stworzenie eksponatów na wystawę IQOS World podczas Tygodnia Designu w Mediolanie w 2019 roku (21).

CSR i zaangażowanie w naukę

Finansowanie nauki przez przemysł i związane z tym ryzyko omówiono w rozdziale 6 niniejszego raportu. Finansowanie i wspieranie badań naukowych jest również elementem programów CSR. Tworzenie finansowanych przez przemysł organizacji naukowych, które manipulują dowodami, a jednocześnie sprawiają wrażenie, że działają na rzecz dobra, jest korzystne dla obu stron.

Kolejnym skutkiem praktyk CSR, zwłaszcza tych, które obejmują współpracę przemysłu ze społecznościami i badaczami, jest pogłębianie podziałów, a tym samym osłabianie opozycji wobec samych branż.

Kiedy branże budują sojusze i wsparcie ze strony naukowców, NGO i społeczności, zmniejszają liczbę potencjalnych sojuszników, z którymi mogą współpracować inni aktywiści i NGO dążące do mobilizacji i przeciwdziałania interesom przemysłu, w pewnym sensie zmniejszając zasoby obywatelskie dla społeczności aktywistów (22).

Chociaż odnosi się to do kontekstu przemysłu spożywczego i praktyk firm takich jak Nestle, ma to również zastosowanie do innych branż. Na przykład przemysł tytoniowy zdał sobie sprawę, że doprowadzanie do podziałów stanowi ważny aspekt CSR, a projekt Sunrise firmy Philip Morris USA, którego celem było promowanie społecznej akceptacji palenia i samej firmy, miał na celu stworzenie podziałów w ruchu kontroli tytoniu (23).

CSR podczas kryzysu

HHI mają również długą historię wykorzystywania sytuacji kryzysowych (24). Analiza praktyk CSR podczas pandemii COVID-19 wykazała na przykładach z ponad 90 krajów cztery sposoby, w jakie korporacje produkujące produkty szkodliwe i potencjalnie szkodliwe dla zdrowia, w tym tytoniowa, alkoholowa, paliw kopalnych oraz żywności wysoko przetworzonej i napojów, wykorzystały pandemię. (25). Firmy wykorzystały kryzys, aby przedstawić siebie i swoje produkty w pozytywnym świetle oraz jako okazję do budowania relacji z rządami, zwiększenia zakresu lobbingu i włączenia do swojego marketingu komunikatów na temat swojego wkładu w reakcję na pandemię (więcej w rozdziale 11).

Sugestie dotyczące polityki

Wiele pozostaje do zrobienia w zakresie zarządzania CSR i jej negatywnymi skutkami, zwłaszcza w szerszym kontekście norm i polityki, a także w dłuższej perspektywie. Niektóre potencjalne rozwiązania przedstawiono w raporcie „Signalling Virtue, Promoting Harm – Unhealthy commodity industries and COVID-19” przygotowanym przez NCD Alliance i SPECTRUM Consortium (25).

- Opracowanie norm i praktyk ograniczających ingerencję sektora komercyjnego w politykę zdrowia publicznego. Na przykład artykuł 5.3 FCTC ma na celu ograniczenie ingerencji sektora komercyjnego. W szczególności działania przemysłu alkoholowego i wysoko przetworzonej żywności wskazują na potrzebę pilnego przyspieszenia międzynarodowych wysiłków na rzecz ustanowienia zasad współpracy i zarządzania konfliktami interesów.
- Raport wskazuje na pilną potrzebę opracowania mechanizmów wspierających organizacje społeczeństwa obywatelskiego (CSO) w zarządzaniu ich interakcjami z podmiotami komercyjnymi (więcej informacji w rozdziałach 12 i 13). Niedawno opracowany przez Association of Directors of Public Health w Wielkiej Brytanii „Zestaw narzędzi zarządzania dla komercyjnych determinantów zdrowia” (Governance Toolkit for Commercial Determinants of Health) jest przykładem tego, jak kraje opracowują modele radzenia sobie z interakcjami z podmiotami komercyjnymi i zarządzania ryzykiem (26).
- Podnoszenie świadomości opinii publicznej i decydentów na temat celu, charakteru i szkodliwości praktyk CSR w branży, co, jak pokazuje cytowany powyżej raport, może pomóc w budowaniu poparcia społecznego dla skutecznej polityki regulacji podmiotów komercyjnych.

1. Paichadze N, Illakkuvan V, Gizaw M, Hyder A. Corporate social responsibility: past, present and future. W: Maani N, Petticrew M, Galea S, editors. *The Commercial Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press; 2023.
2. Dorfman L, Cheyne A, Friedman L, Wadud A, Gottlieb M. Soda and tobacco industry corporate social responsibility campaigns: how do they compare? *PLoS Med*. 2012;9 (6) :e1001241. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001241>.
3. Moss AC, Albery IP, Dyer KR, Frings D, Humphreys K, Inkelaar T, et al. The effects of responsible drinking messages on attentional allocation and drinking behaviour. *Addictive Behav*. 2014;44:94–101. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.11.035. Epub 9 grudnia 2014.
4. Maani N, Van Schalkwyk M, Petticrew M. The Perils of Partnership: Interactions Between Public Health England, Drinkaware, and the Portman Group Surrounding the Drink Free Days Campaign. *Int J Health Policy & Management*. 2024;13(7):1-9. doi: 10.34172/IJHPM.2024.8245.
5. Van Schalkwyk MCI, Knai C, Jackson N, Maani N, Petticrew M. Schools for healthy lives, not for corporate interests. *Lancet Child Adolesc Health*. 2021;5(5):e14. doi: 10.1016/S2352-4642(21)00097-3.
6. Exclusive: Outcry as Philip Morris International funds smoking cessation courses on Medscape. *BMJ*. 2024;385;q830. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.q830>.
7. Van schalkwyk M, May CI, Cassidy R. *The Gambling Industry: Harmful Products, Predatory Practices and the Politics of Knowledge*. W: Maani N, Petticrew M, Galea S, editors. *Commercial Determinants of Health*. Oxford University Press; 2023. doi: 10.1093/oso/9780197578742.003.0013.
8. Landman A, Cortese D, Glantz S. Tobacco industry sociological programmes to influence public beliefs about smoking. *Soc Sci Med*. 2008;66 (4) :970-81. doi:10.1016/j.socscimed.2007.11.007.
9. Ulucanlar S, Fooks GJ, Gilmore AB. The Policy Dystopia Model: An Interpretive Analysis of Tobacco Industry Political Activity. *Plos Medicine*. 2016;13 (9): e1002125. doi: 10.1371/journal.pmed.1002125.
10. Savell E, Gilmore A, Fooks G. How Does the Tobacco Industry Attempt to Influence Marketing Regulations? A Systematic Review. *PLoS One*. 2014;9 (2) :e87389. doi:10.1371/journal.pone.0087389.
11. What is Pinkwashing? W: Breast Cancer Action [strona internetowa]. San Francisco: Breast Cancer Action (<https://www.bcaction.org/pink-ribbon-market-ing-culture/what-is-pinkwashing/>, Dostęp: 14 kwietnia 2024).
12. Petticrew M, Hessari NM, Knai C, Weiderpass E. The strategies of alcohol industry SAPROs: Inaccurate information, misleading language and the use of confounders to downplay and misrepresent the risk of cancer. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37 (3) :313-5. doi: 10.1111/dar.12677.
13. Davies M, Boytchev H. Big alcohol: Universities and schools urged to throw out industry-funded public health advice. *BMJ*. 2024;385;q851. doi: 10.1136/bmj.q851.
14. pinkwashing. W: Dictionary.com [strona internetowa]. Dictionary.com (<https://www.dictionary.com/browse/pinkwashing>, dostęp: 5 czerwca 2024).
15. Bailey L, Zeeman L, Sawyer A, Sherriff N. University of Brighton/Gambleaware; (HYPERLINK "<https://research.brighton.ac.uk/en/publications/lgbtq-people-and-gambling-harms-a-scoping-review>"<https://research.brighton.ac.uk/en/publications/lgbtq-people-and-gambling-harms-a-scoping-review>, dostęp: 5 czerwca 2024.))
16. Zeeman L, Meads C, Sherriff N, Aranda K. Prevalence of alcohol use amongst sexual and gender minority (LGBTQ+) communities in the UK: a systematic scoping review. *Alcohol Alcohol*. 2023;58 (4) :346-56. doi: 10.1093/alcalc/agad029.
17. Hall M, Lee C, Jernigan D, Ruggles P, Cox M, Whitesell C, et al. The impact of "pinkwashed" alcohol advertisements on attitudes and beliefs: A randomized experiment with US adults. *Addict Behav*. 2024;152:107960. doi: 10.1016/j.addbeh.2024.
18. Keefe PR. *Empire of Pain: The Secret History of the Sackler Dynasty*. Random House; 2021. p.354.
19. Parkinson HJ. First Sackler, now Bet365. The art world can't keep taking money from companies that do us harm. *The Guardian*. 28 February 2023 (<https://www.theguardian.com/commentisfree/2023/feb/28/art-galleries-sackler-gambling>, dostęp: 5 czerwca 2024)
20. Bailey M. Why is the British Museum still accepting tobacco sponsorship? *The Art Newspaper*. 2 kwietnia 2019 (<https://www.britishmuseum.org/support-us/corporate-support/current-corporate-supporters>, Dostęp: 5 czerwca 2024.)
21. CSR: Arts & Culture (webpage) <https://tobaccotactics.org/article/csr-arts-culture/>. Dostęp: 5 czerwca 2024
22. Gomez E. *Junk Food Politics*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2023.
23. McDaniel P, Smith E, Malone R. Philip Morris's Project Sunrise: weakening tobacco control by working with it. *Tob Control*. 2006;15(3):215-23. doi: 10.1136/tc.2005.014977.
24. VAN Schalkwyk MC, Maani N, Cohen J, McKee M, Petticrew M. Our Postpandemic World: What Will It Take to Build a Better Future for People and Planet? *Milbank Q*. 2021;99 (2) :467-502. doi: 10.1111/1468-0009.12508.
25. Collin J, Ralston R, Hill S, Westerman L. Signalling virtue, promoting harm: Unhealthy commodity industries and COVID-19. *NCD Alliance, SPECTRUM*; 2020.
26. Brook A, Korner K. Good governance toolkit. Association of Directors of Public Health. Available at <https://www.adph.org.uk/resources/good-governance-toolkit/>; 2024.

Rozdział 8.

Zatrudnienie i zdrowie: rola komercyjnych narracji ekonomicznych i zmieniających się rynków pracy



Główne punkty

- Podmioty komercyjne wpływają na zdrowie poprzez zatrudnienie i warunki pracy, zarówno w obrębie własnych firm, jak i poprzez praktyki zakupowe. Czynniki te mogą wspierać lub osłabiać zdrowie publiczne i znacząco wpływać na częstość i rozkład występowania NCD oraz związane z nimi nierówności w Europie.
- Systemy polityczne i gospodarcze kształtują sposób, w jaki podmioty komercyjne wpływają na zdrowie w kontekście zatrudnienia i warunków pracy. Wzajemne oddziaływanie polityki gospodarczej, warunków na rynku pracy, ram regulacyjnych i praktyk korporacyjnych determinuje skalę wpływu na zdrowie, podkreślając potrzebę aktywnej roli rządu w ochronie zdrowia publicznego.
- Podmioty komercyjne często próbują odwieść decydentów od regulacji, podkreślając swoją rolę w tworzeniu miejsc pracy i generowaniu wzrostu gospodarczego. Takie argumenty są często przesadzone, a w niektórych przypadkach okazały się fałszywe. Decydenci muszą być świadomi tych taktyk, uwzględniać szersze koszty społeczne i priorytetowo traktować zdrowie publiczne w swoich decyzjach.



Wstęp

W kontekście zatrudnienia i rynków pracy, podmioty komercyjne odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu wyników zdrowotnych, wywierając dwojaki wpływ, który może zarówno wzmacniać, jak i osłabiać zdrowie publiczne. Podmioty komercyjne mogą promować zdrowie publiczne, zapewniając jednostkom zarówno bezpieczeństwo finansowe, jak i dobrostan psychiczny poprzez stabilne i satysfakcjonujące zatrudnienie. Ponadto, jako duzi pracodawcy, mogą stymulować wzrost gospodarczy, wzmacniać przestrzeń fiskalną dla finansowania dóbr publicznych oraz zmniejszać ubóstwo i wydatki na środki ochrony socjalnej. Z drugiej strony, jeśli firmy narzucają długie godziny pracy, tworzą stresujące środowisko pracy, słabe perspektywy rozwoju zawodowego i nieodpowiednie praktyki w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, stwarzają ryzyko nasilenia występowania NCD wśród swoich pracowników. Podmioty komercyjne często wykorzystują również swoją rolę jako twórców zatrudnienia do wywierania presji na decydentów, potencjalnie ograniczając nadzór regulacyjny, co ma negatywne konsekwencje dla NCD.

Warunki zatrudnienia, warunki pracy i NCD

Biorąc pod uwagę, że ludzie spędzają znaczną część swojego życia w pracy, warunki zatrudnienia i pracy, na które są narażeni, mogą znacząco wpływać na ich zdrowie. Na ryzyko NCD narażeni są pracownicy we wszystkich sektorach, szczególnie osoby wykonujące prace fizyczne lub świadczące usługi podstawowe. NCD powiązano zarówno z warunkami zatrudnienia, jak i narażeniem na istotne zagrożenia w miejscu pracy (1). Na przykład w kontekście europejskim warunki zatrudnienia związane z niepewnością utrzymania pracy i ograniczonym statusem umowy o pracę były powiązane z NCD – zwłaszcza ze złym stanem zdrowia psychicznego (2). Z drugiej strony, narażenie związane z materialnymi zagrożeniami w miejscu pracy, takimi jak zagrożenia fizyczne i chemiczne, powiązano z nowotworami, chorobami układu oddechowego i schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego (3). Znaczenie tego ostatniego punktu wzrasta w kontekście rosnącej komercjalizacji usług medycyny pracy (4). Ponadto na zdrowie coraz bardziej wpływa wykorzystanie algorytmów, sztucznej inteligencji i technologii cyfrowych do monitorowania wydajności pracowników (5), wprowadzając czynniki stresogenne i obawy dotyczące prywatności, co może mieć istotne implikacje dla NCD.

Warunki zatrudnienia i pracy są często postrzegane jako powiązane determinanty zdrowia, ponieważ stwierdzono, że pracownicy wykonujący pracę prekaryjną, charakteryzującą się niepewnością zatrudnienia, niewystarczającymi dochodami oraz brakiem praw i zabezpieczeń (6), są bardziej narażeni na złe warunki pracy (7). Kobiety i inne grupy ludności w niekorzystnej lub zmarginalizowanej sytuacji, takie jak młodzież i migranci, również mogą częściej podejmować się pracy o nietypowych formach zatrudnienia (2, 8). Wreszcie, NCD są silnie uwarunkowane społecznie w całej Europie, przy czym osoby wykonujące pracę fizyczną i wymagającą mniejszych kwalifikacji mają najwyższe ryzyko i obciążenie NCD (9).

Innym sposobem, w jaki podmioty komercyjne mogą wpływać na NCD w kontekście warunków zatrudnienia i pracy, są praktyki zakupowe. Praktyki zakupowe obejmują decyzje i politykę firmy przy zakupie towarów i usług, które mogą znacząco wpływać na cele zdrowotne i społeczne. Na przykład, jeśli firma pozyskuje materiały od dostawców o niskich standardach pracy, może to negatywnie wpływać na zdrowie i bezpieczeństwo pracowników. Z drugiej strony, praktyki zakupowe wspierające lokalną gospodarkę i zwiększające lokalne dochody z podatków mogą potencjalnie poprawić zdrowie społeczności i finansować lokalne interwencje w zakresie profilaktyki NCD.

Wpływ podmiotów komercyjnych na zdrowie publiczne i NCD poprzez narracje ekonomiczne

Ostatnim sposobem, w jaki podmioty komercyjne wpływają na zdrowie w kontekście zatrudnienia i rynku pracy, jest wykorzystanie swojej roli jako dostawców zatrudnienia w dyskusjach z rządami. Wielu decydentów jest już pod wpływem tradycyjnych paradygmatów ekonomicznych, które historycznie pomijają dobra publiczne i społeczne, takie jak zdrowie i równość, spójność społeczna, umiejętność czytania i pisania oraz środowisko. W związku z tym mogą oni wykazywać opór wobec imperatywów zdrowia publicznego mających na celu regulację praktyk branżowych, w tym polityk dążących do ograniczenia NCD poprzez etykietowanie, marketing i podatki akcyzowe (10). W związku z tym ustanowienie i wdrożenie solidnych regulacji rządowych dla przemysłu produkującego produkty szkodliwe dla zdrowia pozostaje wyzwaniem. (11).



Wyzwanie to staje się większe, gdy podmioty komercyjne wykorzystują swoją rolę jako pracodawców lub powołują się na argumenty ekonomiczne w dyskusjach z rządami, często przedstawiając swój wkład ekonomiczny jako kluczowy dla gospodarki krajowej lub lokalnej (12). Podkreślając swoją rolę w tworzeniu i utrzymywaniu miejsc pracy, podmioty komercyjne mogą wywierać znaczący wpływ na politykę publiczną, w tym na regulacje dotyczące zdrowia (13). Czyniąc to, opowiadają się za nieograniczoną konkurencją na rynku, bronią prawa konsumentów do wyboru, domagają się większej ilości dowodów i ocen oddziaływania oraz wzywają rządy do powstrzymania się od bezpośrednich regulacji, proponując zamiast tego dobrowolne standardy ochrony konsumentów (10). Ta siła perswazji może prowadzić do scenariusza, w którym rządy mogą wahać się przed nałożeniem na przedsiębiorstwa surowych przepisów dotyczących zdrowia z obawy przed zagrożeniem dla zatrudnienia, przestrzeni fiskalnej poprzez brak wpływów z podatków, lub wzrostu gospodarczego. Ta narracja ekonomiczna stała się potężnym narzędziem w arsenale podmiotów komercyjnych, pozwalającym wpływać na decyzje polityczne na ich korzyść, czasami kosztem zdrowia publicznego.

Na przykład we Francji alkohol jest główną przyczyną zgonów, którym można zapobiec (14). W reakcji na jego szkodliwe skutki, kraj ten uchwalił w 1991 roku pionierską

ustawę *Loi Évin*, mającą na celu regulację marketingu alkoholu (więcej w rozdziale 2). Podstawą tych przepisów jest zakaz reklamy alkoholu w mediach skierowanych do młodych odbiorców. Ponadto dozwolone reklamy muszą zawierać wyłącznie informacje faktyczne, zabraniając jakiegokolwiek kojarzenia alkoholu z przyjemnością, sukcesem lub luksusem. Wreszcie, wszystkie reklamy alkoholu muszą zawierać ostrzeżenie „*nadużywanie alkoholu jest szkodliwe dla zdrowia*”.

Pomimo tych środków, skuteczność ustawy *Loi Évin* w czasie została osłabiona na korzyść interesów komercyjnych (15). Na przykład w 2009 roku dopuszczono reklamę alkoholu w internecie, pomimo tego, że młodzież powszechnie korzysta z internetu. Ponadto, w 2016 roku z ustawy *Loi Évin* zostały wyłączone produkty alkoholowe posiadające „certyfikat jakości i pochodzenia oraz powiązane z regionem produkcji lub dziedzictwem kulturowym, gastronomicznym lub regionalnym”, takie jak wino produkowane we Francji, wódka w Rosji czy whisky w Szkocji. Badania analizujące strategie stosowane przez przemysł alkoholowy w celu podważenia ustawy *Loi Évin* wykazały, że głównym argumentem używanym przez przemysł



alkoholowy był znaczący negatywny wpływ ekonomiczny ograniczeń marketingowych (15). Producenci przypisywali tym przepisom straty finansowe i zmniejszenie liczby miejsc pracy, a także spadek dochodów z eksportu i turystyki. Biorąc pod uwagę ekonomiczne znaczenie alkoholu, a zwłaszcza wina, dla francuskiej gospodarki, argumenty te znalazły oddźwięk wśród urzędników organów krajowych i rządowych.

Aby przeciwstawić się narracji ekonomicznej, kluczowe jest przyznanie, że chociaż branże te wywierają znaczący wpływ na gospodarkę, ich argumenty dotyczące wpływu na gospodarkę często nie są poparte solidnymi dowodami, a w kilku przypadkach udowodniono, że jest odwrotnie (16). Na przykład, pomimo ostrzeżeń podmiotów komercyjnych o negatywnych konsekwencjach ekonomicznych, po wprowadzeniu ograniczeń reklamowych w Transport for London (TfL), lokalnym organie samorządowym odpowiedzialnym za większość sieci transportowej w Londynie, sprzedaż szkodliwej dla zdrowia żywności i napojów spadła, a dochody TfL faktycznie wzrosły (17). Co więcej, argumenty ekonomiczne podmiotów komercyjnych często pomijają znaczne koszty ekonomiczne i społeczne związane ze spożyciem produktów szkodliwych dla zdrowia, w tym wydatki na opiekę zdrowotną i zabezpieczenie społeczne, straty produktywności i degradację środowiska. Biorąc to pod uwagę, konieczne jest, aby rzecznicy zdrowia publicznego rozpoznawali te taktyki i podkreślali ogólne korzyści płynące z regulacji dotyczących tych szkodliwych dla zdrowia produktów. Wykazując, że regulacje są rozsądną inwestycją w zdrowie publiczne i dobrostan społeczny, rzecznicy mogą forsować ambitniejsze polityki rządowe, które priorytetowo traktują zarówno cele społeczne, jak i ekonomiczne. W przedstawionych niżej studiach przypadków prezentujemy przykłady konkretnych sposobów, w jakie zatrudnienie może wpływać na NCD i politykę związaną z nimi. Następnie przedstawiamy kilka końcowych refleksji na temat implikacji celów w zakresie zatrudnienia i gospodarki dla NCD i przyszłej polityki w tym zakresie.

Studium przypadku 17. Praca prekaryjna w modelu gig-work a zdrowie psychiczne w Szwecji

Szwecja, podobnie jak inne kraje nordyckie, jest tradycyjnie postrzegana jako kraj o wysokim wskaźniku bezpiecznego i stabilnego zatrudnienia oraz dobrze chronionych pracowników (18, 19). Ostatnio jednak nastąpił wzrost zatrudnienia prekaryjnego, zwłaszcza w sektorze komercyjnym (20). Nastąpiło to wraz z rozluźnieniem regulacji rynku pracy i redukcją zabezpieczeń socjalnych (18, 19).

Pracę prekaryjną, charakteryzującą się niepewnością zatrudnienia, niewystarczającymi dochodami oraz brakiem praw i zabezpieczeń (21), wiąże się z problemami ze zdrowiem psychicznym pracowników (6, 22-24). Czynniki przyczyniającymi się do tego są poczucie bezsilności, niepewność i złe psychospołeczne warunki pracy (22). W gospodarce platformowej sprzedaż towarów i usług odbywa się za pośrednictwem platform internetowych, na których firmy mogą łączyć pracowników z klientami. Osoby pracujące dla firm platformowych często wykonują krótkoterminowe, tymczasowe zlecenia, znane jako gigi i są ogólnie określani jako gigersi. Gospodarka platformowa rozwija się intensywnie w Europie i Szwecji, a ponieważ zatrudnienie gigersów często charakteryzuje brak stabilności (25), jak nieprzewidywalne harmonogramy, niskie wynagrodzenia i wysoka niepewność zatrudnienia, pracownicy ci w związku ze swoją pracą narażeni są na szereg zagrożeń dla zdrowia psychicznego (19).

W szwedzkiej gospodarce platformowej coraz więcej firm obchodzi przepisy rynku pracy lub działa w jego szarej strefie, odstępując od nakładającego odpowiedzialność stosunku pracodawca-pracownik (26-28). Doprowadziło to do wzrostu obaw dotyczących niejednoznacznych lub fałszywych relacji pracodawca-pracownik (29) oraz sytuacji, w której coraz więcej pracowników musi przechodzić na samozatrudnienie, aby utrzymać pracę (19).

W tej przestrzeni działają dwa rodzaje kluczowych podmiotów komercyjnych. Po pierwsze, istnieją firmy platformowe, takie jak Uber, Wolt, Tiptapp czy Taskrunner, które sprawują dużą kontrolę nad pracownikami – coraz częściej poprzez zarządzanie algorytmiczne – poprzez określanie takich czynników, jak ich godziny pracy, harmonogramy, liczba i częstotliwość zadań, koszty usług i wynagrodzenie (30-31). Firmy te twierdzą, że nie ponoszą odpowiedzialności pracodawcy, argumentując, że jedynie pośredniczą w kontakcie między pracownikami a klientami (27).

Drugi typ podmiotu komercyjnego staje się coraz bardziej powszechny w krajowej gospodarce platformowej i jest to tzw. firma samozatrudnienia, która działa jako pracodawca dla osób samozatrudnionych tylko podczas wykonywania zadań. Firmy te są odpowiedzialne za potrącanie podatków, opłacanie składek na ubezpieczenia społeczne i wypłacanie wynagrodzenia (26), ale nie odpowiadają za warunki i środowisko pracy (27), co dodatkowo komplikuje relacje pracodawca-pracownik. Co ważne dla pracowników, składki na ubezpieczenia społeczne nie są gwarantowane, ponieważ często wymagają one posiadania statusu pracownika (26).

Oba te rodzaje podmiotów komercyjnych czerpią korzyści finansowe, podczas gdy pracownicy borykają się z niższymi płacami i większą niepewnością dotyczącą stosunku pracy. Może to mieć negatywny wpływ na zdrowie psychiczne ze względu na zwiększoną ekspozycję na czynniki, o których wiadomo, że powodują problemy ze zdrowiem psychicznym (22).

Dwie sprawy sądowe dotyczące statusu zatrudnienia pracowników tymczasowych ilustrują niejednoznaczny status zatrudnienia i brak konsensusu co do sposobu jego ustalania. Arbetsmiljöverket, szwedzki rządowy urząd ds. środowiska pracy, wniósł dwa pozwy przeciwko pracy platformowej w Szwecji, argumentując, że dwie firmy, Taskrunner i Tiptapp, powinny być postrzegane jako pracodawcy ze względu na ich autonomię wobec pracowników (32). Jednak w obu przypadkach sądy orzekły na korzyść firm, argumentując, że mają one niewielką lub żadną kontrolę nad środowiskiem pracy w miejscu pracy. W związku z tym zrzeczenie się odpowiedzialności pracodawcy przez podmioty komercyjne, przy jednoczesnym zachowaniu pewnego stopnia kontroli nad pracownikami, wydaje się uzasadnione, a zatem zatrudnienie w modelu gig w Szwecji nadal niesie ze sobą szereg zagrożeń dla zdrowia psychicznego pracowników w tym sektorze.

Studium przypadku 18. Skutki zdrowotne wstrząsów na rynku pracy

Najnowsze badania Ann Case i noblisty w dziedzinie ekonomii Angus Deatona zwróciły powszechną uwagę na pogarszający się stan zdrowia pracowników w obszarach zdeindustrialnych, wywołując debatę na temat tzw. śmierci z rozpacz (33). Autorzy argumentują, że kryzysy zdrowotne spowodowane deindustrializacją odzwierciedlają szersze wady współczesnego kapitalizmu i są zjawiskiem globalnym. Kryzys śmiertelności w Europie Wschodniej, charakteryzującej się znacznymi wstrząsami gospodarczymi, stanowi jaskrawy przykład tego, jak systemy polityczne i gospodarcze kształtują kontekst, w którym podmioty komercyjne wpływają na zdrowie i NCD.

W Europie Wschodniej zapewnienie stabilności i dobrobytu pracownikom było kluczowe dla społeczeństw socjalistycznych. Jednak neoliberalne reformy w latach 90. XX wieku przyniosły liczne zmiany na rynku pracy, ponieważ przedsiębiorstwa państwowe były przejmowane przez podmioty komercyjne, często zagraniczne. Ta zmiana znacząco wpłynęła na siłę roboczą. Ci, którzy zachowali zatrudnienie, często znajdowali się na stanowiskach mniej atrakcyjnych, bardziej dorywczych i niezrzeszonych w związkach zawodowych. Dla wielu kobiet ta transformacja doprowadziła do odejścia z rynku pracy, ponieważ nowo sprywatyzowane firmy zamknęły żłobki i przedszkola (34). Zmiany w polityce urlopów macierzyńskich również zmniejszyły konkurencyjność kobiet na rynku pracy (34).

W przypadku mężczyzn badania dostarczają licznych dowodów na to, że wzrost bezrobocia i rotacja na rynku pracy były ściśle powiązane z nadmierną śmiertelnością. Scheiring i jego współpracownicy przeanalizowali na przykład dane z dużej kohorty na Węgrzech i w Federacji Rosyjskiej (35). Ich ustalenia podkreśliły, że spadek zatrudnienia w przemyśle był silnie skorelowany ze wzrostem śmiertelności mężczyzn w burzliwym okresie transformacji. Chociaż oba te kraje zmagaly się z bolesną deindustrializacją, polityka społeczna Węgier zdawała się łagodzić niektóre skutki zdrowotne związane z poważniejszymi spadkami zatrudnienia w przemyśle, co sugeruje potencjał interwencji politycznych w celu złagodzenia takich wstrząsów.

Kluczowym elementem dyskusji na temat skutków zdrowotnych tych wstrząsów na rynku pracy jest rola spożycia alkoholu. Niebezpieczne spożycie alkoholu zostało zidentyfikowane jako kluczowy czynnik zaostarzający problemy zdrowotne w tym okresie. Badania wskazują, że w krajach postsocjalistycznych, znanych z wysokiego spożycia alkoholu, takich jak Białoruś, Polska i Federacja Rosyjska, istniał istotny związek między zwiększonym spożyciem alkoholu a różnymi problemami zdrowotnymi, w tym wzrostem wskaźników samobójstw i NCD, takich jak choroby układu krążenia i wątroby (36).

Większość naukowców zgadza się, że stres psychospołeczny znacząco przyczynił się do nadmiernego picia alkoholu i złego stanu zdrowia w okresie transformacji postsocjalistycznej (37–44). Ogólnie rzecz biorąc, badania w tym obszarze podkreślają złożoną zależność między wstrząsami gospodarczymi, podmiotami komercyjnymi, stresem i zdrowiem, uwypuklając potrzebę skutecznej interwencji państwa.

Polityka państwa może odegrać kluczową rolę w przeciwdziałaniu negatywnym skutkom wstrząsów na rynku pracy dla zdrowia. Interwencje mogą obejmować zarówno bezpośrednie zaangażowanie państwa w przemysł, jak i wdrażanie kompleksowej polityki społecznej i przemysłowej mającej na celu złagodzenie gwałtownych przemian gospodarczych. Strategie te mają kluczowe znaczenie dla złagodzenia negatywnych skutków zdrowotnych wstrząsów na rynku pracy i zapewnienia bardziej stabilnej transformacji społeczeństw przechodzących znaczącą restrukturyzację gospodarczą. Wyciągając wnioski z przemian lat 90. XX wieku, możemy stworzyć trwalsze ramy ochrony zdrowia publicznego w obliczu głębokich zmian gospodarczych.



© WHO / Charles Ndwiiga

Podsumowanie

W kontekście zatrudnienia i rynków pracy podmioty komercyjne mogą działać zarówno w celu wspierania, jak i osłabiania zdrowia publicznego. Wpływają one na NCD poprzez warunki zatrudnienia i pracy, zarówno w swoich firmach, jak i poprzez praktyki zakupowe. W Europie warunki te są powiązane z nierównościami w zakresie NCD, przy czym osoby pracujące fizycznie i mniej wykwalifikowane są najbardziej narażone na te choroby i obciążone nimi. Ponadto podmioty komercyjne wpływają na zdrowie i NCD, próbując odwieść decydentów od regulacji, podkreślając swoją rolę w tworzeniu miejsc pracy i generowaniu wzrostu gospodarczego.

Studia przypadków przedstawione w tym rozdziale ilustrują te ścieżki i podkreślają, jak szersze czynniki, takie jak systemy polityczne, prawne i gospodarcze, kształtują kontekst, w którym działają podmioty komercyjne. Pokazują one, jak wzajemne oddziaływanie polityki gospodarczej, warunków na rynku pracy, ram regulacyjnych i praktyk korporacyjnych determinuje skalę wpływu na zdrowie.

Sugestie dotyczące polityki

- Dostosowanie przepisów rynku pracy w celu ochrony pracowników we wszystkich sektorach, w tym w rozwijających się gospodarkach gig i platformowych, w celu ochrony i promowania zdrowia psychicznego i ogólnego dobrostanu poprzez zapewnienie uczciwych warunków zatrudnienia i pracy, w tym bezpieczeństwa zatrudnienia, odpowiednich dochodów i bezpiecznego środowiska pracy.
- Łagodzenie wpływu zatrudnienia i transformacji zawodowej na zdrowie poprzez skuteczne środki polityczne, takie jak polityka ochrony socjalnej, w celu promowania zdrowia i łagodzenia negatywnych konsekwencji.
- Regulowanie branż wpływających na zdrowie poprzez uchwalanie i egzekwowanie polityk promujących i chroniących zdrowie publiczne, zapewniające, że brane pod uwagę są szersze koszty społeczne i zdrowotne wynikające z braku regulacji oraz, że wzrost gospodarczy nie odbywa się kosztem zdrowia populacji.

1. McNamara CL, Toch-Marquardt M, Albani V, Eikemo TA, Bamba C. The contribution of employment and working conditions to occupational inequalities in non-communicable diseases in Europe. *European Journal of Public Health*. 2020;31(1):181–5. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa175>.
2. Bamba C. *Work, Worklessness, and the Political Economy of Health*. New York: Oxford University Press; 2011.
3. Fingerhut M, Imel Nelson D, Driscoll T, Concha-Barrientos M, Steenland K, Punnett L, et al. The contribution of occupational risks to the global burden of disease: summary and next steps. *Med Lav*. 2006;97(2):313–21.
4. Gagliardi D, Marinaccio A, Valenti A, Iavicoli S. Occupational safety and health in Europe: lessons from the past, challenges and opportunities for the future. *Ind Health*. 2012;50(1):7–11. doi:10.2486/indhealth.ms1342
5. Vignola EF, Baron S, Abreu Plasencia E, Hussein M, Cohen N. Workers' Health under Algorithmic Management: Emerging Findings and Urgent Research Questions. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(2):1239. doi:10.3390/ijerph20021239
6. Canivet C, Bodin T, Emmelin M, Toivanen S, Moghaddassi M, Östergren P.-O. Precarious employment is a risk factor for poor mental health in young individuals in Sweden: a cohort study with multiple follow-ups. *BMC Public Health*. 2016;16:687. doi: 10.1186/s12889-016-3358-5.
7. Benach J, Vives A, Amable M, Vanroelen C, Tarafa G, Muntaner C. Precarious Employment: Understanding an Emerging Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*. 2014;35:229–53. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182500>.
8. Raphael D, editor. *Immigration, Public Policy, and Health: Newcomer Experiences in Developed Nations*. Canadian Scholars; 2016.
9. McNamara CL, Toch-Marquardt M, Balaj M, Reibling N, Eikemo TA, Bamba C. Occupational inequalities in self-rated health and non-communicable diseases in different regions of Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *European Journal of Public Health*. 2017;27(suppl_1):27–33. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw223>.
10. Milsom P, Smith R, Baker P, Walls H. Corporate power and the international trade regime preventing progressive policy action on non-communicable diseases: a realist review. *Health Policy and Planning*. 2021;36(4):493–508. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa148>.
11. Lencucha R, Drope J, Magati P, Aryo Sahadewo G. Tobacco farming: overcoming an understated impediment to comprehensive tobacco control. *Tobacco Control*. 2022;31: 308–12. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2021-056564>.
12. Mialon M. 2020. An overview of the commercial determinants of health. *Global Health*. 2020;16:74. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00607-x>.
13. Lencucha R, & Thow, A. M. (2020). Intersectoral policy on industries that produce unhealthy commodities: Governing in a new era of the global economy? *BMJ Global Health*, 5(8), e002246. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002246>
14. Lim SS, Allen K, Bhutta ZA, Dandona L, Forouzanfar MH, Fullman N, et al. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2016;388(10053):1813–50. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31467-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31467-2).
15. Millot A, Gallopel-Morvan K, Maani N, Knai C, Petticrew M, Guillou-Landreat M. An analysis of how lobbying by the alcohol industry has eroded the French marketing regulation law. *European Journal of Public Health*. 2021;31(suppl 3): ckab164.347. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab164.347>.
16. Mounsey, S., Veerman, L., Jan, S., & Thow, A. M. (2020). The macroeconomic impacts of diet-related fiscal policy for NCD prevention: A systematic review. *Economics & Human Biology*, 37, 100854. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2020.100854>
17. Lauber K, Hunt D, Gilmore AB, Rutter H. Corporate political activity in the context of unhealthy food advertising restrictions across Transport for London: A qualitative studium przypadku. *PLoS Med*. 2021;18(9):e1003695. doi:10.1371/journal.pmed.1003695
18. Rasmussen S, Nätti J, Larsen TP, Ilsøe A, Garde AH. Nonstandard employment in the Nordics-toward precarious work? *Nordic Journal of Working Life Studies*. 2019;9(S6). doi: <https://doi.org/10.18291/njwls.v9iS6.114689>.
19. Gauffin K. Precariousness on the Swedish labour market: A theoretical and empirical account. *The Economic and Labour Relations Review*. 2020;31(2):279–98. doi:10.1177/1035304620919206.
20. Bodin T, Matilla-Santander N, Selander J, Gustavsson P, Hemmingsson T, Johansson G, et al. Trends in precarious employment in Sweden 1992–2017: a social determinant of health. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(19):12797. doi: 10.3390/ijerph191912797.
21. Kreshpaj B, Orellana C, Burström B, Davis L, Hemmingsson T, Johansson G, et al. What is precarious employment? A systematic review of definitions and operationalizations from quantitative and qualitative studies. *Scand J Work Environ Health*. 2020;46(3):235–47. doi: 10.5271/ sjweh.3875.
22. Jonsson J, Matilla-Santander N, Kreshpaj B, Johansson G, Kjellberg K, Burström B, et al. Precarious employment and general, mental and physical health in Stockholm, Sweden: a cross-sectional study. *Scand J Public Health*. 2021;49(2): 228–36. doi: 10.1177/1403494820956451.
23. Rönnblad T, Grönholm E, Jonsson J, Koranyi I, Orellana C, Kreshpaj B, et al. Precarious employment and mental health: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Scand J Work Environ Health*. 2019;45(5):429–443. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3797>.
24. Thern E, Matilla-Santander N, Hernando-Rodriguez JC, Almroth M, Bodin T. Precarious employment in early adulthood and later mental health problems: a register-linked cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 2023;77(12):755–61. doi: 10.1136/jech-2023-220817.
25. Muntaner C. Digital platforms, gig economy, precarious employment, and the invisible hand of social class. *Int J Health Serv*. 2018;48(4):597–600. doi: 10.1177/0020731418801413.
26. F-skattesystemets skuggor – om en maktförskjutning på arbetsmarknaden [The shadows of the F-tax system – about a power shift in the labour market]. W: Landsorganisationen i Sverige/ LO Fakta [The Swedish Trade Union Confederation] [strona internetowa]. Stockholm: Landsorganisationen i Sverige; 2018 (https://www.lo.se/start/lo_fakta/f_skattesystemets_skuggor, Dostęp: 3 czerwca 2024.)
27. Westerlund, C. Platform work in the Nordic countries. Stockholm: Nordic Transport Workers' Federation; 2020.
28. Jesnes K, Oppegaard, S. M. N. (2020). Platform work in the Nordic models: Issues, cases and responses. Nordic Council of Ministers.
29. Nielsen, M. L., Laursen, C. S., & Dyreborg, J. (2022). Who takes care of safety and health among young workers? Responsibilization of OSH in the platform economy. *Safety science*, 149, 105674.
30. Duggan J, Sherman U, Carbery R, McDonnell A. Algorithmic management and app-work in the gig economy: A research agenda for employment relations and HRM. *Human Resource Management Journal*. 2020;30(1):114–32. <https://doi.org/10.1111/1748-8583.12258>.
31. Jesnes K, Rolandsson B. Platforms at work – issues of concern. W: Jesnes K, Nordli Oppegaard SM, editors. *Platform work in the Nordic models*. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2020; TemaNord, No. 513 (pp. 17–24) (<https://www.norden.org/en/publication/platform-work-nordic-models-issues-cases-and-responses>, Dostęp: 3 czerwca 2024.)
32. Steg framåt, med arbetsmiljön i fokus [Step forward, with the working environment in focus] (SOU 2022:45.0). W: Regeringskansliet [Government Offices of Sweden] [strona internetowa]. Regeringskansliet; 2022 (<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2022/08/sou-202245/>, Dostęp: 25 marca 2024.)
33. Case A, Deaton A. *Deaths of Despair and the Future of Capitalism*. Princeton University Press; 2020.
34. Ghodsee KR. Gendered impacts of privatisation and austerity in eastern Europe. *The Lancet*. 2019;393(10171):519–520. doi:10.1016/S0140-6736(19)30167-9
35. Scheiring G, Azarova A, Irdam D, Doniec KJ, McKee M, Stuckler D, et al. Deindustrialization and the post-socialist mortality crisis. *Cambridge Journal of Economics*. 2023;47(2):341–72. <https://doi.org/10.1093/cje/beac072>.
36. Landberg J. Alcohol and Suicide in Eastern Europe. *Drug and Alcohol Rev*. 2008;27(4): 361–73. doi: 10.1080/09595230802093778.
37. Ellman M. The increase in death and disease under "katastroika". *Cambridge J Econ*. 1994;18(4):329–55. doi: 10.1093/oxfordjournals.cje.a035279.

38. Gilmore ABC, McKee M, Rose R. Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine. *Soc Sci Med.* 2002;55 (12): 2177-88. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00361-6.
39. Kopp M, Skrabski Á, Szántó Z, Siegrist J. Psychosocial determinants of premature cardiovascular mortality differences within Hungary. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60 (9):782-8. doi: 10.1136/jech.2005.042960.
40. Leon D, Shkolnikov V. Social stress and the Russian mortality crisis. *JAMA.* 1998; 279 (10): 790-1. doi: 10.1001/jama.279.10.790.
41. Popov V. *Mortality Crisis in Russia Revisited: Evidence from Cross-Regional Comparison.* Munich: University Library of Munich, Germany; 2009.
42. Shapiro J. *The Russian Mortality Crisis and Its Causes.* W: Aslund A, editor. *Russian Economic Reform at Risk.* Pinter Publishers; 1995; pp. 149– 178.
43. Shkolnikov VM, Cornia GA, Leon DA, Meslé F. Causes of the Russian mortality crisis: Evidence and interpretations. *World Development.* 1998;26(11):1995-2011. [https://doi.org/10.1016/S0305-750X\(98\)00102-8](https://doi.org/10.1016/S0305-750X(98)00102-8).
44. Watson P. Explaining rising mortality among men in Eastern Europe. *Social Science & Medicine.* 1995;41 (7):923-34. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00405-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00405-1).

Rozdział 9.

Praktyki finansowe i ekstrakcja bogactwa: rosnąca nierówność i podważanie profilaktyki i kontroli NCD



© WHO / Khaled Mostafa

Główne punkty

- Praktyki finansowe stosowane przez korporacje w celu ekstrakcji bogactwa (ekstrakcyjne praktyki finansowe), a nie jego tworzenia, są powszechne w globalnej gospodarce politycznej. Takie praktyki mają na celu maksymalizację zysków przedsiębiorstw i/lub zysków akcjonariuszy.
- Ekstrakcyjne praktyki finansowe mogą negatywnie wpływać na zdrowie i równość społeczną na różne sposoby. Na przykład, ekstrakcyjne praktyki finansowe niezmiennie napędzają i wzmacniają nierówności ekonomiczne, między innymi dlatego, że głównymi beneficjentami są zazwyczaj w nieproporcjonalnym stopniu zamożne osoby i grupy z krajów o wysokich dochodach.
- Dwa przykłady ekstrakcyjnych praktyk finansowych to unikanie opodatkowania i programy skupu akcji własnych na dużą skalę. Unikanie opodatkowania może bezpośrednio osłabiać zdolność niektórych rządów do dokonywania inwestycji prozdrowotnych. Programy skupu akcji własnych reprezentują w rzeczywistości tę część zysków, która mogłaby zostać zainwestowana w działania prozdrowotne, na przykład badania i rozwój mające na celu promowanie równego dostępu do podstawowych produktów i usług.

Głównym celem większości korporacji na świecie jest maksymalizacja zysków dla akcjonariuszy. W związku z tym niemal wszystkie praktyki korporacyjne są projektowane tak, aby wspierać ten cel. Z perspektywy zdrowia publicznego, niniejszy rozdział koncentruje się na podzbiorze finansowych praktyk korporacyjnych, których głównym celem jest maksymalizacja zysków dla akcjonariuszy firm poprzez ekstrakcję bogactwa (lub uzasadnione roszczenia do takiego bogactwa), a nie poprzez generowanie bogactwa, na przykład poprzez produkcję nowych dóbr lub usług. Co istotne, takie praktyki, zwane dalej „ekstrakcyjnymi praktykami finansowymi”, są częste i szeroko rozpowszechnione w globalnej gospodarce politycznej (1–3). Dlatego zalecamy traktowanie studiów przypadków przedstawionych w niniejszym rozdziale nie jako przykładów wyjątków, lecz jako potencjalnych punktów wyjścia do badania szerszego systemu polityczno-ekonomicznego.

Ekstrakcyjne praktyki finansowe można ogólnie podzielić na dwie powiązane ze sobą grupy. Pierwsza grupa obejmuje praktyki, poprzez które korporacje skutecznie wydobywają bogactwo od podmiotów zewnętrznych i grup społecznych w celu maksymalizacji zysków korporacyjnych. Trafnym przykładem jest unikanie opodatkowania przedsiębiorstw, praktyka przedstawiona w Studium przypadku 19. Unikanie płacenia podatków od osób prawnych ma miejsce, gdy korporacje – niemal zawsze korporacje transnarodowe – wykorzystują swoje złożone struktury korporacyjne i różne luki prawne, aby celowo zaniżyć zyski podlegające opodatkowaniu, czyli dokonywać erozji podstawy opodatkowania, i/lub przenosić zyski do jurysdykcji o niższym opodatkowaniu, czyli transferu zysków, kosztem rządowych dochodów podatkowych.

Druga grupa praktyk finansowych o charakterze ekstrakcyjnym obejmuje te, które przynoszą korzyści przede wszystkim akcjonariuszom, ale niekoniecznie samej spółce, w imię maksymalizacji wartości dla akcjonariuszy. Przykładem są programy skupu akcji własnych na dużą skalę, praktyka opisana w Studium przypadku 20. Kiedy spółka skupuje własne akcje, w rzeczywistości przekazuje część swoich zysków akcjonariuszom. Pod tym względem skup akcji własnych jest podobny do dywidend. Jednak zyski finansowe osiągnięte przez akcjonariuszy w ramach skupu akcji własnych są zazwyczaj opodatkowane niższymi stawkami niż dywidendy, a skup akcji własnych jest często preferowanym sposobem dużych korporacji na transfer tzw. nieoczekiwanych zysków lub nadwyżek zysków do akcjonariuszy. W wielu jurysdykcjach skup akcji własnych został zalegalizowany dopiero w ostatnich dekadach (3). Chociaż podział praktyk finansowych o charakterze ekstrakcyjnym na dwie powyższe grupy może być przydatny, granice między nimi często się zacierają, co dobrze ilustruje Studium przypadku 21.

Główne ścieżki, poprzez które ekstrakcyjne praktyki finansowe mogą negatywnie wpływać na zdrowie i równość

Ekstrakcyjne praktyki finansowe omówione w tym rozdziale mogą zwiększać nierówności i obniżać skuteczność profilaktyki NCD oraz ich kontroli poprzez różne ścieżki. Na przykład unikanie opodatkowania przez przedsiębiorstwa może pogłębiać nierówności ekonomiczne, ponieważ korzyści wynikające z tej praktyki trafiają głównie do dużych korporacji z siedzibą w krajach o wysokich dochodach (4). W niektórych przypadkach unikanie opodatkowania przez przedsiębiorstwa może częściowo osłabiać zdolność fiskalną rządów, szczególnie tych w krajach o niższych dochodach, które w stosunkowo dużym stopniu polegają na dochodach z podatków od przedsiębiorstw, aby finansować między innymi rozwój i zarządzanie usługami i infrastrukturą prozdrowotną (4–6). Przynajmniej teoretycznie korporacje czerpiące korzyści z unikania opodatkowania mogą również przeznaczać większe środki finansowe na praktyki, które potencjalnie mogą zagrażać zdrowiu publicznemu, takie jak lobbing i spory sądowe w celu kwestionowania przepisów dotyczących zdrowia publicznego, w porównaniu z tym, co w przeciwnym razie byłoby możliwe (7).

Podobnie jak w przypadku unikania płacenia podatków przez przedsiębiorstwa, ekstrakcyjne praktyki finansowe, mające na celu maksymalizację wartości dla akcjonariuszy, mogą również pogłębiać nierówności ekonomiczne, między innymi dlatego, że wśród akcjonariuszy korporacyjnych zwykle istnieje nadreprezentacja osób o wysokich dochodach i gospodarstwach domowych z krajów o wysokich dochodach (2, 7). Ekstrakcyjne praktyki finansowe, mające na celu maksymalizację wartości dla akcjonariuszy, są również często powiązane z praktykami cięcia kosztów, w tym redukcją zatrudnienia oraz redukcją nakładów na badania i rozwój, co może potencjalnie zagrażać zdrowiu publicznemu. Na przykład w branżach takich jak leki i opieka zdrowotna, duże programy skupu akcji własnych odpowiadają za część zysków, które mogłyby zostać zainwestowane w działania prozdrowotne, takie jak badania i rozwój, mające na celu zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości produktów i usług niezbędnych dla zdrowia i dobrostanu (8–10). Dotyczy to między innymi produktów i usług kluczowych dla prewencji i kontroli NCD.

Studium przypadku 19. British American Tobacco i unikanie podatków

British American Tobacco (BAT) to jedna z największych korporacji tytoniowych na świecie. Podobnie jak inne duże korporacje tytoniowe, BAT regularnie stosowała szereg praktyk mających na celu unikanie i minimalizowanie swoich zobowiązań podatkowych (6, 12). W latach 2010–2019 BAT podobno uniknęła zapłaty około 760 milionów funtów podatku dochodowego w samej Wielkiej Brytanii (12). Szacuje się również, że osiem krajów o niskich i średnich dochodach – Brazylia, Bangladesz, Indonezja, Kenia, Gujana, Trynidad i Tobago, Uganda i Zambia – może stracić około 700 milionów USD z powodu praktyk unikania opodatkowania stosowanych przez BAT w ciągu 10 lat, od 2020 do 2030 roku (6).

Praktyki unikania opodatkowania, które niezmiennie wiążą się z wykorzystaniem złożonych struktur korporacyjnych i korzystnych przepisów, można ogólnie podzielić na dwie grupy. Pierwsza z tych grup obejmuje praktyki mające na celu minimalizację zobowiązań podatkowych poprzez celowe zaniżanie zysków podlegających opodatkowaniu, znane jako erozja podstawy opodatkowania, na przykład poprzez zwiększanie wykazywanych płatności odsetek. Jako przykład ilustrujący tę kwestię, w latach 2007–2014 spółka zależna BAT w Souza Cruz w Brazylii pożyczyła pieniądze od jednej ze spółek zależnych BAT w Holandii (Królestwie Niderlandów) (6). W tym okresie Souza Cruz zapłaciła 255 mln USD odsetek od tych pożyczek, co pozwoliło BAT uniknąć zapłacenia około 6 mln USD rocznie w brazylijskich podatkach dzięki umowie o unikaniu opodatkowania od odsetek od pożyczek zawartej między Brazylią a Holandią (6). Druga grupa praktyk unikania opodatkowania obejmuje przenoszenie zysków z jurysdykcji o stosunkowo wysokich podatkach do jurysdykcji o stosunkowo niskich podatkach, znane jako transfer zysków. Na przykład zauważono, że w latach 2010–2019 BAT transferowała rocznie około 1 mld euro dywidend przez Belgię, gdzie podatek od tych zysków wynosił mniej niż 1% (12). W latach 2015 i 2016 BAT wytransferowała również 26,5 mln USD dywidend z Kenii do Holandii (Królestwa Niderlandów), a nie bezpośrednio do Wielkiej Brytanii (13). Biorąc pod uwagę, że umowa podatkowa między Kenią a Holandią (Królestwem Niderlandów) ustalała w tym okresie zerowy podatek u źródła od dywidend, Kenia straciła w rezultacie około 2,7 mln USD potencjalnych dochodów podatkowych (6).

W ostatnich latach różne organy i sądy kwestionowały praktyki BAT w zakresie unikania opodatkowania, aczkolwiek w stosunkowo fragmentaryczny sposób. Na przykład brazylijski urząd skarbowy złożył wniosek o odszkodowanie w wysokości 350 mln EUR w oparciu o zarzuty, że spółka nielegalnie unikała płatności podatków w latach 2004–2012 (14). Ponadto, w 2023 roku holenderski sąd nałożył na BAT karę grzywny w wysokości 107 milionów euro za unikanie płatności podatków w latach 2013–2016 (15). Pomimo tych wysiłków, praktyki unikania opodatkowania stosowane przez wszystkie korporacje transnarodowe, takie jak BAT, a także ramy podatkowe, które na nie zezwalają, wymagają wzmożonej kontroli ze strony specjalistów z dziedziny zdrowia publicznego, organów podatkowych i sądów.

Studium przypadku 20. Producenci szczepionek przeciw COVID-19, skup akcji i maksymalizacja wartości dla akcjonariuszy

Od początku pandemii COVID-19 firmy Pfizer, BioNTech i Moderna generowały znaczne zyski ze swoich szczepionek przeciwko COVID-19 opracowanych przy znacznych nakładach finansowych i wsparciu publicznym (8, 16). Korporacje te następnie przekazywały znaczną część swoich zysków akcjonariuszom, w tym poprzez szeroko zakrojone programy skupu akcji (3). Skup akcji własnych – kiedy korporacja skupuje własne akcje – to praktyka finansowa coraz częściej wykorzystywana przez wiele dużych korporacji do transferu zysków do akcjonariuszy (10). W istocie skup akcji własnych zwyższa cenę akcji danej korporacji, zwiększając tym samym zyski kapitałowe, które inwestorzy mogą osiągnąć ze sprzedaży swoich akcji. Skup akcji własnych może również służyć zwyższeniu premii kadry kierowniczej, jeśli premie te są powiązane ze wskaźnikami wyników, takimi jak cena akcji i zysk na akcję (10).

W 2022 roku, kiedy ponad 100 krajów wzywało do zmian w globalnych przepisach dotyczących własności intelektualnej w celu poprawy równości w dostępie do szczepionek przeciwko COVID-19 (17), Pfizer, BioNTech i Moderna ogłosiły duże programy skupu akcji własnych, aby rozdysponować część tzw. nieoczekiwanych zysków między swoich akcjonariuszy (3). W pierwszym kwartale 2022 roku Pfizer odkupiła własne akcje o wartości 2 miliardów dolarów, wypłacając jednocześnie kolejne 2,2 miliarda dolarów w formie dywidendy (18). W tym samym roku zarówno BioNTech, jak i Moderna zainicjowały swoje pierwsze programy skupu akcji własnych. Po tym, jak dyrektor finansowy BioNTech ogłosił, że firma chce, aby jej „akcjonariusze mieli udział w [jej] silnych wynikach za 2021 rok poprzez program [skupu akcji]” (19), firma przeprowadziła skup własnych akcji o wartości 1,5 miliarda dolarów w okresie od marca 2022 do marca 2023 roku (20). W 2022 roku Moderna skupiła własne akcje o wartości 3,3 mld USD (21).

Niektórzy liderzy polityczni wzywali do opodatkowania skupu akcji własnych, aby zniechęcić do tej praktyki (22–24). Niemniej jednak, warto postrzegać duże programy skupu akcji własnych jako przejaw szerszego problemu, w którym decydenci korporacyjni z różnych branż w całej gospodarce globalnej dążą do tego, aby maksymalizacja wartości dla akcjonariuszy była traktowana priorytetowo wobec innych względów (10, 25). W tym kontekście istnieją niewątpliwie mocne argumenty za wprowadzeniem podatków od nieoczekiwanych zysków osiągniętych w czasie kryzysów, takich jak pandemia COVID-19, aby zapobiec wykorzystywaniu takich kryzysów do maksymalizacji wartości dla akcjonariuszy (26). Można również argumentować, że gdyby otoczenie regulacyjne, w którym działają firmy, zostało zmienione w taki sposób, aby skup akcji własnych i/lub wysokie wypłaty dywidend zostały uzależnione od realizacji określonych celów społecznych, wówczas niektóre z istniejących nierówności związanych z tymi praktykami prawdopodobnie uległyby zmniejszeniu. Przykładowo, w odniesieniu do przemysłu farmaceutycznego rządy mogłyby wprowadzić wymogi regulacyjne, dzięki którym dystrybucja środków pomiędzy akcjonariuszy byłaby zależna od przeznaczenia określonej minimalnej części środków na konkretne rodzaje badań, np. nad zaniedbanymi chorobami tropikalnymi.

Studium przypadku 21. Inwestycje private equity w opiekę zdrowotną

W ostatnich latach europejski i globalny sektor opieki zdrowotnej stał się głównym celem sektora private equity (27). Choć skala i charakter inwestycji private equity w opiekę zdrowotną znacznie różni się w poszczególnych krajach europejskich, w wielu z nich są one, według doniesień, duże i/lub rosą (28). Na przykład szacuje się, że w Niemczech w 2020 r. prawie 20% z 3800 ambulatoryjnych ośrodków opieki zdrowotnej w tym kraju było zarządzanych przez fundusze private equity (28). Według raportów, w Szwecji około jedna trzecia prywatnych ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej, które stanowią około 40% wszystkich 1200 ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej w kraju, jest zarządzana przez międzynarodowe fundusze private equity (29).

Wyrażano obawy dotyczące tego, w jaki sposób inwestycje private equity często prowadzą do wzrostu kosztów opieki zdrowotnej, a także obniżenia jej jakości (30, 31). W tym kontekście warto zauważyć, że wiele funduszy private equity dąży do maksymalizacji zwrotu z inwestycji, w tym między innymi w opiekę zdrowotną, w stosunkowo krótkim czasie (zwykle około 5 lat) (1). Ponadto fundusze private equity bardzo często nabywają pakiet kontrolny w spółkach portfelowych, co pozwala im na bezpośrednie zarządzanie nimi w celu maksymalizacji wartości dla akcjonariuszy poprzez praktyki takie jak podwyższanie cen, redukcja zatrudnienia oraz ograniczanie inwestycji w utrzymanie lub poprawę jakości produktów lub usług (1, 32). Wiele funduszy private equity rutynowo stosuje również praktyki finansowe związane z długiem, które mogą nasilać negatywne skutki dla zdrowia i społeczne związane z tym krótkoterminowym podejściem. Na przykład fundusze private equity zazwyczaj wykorzystują duże kwoty długu do finansowania przejęć, ponieważ zapewnia im to szereg korzyści, w tym to, że odsetki są zazwyczaj odliczane od podatku (1, 33). Niektóre fundusze private equity decydują się również na obciążenie spółek portfelowych dodatkowym długiem, wyłącznie w celu sfinansowania wypłat dywidend dla siebie, w formie rekapitalizacji dywidend (34).

W rozwiązaniu problem potencjalnych szkód związanych z inwestycjami private equity w opiekę zdrowotną może pomóc szereg rozwiązań politycznych. Należą do nich takie środki, jak zniechęcanie funduszy private equity do obciążania spółek portfelowych nadmiernym długiem oraz zaostrzenie przepisów dotyczących konkurencji w celu zablokowania konsolidacji branż przez fundusze private equity (1, 35). Znaczenie mają również solidne regulacje dotyczące prywatnych usług opieki zdrowotnej, w tym dotyczące przystępności cenowej i jakości opieki. Można jednak argumentować, że własność publiczna stanowi najbardziej kompleksowe podejście do stawienia czoła stanowi obecnemu, w którym cel maksymalizacji krótkoterminowych zwrotów z inwestycji w opiekę zdrowotną bardzo często stoi w fundamentalnej sprzeczności z priorytetowym traktowaniem równości w dostępie do opieki zdrowotnej i praw człowieka. (36, 37).

Sugestie dotyczące polityki

- Rządy dążące do kompleksowego podejścia do poprawy zdrowia i równości społecznej powinny poważnie rozważyć polityki systematycznie zwalczające ekstrakcyjne praktyki finansowe.
- Polityki, które dążą do kwestionowania zasad i zachęt ukierunkowujących ład korporacyjny na maksymalizację wartości dla akcjonariuszy, mogłyby między innymi ułatwić większy przydział zasobów na badania i rozwój promujące zdrowie w niektórych branżach, a jednocześnie przyczynić się do większej równości społecznej w szerszym kontekście (studia przypadków 20 i 21).
- Solidne ramy podatkowe mogłyby pomóc w zmniejszeniu nierówności i koncentracji bogactwa przez duże korporacje transnarodowe, w tym te działające w HHI (Studium przypadku 19). W tym kontekście proponowana Konwencja Podatkowa Narodów Zjednoczonych, która według raportów stworzyłaby dla wielu rządów procedurę kwestionowania niesprawiedliwych globalnych przepisów podatkowych, stanowi prawdopodobnie obiecujący krok naprzód (11).

1. Appelbaum E, Batt R. Private equity at work: when Wall Street manages Main Street. New York: Russel Sage Foundation; 2014.
2. Christophers B. Our Lives in Their Portfolios: Why Asset Managers Own the World. London: Verso; 2023.
3. Wood B, Sacks G. The influence of share buybacks on ill-health and health inequity: an exploratory analysis using a socio-ecological determinants of health lens. *Global Health*. 2023;19(1):3. doi: 10.1186/s12992-023-00905-0.
4. Tax Justice Network. State of Tax Justice 2023. London: Tax Justice Network; 2023.
5. Cobham A, Janský P. Global distribution of revenue loss from corporate tax avoidance: re-estimation and country results. *J of Intl Development*. 2018;30(2):206–32. doi: 10.1002/jid.3348.
6. Tax Justice Network. Ashes to ashes: How British American Tobacco avoids taxes in low and middle income countries. London: Tax Justice Network; 2019.
7. Wood B, McCoy D, Baker P, Williams O, Sacks G. The double burden of maldistribution: a descriptive analysis of corporate wealth and income distribution in four unhealthy commodity industries. *CPH*. 2021;30:1–13. doi: 10.1080/09581596.2021.2019681.
8. Dearden N. *Pharmanomics: How Big Pharma Destroys Global Health*. London and New York: Verso; 2023.
9. Lazonick W, Tulum Ö, Hopkins M, Sakiñç ME, Jacobson K. *Financialization of the U.S. Pharmaceutical industry*. New York: Institute for New Economic Thinking; 2019.
10. Mazzucato M. *The Value of Everything: Making and Taking in the Global Economy*. New York: PublicAffairs; 2018.
11. Tax Justice Network. Draft resolution brings world one step closer to UN tax convention 2023. W: Tax Justice Network/Press Office [strona internetowa]. Bristol, England: Tax Justice Network; 2023 (<https://taxjustice.net/press/draft-resolution-brings-world-one-step-closer-to-un-tax-convention/>, Dostęp: 15 marca 2024).
12. Vermeulen S, Dillen M, Branston JR, Nieto Solis S, el Khannoussi N., & Metzke D M (Editor). *Big Tobacco, Big Avoidance*. Bath: University of Bath; 2020.
13. Kenya BAT. Annual Report 2016. Nairobi: British American Tobacco Kenya; 2016.
14. Vermeulen S, Solis SN. BAT channelled millions of euros to the Netherlands, now Brazil wants its share of the pie. Amsterdam: The Investigative Desk; 2021 (<https://investigativedesk.com/bat-channelled-millions-of-euros-to-the-netherlands-now-brazil-wants-its-share-of-the-pie/>, Dostęp: 12 marca 2024).
15. Sterling T, Rumney E. Dutch court orders British American Tobacco to pay \$117 mln fine, back taxes. Reuters; 2023 (<https://www.reuters.com/business/retail-consumer/dutch-court-orders-british-american-tobacco-pay-117-mln-fine-back-taxes-2023-12-15/>, Dostęp: 12 marca 2024).
16. The Knowledge Network on Innovation and Access to Medicines. COVID-19 Vaccine R&D Investments. Geneva: Global Health Centre at the Graduate Institute; 2021 (<https://www.knowledgeportal.org/covid19-r-d-funding>, Dostęp: 1 czerwiec 2022).
17. Profiting from pain: The urgency of taxing the rich amid a surge in billionaire wealth and a global cost-of-living crisis. Oxfam; 2022.
18. Pfizer Results: Strong Performance and A Commitment to Be A Force for Good. W: Pfizer Investor Insights/Stories [strona internetowa]. New York: Pfizer; 2022 (<https://insights.pfizer.com/pfizer-results-strong-performance-and-a-commitment-to-be-a-force-for-good/>, Dostęp: 14 marca 2024).
19. BioNTech Announces ADS Repurchase Program. W: BioNTech/Press Release [strona internetowa]. Mainz, Germany: BioNTech; 2022 (<https://investors.biontech.de/news-releases/news-release-details/biontech-announces-ads-repurchase-program>, Dostęp: 2 czerwiec 2022).
20. BioNTech Announces New ADS Repurchase Program. W: BioNTech/Press Release [strona internetowa]. Mainz, Germany: BioNTech; 2023 (<https://biontechse.gcs-web.com/news-releases/news-release-details/biontech-announces-new-ads-repurchase-program#:~:text=The%20share%20repurchase%20program%20announced,repurchase%20amount%20of%20%241.3bn>, Dostęp: 14 marca 2024).
21. Moderna Reports Fourth Quarter and Fiscal Year 2022 Financial Results and Provides Business Updates 2023. W: Moderna/News [strona internetowa]. Moderna; 2023 (<https://investors.modernatx.com/news-news-details/2023/Moderna-Reports-Fourth-Quarter-and-Fiscal-Year-2022-Financial-Results-and-Provides-Business-Updates/default.aspx>, Dostęp: 14 marca 2024).
22. Harvey F. Windfall tax on Covid profits could ease 'catastrophic' food crisis, says Oxfam. In "The Guardian/News/Europe [strona internetowa]. The Guardian. 27 June 2022 (<https://www.theguardian.com/world/2022/jun/27/windfall-tax-on-covid-profits-could-ease-catastrophic-food-crisis-says-oxfam>, Dostęp: 25 marca 2024).
23. Schumer C, Sanders B, Schumer B, Sanders: Limit Corporate Stock Buybacks. New York Times. 3 lutego 2019 (<https://www.nytimes.com/2019/02/03/opinion/chuck-schumer-bernie-sanders.html>, Dostęp: 11 sierpnia 2022).
24. Francis T. Stock-Buyback Tax Helps Offset Cost of Changes to Inflation Reduction Act. Wall Street Journal. 10 sierpnia 2022 (<https://www.wsj.com/articles/stock-buyback-tax-helps-offset-cost-of-changes-to-inflation-reduction-act-11660123980>, Dostęp: 11 sierpnia 2022).
25. Platt B, Thanhong-Knight R, Trudeau to Propose New Tax on Stock Buybacks in Canada. Bloomberg. 2 November 2022 (<https://www.bloomberg.com/news/articles/2022-11-03/canada-s-trudeau-proposing-tax-on-stock-buybacks-cp-reports?leadSource=verify%20wall>, Dostęp: 25 listopada 2022).
26. Lazonick W. From Innovation to Financialization: How Shareholder Value Ideology is Destroying the US Economy. W: Wolfson M, Epstein G, editors. *The Handbook of the Political Economy of Financial Crises*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2013.
27. Jain N, Murphy K, Podpolny D, Klingan FR, Kapur V, and Boulton A. *Healthcare Private Equity Market 2023: Year in Review and Outlook*. W: Bain & Company [strona internetowa]. Bain & Company; 2024 ([https://www.bain.com/insights/year-in-review-global-healthcare-private-equity-report-2024/#:~:text=The%20healthcare%20sector%20continued%20to,uncertainty%20\(see%20Figure%201](https://www.bain.com/insights/year-in-review-global-healthcare-private-equity-report-2024/#:~:text=The%20healthcare%20sector%20continued%20to,uncertainty%20(see%20Figure%201), Dostęp: 12 lutego 2024).
28. Cumming C. Private Equity Firms Return—Tentatively—to Debt-Fueled Payouts. W: WSJ.COM/Commentary & Analysis [strona internetowa]. Dow Jones & Company; 2023 (<https://www.wsj.com/articles/private-equity-firms-return-tentatively-to-debt-fueled-payouts-e1b1f61d>, Dostęp: 14 marca 2024).
29. Winblad U, Isaksson D, Blomqvist P. Preserving social equity in marketized primary care: strategies in Sweden. *Health Econ Policy Law*. 2021;16:216–31. doi: 10.1017/S1744133120000092.
30. Borsa A, Bejarano G, Ellen M, Bruch JD. Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: systematic review. *BMJ*. 2023;382:e075244. doi: 10.1136/bmj-2023-075244.
31. Rechel B, Tille F, Groenewegen P, Timans R, Fattore G, Rohrer-Herold K, et al. Private equity investment in Europe's primary care sector—a call for research and policy action. *Eur J Public Health*. 2023;33:354–5. doi: 10.1093/eurpub/ckad061.
32. Coates J. *The problem of twelve: when a few financial institutions control everything*. New York: Columbia Global Reports; 2023.
33. McGrath PJ, Nerkar A. Private Equity: Antecedents, Outcomes, Mediators, and Moderators. *Journal of Management*. 2022;49:158–95. doi: 10.1177/01492063221127907.
34. Private Equity Stakeholder Project. Dividend recapitalizations in healthcare: how private equity raids critical health care infrastructure for short term profit. Chicago: Private Equity Stakeholder Project; 2020.
35. Balanced Economy Project. Report: Large firms making excessive profits in children's social care; CMA ducks the challenge. 2022 (<https://www.balancedeconomy.org/latest/huge-excess-profits-in-uk-childrens-social-care-new-report>, Dostęp: 20 marca 2024).
36. Alston P. Report of the Special Rapporteur on Extreme Poverty and Human Rights. New York and Geneva: United Nations General Assembly, 2018. Contract No.: A/73/396. (<https://digitallibrary.un.org/record/798707?ln=en&v=pdf>, Dostęp: 22 marca 2024).
37. Nandi S, Vračar A, Pachauli C. Resisting privatization and marketization of health care: People's Health Movement's experiences from India, Philippines and Europe. *Saúde em Debate*. 2020;44:37–50. doi: 10.1590/0103-11042020s103.

Rozdział 10.

Unia gospodarcza i przepisy Unii Europejskiej dotyczące jednolitego rynku: jak branże szkodzące zdrowiu podważają politykę mającą na celu ograniczenie NCD



© WHO / Franz Henriksen

Główne punkty

- Jednolity rynek UE nakłada na państwa członkowskie obowiązki, które wpływają na ich zdolność do przyjmowania przepisów na szczeblu krajowym.
- Przepisy dotyczące jednolitego rynku pozwalają podmiotom prywatnym, w tym HHI, wpływać na treść proponowanych przepisów i kwestionować je w sądach krajowych i europejskich.
- Prawo jednolitego rynku zapewniło jednak podstawę prawną do przyjmowania środków ochrony zdrowia na poziomie UE, które wykraczały poza te na poziomie krajowym.
- W niniejszym rozdziale analizowana jest sprzeczna dynamika kształtowania polityki zdrowotnej na jednolitym rynku poprzez studia przypadków przemysłu alkoholowego i tytoniowego.



© WHO / Alex Plonsky

Wstęp

Rynek wewnętrzny UE stanowi najbardziej zaawansowaną formę ponadnarodowej integracji gospodarczej na świecie. Obejmuje on nie tylko państwa członkowskie UE, ale także członków Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA), tworząc rynek liczący około 450 milionów konsumentów. Opierając się na czterech podstawowych swobodach – przepływie towarów, usług, osób i kapitału – traktaty UE oraz powiązane z nimi prawo wtórne i orzecznictwo, znane jako *acquis communautaire*, nakładają na państwa członkowskie istotne obowiązki prawne i zapewniają silne mechanizmy egzekwowania prawa. Nadrzędność prawa UE nad prawem krajowym i wymóg zgodności tego ostatniego z prawem UE nakładają pewne ograniczenia na zdolność władz krajowych, a nawet podrzędnych, na szczeblu regionalnym, a nawet lokalnym, do stanowienia prawa w zakresie szeregu kwestii związanych ze zdrowiem publicznym, w tym profilaktyki NCD.

Zasada bezpośredniego skutku oznacza, że osoby fizyczne i prawne, takie jak korporacje, mogą dochodzić bezpośrednich roszczeń prawnych z tytułu naruszeń prawa UE przed sądami krajowymi (1). Obejmuje to możliwość wnoszenia przez HHI skarg na krajowe polityki zdrowia publicznego, które uznają za sprzeczne z prawem UE. Sądy krajowe mogą kierować sprawy do Trybunału Sprawiedliwości UE (TSUE) w celu wydania rozstrzygnięcia co do określonego punktu prawa UE, i TSUE może również rozpatrywać odwołania od orzeczeń sądów krajowych.

Zgodność przepisów krajowych z prawem UE nie jest ustalana wyłącznie w drodze skarg prawnych składanych po fakcie. Komisja Europejska (KE) dąży do zapobiegania powstawaniu takich anomalii poprzez procedurę opiniowania proponowanych środków prawnych przed ich uchwaleniem, określoną w dyrektywie ustanawiającej procedurę udzielania informacji w zakresie norm i przepisów technicznych (98/34/WE) (TSRD) oraz w systemie informacji o przepisach technicznych (TRIS) (dyrektywa 2015/1535/UE), która zastąpiła tę pierwszą (2, 3). Dyrektywa ta nakłada na państwa członkowskie obowiązek powiadamiania KE o wszelkich wnioskach ustawodawczych mogących mieć wpływ na prawo UE i funkcjonowanie jednolitego rynku, a także przewiduje początkową trzymiesięczną przerwę w procesie legislacyjnym, aby umożliwić KE, państwom członkowskim, a od 2015 r. podmiotom prywatnym – zarówno publicznym, jak i komercyjnym – zgłaszanie uwag lub dzielenie się szczegółowymi opiniami na temat zgodności proponowanych regulacji z prawem jednolitego rynku. Zasadniczo jest to użyteczny proces minimalizujący ryzyko kosztownych i zacieklejczych sporów prawnych. Proces ten stwarza jednak możliwość wpływania na kształt polityki podmiotom o konkretnych interesach, w tym HHI (więcej w rozdziale 4). Łącznie kontrola przedlegislacyjna i skargi prawne stanowią potencjalne tzw. punkty weta (4), w których HHI mogą sprzeciwić się uchwaleniu sprzecznych z ich interesami handlowymi przepisów krajowych i innych polityk mających na celu zapobieganie NCD i ich zwalczanie. (5).

Jednocześnie prawo UE oferuje znaczne możliwości w zakresie uchwalania środków ochrony zdrowia na poziomie UE. Rozwój polityki zdrowotnej na poziomie UE, przynajmniej w pewnych okresach, wyprzedził rozwój na poziomie krajowym, co doprowadziło do przyjęcia bardziej kompleksowych przepisów (1, 6). Chociaż traktaty założycielskie UE zawierają szczegółowe przepisy dotyczące zdrowia, są one mniej skuteczne niż te dotyczące ochrony integralności rynku wewnętrznego. Odzwierciedla to potrzebę solidnych mechanizmów harmonizacji i egzekwowania, aby ułatwić funkcjonowanie tak ambitnego i bezprecedensowego projektu integracji politycznej i gospodarczej. W związku z tym najważniejsze środki w zakresie zdrowia publicznego przyjęte na poziomie UE, w tym te mające na celu zwalczanie NCD, zostały przyjęte pod auspicjami postanowień traktatowych dotyczących jednolitego rynku. Dla podmiotów popierających

politykę zdrowotną podejmowanie wspólnych działań na poziomie UE może być skuteczniejsze i lepiej wykorzystywać zasoby niż w ramach odrębnych kampanii krajowych, zwłaszcza w krajach, gdzie rząd krajowy i krajowa kultura polityczna są skłonne do przyjmowania takich przepisów niż w innych państwach członkowskich i WE. Z podobnych powodów podmioty komercyjne starają się sprzeciwiać przyjmowaniu niekorzystnych środków, w tym poprzez zaskarżanie przepisów UE. Niedawno stwierdzono, że unijny program Better Regulation (lepszego stanowienia prawa) stwarza dodatkowe bariery dla wdrażania polityk ochrony zdrowia w UE i jest wykorzystywany przez podmioty komercyjne, które starają się zablokować lub opóźnić takie środki, co stwarza potencjalne ryzyko tzw. „chłodu regulacyjnego”. (7).

Niniejszy rozdział ma na celu zaprezentowanie, poprzez analizę krajowej i unijnej polityki dotyczącej alkoholu i tytoniu, w jaki sposób podmioty komercyjne wykorzystują jednolity rynek UE do sprzeciwiania się wdrażaniu środków ochrony zdrowia publicznego. Pierwsze studium przypadku koncentruje się na przyjęciu środków kontroli tytoniu w UE oraz powiązaniu tej regulacji ze zmianami polityki na szczeblu krajowym. Dwa ostatnie studia są ze sobą ściśle powiązane i pokazują potencjalne wykorzystanie prawa jednolitego rynku UE przez podmioty branżowe do kwestionowania wdrażania polityki kontroli alkoholu oraz złożoną zależność między rozwojem polityki na szczeblu UE i państw członkowskich. Wiele strategii zapobiegania, opóźniania i osłabiania skutecznych polityk dotyczących NCD, zidentyfikowanych w niniejszym rozdziale, jest analogicznych do strategii omówionych w rozdziale 5 w kontekście umów handlowych, i obie te strategie można analizować łącznie. Ze względu na ograniczenia niniejszej publikacji niniejszy rozdział koncentruje się na konkretnych aspektach prawa jednolitego rynku UE i, co za tym idzie, nie może uwzględnić wszystkich implikacji, jakie aspekty te niosą dla zdrowia i kształtowania polityki zdrowotnej.

Studium przypadku 22. Kontrola tytoniu w UE

Komisja Europejska działa aktywnie w obszarze kontroli tytoniu od lat 90. XX wieku, wprowadzając szereg dyrektyw dotyczących etykietowania i regulacji produktów, reklamy i sponsorowania oraz opodatkowania (6). Ograniczone kompetencje UE w zakresie zdrowia oznaczają, że najważniejsze środki pozafiskalne związane z kontrolą tytoniu zostały przyjęte pod auspicjami poprawy funkcjonowania rynku wewnętrznego, na mocy art. 100a Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską (TWE); następnie art. 95 TWE, a obecnie art. 114 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE) (6). Należały do nich uchylona dyrektywa w sprawie reklamy wyrobów tytoniowych z 1998 r. (98/43/WE) (TAD1) i późniejsza dyrektywa ją zastępująca (2003/33/WE) (TAD2), a także dyrektywy z 2001 r. (2001/37/WE) (TPD1) i 2014 r. w sprawie wyrobów tytoniowych (2014/40/UE) (TPD2). Wszystkie te dokumenty były obiektem znaczącego lobbingu branżowego, który skutecznie opóźniał i osłabiał ich treść (6). Na przykład TPD2 była jednym z najbardziej kontrowersyjnych i intensywnie lobbowanych aktów prawnych w historii UE, a jej uchwalenie trwało niemal przez całą sesję Parlamentu Europejskiego 2009–2014 (8). Z ujawnionych dokumentów firmy tytoniowej Philip Morris International wynika, że zorganizowała ona wszechobecną i uporczywą kampanię lobbingową mającą na celu „blokowanie, zmianę i opóźnienie” uchwalenia dyrektywy, skierowaną do kluczowych podmiotów politycznych na wszystkich etapach procesu decyzyjnego (9) (więcej w rozdziale 4).

Zaskarżanie wczesnych środków kontroli tytoniu w UE

Po uchwaleniu tych dyrektyw zostały one zaskarżone przez przemysł tytoniowy i przychylne mu państwa członkowskie (6). Dyrektywa TAD1 – która miała na celu zakazanie marketingu wyrobów tytoniowych w prasie, telewizji, kinach i punktach sprzedaży – została zaskarżona przez rząd niemiecki i cztery firmy tytoniowe, argumentujące, że w rzeczywistości stanowiła ona przepisy dotyczące zdrowia publicznego, a tym samym wykraczała poza podstawę prawną art. 100a (10). Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej (TSUE) uchylił dyrektywę, argumentując, że szereg jej postanowień – na przykład zakaz reklamy w kinach – nie miał efektu ułatwiającego handel transgraniczny, a zatem wykraczał poza zakres rynku wewnętrznego (11). Zmieniona dyrektywa TAD2 koncentrowała się konkretnie na formach reklamy o oczywistych skutkach transgranicznych, takich jak reklama w telewizji i prasie, ale ponownie została zaskarżona przez rząd niemiecki (10). Chociaż TSUE orzekł, że art. 100a nie może stanowić podstawy prawnej dla środków dotyczących zdrowia publicznego, przepisy dotyczące jednolitego rynku mogą mieć wtórny skutek w postaci harmonizacji polityk zdrowotnych (10).

Dyrektywa tytoniowa 1 (TPD1)

Dyrektywa TPD1 miała na celu konsolidację i aktualizację istniejących środków kontroli tytoniu i specyfikacji produktów, takich jak zawartość substancji smolistych i wymogi dotyczące etykietowania, oraz wprowadziła nowe przepisy dotyczące tytoniu bezdymnego – na przykład snusu, czyli tytoniu do stosowania doustnego – proponując jednocześnie nowe zasady dotyczące ujawniania składników i zakaz stosowania wprowadzających w błąd opisów produktów, takich jak „light” i „mild” (12). Przemysł tytoniowy zaskarżył tę dyrektywę, argumentując, że proponowane przepisy nie służą celom jednolitego rynku, kwestionując stosowanie proponowanych środków do produktów eksportowych oraz argumentując, że zakaz stosowania opisów i zaostrzone wymogi dotyczące etykietowania naruszają prawa do znaku towarowego i własności intelektualnej. W 2002 r. TSUE orzekł, że dyrektywa obowiązuje, ale nie może mieć zastosowania do papierosów produkowanych na eksport, ponieważ ich regulacja wykracza poza zakres rynku wewnętrznego.

cd.



© WHO / Tina Charlotte Kiear

Dyrektywa tytoniowa 2 (TPD2)

Dyrektywa TPD2 wprowadziła zakaz stosowania aromatów i zwiększyła rozmiar etykiet z ostrzeżeniami zdrowotnymi, a także ustanowiła ramy regulacyjne dla papierosów elektronicznych, znanych jako e-papierosy. Chociaż zobowiązanie do wprowadzenia tzw. jednolitych opakowań w całej UE zostało wycofane w wyniku lobbingu branżowego, dyrektywa stwierdza wyraźnie, że państwa członkowskie mogą je wprowadzić na szczeblu krajowym. W konsekwencji rządy różnych państw członkowskich ogłosiły plany wprowadzenia jednolitych opakowań (13). Philip Morris International i British American Tobacco, wspierane przez Japan Tobacco International i Imperial Tobacco, wniosły skargę przeciwko dyrektywie do sądów brytyjskich, argumentując, że delegując tak szerokie uprawnienia regulacyjne Komisji Europejskiej, UE przekroczyła swoje kompetencje prawne i naruszyła podstawowe prawa konsumentów do informacji o produkcie (13).

Odrębną, równoczesną skargę wniósł do Sądu Najwyższego w Londynie producent e-papierosów Totally Wicked, kwestionując legalność artykułu 20 dyrektywy, odnoszącego się konkretnie do regulacji e-papierosów. Po skierowaniu sprawy przez Sąd Najwyższy do TSUE w celu wydania orzeczenia w trybie prejudycjalnym, TSUE orzekł, że wszystkie aspekty dyrektywy w sprawie wyrobów tytoniowych (TPD) leżą w kompetencjach UE i są proporcjonalne do osiągnięcia wyznaczonych celów dyrektywy, w rezultacie czego dyrektywa TPD2 weszła w życie 20 maja 2016 r.

W lipcu 2014 r. rząd polski ogłosił również, że zakwestionuje legalność zakazu sprzedaży papierosów mentolowych i innych papierosów aromatyzowanych; jego skarga została poparta przez rząd Rumunii (14). Tymczasem firma tytoniowa Swedish Match zakwestionowała zakaz sprzedaży snusu poza Szwecją i Norwegią (14). Obie skargi zostały odrzucone przez TSUE. Chociaż skargi prawne przeciwko unijnym środkom ochrony zdrowia publicznego okazały się w dużej mierze nieskuteczne, w niektórych przypadkach TSUE orzekał na korzyść branży, co dowodzi, że skargi takie mogą blokować lub przynajmniej opóźniać przepisy, którym się sprzeciwiają. (1).

Studium przypadku 23. Polityka kształtowania cen alkoholu w Szkocji

Chociaż UE przyjęła szereg ważnych aktów prawnych dotyczących kontroli tytoniu, brakuje podobnych środków dotyczących alkoholu. W braku aktów prawnych, działania na poziomie UE przybrały formę koordynacji, a nie harmonizacji, w drodze Strategii UE dotyczącej alkoholu z 2006 r.; działania te obejmują partnerstwo z podmiotami branżowymi ukształtowane w sposób, który stanowiłby utrudnienie dla przemysłu tytoniowego (5, 15, 16).

Co więcej, środki wdrożone przez państwa członkowskie były kwestionowane przez przemysł alkoholowy z powodu domniemych naruszeń przepisów jednolitego rynku; należy tu wymienić propozycje rządu Szkocji z 2008 r. dotyczące wprowadzenia minimalnej ceny jednostkowej³ (MUP) alkoholu w celu rozwiązania problemu poważnych szkód związanych z alkoholem i nierówności zdrowotnych, gdy Zjednoczone Królestwo było państwem członkowskim UE (17, 18). Planom wprowadzenia MUP stanowczo sprzeciwiali się śmiało zabierający głos przedstawiciele przemysłu alkoholowego, który rozpoczął szeroko zakrojoną kampanię mającą na celu zmianę polityki oraz kampanię PR, mającą na celu usunięcie środków dotyczących cen alkoholu z projektu rządowego (19).

Strategie branżowe dążące do kształtowania prawa

W trakcie procesu legislacyjnego status Wielkiej Brytanii jako państwa członkowskiego UE dał podmiotom branżowym możliwość wpływania na treść proponowanych środków w ramach procesu konsultacji TSRD obowiązującego w momencie uchwalania ustawy MUP (1). Chociaż istniała pewna niepewność, czy skierowanie projektu do konsultacji było konieczne, jasno sformułowane intencje branży, aby zaskarżyć MUP, skłoniły rząd Szkocji do zachowania ostrożności (3). Niektóre państwa członkowskie, zwłaszcza te, w których działają krajowi producenci alkoholu, podnosiły kwestie związane z MUP, w tym rząd Polski, który w swoim stanowisku przytoczył oświadczenia polskiego stowarzyszenia piwowarów (20). Rząd Szkocji i NGO działające w sektorze ochrony zdrowia podjęły skuteczne działania kontrlobbingowe, aby wesprzeć tę politykę w Brukseli i stolicach państw, starając się rozwiązać obawy (2). Chociaż proces TSRD stworzył bariery polityczne, które rząd Szkocji musiał pokonać, jego propozycje wyszły z tego procesu w dużym mierze niezmienione.

Postępowania prawne

Po przyjęciu przepisów MUP, przemysł alkoholowy starał się uniemożliwić lub przynajmniej utrudnić ich wdrożenie, zaskarżając je na podstawie, że naruszają one krajową politykę konkurencji i prawa rynku wewnętrznego UE. Scotch Whisky Association (SWA) ogłosiło 19 lipca 2012 r. wszczęcie postępowania przeciwko rządowi Szkocji, a do jego działań dołączyły Spirits Europe i europejskie stowarzyszenie branży winiarskiej CEEV.

Potencjalnym precedensem w sprawie MUP było uznanie wcześniejszych prób wprowadzenia polityki cen minimalnych dla wyrobów tytoniowych w Austrii, Francji i Irlandii za sprzeczne z przepisami jednolitego rynku, na podstawie argumentu, że były one „równoważne ograniczeniom ilościowym” i że te same cele można osiągnąć za pomocą środków mniej reorganizujących handel, takich jak podatki (15, 16). Ustalanie cen jest kluczowym mechanizmem, za pomocą którego nowe, importowane produkty mogą konkurować z uznanymi, lokalnymi markami, a w zakresie, w jakim stanowiłoby to ograniczenie, ustalanie cen minimalnych byłoby antykonkurencyjne i utrudniałoby producentom ustalanie cen detalicznych swoich produktów.

cd.

³ Celem MUP jest ustalenie ceny minimalnej za standardowy napój. Jest to miara alkoholu, poniżej której nie można sprzedawać napojów alkoholowych.

W podobnym duchu SWA twierdziło, że polityka ta narusza artykuł 34 TFUE zakazujący ograniczeń ilościowych w przepływie towarów między państwami członkowskimi oraz wszelkich środków o skutku równoważnym, a także że żadne wyłączenie nie może być uzasadnione na podstawie artykułu 36 tego samego traktatu tym, że jest ono niezbędne dla „ochrony zdrowia i życia ludzi” (2, 3). Szkocki sąd apelacyjny zwrócił się do TSUE o wydanie orzeczenia w trybie prejudycjalnym w sprawie zgodności minimalnych cen z prawem UE. TSUE stwierdził, że chociaż MUP może być sprzeczna z artykułem 34, a zamierzone cele można osiągnąć za pomocą innych, mniej zakłócających handel środków, to jednak ponownie podkreślił, że to sądy krajowe są odpowiedzialne za ustalenie, czy MUP jest konieczna dla ochrony zdrowia ludzkiego, biorąc pod uwagę inne dostępne środki. W grudniu 2016 r. SWA odwołało się od decyzji sądów szkockich do Sądu Najwyższego Wielkiej Brytanii, który w listopadzie 2017 r. orzekł na korzyść rządu Szkocji, ostatecznie wyczerpując dostępne dla SWA drogi prawne. MUP weszła w życie w maju 2018 r., z sześciolatnim opóźnieniem między uchwaleniem przepisów a wdrożeniem środka mającego na celu ograniczenie rosnących poziomów szkód spowodowanych alkoholem.

Studium przypadku 24. Oznakowanie alkoholu w Irlandii

Irlandia przyciągnęła uwagę świata po przełomowych krokach, jakie podjęła, wprowadzając kompleksowe oznakowanie produktów alkoholowych pod kątem informacji zdrowotnych. Etykiety zawierają ostrzeżenia dotyczące alkoholu i raka, chorób wątroby i spożywania alkoholu w ciąży, a także informacje o wartości energetycznej i zawartości alkoholu w produkcie oraz link do strony internetowej poświęconej zdrowiu publicznemu. Ustawa, pierwotnie zaproponowana w 2013 roku i uchwalona przez Oireachtas (parlament irlandzki) w 2018 roku, została podpisana przez Ministra Zdrowia w 2023 roku. Branża zażądała kolejnego trzyletniego okresu przygotowawczego, co oznacza, że etykiety zostaną ostatecznie wprowadzone w maju 2026 roku. Znaczne opóźnienia we wdrażaniu tych środków były wynikiem dobrze zorganizowanej kampanii prowadzonej przez globalny przemysł alkoholowy. Oprócz nieustannej presji wywieranej na irlandzkich ustawodawców, w celu sprzeciwienia się i ukształtowania przepisów, podmioty branżowe starały się wykorzystać regulacje dotyczące handlu międzynarodowego i rynku wewnętrznego UE, aby sprzeciwić się wdrożeniu tej ustawy.

Etykietowanie alkoholu w UE

Alkohol, jako jedyny produkt spożywczy, został objęty odstępstwem od unijnego rozporządzenia z 2011 r. w sprawie informacji o żywności dla konsumentów (21), na mocy którego, w braku tego odstępstwa, napoje alkoholowe musiałyby być opatrzone podstawowymi informacjami o składnikach i wartości energetycznej, takimi jak te wymagane w przypadku napojów bezalkoholowych, w tym wód mineralnych. Przemysł alkoholowy twierdził, że wprowadzi ogólnounijny system samoregulacji etykietowania, a jego propozycja została ostatecznie przedłożona Komisji Europejskiej w 2018 r. (22). Podczas gdy dla niektórych kategorii produktów, takich jak wytwarzane przez producentów piwa, wprowadzono dobrowolne etykietowanie, inni, jak producenci napojów spirytusowych, tego nie zrobili. W związku z tym nigdy nie opracowano żadnej etykiety znormalizowanej dla całego sektora, a Komisja Europejska uznała obecnie potrzebę obowiązkowego wykazywania na etykiecie składników i wartości odżywczych (23). Podobnie, Europe Beating Cancer Plan (Europejski Plan Walki z Rakiem) zaleca dodanie ostrzeżeń o raku do etykiet produktów alkoholowych (24). Jednak do tej pory poczyniono niewielkie postępy w obu tych kwestiach (25).

Innowacje polityczne na poziomie państw członkowskich

Wobec braku kompleksowych i skutecznych działań na poziomie UE, rząd Irlandii dążył do ustanowienia przepisów dotyczących obowiązkowego oznakowania napojów alkoholowych, a także szeregu innych środków w zakresie zdrowia publicznego i kontroli spożycia alkoholu, takich jak MUP i ograniczenia w zakresie reklamy. Przy znaczącym poparciu ze strony grup społeczeństwa obywatelskiego, w 2022 r. opublikowano i zgłoszono UE w ramach procedury TRIS (26) przepisy prawa wtórnego określające dokładne wymagania dotyczące etykietowania, takie jak rozmiar i kolor czcionki. Wobec braku sprzeciwu ze strony KE, Minister Zdrowia podpisał te przepisy w maju 2023 r.

Sprzeciw branży

Branża alkoholowa twierdziła, że jednostronna decyzja Irlandii w sprawie obowiązkowego etykietowania napojów alkoholowych stanowi zły precedens dla jednolitego rynku UE, ze szczególnymi konsekwencjami dla małych producentów ponoszących koszty nowego systemu etykietowania (27). W ramach procedury TRIS sześć państw członkowskich przedstawiło uwagi, a dziewięć państw członkowskich wydało szczegółowe opinie, z których wiele odzwierciedlało obawy producentów wina dotyczące te branży. Odpowiedzi branży alkoholowej były dobrze skoordynowane i zawierały podobne argumenty. Powielając argumenty przedstawione wyżej odnośnie MUP, organizacja Spirits Europe twierdziła, że przepisy te „wywrą znaczący negatywny wpływ na prawidłowe funkcjonowanie jednolitego rynku UE, zakłócając swobodny przepływ i przepływy handlowe napojów alkoholowych między Irlandią a innymi państwami członkowskimi UE” (26).

Ponadto organizacja The Brewers of Europe twierdziła, że irlandzkie przepisy „utrudnią działania w obszarach, w których KE ogłosiła już zamiar wprowadzenia przepisów i są niezgodne z istniejącymi zharmonizowanymi przepisami UE dotyczącymi przekazywania konsumentom informacji na temat żywności” (26).

Argumenty te pokazują, jak podmioty branżowe angażują się w tzw. „venue shopping” – wybieranie najkorzystniejszej jurysdykcji – próbując rozgrywać przeciwko sobie różne konteksty polityczne i przenosić proces decyzyjny na poziom, na którym są w stanie najlepiej zabezpieczyć swoje interesy (13). Ciągły brak na szczelbu UE propozycji dotyczących wykazywania na etykietach składników i wartości odżywczych, pomimo wcześniejszego zobowiązania Komisji Europejskiej do ich przedstawienia do końca 2022 r., sugeruje, że kalkulacje przemysłu – że będzie on w stanie bardziej osłabić i opóźnić środki na poziomie UE – były uzasadnione (25, 28). Istniały również dowody na skoordynowane działania przemysłu mające na celu deprecjonowanie uznanych ustaleń naukowych, że alkohol powoduje raka i choroby wątroby, za pośrednictwem organizacji takich jak Drinks Ireland, powołujących się na raporty zleczone autorom i organizacjom, takim jak Gradient Corporation (26).

Blokowanie wdrażania

Pomimo że przepisy dotyczące etykietowania pokonały wszelkie przeszkody w ich przyjęciu, przemysł alkoholowy nadal próbuje utrudniać ich wdrażanie poprzez praktyki skierowane do Komitetu ds. Barier Technicznych w Handlu WTO, na forum którego państwa członkowskie przedstawiły argumenty podobne do tych podniesionych na poziomie UE. UE i WHO broniły stanowiska Irlandii, a liczba krajów zgłaszających zastrzeżenia do tych środków spadła z 12 do 6. Istnieją przykłady starań innych krajów mających na celu wprowadzenie etykietowania alkoholu, gdzie środki te zostały znacznie opóźnione lub pozostały bez wprowadzenia, często z wykorzystaniem międzynarodowego prawa handlowego (29). Jednak coraz częściej wprowadzanie obowiązkowych informacji zdrowotnych na etykietach odbywa się w różnych kontekstach – w Australii i Nowej Zelandii (30) obowiązkowe są widoczne ostrzeżenia dotyczące ciąży na produktach alkoholowych, a kraje takie jak Norwegia planują wprowadzenie ostrzeżeń o raku (31). Sukces Irlandii w tym obszarze może przyspieszyć ten proces w całej Europie i na świecie.

Podsumowanie

UE to złożony system wielopoziomowego zarządzania. Decyzje mające wpływ na NCD oraz na regulacje dotyczące produktów i branż będących ich głównymi wektorami, zapadają na szczelbu subkrajowym, krajowym i ponadnarodowym. Jak widzieliśmy w przypadku kontroli tytoniu, UE posiada znaczące uprawnienia do regulowania produktów szkodliwych dla zdrowia w kontekście swojego rynku wewnętrznego. Już jedno rozporządzenie lub dyrektywa przyjęte na tym szczelbu może określić politykę dla około 450 milionów ludzi, omijając polityczne zawirowania i sprzeciw branży w wielu krajowych procesach politycznych. Z tego powodu podmioty branżowe inwestują znaczne zasoby w lobbiny przeciwko przyjęciu takich środków i zapobieganiu ich wdrażaniu. Jednak rynek wewnętrzny UE to miecz obosieczny. Nadrzędność prawa UE ogranicza zdolność rządów krajowych do innowacji politycznych, a prawo jednolitego rynku stało się podstawą prawnych zaskarżeń polityk krajowych mających na celu wprowadzenie tzw. jednolitych opakowań wyrobów tytoniowych i MUP dla alkoholu. Orzeczenie

stwierdzające, że dany środek krajowy jest sprzeczny z prawem UE, może uniemożliwić jego przyjęcie w każdym miejscu na jednolitym rynku. Ponadto, przedlegislacyjna procedura TRIS stwarza dodatkowy potencjalny tzw. punkt weta dla polityk mających na celu zwalczanie NCD oraz okazję do opóźnienia i osłabienia treści proponowanych przepisów, a także możliwości dla podmiotów branżowych, które chcą zapobiec przyjęciu polityk mających na celu ograniczenie konsumpcji ich produktów.

Studia przypadków dostarczają informacji na temat sposobów, w jakie branża może wykorzystać możliwości oferowane przez jednolity rynek UE, oraz rodzajów argumentów, których używa, aby spróbować zablokować, opóźnić lub osłabić polityki, którym się sprzeciwia. Podmioty dążące do zmiany polityki w interesie zdrowia publicznego mogą wykorzystać te studia przypadków do opracowania własnych strategii przeciwdziałania i zidentyfikowania możliwości, jakie stwarzają unijne struktury prawne i zarządzania w zakresie ochrony i promowania zdrowia publicznego, jednocześnie uwzględniając ich kontekstualny charakter.

Sugestie dotyczące polityki

- Rządy krajowe i rzecznicy polityki zdrowotnej powinni być świadomi wpływu jednolitego rynku na kształtowanie polityki zdrowotnej.
- Komisja Europejska i rządy krajowe powinny ułatwiać zaangażowanie podmiotów społeczeństwa obywatelskiego w procedurę TRIS i zapewnić uwzględnienie zarówno interesów zdrowotnych, jak i handlowych.
- Komisja Europejska i rządy krajowe mogłyby rozważyć przyjęcie bardziej rygorystycznych wyłączeń kwestii zdrowia publicznego z przepisów jednolitego rynku, aby zminimalizować ryzyko opóźnienia, osłabienia lub uniemożliwienia realizacji polityki zdrowotnej z tych powodów.

1. Holden C, Hawkins B. Law, market building and public health in the European Union. *Global Social Policy*. 2018;18(1):45–61. <https://doi.org/10.1177/1468018117745689>.
2. Hawkins B, McCambridge J. Tied up in a legal mess: The alcohol industry's use of litigation to oppose minimum alcohol pricing in Scotland. *Scott Aff*. 2021a;29(1):3–23. doi: 10.3366/scot.2020.0304.
3. Hawkins B, McCambridge J. Alcohol policy, multi-level governance and corporate political strategy: the campaign for Scotland's minimum unit pricing in Edinburgh, London and Brussels. *Br J Polit Int Relat*. 2021b;23(3):391–409. doi: 10.1177/1369148120959040.
4. Immergut E. *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press; 1992.
5. Hawkins B, Holden C. A corporate veto on health policy? Global constitutionalism and investor–state dispute settlement. *J Health Polit Policy Law*. 2016;41(5):969–95. doi: 10.1215/03616878-3632203.
6. McKee M, Hervey T, Gilmore A. *Public Health Policies*. W: Mossialos E, Permanand G, Baeten R, Hervey T, editors. *Health Systems Governance in Europe: The Role of European Union Law and Policy*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
7. Brooks E, Lauber K. Administering a Chill Pill? Better Regulation and the Potential for Regulatory Chill in European Union Health Policy. *J Health Polit Policy Law*. 2024;11257072. doi: <https://doi.org/10.1215/03616878-11257072>.
8. Peeters S, Costa H, Stuckler D, McKee M, Gilmore AB. The revision of the 2014 European tobacco products directive: an analysis of the tobacco industry's attempts to 'break the health silo'. *Tobacco Control*. 2016;25:108–17. doi:10.1136/tobaccocontrol-2014-051919.
9. Hoerz M. Looking back at the tobacco lobbying battle: Philip Morris' allies in the European Parliament. W: Corporate Europe Observatory [strona internetowa]. Brussels: Corporate Europe Observatory Report; 2014 (<http://corporateeurope.org/power-lobbies/2014/05/looking-back-to-bacco-lobbying-battle-philip-morris-allies-european-parliament>, Dostęp: 30 maja 2024).
10. Boessen S, Maarse H. The impact of the treaty basis on health policy legislation in the European Union: A case study on the tobacco advertising directive. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:77. doi: 10.1186/1472-6963-8-77.
11. Hervey TK. Community and national competence in health after tobacco advertising. *Common Market Law Review*. 2001;38(6):1421–46. <https://doi.org/10.54648/395205>.
12. Mandal S, Gilmore A, Collin J, Weishaar H, Smith K, McKee M. Block, amend, delay: tobacco industry efforts to influence the European Union's Tobacco Products Directive (2001/37/EC). Brussels: Smokefree Partnership/Cancer Research UK; 2009 (<https://researchportal.bath.ac.uk/en/publications/block-amend-delay-tobacco-industry-efforts-to-influence-the-europ>, Dostęp: 30 maja 2024).
13. Hawkins B, Holden C, Mackinder S. A multi-level, multi-jurisdictional strategy: Transnational tobacco companies' attempts to obstruct tobacco packaging restrictions. *Global public health*. 2019;14(4):570–83. doi: 10.1080/17441692.2018.1446997.
14. Litigation relevant to regulation of novel and emerging nicotine and tobacco products: case summaries. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/340842>, Dostęp: 30 maja 2024). Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
15. Baumberg B, Anderson P. Health, Alcohol and EU Law: Understanding the Impact of European Single Market law on Alcohol Policies. *Eur J Public Health*. 2008;18(4):392–98. doi: 10.1093/eurpub/ckn026.
16. Rabinovich L, Brutscher PB, de Vires H, Cliff J, Reding A. The Affordability of alcoholic beverages in the European Union: Understanding the link between affordability, consumption and harms. Rand Europe Technical Report for the European Commission. RAND Corporation; 2009 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_rand_en.pdf, Dostęp: 30 maja 2024).
17. Changing Scotland's Relationship with Alcohol: A Framework for Action. Edinburgh: The Scottish Government; 2008 (<https://www.ias.org.uk/uploads/pdf/News%20stories/scotland-alcohol-report0209.pdf>, Dostęp: 29 maja 2024).
18. Hawkins B, Holden C, McCambridge J. Alcohol industry influence on UK alcohol policy: a new research agenda for public health. *Critical public health*. 2012;22(3):297–305. doi: 10.1080/09581596.2012.658027.
19. McCambridge J, Hawkins B, Holden C. Vested interests in addiction research and policy. The challenge corporate lobbying poses to reducing society's alcohol problems: insights from UK evidence on minimum unit pricing. *Addiction*. 2014;109(2):199–205. doi: 10.1111/add.12380.
20. Gornall J. Under the influence. *BMJ*. 2014;348:F7646. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.f7646>.
21. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 z dnia 25 października 2011 r. w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej. Dokument 02011R1169-20180101. W: Eur-Lex [strona internetowa]. European Union; 2011 (<https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2011/1169/2018-01-01>, Dostęp: 30 maja 2024).
22. Self-regulatory proposal from the european alcoholic beverages sectors on the provision of nutrition information and ingredients listing. Comité Européen des Entreprises Vins, European Federation of Origin Wines, CopaCogeca, European Confederation of Independent Winegrowers, SpiritsEurope, The Brewers of Europe, and European Cider and Fruit Wine Association; 2018 (fs_labelling-nutrition_legis_alcohol-self-regulatory-proposal_en.pdf, Dostęp: 30 maja 2024).
23. Report from the Commission to the European Parliament and the Council, regarding the mandatory labelling of the list of ingredients and the nutrition declaration of alcoholic beverages. Brussels; European Commission; 2017 (https://food.ec.europa.eu/system/files/2017-03/fs_labelling-nutrition_legis_alcohol-report_en.pdf, Dostęp: 30 maja 2024).
24. Europe's Beating Cancer Plan: Communication from the commission to the European Parliament and the Council. Brussels: European Commission; 2020 (https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf, Dostęp: 30 maja 2024).
25. Question for written answer E-000653/23 to the Commission Sara Cerdas (S&D). European Parliament; 2023 (P9_RE(2023)000653_EN.pdf (europa.eu), Dostęp: 30 maja 2024).
26. Notification of Draft Regulations Under Section 12 of the Public Health (Alcohol) Act 2018. W: TRIS – European Commission/Prevention of technical barriers to trade [strona internetowa]. European Commission; 2022 (<https://technical-regulation-information-system.ec.europa.eu/en/notification/17834>, Dostęp: 30 maja 2024).
27. Panzaru E. (2023). Ireland's unilateral decision on mandatory alcohol labels sets a bad precedent for the EU's Single Market. *The Parliament Magazine*. 1 March 2023 (<https://www.theparliamentmagazine.eu/news/article/irelands-unilateral-decision-on-mandatory-alcohol-labels-sets-a-bad-precedent-for-the-eus-single-market>, Dostęp: 30 maja 2024).
28. Reuters. EU lawmakers water down warnings on alcohol as cause of cancer. W: euronews.next/Tech News [strona internetowa]. Euronews; 16 February 2022 (<https://www.euronews.com/next/2022/02/16/eu-cancer-alcohol>, Dostęp: 30 maja 2024).
29. Stockwell T, Solomon R, O'Brien P, Vallance K, Hobin E. Cancer Warning Labels on Alcohol Containers: A Consumer's Right to Know, a Government's Responsibility to Inform, and an Industry's Power to Thwart. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(2):284–92. <https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.284>.
30. Australia and New Zealand Ministerial Forum Communique – 17 July 2020. W: Australian Government/food regulation/Activities and committees/Food Ministers' Meeting/ Food Ministers' Meeting communiqués [strona internetowa]. Australian Government; 2020 (<https://www.foodregulation.gov.au/activities-committees/food-ministers-meeting/communiqués/australia-and-new-zealand-ministerial-forum-communique-17-july-2020>, Dostęp: 30 maja 2024).
31. Beekmann L. (2022) Norwegian Directorate of Health recommends that alcoholic beverages be marked with a cancer warning. W: #AlcoholAndCancer [strona internetowa]. 6 April 2022 (<https://www.alcoholandcancer.eu/post/norwegian-directorate-of-health-recommends-that-alcoholic-beverages-be-marked-with-a-cancer-warning>, Dostęp: 30 maja 2024).

Rozdział 11.

Wykorzystywanie przez branże komercyjne kryzysów i sytuacji nadzwyczajnych



Główne punkty

- Firmy mogą wносить pozytywny wkład w społeczeństwo poprzez działania z zakresu CSR.
- Takie działania są promowane przez firmy jako forma marketingu.
- Pomoc firm w ramach reagowania kryzysowego, jest zazwyczaj wykorzystywana przez nie jako okazja do marketingu CSR.
- Zdrowie i dobrostan ludzi w sytuacjach kryzysowych są szczególnie narażone.
- Reagowanie na sytuacje kryzysowe powinno być odpowiednio planowane przez państwo, bez konieczności angażowania firm.
- Firmy działające w sektorach, które negatywnie wpływają na zdrowie, nigdy nie powinny mieć możliwości wykorzystywania reagowania na sytuacje kryzysowe jako okazji marketingowej.
- Niewłaściwe działania CSR wykorzystywane jako reagowanie na sytuacje kryzysowe potencjalnie naruszają obowiązki przedsiębiorstw w zakresie praw człowieka.
- Reagowanie na sytuacje kryzysowe jest niewłaściwym kontekstem dla działań CSR.

ONZ definiuje katastrofę jako „ zdarzenie, podczas którego zagrożenia, zarówno naturalne, jak i spowodowane przez człowieka, oddziałują na wrażliwe grupy ludności”.





© WHO / Artur Avtandilyan

Wstęp

ONZ definiuje katastrofę jako „zdarzenie, podczas którego zagrożenia, zarówno naturalne, jak i spowodowane przez człowieka, oddziałują na wrażliwe grupy ludności”. Sytuacje kryzysowe to „zdarzenia, podczas których rozmiary katastrofy przekraczają możliwości radzenia sobie dotkniętej nią społeczności. Społeczność międzynarodowa jest wzywana do reakcji, gdy skutki katastrofy przekraczają możliwości radzenia sobie danego kraju” (1). W zarządzaniu sytuacjami kryzysowymi i katastrofami, sytuacja kryzysowa to „wydarzenie, na które można zareagować, wykorzystując dostępne zasoby, co oznacza, że nie ma potrzeby zwracania się o pomoc zewnętrzną”. Katastrofa natomiast charakteryzuje się „skutkami, które przekraczają możliwości lokalnych służb reagowania i wymagają zasobów, które nie są dostępne lokalnie. Dlatego zdarzenie jest uznawane za „katastrofę”, gdy zachodzi potrzeba uzyskania pomocy zewnętrznej w celu poradzenia sobie z jego skutkami” (2).

Działania firm w sytuacjach kryzysowych mogą wpływać na zdrowie na kilka sposobów. Po pierwsze, istnieją skutki bezpośrednie, co oznacza, że decyzje mają natychmiastowy wpływ. Przykładem jest sytuacja, gdy działania firmy utrudniają obywatelom dostęp do towarów lub usług ratujących życie. Drugim przykładem są skutki pośrednie; nie są one od razu widoczne, a ich wystąpienie może zająć trochę czasu. Przykładem jest sytuacja, gdy firma wykorzystuje sytuację kryzysową do promowania produktów szkodliwych dla zdrowia, a utrzymywanie zwyczajowych lub nowych form handlu z czasem negatywnie wpływa na zdrowie. Trzecim przykładem są sytuacje, w których skutki bezpośrednie i pośrednie nakładają się na siebie, a więc sytuacja, gdy scenariusze pierwszy i drugi z powyższych zachodzą jednocześnie. W tym przypadku działania firmy uniemożliwiają natychmiastowy dostęp do towarów lub usług, co negatywnie wpływa na zachorowalność i śmiertelność ofiar sytuacji kryzysowej, a jednocześnie zachęcają do zakupu lub używania produktu szkodliwego dla zdrowia, który ma długotrwałe negatywne skutki zdrowotne.

Spółeczna odpowiedzialność biznesu (CSR)

Aby skutecznie działać, firma musi zyskać poparcie społeczne. Koszt uzyskania społecznej akceptacji umożliwiającej prowadzenie działalności różni się znacząco w zależności od instytucjonalnego obszaru działalności. Na przykład firma działająca w bezpośrednim kontakcie z klientem musi zapewnić harmonijne relacje ze społeczeństwem. Natomiast firma działająca w większym dystansie od społeczeństwa niekoniecznie będzie tak bardzo zainteresowana opinią publiczną – między innymi dlatego, że taki podmiot będzie cieszył się mniejszym zainteresowaniem niż podmiot bardziej znany społeczeństwu. Tę umowną relację między firmą a społeczeństwem można najlepiej zrozumieć za pomocą koncepcji z zakresu nauk o organizacji, zwanej legitymacją organizacyjną.

Legitymację organizacyjną można zdefiniować jako:

... stopień wsparcia kulturowego dla organizacji – stopień, w jakim szereg ugruntowanych relacji kulturowych wyjaśnia jej istnienie, funkcjonowanie i jurysdykcję, a także brak lub odmowę alternatyw... w pełni zalegitymizowana organizacja to taka, co do której nie można mieć żadnych wątpliwości (3).

Legitymacja organizacyjna jest zatem narzędziem pomiaru zgodności z ustalonymi normami i wartościami oraz społecznego osądu adekwatności cech i postępowania firmy (4). Firma jest uznawana za zalegitymizowaną, jeśli spełnia oczekiwania społeczne, co stanowi podstawę legitymizacji (5). Niespełnienie tych oczekiwań może oznaczać, że firma będzie miała trudności z przetrwaniem. To porozumienie społeczne nazywane jest umową lub licencją społeczną (6). Umowa społeczna to potwierdzenie, że firma ma wobec akcjonariuszy obowiązek generowania zysku. W zamian za pozwolenie na generowanie zysku, firma musi wywiązać się ze swoich zobowiązań wobec wszystkich interesariuszy, działając w sposób społecznie odpowiedzialny. Teoria legitymizacji moralnej rozwija koncepcję umowy społecznej, argumentując, że firma powinna wychodzić poza obiektywną odpowiedzialność. Innymi słowy, działanie w granicach prawa, zasad, polityki i zwyczajów; generowanie zysków dla akcjonariuszy; zapewnianie miejsc pracy; i płacenie podatków to minimalne standardy, jakich oczekuje się od firmy. Aby firma uzyskała legitymację moralną, musi wносить pozytywny wkład w społeczeństwo w sposób wykraczający poza te normatywne oczekiwania.

Większość firm wykorzystuje CSR do uzyskania legitymizacji moralnej i społecznej akceptacji (patrz rozdział 7). Chociaż istnieją różne akademickie koncepcje CSR, najpopularniejszy jest tzw. model analizy biznesowej. Logika modelu analizy biznesowej jest zgodna z legitymacją moralną, ponieważ ujmuje ona argumenty na rzecz zaangażowania w CSR jako założenie, że wsparcie korporacji dla kwestii społecznych przekłada się na zysk poprzez wsparcie konsumentów dla firmy, gdy zachowuje się ona etycznie i z poczuciem społecznej odpowiedzialności (7).

Oznacza to, że firmy często wykorzystują CSR jako narzędzie zarządzania reputacją. Na pierwszy rzut oka, firma, która odwdzięcza się społeczeństwu w zamian za wsparcie, może być postrzegana jako sytuacja korzystna dla obu stron. Nie ma wątpliwości, że istnieją programy CSR przynoszące obustronne korzyści. Jednak dobrze udokumentowane jest tak zwane „wybielanie szkód korporacyjnych” poprzez praktyki CSR. Dobrym przykładem tego jest zjawisko „greenwashing” które zostało zdefiniowane przez ONZ w następujący sposób: „Wprowadzając w błąd opinię publiczną, aby sądziła ona, że firma lub inny podmiot robi dla ochrony środowiska więcej niż w rzeczywistości, greenwashing promuje fałszywe rozwiązania kryzysu klimatycznego, które odwracają uwagę od konkretnych i wiarygodnych działań i opóźniają je” (8). Greenwashing, pojęcie po raz pierwszy użyte w 1986 roku (9), opisuje korporacyjne wybielanie szkód w obszarach środowiskowych. Tak zwane „social washing” (wybielanie społeczne) opisuje praktyki stosowane przez firmy w celu odwrócenia uwagi od negatywnych skutków społecznych poprzez „promowanie się jako społecznie odpowiedzialnych i etycznych. Może to obejmować wielki gest lub darowiznę, aby odwrócić uwagę od innych rzeczy, jakie robi firma” (10). Social washing ma szerszy zakres niż greenwashing i odnosi się do każdego problemu społecznego. Jego przykładem jest sytuacja, gdy firmy publicznie obchodzą Międzynarodowy Dzień Kobiet, a następnie są zywane do wyjaśnienia wprowadzonych przez nie różnic w wynagrodzeniach kobiet i mężczyzn.¹²

Szkody wyrządzone przez firmy, przesłaniane przez wybielanie, mogą być zarówno drobne, jak i mające dalekosiężny zasięg i katastrofalne. Niektóre szkody wyrządzone przez firmy mają tak niszczące skutki, że w 2011 r. ONZ przyjęła instrument mający pomóc państwom i przedsiębiorstwom w rozwiązywaniu, łagodzeniu i naprawianiu szkód, jakie przedsiębiorstwa mogą wyrządzać dla praw człowieka.

¹² Przykładem z realnego świata jest bot „Gender Pay Gap Bot” na X (Twitterze), który na bieżąco zamieszcza informacje o firmach używających hashtagu Międzynarodowego Dnia Kobiet, informując o luce płacowej między kobietami a mężczyznami. Więcej informacji można znaleźć tutaj: <https://twitter.com/paygapapp?lang=en>.

Wytyczne Organizacji Narodów Zjednoczonych (UNGP) stanowią decydujący instrument międzynarodowy dotyczący odpowiedzialności biznesu za prawa człowieka (11). Ramy te, przyjęte przez ONZ w 2011 r., składają się z trzech filarów i 31 zasad. Te trzy filary to:

1. „Obowiązek państwa chronienia praw człowieka”, który uznaje państwa za podmioty odpowiedzialne za przestrzeganie praw człowieka. Obowiązek ten jest prawnie wiążącym zobowiązaniem wynikającym z prawa międzynarodowego.
2. „Obowiązek firm poszanowania praw człowieka”, który ustanawia, po raz pierwszy w prawie międzynarodowym, odpowiedzialność przedsiębiorstw za nienaruszanie „praw człowieka innych podmiotów” oraz za „reagowanie na negatywny wpływ na prawa człowieka, w którym to wpływie mają udział”.
3. „Dostęp do środków zaradczych”, który wymaga od państw zapewnienia ofiarom naruszeń praw człowieka przez korporacje dostępu do instrumentów, które mogą zapewnić zadośćuczynienie za poniesione szkody.

UNGP nie nakładają na przedsiębiorstwa dodatkowych obowiązków prawnych dotyczących odpowiedzialności w zakresie praw człowieka. Prawo międzynarodowe jest zazwyczaj wiążące jedynie dla państw, a nie dla jednostek czy grup (12). Odgrywają one jednak kluczową rolę w określaniu międzynarodowych oczekiwań dotyczących odpowiedzialności przedsiębiorstw w sferze praw człowieka. Jednym z przykładów rosnącego znaczenia UNGP jest wykorzystanie tych filarów w postępowaniach sądowych. UNGP zostały przytoczone w sprawach Milieudefense i in. przeciwko Royal Dutch Shell [2021] (13) oraz Kaliña i Lud Lokono przeciwko Surinamowi [2015] (14).

Filar drugi, jako narzędzie ustanawiające odpowiedzialność przedsiębiorstw za prawa człowieka, jest kluczowym filarem, na którym należy się opierać przy wyznaczaniu granic zachowań biznesowych w społeczeństwie, gdy takie zachowania mogą naruszać prawa człowieka. Zasada 17 stanowi:

Aby identyfikować, zapobiegać, łagodzić i rozliczać się ze swojego negatywnego wpływu na prawa człowieka, przedsiębiorstwa powinny przeprowadzać analizę należytej staranności w zakresie praw człowieka. Proces ten powinien obejmować ocenę rzeczywistego i potencjalnego wpływu na prawa człowieka, integrację ustaleń i podejmowanie działań na ich podstawie, monitorowanie reakcji oraz informowanie o sposobie radzenia sobie z negatywnym wpływem.

Prawa człowieka ofiar sytuacji kryzysowych są obecnie bardziej zagrożone niż kiedykolwiek. Jeśli firma zdecyduje się na powołanie się na politykę CSR, aby przekazać darowiznę lub w jakikolwiek sposób zaangażować się w sytuację kryzysową, ma ona obowiązek, zgodnie z zasadą 17 UNGP, zapewnienia przeprowadzenia analizy należytej staranności w zakresie zarówno rzeczywistego, jak i potencjalnego wpływu swojego zaangażowania na prawa człowieka. Cały fundament CSR opiera się na skojarzeniu z marką i wymianie dobrych uczynków na kontynuację wymiany handlowej lub nową współpracę. Logicznie rzecz biorąc, gdy firma interweniuje w sytuacji kryzysowej i umieszcza logo marki na darowiznach lub informuje opinię publiczną o interwencji, CSR działa. I rzeczywiście, wykorzystywanie sytuacji kryzysowych lub katastrof jako inicjatywy CSR jest przedmiotem tak dużego zainteresowania dla społeczności biznesowej, że blogi i porady na ten temat są dostępne w sieciach profesjonalnych, takich jak LinkedIn (15). Jak wspomniano wcześniej, wsparcie biznesu w takich czasach może być bardzo ważne, ale jeśli działalność lub produkt firmy szkodzi lub może szkodzić prawom człowieka, takim jak zdrowie, to jest to problem biznesu i praw człowieka, naruszający zasadę 17 UNGP.

W tym rozdziale zaprezentowane zostaną studia przypadków, w których firmy wykorzystały sytuacje kryzysowe jako narzędzia CSR i w ten sposób potencjalnie naruszyły swój obowiązek wynikający z UNGP. Studium przypadku 25 analizuje zaangażowanie McDonald's w oferowanie darmowych posiłków głodnym dzieciom podczas pandemii COVID-19 w Wielkiej Brytanii (należy zauważyć, że jest to zderzenie dwóch sytuacji kryzysowych, ponieważ sytuacja kryzysowa miała miejsce podczas pandemii COVID-19, i uległa ona nasileniu przez kryzys kosztów utrzymania w Wielkiej Brytanii). Studium przypadku 2 omówi darowiznę Philip Morris International w postaci łóżek na oddziałach intensywnej terapii (OIOM) dla Grecji podczas pandemii COVID-19. Studium przypadku 3 posługuje się przykładem producentów mleka modyfikowanego (CMF) przekazujących mleko modyfikowane dla niemowląt podczas wojny na Ukrainie.



© WHO / Nik Neubauer

Studium przypadku 25. Interwencja McDonald's w obliczu kryzysu kosztów utrzymania

Wielka Brytania zmaga się z kryzysem kosztów utrzymania od końca 2021 roku (16). Kryzys ten został nazwany „sytuacją kryzysową zdrowia publicznego”, która może dotknąć całą populację, ale najbardziej narażone są „małe dzieci, rodzice samotnie wychowujący dzieci, rodziny wielopokoleniowe” (17). Zastosowanie definicji sytuacji kryzysowej ONZ (stwierdzającej, że dotknięta nim społeczność nie jest w stanie sobie z nią poradzić) potwierdza argument, że w Wielkiej Brytanii te wrażliwe grupy żyją w stanie zagrożenia. W 2022 roku odnotowano, że milion dzieci i 2,8 miliona dorosłych w Wielkiej Brytanii żyło w ubóstwie (18). Fundacja Josepha Rowntree (JRF) definiuje ubóstwo w następujący sposób:

Ludzie są uważani za żyjących w ubóstwie, jeśli nie są w stanie zaspokoić swoich najbardziej podstawowych potrzeb fizycznych, takich jak potrzeba ciepła, suchości, czystości i sytości. Może to wynikać z braku niezbędnych rzeczy, takich jak odzież, ogrzewanie, schronienie lub żywność. Albo ponieważ ich dochody są tak niskie, że nie są w stanie kupić tych rzeczy dla siebie.

W czerwcu 2023 r. Komitet Praw Dziecka ONZ wyraził obawy dotyczące dzieci mieszkających w Wielkiej Brytanii, m.in. w związku z ubóstwem (19). Komitet odnotował „z głębokim zaniepokojeniem dużą liczbę dzieci żyjących w ubóstwie, z brakiem bezpieczeństwa żywnościowego i bezdomnością... (20)”. W latach 2022–2023 organizacja charytatywna Trussell Trust z siedzibą w Wielkiej Brytanii, zajmująca się przekazywaniem żywności, dostarczyła 2,99 mln paczek z żywnością osobom cierpiącym głód w Wielkiej Brytanii (21). Raport Food Foundation z 2023 r., organizacji charytatywnej zajmującej się pomocą żywnościową z siedzibą w Wielkiej Brytanii, wykazał, że nierówności w zakresie zdrowia w Wielkiej Brytanii pogłębiają się i są większe niż w porównywalnych krajach (22).

W sytuacji zagrożenia zdrowia publicznego, takiej jak kryzys kosztów utrzymania, powstaje luka, jeśli państwo nie może lub nie zapewnia odpowiedniego wsparcia obywatelom (23). Organizacje społeczeństwa obywatelskiego zazwyczaj wypełniają tę lukę, a ze względu na związane z tym koszty, często zwracają się one do przedsiębiorstw o pomoc finansową.

cd.

FareShare to sieć organizacji charytatywnych w Wielkiej Brytanii, która przekazuje żywność osobom zagrożonym głodem (24). Sieć ta współpracuje z McDonald's od 2020 roku w ramach klasycznej współpracy CSR. McDonald's, jedna z największych i najbardziej rozpoznawalnych sieci fast food na świecie, promuje swoje wsparcie dla FareShare na różnych platformach, a w zamian FareShare otrzymuje wsparcie finansowe i produkcyjne, aby móc prowadzić działalność charytatywną (25, 26). Jest to przykład tego, jak McDonald's promuje się w mediach społecznościowych jako dobry obywatel korporacyjny. Warto zwrócić uwagę na hashtag „#EndChildFoodPoverty” (27).

Głodujące dzieci to kwestia, która mocno zwraca uwagę ludzi, a zatem stanowi cenny kapitał reputacyjny. Już samo to stanowi cenny marketing dla McDonald's, ale aby jeszcze bardziej przyciągnąć klientów, firma uruchomiła w 2022 roku program lojalnościowy. Oprócz początkowego zobowiązania do dostarczenia miliona posiłków, McDonald's ogłosił, że podczas Mistrzostw Świata FIFA (Fédération internationale de football association) za każde zamówienie złożone za pośrednictwem aplikacji w dniu meczowym w Wielkiej Brytanii (Anglii i Walii) firma przekaze 100 punktów lojalnościowych.¹³ McDonald's oświadczył, że oznacza to „redystrybucję dwóch posiłków za każde pięć zamówień złożonych za pośrednictwem aplikacji (26)”. W nocie redakcyjnej do komunikatu prasowego doprecyzowano, że „każde 1500 punktów lojalnościowych = 1,50 GBP, czyli równowartość sześciu posiłków dla FareShare”.

Inicjatywa ta jest częścią pakietu narzędzi marketingowych McDonald's, które zachęcają do lojalności wobec firmy czerpiącej zyski ze sprzedaży tzw. fast foodów, o których wiadomo, że są niezdrowe (28). Zachęca ona klientów do korzystania z McDonald's, i w tym przykładzie McDonald's odnosi korzyści ze zwiększonej liczby klientów, widoczności marki i powiązania z (i) organizacją charytatywną [FareShare] i (ii) wydarzeniem sportowym [Mistrzostwami Świata]. Dzięki temu, że klienci pobierają aplikację, firma potencjalnie zyskuje bezpośredni dostęp do klientów za pośrednictwem ich telefonów komórkowych, co jeszcze bardziej zakorzenia korporację w życiu klientów.

CSR jest powszechnie akceptowanym narzędziem marketingowym, które zachęca klientów do wsparcia i lojalności wobec firmy. Klasyczne partnerstwo charytatywne w ramach CSR – McDonald's i FareShare – pokazuje, jak firma wykorzystuje sytuację kryzysową, aby przedstawić markę jako wybawcę osób cierpiących w sytuacji kryzysowej (29, 30). McDonald's nie jest jedyną firmą, która to robi. Na przykład Iceland, supermarket specjalizujący się w sprzedaży przetworzonej żywności mrożonej, zainicjował program mający na celu „zapewnienie, że żadne dziecko w wieku szkolnym nie będzie głodne”, ogłaszając, że akceptuje „bony na bezpłatne posiłki szkolne” (31). Program ten działa podobnie jak w studium przypadku McDonald's, oferując krótkoterminowe rozwiązanie problemu społecznego bez zajmowania się jego główną przyczyną.

¹³ Punkty lojalnościowe to program lojalnościowy McDonald's, w ramach którego klienci mogą zdobywać punkty za zakupy w restauracjach McDonald's. Na stronie internetowej czytamy: „Za każdego pensa wydanego na produkty objęte programem w restauracji uczestniczącej w programie otrzymasz 1 punkt”. Klienci mogą wymienić punkty na produkty McDonald's po osiągnięciu określonej liczby punktów. Na przykład, 1500 punktów uprawnia do otrzymania „małych frytek, średniej sałatki, mini McFlurry®, placka ziemniaczanego, zwykłego napoju lub przekazania 1,50 funta na rzecz jednej z naszych partnerskich organizacji charytatywnych”. Klienci mogą przekazać swoje punkty na rzecz organizacji charytatywnej i wybrać, która z organizacji charytatywnych McDonald's skorzysta z ich wsparcia (wśród nich jest FareShare). Więcej informacji o punktach McDonald's podano tutaj: <https://www.mcdonalds.com/gb/en-gb/good-to-know/in-our-restaurants/my-mcdonalds-app/rewards.html#:~:text=First%2C%20go%20to%20the%20Rewards,and%20%C2%A35.50%20for%205500>. W ramach promocji FIFA, McDonald's poinformował a swojej stronie internetowej: „McDonald's przekazuje również 100 punktów lojalnościowych za każde zamówienie złożone za pośrednictwem aplikacji McDonald's w dniach meczów piłki nożnej Walii i Anglii między 19 listopada a 19 grudnia 2022 r. Odpowiada to redystrybucji dwóch posiłków na każde pięć zamówień złożonych za pośrednictwem aplikacji. Każde 1500 punktów lojalnościowych = 1,50 GBP lub równowartość sześciu posiłków w ramach FareShare”. Więcej informacji na temat promocji FIFA w McDonald's podano tutaj: <https://www.mcdonalds.com/gb/en-gb/newsroom/article/redistribution-of-over-1million-meals.html>.

Studium przypadku 26. Philip Morris International a pandemia COVID-19

Global Centre for Good Governance in Tobacco Control (GGTC)¹⁴ opublikowało serię studiów przypadku ilustrujących, jak przemysł tytoniowy wykorzystał pandemię COVID-19 do wybielenia swojej reputacji (32). GGTC podaje, że (32):

Przemysł tytoniowy, o którym wiadomo, że jest wektorem epidemii tytoniowej, powodując co najmniej 1,4 biliona dolarów strat ekonomicznych rocznie oraz 8 milionów zgonów, obecnie dodatkowo przyczynia się do wzrostu obciążenia systemu opieki zdrowotnej w czasie pandemii COVID-19. Aby Guwernantce uniknąć wykrycia win tego przemysłu w czasie kryzysu, wybiela on swój wizerunek poprzez darowizny, w szczególności dla rządów i urzędników państwowych, w gotówce, w środkach ochrony osobistej (PPE) oraz sprzęcie medycznym, takim jak respiratory oraz badania nad szczepionkami i dostawy szczepionek. Co istotne, darowizna przemysłu tytoniowego, będąca formą społecznej odpowiedzialności biznesu (CSR), jest nieproporcjonalna do wartości szkód, jakie wyrządza on gospodarce. Tak zwane praktyki CSR przemysłu tytoniowego pozwalają mu wprowadzać na rynek niebezpieczne i uzależniające produkty oraz podważają wiarygodność rządów i ich zaangażowanie we wdrażanie globalnego traktatu o kontroli tytoniu (FCTC WHO). Zgodnie z artykułem 5.3 traktatu, rządy muszą chronić swoją politykę zdrowia publicznego przed interesami komercyjnymi i partykularnymi interesami przemysłu tytoniowego, co wymaga denormalizacji tzw. CSR przemysłu tytoniowego.

W ramach studiów przypadków przedstawionych przez GGTC podano przykłady stosowania strategii CSR przez przemysł tytoniowy podczas pandemii COVID-19 w różnych jurysdykcjach, takich jak Kanada, Indie i Stany Zjednoczone. Przykłady w Europie obejmowały Bułgarię, Włochy, Serbię i Ukrainę. W niniejszym rozdziale podano przykład przemysłu tytoniowego wykorzystującego pandemię COVID-19 do wybielenia swojej reputacji w Grecji.

Philip Morris International to wiodąca na świecie międzynarodowa firma tytoniowa. W szczytowym okresie pandemii COVID-19 wytyczne dotyczące zdrowia publicznego zalecały rzucenie palenia, ponieważ praktyka ta wiązała się z gorszymi wynikami leczenia u pacjentów z chorobą wywołaną tym wirusem (33). Na początku rozprzestrzeniania się pandemii COVID-19 w Europie, 18 marca 2020 r., dyrektor ds. komunikacji Philip Morris International w Grecji napisał na Twitterze, że Philip Morris International pozyskała, zakupiła i dostarczyła respiratory na oddziały intensywnej terapii w Grecji, aby „pomóc spłaszczyć krzywą (34)”. Wówczas minister zdrowia Grecji publicznie podziękował Philip Morris International za darowiznę (35).

Krytyka tego posunięcia ze strony Philip Morris International była natychmiastowa. Poniżej przedstawiono niektóre z zarejestrowanych reakcji (35).

Deborah Arnott, dyrektor generalna Action on Smoking and Health,¹⁵ skrytykowała motyw Philip Morris International, mówiąc: „To haniebny chwyt reklamowy Philip Morris International, właściciela Papastratos¹⁶ i posiadacza 40% udziału w greckim rynku tytoniowym”.

Constantine Vardavas, adiunkt w Szkole Medycznej Uniwersytetu Kreteńskiego, powiedział: „Jeśli palenie rzeczywiście predysponuje ludzi do wystąpienia niepożądanych skutków COVID-19, to zabawne jest dawanie respiratorów, a jednocześnie sprzedawanie produktu, który prowadzi do gorszych wyników leczenia”.

¹⁴ GGTC to organizacja społeczeństwa obywatelskiego z siedzibą w Tajlandii. Organizacja „współpracuje z rzecznikami, rządami i instytucjami na całym świecie, aby stawić czoła największej przeszkodzie we wdrażaniu kontroli tytoniu: ingerencji przemysłu tytoniowego”. Jej misją jest „zapewnienie światu strategii i narzędzi do przeciwdziałania ingerencji przemysłu tytoniowego oraz promowania spójności polityki w zakresie kontroli tytoniu na poziomie krajowym, regionalnym i globalnym”. Źródło: GGTC. W GGTC/About GGTC [strona internetowa]. Bangkok: GGTC; 2024 (<https://ggtc.world/about-ggtc>).

¹⁵ Action on Smoking and Health to brytyjska organizacja charytatywna zajmująca się zdrowiem publicznym. Źródło: ash/About ASH [website]. London: ash; 2024 (<https://ash.org.uk/>).

¹⁶ Papastratos jest spółką stowarzyszoną Philip Morris International i największą firmą tytoniową w Grecji. Źródło: Grecja. W: Philip Morris International/Grecja [strona internetowa] (<https://www.Philip Morris International.com/markets/greece/en/overview>).

Studium przypadku 27. Branża mleka modyfikowanego podczas wojny na Ukrainie

Niemowlęta i małe dzieci są szczególnie narażone w sytuacjach kryzysowych (36). Karmienie piersią chroni te populacje, ponieważ mleko matki stanowi odżywcze i niezawodne pożywienie, które zapobiega infekcjom (37). Szeroka dostępność i nieukierunkowana dystrybucja CMF, rodzaju substytutu mleka matki, zmniejsza chęć do karmienia piersią, zwiększając tym samym ryzyko chorób i śmierci wśród niemowląt i małych dzieci (38).

Darowizny CMF przyczyniają się do złych praktyk dystrybucji w sytuacjach kryzysowych (39). Wytyczne operacyjne dotyczące karmienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych zabraniają dokonywania darowizn i przyjmowania darowanych preparatów do początkowego żywienia niemowląt i produktów pokrewnych (40).¹⁷ Mimo to branża CMF aktywnie uczestniczy w darowiznach preparatów do początkowego żywienia niemowląt w sytuacjach kryzysowych (41, 42), a niektóre firmy reklamują tę praktykę, demonstrując swoją CSR. Ta praktyka, która powinna mieć charakter całkowicie nienastawiony na zysk, może raczej służyć tworzeniu przyszłych rynków (43).

Na przykład, w bezpośrednim i długofalowym następstwie pełnoskalowej inwazji na Ukrainę w 2022 roku, rozległe i nieuregulowane darowizny produktów CMF dla niemowląt i dzieci negatywnie wpłynęły na programy żywienia niemowląt i małych dzieci (44). Jednak przed inwazją karmienie piersią było wspierane i powszechnie praktykowane w ukraińskim społeczeństwie i systemie opieki zdrowotnej. Nieco ponad 50% niemowląt było karmionych wyłącznie piersią do szóstego miesiąca życia (cel Światowego Zgromadzenia Zdrowia na 2025 rok dla niemowląt karmionych wyłącznie piersią wynosi 50%, więc wyniki Ukrainy sprzed wojny uważa się za dobre), a tylko 14,8% było karmionych wyłącznie mlekiem modyfikowanym (44). Ponadto 92% szpitali położniczych i 66% szpitali pediatrycznych uzyskało akredytację Baby Friendly Hospital Initiative (Inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku”) (45).¹⁸

Na początku kryzysu, w odpowiedzi na wojnę na Ukrainie, konsorcjum organizacji, w tym Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF), Biuro Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Uchodźców (UNHCR) i organizacje pozarządowe, wydały wspólne oświadczenie, w którym wyraźnie zakazywano pozyskiwania, przyjmowania lub dystrybucji darowizn w postaci substytutów mleka kobiecego, takich jak produkty CMF i komercyjna żywność uzupełniająca (46). Porozumienie między ukraińskim Ministerstwem Zdrowia a UNICEF ustanowiło oficjalny system ukierunkowanej dystrybucji produktów CMF i komercyjnej żywności uzupełniającej osobom ich potrzebującym. Pomimo tego wsparcia instytucjonalnego, masowe darowizny produktów CMF dla niemowląt i komercyjnej żywności uzupełniającej, w tym bezpośrednio od branży CMF, były dokonywane poza tym oficjalnym systemem przez inne organizacje. Szeroka dostępność i nieuregulowana dystrybucja darowanych CMF zostały zidentyfikowane jako krytyczna bariera dla odpowiednich praktyk żywienia w sytuacjach kryzysowych, takich jak wczesne rozpoczęcie karmienia piersią u noworodków, kontynuowanie karmienia piersią i relaktacja (44).

¹⁷ Wytyczne te zostały opracowane przez Emergency Nutrition Network (ENN). Źródło: Our Work. W: ENN/Our work [website] (<https://www.enonline.net/operationalguidance-v3-2017>).

¹⁸ Akredytacja oznacza, że szpital jest akredytowany jako szpital przyjazny karmieniu niemowląt. Akredytacja Baby Friendly opiera się na powiązanych standardach opartych na dowodach naukowych dotyczących usług położniczych, pielęgniarstwa środowiskowego, neonatologii i ośrodków dziecięcych. Jest to inicjatywa UNICEF. Źródło: Accreditation. W: UNICEF United Kingdom/Accreditation [strona internetowa]. Londyn: UNICEF (<https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/accreditation/>).

Kiedy państwa nie mogą zapewnić lub nie zapewniają zasobów i funduszy na ochronę wrażliwych obywateli przed skutkami sytuacji kryzysowych, do wypełnienia tej luki potrzebne są organizacje charytatywne.



© WHO / Uka Borregaard

Podsumowanie

Gdy państwa nie mogą zapewnić lub nie zapewniają zasobów i finansowania, aby chronić wrażliwych obywateli przed skutkami sytuacji kryzysowych, aby wypełnić tę lukę niezbędne są organizacje charytatywne. Jednak organizacje charytatywne nie dysponują środkami, aby samodzielnie wykonywać tę pracę. Chociaż angażowanie firm w pomoc w sytuacjach kryzysowych może wydawać się korzystne, takie gesty mogą wiązać się z problemami dla zdrowia i praw człowieka. Kojarzenie marek czerpiących zyski z niezdrowych lub szkodliwych dla zdrowia produktów z przekazami dotyczącymi rozwiązywania problemów społecznych to strategia marketingowa, na którą nie wolno pozwolić. Rządy mają obowiązek reagowania na sytuacje kryzysowe i są odpowiedzialne za to, aby to robić bez konieczności angażowania się firm w tę reakcję.

HHI już boryka się z ograniczeniami marketingowymi w regionie europejskim. Coraz częściej firmom z branży fast food zabrania się bezpośredniego marketingu skierowanego do dzieci.¹⁹ Dlatego logiczne jest, że proces regulacyjny ewoluje, aby zapewnić, że dany kanał marketingowy nie zostanie odcięty tylko po to, aby pozwolić na zastąpienie go innym.

Jednym z zaleceń wynikających z przeglądu ukraińskiej reakcji na kryzys (omówionego w Studium przypadku 26) jest konieczność wzmocnienia przez społeczność globalną strategii i ram regulacyjnych w celu „zapobiegania szkodliwym i niewłaściwym darowiznom” (44) produktów CMF w celu ochrony niemowląt i małych dzieci w przyszłych sytuacjach kryzysowych. Chociaż należy przyznać, że produkty CMF mogą ratować życie w sytuacjach kryzysowych, zalecenie uregulowania podejścia w sytuacjach kryzysowych dla tej branży jest szczególnie ważne, biorąc pod uwagę bezbronność niemowląt i małych dzieci. Potrzeba współpracy w celu ustanowienia standardów zaangażowania przedsiębiorstw w reagowanie kryzysowe dotyczy wszystkich branż, które mogą wpływać na wyniki zdrowotne.

Planowanie ma kluczowe znaczenie w sytuacjach kryzysowych. Rozwiązania wielu problemów wynikających z sytuacji kryzysowych muszą pochodzić z odpowiedniego finansowania państwowego, a HHI nie powinny być częścią reakcji kryzysowych. W przyszłości plany gotowości na wypadek sytuacji kryzysowych powinny określać zasady dotyczące roli przedsiębiorstw w sytuacjach kryzysowych. Idealnie byłoby, gdyby państwa były w stanie zarządzać zdrowiem i dobrostanem obywateli bez wsparcia ze strony przedsiębiorstw nastawionych na zysk, poprzez odpowiednie systemy podatkowe itd. W sytuacjach, w których nie jest to możliwe i konieczne jest wsparcie ze strony przedsiębiorstw nastawionych na zysk, państwa powinny rozszerzyć wytyczne zakazujące lub ograniczające marketing w określonych branżach, aby obowiązywały one w sytuacjach nadzwyczajnych. Innymi słowy, firmy nie powinny mieć możliwości tworzenia luk marketingowych ani możliwości reklamowych w sytuacjach kryzysowych.

¹⁹ W ramach strategii rządu Wielkiej Brytanii mającej na celu ograniczenie wskaźnika otyłości, wprowadzono przepisy ograniczające reklamy niektórych produktów spożywczych o wysokiej zawartości tłuszczu, soli lub cukru (HFSS). Do tej kategorii zaliczają się produkty firm fast food, takie jak McDonald's. Patrz Health and Care Act 2022 321(1)(b) na stronie: <https://www.legislation.gov.uk/ukp-ga/2022/31/contents/enacted>, dostęp 10 kwietnia 2024 r. Patrz także kraje, takie jak Portugalia (pierwszy kraj w UE, który wprowadził regulacje dotyczące cyfrowego marketingu niezdrowej żywności skierowanego do dzieci) w dokumencie „Future steps to tackle obesity: digital innovations into policy and actions. Conference report (29 czerwca 2021 r.)” dostępnym tutaj: WHO-EURO-2022-4764-44527-63040-eng.pdf, dostęp 11 kwietnia 2024 r. Zobacz także dyrektywę Blueprint napisaną przez czołowych ekspertów w dziedzinie zapobiegania otyłości, która przedstawia, w jaki sposób UE mogłaby regulować marketing produktów szkodliwych dla zdrowia w UE: [blueprint-eu-directive-protect-children-against-the-marketing-of-nutritional-ly-poor-food-final-november2021.pdf](https://www.who.int/publications/m/item/blueprint-eu-directive-protect-children-against-the-marketing-of-nutritional-ly-poor-food-final-november2021.pdf) (epha.org), dostęp 10 kwietnia 2024 r.



Sugestie dotyczące polityki

- Plany gotowości na wypadek sytuacji kryzysowych muszą uwzględniać wpływ zaangażowania przedsiębiorstw w reagowanie.
- Obowiązujące przepisy krajowe regulujące marketing skierowany do grup wrażliwych powinny zostać rozszerzone tak, aby objęły sytuacje kryzysowe.
- Przedsiębiorstwa zaangażowane w reagowanie na sytuacje kryzysowe nie powinny być powiązane z produktami szkodliwymi dla zdrowia.
- Podczas opracowywania planów gotowości na wypadek sytuacji kryzysowych należy korzystać z obowiązujących kodeksów i instrumentów międzynarodowych. Do najważniejszych z nich należą:
 - International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes (Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiece)
 - UN Guiding Principles on Business and Human Rights (Wytyczne ONZ dotyczące Biznesu i Praw Człowieka).

1. Definition of Complex Emergencies. W: Inter-Agency Standing Committee Working Group XVI Meeting, 30 listopada 1994 [strona internetowa]. (https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2014-12/WG16_4.pdf, Dostęp: 3 czerwca 2024.)
2. Emergency and Disaster Management. W: UN Office for Outer Space Affairs UN-SPIDER Knowledge Portal/Risks and Disasters/Emergency and Disaster Management [strona internetowa]. United Nations (<https://www.un-spider.org/risks-and-disasters/emergency-and-disaster-management#no-back>, Dostęp: 3 czerwca 2024.)
3. Meyer JW, Scott RW. Organizational environments: Ritual and rationality. Sage Publications; 1983.
4. O'Foreman P, Whitten DA, Mackey A. An Identity-Based View of Reputation, Image, and Legitimacy: Clarifications and Distinctions Among Related Constructs. W: Barnett ML, Pollock TG, editors. The Oxford Handbook of Corporate Reputation. Oxford University Press; 2012 (str. 179–200) (<https://academic.oup.com/edited-volume/38669/rozdzial-abstract/335830907?redirectedFrom=fulltext>, Dostęp: 3 czerwca 2024.)
5. Suchman MC. Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches. *Academy of Management Review*. 1995;20(3):571–610 <https://doi.org/10.5465/amr.1995.9508080331>
6. Reich RB. The new meaning of corporate social responsibility. *California Management Review*. 1998;40(2):8–17. doi:10.2307/41165930.
7. McWilliams A, Siegel D. Corporate Social Responsibility: A Theory of The Firm Perspective. *The Academy of Management Review*. 2001;26(1):117–27. <https://doi.org/10.2307/259398>
8. Greenwashing – the deceptive tactics behind environmental claims. W: UN Climate Action [strona internetowa]. United Nations (<https://www.un.org/en/climatechange/science/climate-issues/greenwashing#:~:text=By%20misleading%20the%20public%20to,some%20more%20obvious%20than%20others>), Dostęp: 3 czerwca 2024.)
9. Orange E, Cohen AM. From eco-friendly to eco-intelligent. *The Futurist*. 2010;44(5):28–32.
10. What is Social Washing? W: ESG The Report [strona internetowa]. Ottawa: ESG The Report; 2021 (<https://esgthereport.com/what-is-social-washing/>, dostęp: 5 czerwca 2024.)
11. Special Representative of the Secretary-General on the issue of human rights and transnational corporations and other business enterprises. Guiding Principles on Business and Human Rights: Implementing the United Nations “Protect, Respect and Remedy” Framework. United Nations; 2011.
12. Improving Accountability and Access to Remedy for Business and Human Rights Abuses: A submission from the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) on the Third Revised Draft of the legally binding instrument (LBI) to regulate, in international human rights law, the activities of transnational corporations and other business enterprises. (2021) United Nations Human Rights Office of the high commissioner; 18 October 2021 (<https://www.ohchr.org/sites/default/files/2021-11/igwg-7th-ohchr-submission.pdf>, dostęp: 5 czerwca 2024.)
13. Milieudéfense and Others v. Royal Dutch Shell PLC and Others, C/09/571932. The Hague District Court, 2021 at 4.4.11.
14. Kaliña and Lokono Peoples v. Suriname, No 309. Inter-American Court of Human Rights Series C, 2015 at 224.
15. What are the key considerations when developing CSR initiatives for disaster relief? W: LinkedIn/Business Administration/Corporate Social Responsibility [strona internetowa]. LinkedIn <https://www.linkedin.com/advice/1/what-key-considerations-when-developing-2qdje>, Dostęp: 3 czerwca 2024.)
16. The cost of living crisis. W: Crisis/Ending homelessness [strona internetowa]. London: Crisis UK (<https://www.crisis.org.uk/ending-homelessness/the-cost-of-living-crisis/#:~:text=The%20UK%20has%20been%20experiencing,living%20crisis%20since%20late%202021>), Dostęp: 3 czerwca 2024.)
17. Meadows J, Montano M, Alfar AJK, Başkan ÖY, De Brún C, Hill J, et al. The impact of the cost-of-living crisis on population health in the UK: rapid evidence review. *BMJ Public Health*. 2024;24(561). doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17940-0>.
18. Flagship study finds a million children experienced destitution in the UK last year. W: Joseph Rowntree Foundation/News [strona internetowa]. York: Joseph Rowntree Foundation; 2023 (<https://www.jrf.org.uk/news/flagship-study-finds-a-million-children-experienced-destitution-in-the-uk-last-year>, Dostęp: 3 czerwca 2024.)
19. Concluding observations on the combined 6th and 7th periodic reports of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. UN Committee on the Rights of the Child, 93rd Session; 22 June 2023 (<https://digitallibrary.un.org/record/4013807?v=pdf>, dostęp: 5 czerwca 2024.)
20. Concluding observations on the combined 6th and 7th periodic reports of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. UN Committee on the Rights of the Child, 93rd Session; 22 June 2023 (para. 46) (<https://digitallibrary.un.org/record/4013807?v=pdf>, dostęp: 5 czerwca 2024.)
21. Food poverty: Households, food banks and free school meals. W: UK Parliament/House of Commons Library/Research Briefing [strona internetowa]. UK Parliament, House of Commons Library; 2023 (<https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-9209/>, dostęp: 5 czerwca 2024.)
22. Goudie S. The Broken Plate 2023: The State of the Nation's Food System. The Food Foundation; 2023 (page 48) (https://foodfoundation.org.uk/sites/default/files/2023-10/TFF_The%20Broken%20Plate%202023_Digital_FINAL.pdf, dostęp: 5 czerwca 2024.)
23. Sticking Plasters and Systemic Solutions. Cost of Living Responses in the UK. University of York Cost of Living Group; 2023. [https://www.york.ac.uk/media/policyengine/costoflivingresearchgroup/Cost%20of%20Living%20report%20\(5\)%20\(1\).pdf](https://www.york.ac.uk/media/policyengine/costoflivingresearchgroup/Cost%20of%20Living%20report%20(5)%20(1).pdf), Dostęp: 3 czerwca 2024.)
24. Who we are, What we do. W: FareShare [strona internetowa]. FareShare (<https://fareshare.org.uk/>, Dostęp: 3 czerwca 2024.)
25. McDonald's announces Christmas campaign in support of FareShare. W: FareShare/News [strona internetowa]. FareShare; 2021 (<https://fareshare.org.uk/news-media/news/mcdonalds-announces-christmas-campaign-in-support-of-fareshare/>, Dostęp: 11 kwietnia 2024.)
26. McDonald's funds redistribution of over 1m meals this winter through charity partner FareShare [strona internetowa]. W: McDonald's/Newsroom. McDonald's; 2022 (<https://www.mcdonalds.com/gb/en-gb/newsroom/article/redistribution-of-over-1million-meals.html>, Dostęp: 3 czerwca 2024.)
27. McDonald's UK. We are delighted to increase our funding for @FareShareUK to enable them to redistribute 5 million meals to families in need until April 2021. W: Twitter/X [post online]. Twitter/X; 12 listopada 2020 (<https://twitter.com/McDonaldsUK/status/1326813840974155776>, dostęp: 5 czerwca 2024.)
28. Stender S, Dyerberg J and Astrup A. Fast food: unfriendly and unhealthy. *Int J Obes*. 2007;31(6):887–890. doi: 10.1038/sj.ijo.0803616.
29. Simon M. Food Revolution Network, Cloning around with Charity: How McDonald's Exploits Philanthropy and Targets Children. 2013 ([Cloning_Around_Charity_Report_Full.pdf](https://fareshare.org.uk/news-media/news/mcdonalds-announces-christmas-campaign-in-support-of-fareshare/) (eatdrinkpolitics.com, Dostęp: 10 kwietnia 2024.)
30. Campbell N, Finucane F. McDonald's is a social and healthcare burden – whatever its charity PR might indicate. W: The Conversation/Business + Economy [strona internetowa]. The Conversation; 2018 (<https://theconversation.com/mcdonalds-is-a-social-and-healthcare-burden-what-ever-its-char-ity-pr-might-indicate-105627>, Dostęp: 3 czerwca 2024.)
31. Free School Meal vouchers accepted in Iceland and The Food Warehouse. W: Doing it right Iceland [strona internetowa]. Iceland; 2020 (<https://sustainability.iceland.co.uk/news/free-school-meal-vouchers-accepted-in-iceland-and-the-food-warehouse/>, Dostęp: 4 czerwca 2024.)
32. Tobacco Industry's COVID Donations Vs Economic Cost of Tobacco. W: Global Centre for Good Governance for Tobacco Control [strona internetowa]. Bangkok: Global Centre for Good Governance for Tobacco Control; 2021 (<https://ggtc.world/knowledge/sustainability-and-human-rights/tobacco-industrys-covid-donations-vs-economic-cost-of-tobacco>, Dostęp: 4 czerwca 2024.)

33. Coronavirus disease (COVID-19): Tobacco. W: WHO/COVID-19 [strona internetowa]. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-tobacco>, Dostęp: 4 czerwca 2024.)
34. Stavros Drakoularakos. Sourcing, purchasing and delivering 19 high-tech ventilators, with another 31 on the way in the coming days, to the @ypygr in order to equip the under-development ICUs aiming to ramp-up Greece's capacity in order to "flatten the curve". W: Twitter/X [online post]. Twitter/X; 18 March 2020 (<https://twitter.com/sdrak/status/1240268091499692033>, dostęp: 5 czerwca 2024).
35. Chapman M. Big Tobacco criticised for 'coronavirus publicity stunt' after donating ventilators. W: The Bureau of Investigative Journalism/Food And Drugs/Big Tobacco [strona internetowa]. London: The Bureau of Investigative Journalism; 2020 (<https://www.thebureauinvestigates.com/stories/2020-03-30/Philip-Morris-International-criticised-for-coronavirus-pr-stunt-ventilator-donation/>, Dostęp: 4 czerwca 2024).
36. Gribble K, Peterson M, and Brown D. Emergency preparedness for infant and young child feeding in emergencies (IYCF-E): an Australian audit of emergency plans and guidance. *BMC Public Health*. 2019;19 (1278). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7528-0>.
37. Global Breastfeeding Collective. Breastfeeding in Emergency Situations. United Nations Children's Fund and World Health Organization; 2018 (<https://www.globalbreastfeedingcollective.org/media/376/file/Breastfeeding%20in%20emergency%20situations.pdf>, Dostęp: 4 czerwca 2024.)
38. Hwang CH, Iellamo A, Ververs M. Barriers and challenges of infant feeding in disasters in middle- and high-income countries. *Int Breastfeed J*. 2021;16 (62). <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00398-w>.
39. Gribble KD, Palmquist AE. 'We make a mistake with shoes [that's no problem] but... not with baby milk': Facilitators of good and poor practice in distribution of infant formula in the 2014-2016 refugee crisis in Europe. *Maternal & Child Nutrition*. 2022;18 (1) :e13282. <https://doi.org/10.1111/mcn.13282>.
40. IFE Core Group. Infant and young child feeding in emergencies: Operational Guidance for Emergency Relief Staff and Programme Managers, Version 3 (page 20). Oxford: Emergency Nutrition Network; 2017 (https://www.enonline.net/attachments/3127/Ops-G-English_04Mar2019_WEB.pdf, Dostęp: 4 czerwca 2024).
41. Baker P, Smith J, Salmon L, Friel S, Kent G, Iellamo A, et al. Global trends and patterns of commercial milk-based formula sales: is an unprecedented infant and young child feeding transition underway? *Pub Health Nutr*. 2016;19 (14) :2540-50. doi: 10.1017/S1368980016001117.
42. Binns CW, Lee MK, Tang L, Yu C, Hokama T, Lee A. Ethical issues in infant feeding after disasters. *Asia Pac J Public Health*. 2012;24 (4) :672-80. doi: 10.1177/1010539512453253.
43. Infant feeding in emergencies. Module 1 for emergency relief staff. Manual for orientation, reading and reference. W: UNHCR UK [strona internetowa]. UN Refugee Agency; 2001 (page 20) (<https://www.unhcr.org/uk/media/infant-feeding-emergencies-module-1-emergency-relief-staff-manual-orientation-reading-and>, Dostęp: 4 czerwca 2024).
44. Lessons Learned from Initiating Infant and Young Child Feeding in Emergencies Programming for the Ukraine Response in 2022. Kidlington, Oxfordshire: Emergency Nutrition Network; 2023 (<https://enonline.net/attachments/4986/IYCF-E-Ukraine-response-lessons-learned.pdf>, Dostęp: 4 czerwca 2024).
45. Romanenko L, Shlemkevych O, and Arendt M. Lactation Newsmakers: Documenting our History-The Current State of Breastfeeding in Ukraine: An Interview With Lidiia Romanenko and Olha Shlemkevych. *J Hum Lact*. 2023;39(1):15-21. doi: 10.1177/08903344221136477.
46. Joint Statement Protecting Infant and Young Child Feeding Practices in the Ukraine Conflict and Refugee Crisis, Version 2. W: reliefweb/Ukraine [strona internetowa]. UNICEF, UN Refugee Agency, IFE Core Group, Global Nutrition Cluster; 2022 (<https://reliefweb.int/report/ukraine/joint-statement-protecting-infant-and-young-child-feeding-practices-ukraine-conflict-and-refugee-crisis-enuk>, Dostęp: 4 czerwca 2024).

Rozdział 12.

Podjęmowanie działań w celu rozwiązania problemów związanych z komercyjnymi determinantami NCD w Europie



© WHO

Główne punkty

- CDoH mają wpływ na zdrowie populacji na wielu poziomach: indywidualnym, środowiskowym, polityki publicznej i systemu polityczno-gospodarczego. Wymaga to kompleksowego podejścia, obejmującego wszystkie poziomy.
- Konieczne są działania mające na celu ochronę polityk i procesu ich tworzenia przed wpływami komercyjnymi. Obejmuje to wykorzystanie mechanizmów przeciwdziałania i zarządzania wpływem podmiotów komercyjnych na praktyki polityczne i naukowe.
- Inwestowanie w systemy opieki zdrowotnej, zwłaszcza w celu wzmocnienia przywództwa, zarządzania i funkcji regulacyjnych, jest niezbędne, aby przeciwdziałać negatywnemu wpływowi przemysłu na zdrowie populacji.
- Podstawowe przyczyny złego stanu zdrowia są powiązane z obecnym systemem polityczno-gospodarczym, który faworyzuje i jest pod wpływem interesów potężnych podmiotów komercyjnych kosztem zdrowia publicznego. Dlatego nie można ignorować znaczenia zajęcia się tym systemem polityczno-gospodarczym i ponownego przemyślenia kapitalizmu.

Rozwiązanie problemu CDoH wymaga działań ukierunkowanych zarówno na konkretne branże i ich praktyki jak i systemy, które są kształtowane przez praktyki komercyjne i które je kształtują. Wpływ komercyjny wywierany jest na różnych poziomach: jednostki, środowiska, polityki publicznej i systemu polityczno-ekonomicznego. W niniejszym raporcie zwrócono uwagę na liczne sposoby wywierania tego wpływu. W związku z tym działania mające na celu rozwiązanie problemu CDoH muszą być ukierunkowane na te różne poziomy.

Obecne próby rozwiązania problemu CDoH w dużej mierze koncentrują się na poziomie jednostki i niewystarczająco uwzględniają systemy i środowisko. Co więcej, polityki publiczne i interwencje na poziomie populacji często ukierunkowane są na jednostki w celu zmiany zachowań, na przykład poprzez ostrzeżenia na przedniej stronie opakowań papierosów i produktów spożywczych lub kampanie marketingu społecznego (1).

Polityki publiczne ukierunkowane na środowisko, w którym żyją ludzie, mogą obejmować ograniczenia marketingowe i opodatkowanie szkodliwych produktów. Wpływ na zdrowie, społeczeństwo i środowisko wynikający z działalności komercyjnej również może podlegać opodatkowaniu. Kolejnym ważnym działaniem jest zmniejszenie dotacji na szkodliwe produkty lub praktyki. Te działania dotyczące środowiska, w którym żyją ludzie, mają ogromne znaczenie dla rozwiązania problemu CDoH, szczególnie z perspektywy równości zdrowia.

Na poziomie systemu konieczne są działania mające na celu ochronę polityk i procesu ich tworzenia przed wpływami komercyjnymi. Biorąc pod uwagę istniejący brak równowagi sił między podmiotami komercyjnymi a społecznością zdrowia publicznego, same polityki publiczne muszą być chronione przed CDoH. Obejmuje to stosowanie mechanizmów przeciwdziałających „zarządzaniu reputacją” oraz praktykom „politycznym” i „naukowym” podmiotów komercyjnych (2, 3). Mechanizmy te dotyczą przejrzystości (np. rejestr lobbystów lub ujawnienia informacji z kalendarza ministra), monitorowania i edukacji (np. szkolenia w zakresie CDoH dla decydentów), zarządzania interakcjami z podmiotami komercyjnymi i konfliktami interesów (np. ograniczenia darowizn na rzecz partii politycznych) oraz mechanizmów wykluczających angażowanie podmiotów komercyjnych (np. polityka zakazująca rządowi popierania, wspierania, partnerstwa lub uczestnictwa w działaniach sponsorowanych przez przemysł, zwłaszcza przemysł tytoniowy) (2). Dokładne rozważenie ryzyka i korzyści wynikających z interakcji z podmiotami komercyjnymi jest istotne dla decydentów. Przydatne narzędzia obejmują „Good governance toolkit for Commercial Determinants of Health” (Zestaw narzędzi dobrego zarządzania w zakresie komercyjnych uwarunkowań zdrowia) (4) czy wytyczne WHO, niedawno przedstawione na 77. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia, mające na celu wsparcie rządów w podejmowaniu świadomych decyzji dotyczących współpracy z sektorem prywatnym. (5, 6).

Dobrym modelem tego, jak zająć się różnymi poziomami wpływu danej branży, jest FCTC. Obejmuje ona działania mające na celu ograniczenie marketingu, „zarządzania reputacją” oraz praktyk „politycznych” i „naukowych” podmiotów komercyjnych (3), z wyraźnym odniesieniem do potrzeby odizolowania polityki publicznej od negatywnego wpływu przemysłu tytoniowego. Te wysiłki mogłyby stanowić wzór dla konwencji dotyczącej CDoH.

Ponadto, podstawowe przyczyny złego stanu zdrowia są powiązane z obecnym systemem polityczno-gospodarczym, który faworyzuje i jest pod wpływem interesów potężnych podmiotów komercyjnych kosztem zdrowia publicznego. Dlatego nie można ignorować znaczenia zajęcia się tym systemem polityczno-gospodarczym i ponownego przemyślenia kapitalizmu. Co ważne, z perspektywy zdrowia publicznego kluczowe jest, aby rządy zaspokajały podstawowe potrzeby i chroniły prawa człowieka swoich obywateli, w tym potrzeby społeczne, bez naruszania naszych granic ekologicznych i klimatycznych (7). W Europie istnieją alternatywne modele ekonomiczne, które mogą służyć jako przykłady, w tym ekonomia dobrobytu (well-being economy) i ekonomia obwarzanka (doughnut economy) (patrz Ramka 8).

Box 8. Ekonomie dobrobytu w Wielkiej Brytanii (Walia) i Finlandii

Walijska ustawa Well-being of Future Generations (Dobrobyt Przyszłych Pokoleń) stanowi kamień węgielny polityki Walii. Wprowadza ona środki mające na celu zapewnienie dobrobytu obecnych i przyszłych pokoleń poprzez inicjatywy społeczne, ekonomiczne, środowiskowe i kulturalne (7). Kluczowym elementem w przewyżczeniu ingerencji przemysłu jest rola Komisarza ds. Przyszłych Pokoleń, który jest rzecznikiem zrównoważonych praktyk i pociąga rząd do odpowiedzialności za realizację celów tej ustawy.

Fińskie podejście integruje rozbudowane, zaprojektowane w celu zapewnienia powszechnych świadczeń systemy opieki społecznej i zdrowotnej, które pomagają ograniczyć wpływ szkodliwych praktyk przemysłowych poprzez stawianie zdrowia publicznego i dobrobytu ogólnego nad zyski przedsiębiorstw (7). Nacisk na zarządzanie oparte na współpracy i włączenie wskaźników dobrostanu do polityki i procesu decyzyjnego ma kluczowe znaczenie dla uwzględnienia szerszych społecznych uwarunkowań zdrowia (8).

Oba przykłady odzwierciedlają stałe zaangażowanie w priorytetowe traktowanie dobrostanu poprzez innowacyjne zarządzanie i przepisy, zgodne z celami zrównoważonego rozwoju (7). Inicjatywy te mają na celu stworzenie systemów społecznych, które stawiają zdrowie, środowisko i dobrobyt ponad same wskaźniki ekonomiczne. Skuteczność tych polityk zależy jednak w dużej mierze od ich egzekwowania oraz ciągłego zaangażowania i edukacji społeczności na temat korzyści płynących z systemu gospodarczego skoncentrowanego na dobrostanie (9).

Studium przypadku 28. Wspólny roczny przegląd sektora zdrowia Kirgistanu: mechanizm koordynacji w obszarze NCD

NCD są wiodącą przyczyną śmiertelności i zachorowalności w Kirgistanie, odpowiadając za około 83% wszystkich zgonów (10). W sektorze zdrowia w Kirgistanie funkcjonuje krajowy mechanizm koordynacji, służący omawianiu kluczowych problemów i rozwiązań zdrowotnych, zwany Wspólnym Rocznym Przeglądem (Joint Annual Review; JAR), między rządem Kirgistanu, Ministerstwem Zdrowia, partnerami na rzecz rozwoju, NGO i ekspertami w dziedzinie zdrowia pracującymi w sektorze zdrowia. W skład Partnerstw na rzecz Rozwoju wchodzi Szwajcarska Agencja Rozwoju i Koordynacji, UNICEF, Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych (UNFPA), Bank Światowy i WHO.

Ten mechanizm koordynacji narodził się z wcześniejszych doświadczeń w koordynacji kompleksowych reform opieki zdrowotnej, koncentrujących się na ochronie finansowej, jakości opieki oraz wzmocnieniu podstawowej opieki zdrowotnej i usług zdrowia publicznego. Zobowiązania partnerów na rzecz rozwoju i rządu zostały sformułowane we Wspólnej Deklaracji Partnerstwa z 2019 r. (11).

Mechanizm ten został ustanowiony, aby lepiej koordynować pomoc zewnętrzną dla sektora zdrowia, w tym w zakresie zapobiegania i leczenia NCD, a także w celu omawiania wspólnego planowania, wdrażania, aktualizacji i raportowania w ramach zadań i interwencji określonych w krajowych dokumentach strategicznych.

JAR służy jako platforma do analizy najlepszych praktyk, a także przeszkód i barier utrudniających postęp w ich wdrażaniu. Pomaga usprawnić przepływ informacji między partnerami i dostarcza wspólnych raportów wspierających krajową strategię „Zdrowi ludzie – Dostatni Kraj, 2019–2030” (12). Jest to również platforma do wymiany najnowszych badań ankietowych i innych badań przeprowadzonych w kraju oraz do dostarczania dodatkowych danych pracownikom służby zdrowia. Dane z badań ankietowych i dane statystyczne dotyczące zdrowia są również wykorzystywane do dalszego dialogu z Ministerstwem Finansów i Ministerstwem Gospodarki. JAR obejmuje dyskusje na temat wydatków rządowych na zdrowie, jakości opieki, publicznych usług zdrowotnych, zarządzania lekami, e-zdrowia, usług laboratoryjnych, zasobów ludzkich, rekomendacji dotyczących podwyższenia akcyzy na wyroby tytoniowe i alkoholowe oraz nowelizacji dokumentów regulacyjnych i ustaw, w tym ustawy tytoniowej. Co więcej, raporty sporządzane przez JAR trafiają do Rady Ministrów, co pomaga w dostosowaniu strategii zdrowotnej do innych priorytetów krajowego programu rozwoju.

Podmioty komercyjne, takie jak laboratoria, apteki, producenci tytoniu i alkoholu oraz inne, nie są uczestnikami JAR, ale istotne decyzje i zalecenia JAR są dla nich przydatne. W związku z tym JAR, jako mechanizm publiczny, prowadzi do skoordynowanych działań w sektorze zdrowia i z powodzeniem współpracuje z innymi sektorami rządu w celu lepszej kontroli czynników ryzyka NCD. Taka koordynacja może prowadzić do bardziej systemowego podejścia do kształtowania polityki, z mniejszym potencjałem wykorzystania luk prawnych przez przemysł.



© WHO / Arete / Maxime Fossat

Studium przypadku 29. Budowanie koalicji i dialog polityczny: podatek od napojów słodzonych cukrem w Estonii

Informacje ogólne

Estonia ma liberalną gospodarkę rynkową i silny przemysł spożywczy, którego liczne stanowiska wywodzą się z europejskich stowarzyszeń handlowych. Możliwość wprowadzenia podatku od napojów słodzonych cukrem (SSB) w Estonii pojawiła się w 2013 r. wraz z opracowaniem zielonej książki Ministerstwa Spraw Społecznych w sprawie potencjalnych polityk dotyczących rozwiązania problemu otyłości (13). W 2016 r., po zmianie rządu, potencjalny podatek od SSB znalazł się w programie, który przeszedł przez etapy projektu i został zatwierdzony przez parlament, ale ostatecznie odrzucony przez prezydenta w 2017 r. Dyskusje przy okrągłym stole podczas tej pierwszej próby uchwalenia ustawy były zdominowane przez głosy przemysłu i kooptację partnerów z sektora ochrony zdrowia (13). Kolejną próbę uchwalenia ustawy w lutym 2024 r. podjęło Ministerstwo Spraw Społecznych, a nie Ministerstwo Finansów, co oznaczało silny nacisk na zaangażowanie podmiotów sektora ochrony zdrowia w proces dialogu politycznego (14). Wcześniejsza wiedza na temat zbliżającego się okrągłego stołu w sprawie projektu ustawy była ograniczona do niewielkiej grupy podmiotów sektora publicznego, aby zminimalizować możliwość wcześniejszego powiadomienia branży spożywczej o zbliżającym się okrągłym stole, opracowania strategii reakcji i w ten sposób negatywnego wpływu na cały proces.

Strategie przemysłu

Branża stosowała szereg strategii, aby bezpośrednio sprzeciwić się podatkowi (14). Obejmowały one kampanię public relations (PR) przeciwko temu podatkowi, w tym negatywne sondaże opinii publicznej, pisanie artykułów sprzeciwiających się podatkowi oraz wskazywanie i dyskredytowanie konkretnych partnerów w dziedzinie zdrowia, takich jak Biuro Krajowe WHO w Estonii, w celu kształtowania opinii publicznej. Podczas spotkania przy okrągłym stole przedstawiciele branży stanowili dominującą większość i przedstawili różnorodne argumenty przeciwko podatkowi od SSB, takie jak twierdzenia o utracie miejsc pracy, bankructwo branży i nielegalny handel. Branża próbowała również odwrócić uwagę od roli SSB w NCD, kierując ją na inne czynniki, takie jak brak aktywności fizycznej, i twierdziła, że podatek nie sprawdził się w innych krajach, powołując się na rosnące wskaźniki otyłości (14). Branża zatrudniła również firmę lobbingsową i PR oraz kancelarię prawną, aby przedstawić argumenty prawne dotyczące antykonstytucyjnego charakteru podatku.

cd.

Strategie przeciwdziałania

Wyciągając wnioski z poprzednich doświadczeń, Ministerstwo Spraw Społecznych przygotowało ustrukturyzowany plan prowadzenia dyskusji przy okrągłym stole (14). Podczas samego okrągłego stołu przedstawiciele przemysłu i innych organizacji mieli wcześniej wyznaczone miejsca przy stole, zgodnie z alternatywnym układem miejsc, przy czym każdy przedstawiciel przemysłu siedział obok partnera z sektora ochrony zdrowia, a nie jako jedna grupa. Zapobiegało to nadmiernym przerwom i rozmowom grupowym między przedstawicielami przemysłu. Każda zaproszona organizacja miała ograniczony czas na przedstawienie swoich argumentów, którego ściśle przestrzegano. Ponadto zwolennicy projektu ustawy utworzyli koalicje między partnerami z sektora ochrony zdrowia, takimi jak dentyści, pielęgniarki i lekarze, zapewniając różnorodność argumentów na wielu wspólnych frontach.

Chociaż branża zaprosiła na spotkanie wielu mniejszych producentów, aby zwiększyć swoją obecność, jedynie organizacje parasolowe mogły przedstawiać argumenty za lub przeciw proponowanemu podatkowi. Ci dodatkowi producenci mogli się wypowiedzieć tylko wtedy, gdy wnosili nowe informacje. Dało to branży uczciwą, ale ograniczoną platformę i zapobiegło zdominowaniu dyskusji przez najliczniejszych i najbardziej aktywnych. Zastosowanie tych zasad i strategii z narzędzia dialogu politycznego WHO, Listy Kontrolnej Przygotowania i Ułatwiania Dialogu Politycznego (Policy Dialogue Preparation and Facilitation Checklist) (15) pozwoliło na bardziej uporządkowaną i zamkniętą debatę, nie dając przedstawicielom branży nadmiernej ilości czasu na wypowiedzi.

Aspekty polityczne i wyciągnięte wnioski

Istniało kilka kluczowych elementów, które pozwoliły na pomyślne doprowadzenie projektu ustawy do etapu czytania parlamentarnego w tej drugiej próbie przyjęcia podatku. Wykorzystanie Listy Kontrolnej Przygotowania i Ułatwiania Dialogu Politycznego (15) podczas dyskusji przy okrągłym stole było kluczowe dla zapewnienia uporządkowanej dyskusji. Ważne było również zbudowanie koalicji partnerów w sektorze ochrony zdrowia, z których każdy wniósł swój wkład zarówno przy okrągłym stole, jak i w kampanię uświadamiającą, pojawiając się w prasie. Teraz, gdy projekt ustawy trafił do parlamentu, możliwość kształtowania opinii publicznej – i opinii parlamentarzystów – pozostaje największą przeszkodą w przewycięzaniu ingerencji branży, ponieważ to ona zadecyduje o tym, czy Parlament zagłosuje za projektem ustawy w nadchodzących czytaniach.

Ogólnie rzecz biorąc, jasna strategia zarządzania procesem konsultacji przy okrągłym stole z pomocą koalicji partnerów w sektorze ochrony zdrowia była niezbędna dla ułatwienia postępów w pracach nad projektem ustawy podatkowej w Estonii. Ich doświadczenie podkreśla znaczenie budowania koalicji i zorganizowanego dialogu politycznego.

Studium przypadku 30. Europejski mechanizm regulacyjny i wpływ cen producentów na inhalatory stosowane w leczeniu astmy i POChP oraz inne leki stosowane w NCD

W UE zapewnienie niedrogiego dostępu do inhalatorów na astmę i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) jest priorytetem ze względu na wysokie koszty leków. Jednak pomimo obowiązujących przepisów, problemy z dostępnością i przystępnością cenową utrzymują się (16), co sprawia, że niektórzy pacjenci w trudnej sytuacji finansowej korzystają wyłącznie z krótko działających β 2-agonistach zamiast z przepisanych kortykosteroidów wziewnych, mimo że to te ostatnie odgrywają kluczową rolę w łagodzeniu objawów i zmniejszaniu ryzyka zaostrzeń, a w konsekwencji poprawiają jakość życia pacjentów z astmą i POChP (17, 18).

Oficjalne ceny leków w inhalatorach są ustalane przez producentów na podstawie takich czynników, jak badania i rozwój, koszty produkcji oraz konkurencja rynkowa. Ceny te, zwane również cenami katalogowymi, powinny odzwierciedlać rzeczywiste ceny leków w cennikach producentów (19). Ostateczny koszt dla pacjenta zależy od cen katalogowych producentów oraz innych czynników, takich jak ubezpieczenie, koszty usług farmaceutycznych i opłaty apteczne (20).

Jednak niektóre kraje, takie jak Francja, Niemcy i Wielka Brytania (Anglia), negocjują z producentami ceny niższe niż cena oficjalna; takie zniżki nazywane są rabatami i w większości przypadków są poufne (20, 21). Chociaż niektórzy twierdzą, że poufne rabaty zmniejszają wydatki na leki o wysokiej wartości i poprawiają dostęp pacjentów do leków, jednocześnie maskują one rzeczywiste ceny, potencjalnie zakłócając rynek i powodując nadmierne płatności (20–22). Na przykład amerykańska biała księga wykazała, że wzrost rabatów wiąże się ze wzrostem cen katalogowych o około 100%, i stwierdziła, że praktyki rabatowe pośredników, takich jak firmy zarządzające świadczeniami farmaceutycznymi i ubezpieczyciele, wymagają większej kontroli regulacyjnej w dążeniu do obniżenia cen leków (23).

Ponadto w UE odnotowano różnice w dostępie do nowo zatwierdzonych leków między zachodnimi, większymi państwami członkowskimi a wschodnimi, mniejszymi państwami członkowskimi (24). Krajowe organy regulacyjne dążą do kontrolowania cen leków, aby zmniejszyć wydatki pacjentów i zminimalizować różnice cenowe w państwach członkowskich UE, uwzględniając jednocześnie różnice w poziomie siły nabywczej/PKB na mieszkańca w poszczególnych krajach (20, 24–26).

Chociaż w Europie poczyniono pewne postępy w skutecznym wdrażaniu niektórych mechanizmów regulacyjnych, takich jak negocjowanie ceny z producentem w oparciu o przejrzyste narzędzie ustalania cen oparte na wartości, kwestia tajności cen leków w Europie pozostaje kontrowersyjna. WHO podkreśla znaczenie przejrzystości cen, w tym kosztów badań i rozwoju, jako kluczowego czynnika uczciwych negocjacji i zarządzania. (27, 28).

Podsumowanie

Istnieje wiele działań mających na celu rozwiązanie problemu komercyjnych determinantów NCD w Europie i poza nią. Decydenci muszą w pełni uwzględnić spektrum działań omówionych w niniejszym dokumencie i myśleć nie tylko o jednostkach, ale także o systemie polityczno-ekonomicznym i samym procesie kształtowania polityki publicznej. Jako społeczeństwo musimy również na nowo przemyśleć sposób pomiaru postępu. W związku z tym w serii artykułów „The Lancet” na temat CDoH pojawiła się wizja „przemyslenia postępu społecznego, współczesnego kapitalizmu i roli sektora komercyjnego w nim, [i] wyobrażenia sobie społeczeństw, w których podmioty publiczne i prywatne priorytetowo traktują zrównoważony rozwój środowiska, prawa człowieka, podstawowe potrzeby, zdrowie i dobrostan oraz normatywne odejście od szkodliwych systemów konsumpcyjnych” (1). Obywatele i organizacje społeczeństwa obywatelskiego mogą być katalizatorami zmian w tym zakresie, co omówiono w kolejnym rozdziale.

Sugestie dotyczące polityki

- Działania mające na celu rozwiązanie problemu CDoH powinny obejmować wszystkie poziomy, na których podmioty komercyjne wpływają na zdrowie: jednostkę, środowisko, politykę publiczną i system polityczno-ekonomiczny.
- Prawa człowieka, w tym prawa dotyczące zdrowia i dobrostanu, mogłyby być priorytetem dla rządów chętnych do rozwiązania problemu CDoH, a w Europie i na świecie istnieje już kilka mechanizmów, takich jak model ekonomii dobrobytu i ekonomii obwarzanka.
- Istnieje pilna potrzeba poddania analizie asymetrii władzy i obecnego systemu polityczno-ekonomicznego jako głównych przyczyn złego stanu zdrowia.

1. Friel S, Collin J, Daube M, Depoux A, Freudenberg N, Gilmore AB, et al. Commercial determinants of health: future directions. *Lancet*. 2023;401:1229–40. doi: 10.1016/s0140-6736(23)00011-9.
2. Mialon M, Vandevijvere S, Carriedo-Lutzenkirchen A, Bero L, Gomes F, Petticrew M, et al. Mechanisms for addressing and managing the influence of corporations on public health policy, research and practice: a scoping review. *BMJ Open*. 2020;10:e034082. doi: 10.1136/bmj-2019-034082.
3. Gilmore AB, Fabbri A, Baum F, Bertscher A, Bondy K, Chang H-J, et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *The Lancet*. 2023;401:1194–213. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00013-2.
4. Brook A, Körner K. Good Governance Toolkit. 2024 (<https://www.adph.org.uk/wp-content/uploads/2024/04/GoodGovernanceTool-kit-all-sections-11.4.24-AB.pdf>, Dostęp: 2 czerwca 2024).
5. Informed Decision-making on Engaging with Private Sector Entities for the Prevention and Control of NCDs. W: WHO/Knowledge Action Portal on NCDs [strona internetowa]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.knowledge-action-portal.com/en/action/decision-making-tool>, Dostęp: 2 czerwca 2024).
6. Buse K, Arora M. New WHO guidance can support transparent and informed engagement with the private sector. *BMJ*. 2024;385:q1177. doi: 10.1136/bmj.q1177.
7. Deep dives on the well-being economy showcasing the experiences of Finland, Iceland, Scotland and Wales: Summary of key findings. Copenhagen: Biuro Regionalne WHO dla Europy; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/366279>, Dostęp: 2 czerwca 2024.) Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
8. The Economy of Wellbeing. Council Conclusions (24 October 2019). Employment Social Policy, Health and Consumer Affairs Council. Brussels: Council of the European Union; 2019 (<https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-13432-2019-INIT/en/pdf>, Dostęp: 2 czerwca 2024).
9. Beyond Growth: Pathways towards Sustainable Prosperity in the EU. W: Beyond Growth 2023 Conference, [website]. 2023 (<https://www.beyond-growth-2023.eu/>, Dostęp: 2 czerwca 2024).
10. Kyrgyzstan. W: Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization; 2018:120 (<https://iris.who.int/handle/10665/274512>, Dostęp: 2 czerwca 2024). Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
11. Kyrgyzstan government and partners agree a joint statement on health sector coordination. W: uhc2030/News and Events [strona internetowa]. UHC2030; 2019 (<https://www.uhc2030.org/news-and-events/news/kyrgyzstan-government-and-partners-agree-a-joint-statement-on-health-sector-coordination-555271/>, Dostęp: 2 czerwca 2024).
12. Kyrgyzstan adopts new health strategy for 2019–2030. W: WHO/Europe/News [strona internetowa]. Copenhagen; Biuro Regionalne WHO dla Europy; 2019 ([https://www.who.int/europe/news/item/23-01-2019-kyrgyzstan-adopts-new-health-strategy-for-2019-2030#:~:text=Tagged%20%E2%80%9Chalthy%20person%20%E2%80%93%20prosperous%20country,coverage%20\(UHC\)%20by%202030](https://www.who.int/europe/news/item/23-01-2019-kyrgyzstan-adopts-new-health-strategy-for-2019-2030#:~:text=Tagged%20%E2%80%9Chalthy%20person%20%E2%80%93%20prosperous%20country,coverage%20(UHC)%20by%202030), Dostęp: 2 czerwca 2024).
13. Köhler K, Reinap M. Paving the way to a sugar-sweetened beverages tax in Estonia. *Public Health Panorama*. 2017;3(4):633–9.
14. Estonia Approves Sugary Drinks Tax, Effective 2026. W: Health Inequalities portal [strona internetowa]. EuroHealthNet; 2024 (<https://health-inequalities.eu/jwddb/estonia-approves-sugary-drinks-tax-effective-2026/>, Dostęp: 10 czerwca 2024).
15. Policy Dialogue Preparation and Facilitation Checklist: EVIPNet Europe. Copenhagen; Biuro Regionalne WHO dla Europy; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/375526>, Dostęp: 2 czerwca 2024).
16. Stolbrink M, Thomson H, Hadfield RM, Ozoh OB, Nantanda R, Jayasooriya S, et al. The availability, cost, and affordability of essential medicines for asthma and COPD in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Glob Health*. 2022;10:e1423–e42. doi: 10.1016/s2214-109x(22)00330-8.
17. Mkorombindo T, Dransfield MT. Inhaled Corticosteroids in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Benefits and Risks. *Clin Chest Med*. 2020;41:475–84. doi: 10.1016/j.ccm.2020.05.006.
18. Mortimer K, Reddel HK, Pitrez PM, Bateman ED. Asthma management in low and middle income countries: case for change. *Eur Respir J*. 2022;60:2103179. doi: 10.1183/13993003.03179-2021.
19. Csanádi M, Kaló Z, Prins CPJ, Grélinger E, Menczelné Kiss A, Fricke F-U, et al. The implications of external price referencing on pharmaceutical list prices in Europe. *Health Policy and Technology*. 2018;7:243–50. doi: <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2018.07.005>.
20. Carl DL, Vokinger KN. Patients' access to drugs with rebates in Switzerland - Empirical analysis and policy implications for drug pricing in Europe. *Lancet Reg Health Eur*. 2021;3:100050. doi: 10.1016/j.lanepe.2021.100050.
21. Vogler S, Zimmermann N, Habl C, Piessnegger J, Bucsis A. Discounts and rebates granted to public payers for medicines in European countries. *South Med Rev*. 2012;5:38–46.
22. Bonetti A, Giuliani J. Implications of drugs with rebate in Europe. *Lancet Reg Health Eur*. 2021;3. doi: 10.1016/j.lanepe.2021.100060.
23. Sood N, Ribero R, Ryan M, Van Nuys K. The Association Between Drug Rebates and List Prices. In : USC Schaeffer/White Paper/Drug Pricing [strona internetowa]. Los Angeles: USC University of Southern California; 2020 (<https://healthpolicy.usc.edu/research/the-association-between-drug-rebates-and-list-prices/>, Dostęp: 2 czerwca 2024).
24. Saliba AA. Medicines in Europe: We must address affordability and availability. *The Parliament*; 2023 (<https://www.theparliamentmagazine.eu/news/article/medicines-in-europe-we-must-address-affordability-and-availability>, Dostęp: 2 czerwca 2024).
25. Vogler S. Prices of new medicines: International analysis and policy options. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen [The journal of evidence and quality in health care]*. 2022;175:96–102. doi: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.09.009>.
26. Vogler S, Fischer S. How to address medicines shortages: Findings from a cross-sectional study of 24 countries. *Health Policy*. 2020;124:1287–96. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.09.001>.
27. Fair pricing forum 2021: meeting report. Geneva: World Health Organization. 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/348331>, Dostęp: 2 czerwca 2024.). Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
28. WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/335692>, Dostęp: 2 czerwca 2024.) Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Rozdział 13.

Głos społeczeństwa ma znaczenie: działania, jakie obywatele i społeczeństwo obywatelskie mogą podjąć, aby ograniczyć komercyjne determinanty NCD



© WHO

Główne punkty

- Obywatele i organizacje społeczeństwa obywatelskiego (CSO) odgrywają kluczową rolę w rozwiązywaniu problemów związanych z komercyjnymi determinantami NCD. Pomagają budować koalicje, reprezentują grupy dotknięte chorobą, pełnią funkcję strażników rozliczalności, mogą kształtować politykę i wzmacniać pozycję społeczności.
- CSO działają zarówno na szczeblu krajowym, jak i międzynarodowym, będąc siłą napędową zmian poprzez ramy prawne, takie jak system prawny UE, wspierając lub kwestionując pracę decydentów i dążąc do rozszerzenia zmian systemowych w państwach członkowskich.
- Sukces i trwałość środków wprowadzanych w zakresie zdrowia publicznego zależą od integracji spostrzeżeń szerokiego grona podmiotów, w tym CSO, decydentów, ekspertów akademickich i innych podmiotów, w procesie kształtowania polityki, aby współtworzyć politykę zdrowotną, która jest bardziej skuteczna i dostosowana do zróżnicowanych potrzeb społeczności.
- Kluczowe jest odejście od narracji, w tym prowadzonej przez CSO, w zakresie zdrowia publicznego skupiającej się wyłącznie na indywidualnej odpowiedzialności za profilaktykę i kontrolę NCD. Zamiast tego obywatele i CSO mogłyby być rzecznikami i pociągać rządy i podmioty komercyjne do odpowiedzialności za ochronę i promocję środowiska, polityk publicznych i systemu polityczno-gospodarczego sprzyjających dobremu zdrowiu, zajmując się kwestiami systemowymi leżącymi u podstaw NCD.



Obywatele i CSO odgrywają kluczową rolę w rozwiązywaniu problemu komercyjnych determinantów NCD (1). CSO obejmują organizacje pozarządowe i grupy rzecznicze, a także organizacje działające w społecznościach lokalnych, w tym pacjenci, pracownicy służby zdrowia oraz marginalizowane i wrażliwe grupy społeczne. Nagłaśniając obawy obywateli w debatach na temat polityki publicznej, CSO mogą zwiększyć zrównoważony charakter, równość i skuteczność polityk. Często CSO aktywnie angażują osoby, których dotyczą te interwencje (2). Organizacje te budują koalicje, inicjują zmiany, kształtują politykę i wzmacniają pozycję społeczności. Różnią się one również od tradycyjnych grup lobbingowych tym, że często działają w oparciu o model non-profit. CSO angażują się w działania rzecznicze, aby wpływać na politykę publiczną w sposób, który przynosi korzyści całemu społeczeństwu, a nie tylko konkretnym branżom lub podmiotom komercyjnym (3). W niniejszym rozdziale przedstawiono obszary, w których obywatele i CSO były szczególnie skuteczne w Europejskim Regionie WHO: na szczeblu krajowym, regionalnym oraz w kwestionowaniu istniejącej narracji na temat NCD.

Od sukcesu na poziomie krajowym do działań na poziomie regionalnym

Pierwsze dwa studia przypadków (studium przypadku 31 i 32) prezentują udane kampanie i inicjatywy CSO na poziomie krajowym. Przykłady te pokazują, jak ukierunkowane działania, często wspierane przez szerszą międzynarodową społeczność społeczeństwa obywatelskiego, mogą prowadzić do znaczących postępów w dziedzinie zdrowia publicznego. Do godnych uwagi przykładów należy rola Rady Kobiet Republiki Kirgiskiej w kształtowaniu krajowej opinii publicznej i wspieraniu przepisów dotyczących kontroli tytoniu oraz przyjęcie w Słowenii poprawek do ustawodawstwa tytoniowego poprzez międzynarodową mobilizację. Te studia przypadków dają wgląd w skuteczne strategie i wspólne działania, które można powielać i dostosowywać w innych kontekstach.

Działania krajowe, choć skuteczne, mogą być ograniczone ze względu na globalną skalę i wpływ podmiotów komercyjnych. Te podmioty komercyjne często działają i wywierają presję w wielu krajach, co sprawia, że izolowane działania krajowe są niewystarczające. CSO często działają w szerszym kontekście prawodawstwa i kształtowania polityki UE, gdzie wspólne działania mogą znacząco wpływać na politykę zdrowotną na arenie międzynarodowej, w tym w całej UE. Wsparcie ze strony międzynarodowych społeczności społeczeństwa obywatelskiego jest niezbędne dla ułatwienia tych działań rzeczniczych w ośrodkach międzynarodowego zarządzania, takich jak siedziba główna UE.

To podejście okazało się już skuteczne w przeszłości, co widać w przypadku Ramowej Konwencji WHO o Ograniczeniu Użycia Tytoniu (FCTC). Podczas negocjacji, które doprowadziły do powstania FCTC, społeczeństwo obywatelskie odegrało kluczową rolę w kształtowaniu ich rezultatów. Ta znacząca rola została uznana w samym traktacie, gdzie artykuł 4, zasada przewodnia pkt 7, stanowi, że udział społeczeństwa obywatelskiego jest niezbędny dla osiągnięcia celów Konwencji i jej protokołów (4). Uznanie tego podkreśla kluczową rolę tych organizacji w globalnym zarządzaniu zdrowiem. Zainspirowane tym sukcesem, dalsze inicjatywy, w tym dyrektywa projektowa w sprawie ochrony dzieci przed marketingiem niezdrowej żywności, omówiona w studium przypadku 33 tego rozdziału, mają na celu powtórzenie połączonego wpływu społeczeństwa obywatelskiego. Działania te ilustrują, jak międzynarodowe ramy mogą wspierać kompleksowe strategie zdrowia publicznego.

Innym kluczowym sposobem, w jaki społeczeństwo obywatelskie może wpływać na politykę zdrowotną na poziomie ram międzynarodowych, jest aktywne zaangażowanie w procesy kształtowania polityki. Wspierając sprawiedliwe i oparte na dowodach polityki, CSO mogą wpływać na priorytety i punkty agendy instytucjonalnych programów prac. To strategiczne zaangażowanie gwarantuje, że kwestie zdrowotne pozostają w centrum dyskusji i rozwoju polityki. Przykładem jest trwająca współpraca z Podkomisją Zdrowia Publicznego Parlamentu Europejskiego (SANT), o której mowa w studium przypadku 35 tego rozdziału, której celem jest między innymi zwalczanie nierówności w zdrowiu w UE.

Jednak wszechobecny wpływ podmiotów komercyjnych często wykracza poza zakres regulacyjny jakichkolwiek pojedynczych ram, co utrudnia zapewnienie kompleksowej ochrony zdrowia publicznego. Problem ten pogłębiany jest przez niespójne wdrażanie i egzekwowanie polityk w poszczególnych krajach, co prowadzi do nierównych wyników zdrowotnych. Globalny charakter komercyjnych determinantów NCD oznacza, że działania ograniczone do ram UE mogą być niewystarczające do rozwiązania szerszych, systemowych problemów, które przyczyniają się do NCD. Dlatego, jak omówiono w poprzednim rozdziale, potrzebne jest ogólnospołeczne, systemowe podejście.

Zmiana narracji o odpowiedzialności osobistej

CSO odgrywają kluczową rolę w kwestionowaniu i przekształcaniu narracji, która nadmiernie podkreśla indywidualną odpowiedzialność za zdrowie, często ignorując wpływ czynników społeczno-ekonomicznych, kulturowych, środowiskowych i komercyjnych na środowisko życia (5, 6).

Na przykład, obecne środowisko w obszarze żywności wykazuje tendencję promowania niezdrowych wyborów, co wymaga środków regulacyjnych promujących zdrowie i zrównoważony rozwój. Kluczową szansą dla UE na przeprowadzenie tej niezbędnej transformacji są ustawodawcze Ramy dla Zrównoważonych Systemów Żywnościowych (Framework for Sustainable Food Systems) (7). CSO naciskają na wdrożenie tych ram, podkreślając ich potencjał w zakresie znaczącej poprawy zdrowia publicznego i zrównoważonego rozwoju, pozycjonując się tym samym jako kluczowi interesariusze w dążeniu do kompleksowej reformy regulacyjnej systemów żywnościowych (8).

Ta zmiana narracji, z odpowiedzialności indywidualnej na rozwiązania oparte na polityce i systemie, opowiada się za tworzeniem środowisk, w których zdrowy tryb życia będzie standardem dla wszystkich. To zorientowane na politykę podejście ma na celu nie tylko wzmocnienie zdrowia publicznego i dbałość o środowisko, ale także zniwelowanie rozdziewku między aspiracjami Europejskiego Regionu WHO a rzeczywistymi potrzebami jego obywateli, zwłaszcza w świetle rosnących kosztów utrzymania. Głównym celem jest zapewnienie wszystkim łatwego i przystępnego cenowo dostępu do zdrowej i zrównoważonej diety, torując drogę do bardziej sprawiedliwego i świadomego zdrowotnie społeczeństwa.

Aby to osiągnąć, kluczowe jest wzmocnienie potencjału CSO, zapewniając im wystarczającą siłę, aby skutecznie działały na rzecz praw człowieka i uczestniczyły w zarządzaniu (9). Obejmuje to zapewnienie, że społeczeństwo obywatelskie pozostanie wolne od konfliktu interesów, co można wspierać poprzez odpowiednie finansowanie publiczne oraz wdrażanie surowszych środków przejrzystości w finansowaniu i działalności lobbingowej. Kluczowym punktem budzącym obawy jest zgłaszana liczba około 25 000 lobbystów w samej Brukseli (10), przy wyraźnej nierównowadze między lobbystami korporacyjnymi a lobbystami ze społeczeństwa obywatelskiego. Interesy korporacyjne, w tym przemysł farmaceutyczny, w dramatyczny sposób górują nad grupami społeczeństwa obywatelskiego, jeżeli chodzi o wydatki na lobbing. Na przykład sam sektor farmaceutyczny wydaje znacznie więcej niż CSO, co podkreśla dysproporcję finansową w zakresie wpływu na kształtowanie polityki UE (11). Studium przypadku 35 w tym rozdziale ilustruje, dlaczego zajęcie się tym problemem jest kluczowe dla zapewnienia równego dostępu do leków.

Ramka 9. Odpowiednie finansowanie CSO w celu zapewnienia niezależności

Dzięki działaniom zbiorowym i strategicznemu rzecznictwu, społeczeństwo obywatelskie może poczynić znaczące postępy w promowaniu zdrowszego środowiska i łagodzeniu wpływu szkodliwych praktyk komercyjnych. Aby to osiągnąć, kluczowe jest zapewnienie stabilności, zrównoważonego rozwoju i niezależności społeczeństwa obywatelskiego od wpływów komercyjnych. Społeczeństwo obywatelskie może odegrać kluczową rolę w pozytywnym oddziaływaniu na kształtowanie polityki i będzie niezbędne w przesunięciu narracji publicznej i politycznej w kierunku rozwiązań systemowych, które uwzględniają pierwotne przyczyny złego stanu zdrowia, dostępu do odpowiedniej opieki i problemów środowiskowych. Bez stabilnego finansowania istnieje ryzyko, że interesy przemysłu mogą wpływać na CSO (9). Ponadto CSO mogą stanąć w obliczu utraty legitymacji i reprezentacji (12). UE i rządy krajowe muszą uznać i wspierać kluczową rolę społeczeństwa obywatelskiego w tym trwającym wyzwaniu, aby zapewnić, że pozostanie ono skuteczne i niezależne.

Studium przypadku 31. Przyjęcie w Słowenii poprawek do ustawodawstwa tytoniowego

W lutym 2023 r. Słowenia przedstawiła propozycję zmiany przepisów dotyczących kontroli tytoniu, dostosowując je do dyrektywy UE 2022/2100 (13). Kluczowe przepisy obejmowały zakaz stosowania aromatów w e-papierosach (z wyjątkiem niektórych aromatów tytoniowych), wprowadzenie ostrzeżeń zdrowotnych na HTP oraz stopniowe wycofywanie palarni rozłożone na pięć lat. Inicjatywa ta uzyskała szerokie poparcie słoweńskich CSO, Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego w okresie konsultacji społecznych.

W 2023 r. podmioty te aktywnie współpracowały z mediami i decydentami, aby budować poparcie społeczne dla zmian. Pomimo oporu ze strony właścicieli sklepów z e-papierosami i grup waperów, którzy argumentowali, że aromatyzowane e-papierosy pomagają w rzucaniu palenia, koalicja na rzecz zdrowia podtrzymała swoje stanowisko przeciwko tym twierdzeniom.

Jesienią 2023 roku, w miarę postępu procesu legislacyjnego (14), słoweńskie NGO, takie jak Słoweńska Koalicja na rzecz Zdrowia Publicznego, Środowiska i Kontroli Tytoniu (NTAKK), wspierana przez partnerów międzynarodowych z Europejskiego Sojuszu na rzecz Zdrowia Publicznego (EPHA), Stowarzyszenia Europejskich Lig Walki z Rakiem (ECL), Sieci Zapobiegania Paleniu Tytoniu (ENSP) oraz Partnerstwa na rzecz Wolności od Palenia (SFP), pozyskały dalsze poparcie, prosząc swoich członków o podpisywanie i wysyłanie listów do słoweńskich decydentów, podkreślając postawienia potrzeby ochrony zdrowia publicznego nad interesami komercyjnymi. W rezultacie listy poparcia wysłały 24 zagraniczne CSO z 20 różnych krajów, a niektórzy członkowie dodali dodatkowe fakty i linki do badań. Chociaż nie jest jasne, czy same te działania wpłynęły na decyzję, w marcu 2024 roku Zgromadzenie Narodowe jednogłośnie przegłosowało nowelizację ustawy tytoniowej (15).

Zmienione przepisy, obowiązujące od kwietnia 2024 r., zakazują stosowania wszystkich aromatów w e-papierosach i produktach HTP (z wyjątkiem aromatu tytoniowego) oraz wprowadzają skrócony okres przejściowy dla zakazu prowadzenia palarni, który ma zakończyć się w grudniu 2025 r. (16). Zmiany te są uznawane za zgodne z konstytucją Słowenii, artykułem 72, który ustanawia priorytet zdrowia publicznego i promuje zdrowe środowisko życia, stanowiąc wzór dla innych krajów dążących do wzmocnienia kontroli tytoniu. (17).



Studium przypadku 32. Rola Rady Kobiet Republiki Kirgiskiej w kształtowaniu opinii publicznej i wspieraniu ustawodawstwa dotyczącego kontroli tytoniu

Rady Kobiet w Republice Kirgiskiej odegrały ważną rolę w promowaniu surowych przepisów dotyczących kontroli tytoniu, dzięki aktywizmowi społeczeństwa obywatelskiego i wsparciu Ministerstwa Zdrowia. Sieć Rad Kobiet, zrzeszająca około 400 rad w całym kraju, przeciwdziałała silnemu lobbingsowi przemysłu tytoniowego i sprzeciwowi wobec nowych przepisów tytoniowych oraz promowała interesy zdrowia publicznego poprzez debaty publiczne, spotkania przy okrągłym stole i konferencje. Warto zauważyć, że Rady Kobiet (Ayaldar Kenesh) odegrały kluczową rolę we wspieraniu opracowania i przyjęcia ustawy nr 121 o kontroli tytoniu.

Przemysł tytoniowy stanowczo sprzeciwiał się ustawie i przeznaczył znaczne środki na prowadzenie kampanii oszczerstw przeciwko każdemu, kto promował ustawę, aby zaszkodzić jego reputacji (18). Opłacał artykuły w gazetach i mediach społecznościowych, aby stworzyć negatywny wizerunek osób promujących ustawę. Utworzył również grupę roboczą z udziałem urzędników Ministerstwa Gospodarki, która twierdziła, że chroni ich interesy biznesowe i argumentowała, że ustawa zmniejszy dochody płynące do Republiki Kirgiskiej. Część pracowników służby zdrowia została również zrekrutowana w celu zminimalizowania odczuwanego wpływu produktów takich jak e-papierosy (18).

Strategie społeczeństwa obywatelskiego

Wykorzystując swoje wcześniejsze doświadczenia w kampaniach na rzecz praw kobiet i sprawiedliwości społecznej (19), organizacje Rady Kobiet połączyły siły i zmobilizowały swoje połączone sieci, aby wywrzeć presję na rząd w celu zmiany prawa. Działania obejmowały podróże do wiosek i regionów Republiki Kirgiskiej w celu zbierania podpisów pod petycjami; organizowanie forów w celu podnoszenia świadomości społecznej; angażowanie wybitnych prelegentek, takich jak sportswomenki, pisarki, szanowane lekarki i profesorki uniwersyteckie; oraz pisanie listów do ustawodawców z prośbą o wsparcie (18). Rady Kobiet Współpracowały również z władzami lokalnymi w odległym regionie Batken, gdzie produkuje się większość tytoniu do żucia, znanego jako natwaj, starając się przekonać zarówno producentów, jak i konsumentów o jego szkodliwym wpływie.

cd.

Rezultat i wpływ

Ustawa nr 121 „O ochronie zdrowia obywateli Republiki Kirgiskiej przed skutkami używania tytoniu i nikotyny oraz przed skutkami dymu tytoniowego i aerozoli w środowisku” (20) była przedmiotem debaty przez ponad trzy lata, zarówno w parlamencie, jak i w mediach, zanim została ostatecznie uchwalona. Uznano ją za znaczący sukces w walce z tytoniem w Republice Kirgiskiej, dzięki wspólnym wysiłkom organizacji kobiecych i innych grup społeczeństwa obywatelskiego w całym kraju. Od momentu uchwalenia tej ustawy Rada Kobiet kontynuuje działania edukacyjne i komunikacyjne, aby utrzymać świadomość społeczną na temat zagrożeń związanych z tytoniem (18).

Aspekty polityczne i wnioski

Wszelkie działania rzecznicze Rady Kobiet i jej sieci są prowadzone na zasadzie wolontariatu; wsparcie finansowe dla tej i podobnych organizacji jest ważne dla ich przyszłej działalności. Kluczowe znaczenie ma również szeroka reprezentacja kobiet na wszystkich szczeblach władzy – krajowym i lokalnym. Chociaż niektóre rady lokalne angażują Radę Kobiet w procesy komitetowe, konieczne jest usystematyzowanie tej partycypacji, aby zwiększyć udział kobiet na szczeblu lokalnym. Pomimo wysiłków Rady Kobiet i władz lokalnych, aby przejść z produkcji tytoniu na hodowlę zwierząt w regionie Batken, nadal jest to trudne, ponieważ produkcja tytoniu do żucia jest postrzegana jako skuteczny sposób wspierania wrażliwych społeczności w najbardziej zagrożonych, dotkniętych niedoborem wody i przygranicznych regionach byłej republiki radzieckiej.

Studium przypadku 33. Zapewnienie niedrogiego dostępu do leków w Europie i poza nią: przykład CDCA-Leadiant

Społeczeństwo obywatelskie może odegrać kluczową rolę w alarmowaniu, gdy zyski przemysłu są przedkładane nad interesy pacjentów, na przykład poprzez zgłaszanie tych obaw odpowiednim organom regulacyjnym. Fundacja Odpowiedzialności Farmaceutycznej (Pharmaceutical Accountability Foundation; PAF) to organizacja non-profit, której celem jest zapewnienie, aby leki i technologie medyczne były udostępniane w sposób społecznie odpowiedzialny i zrównoważony; podejmuje ona działania mające na celu zwalczanie nieuzasadnionego zawyżania cen, czyli znacznego wzrostu cen, przez firmy nadużywające monopoli rynkowych, poprzez doradztwo rządów lub poprzez działania prawne dotyczące nadmiernie wysokich cen leków.

Wygórowane ceny kwasu chenodeoksycholowego (CDCA)

Kwas chenodeoksycholowy (CDCA) jest stosowany w leczeniu ksantomatozy mózgowo-ścięgniastej (CTX), rzadkiej genetycznej choroby metabolicznej. CDCA był pierwotnie sprzedawany jako lek na kamice żółciową w cenie 0,28 euro za kapsułkę. Od 1999 roku lek ten był przepisywany poza wskazaniami w leczeniu CTX, a jego koszt wynosił 308 euro na pacjenta rocznie. Firma farmaceutyczna Leadiant przejęła CDCA w 2008 roku, uzyskała pozwolenie na dopuszczenie do obrotu od Europejskiej Agencji Leków w 2017 roku i 500-krotnie podniosła cenę leku, do 140 euro za kapsułkę, co podniosło koszty leczenia do 153 300 euro na pacjenta rocznie.

Status leku na chorobę sierocą dawał firmie Leadiant dziesięcioletnią ochronę monopolistyczną, mimo że CDCA nie była nową cząsteczką. Firma Leadiant podjęła również szereg działań, aby zapobiec konkurencji dla swojego nowego, drogiego CDCA; na przykład składając skargę do holenderskiej Inspekcji Zdrowia na apteki produkujące własne CDCA, aby uniknąć wysokich cen Leadiant. Leadiant przejęła również konkurentów i podpisała umowę na wyłączność z głównym producentem surowca.

Sprawa ta dotyczyła około 60 pacjentów w Holandii (Królestwie Niderlandów) i ponad 200 w innych krajach UE. 260 pacjentów wymagających leczenia stanowi roczne obciążenie w wysokości 39 milionów euro dla europejskich systemów opieki zdrowotnej.

Fundacja Odpowiedzialności Farmaceutycznej podejmuje działania

7 września 2018 r. PAF złożyła wniosek o wszczęcie postępowania w sprawie egzekwowania prawa konkurencji do holenderskiego Urzędu ds. Konsumentów i Rynków (ACM) (21). W 2021 roku ACM nałożył na Leadiant karę pieniężną w wysokości 19 569 500 euro za nadużywanie dominującej pozycji rynkowej w celu zawyżania cen dla pacjentów stosujących CDCA. Kara została nałożona w 2023 roku po apelacji Leadiant (22). Według oświadczenia ACM, „Leadiant nadużyła swojej dominującej pozycji” na rynku, pobierając „... wygórowaną cenę... która w połączeniu z niskimi kosztami i niskim ryzykiem skutkowała wygórowanymi zyskami”. (22) Było to również „... niesprawiedliwe, ponieważ lek, pod inną nazwą handlową, był już od lat dostępny na rynku po znacznie niższej cenie, a pacjenci odnieśli znikome korzyści z zarejestrowania go jako leku na chorobę sierocą”. Ponadto organy ochrony konkurencji w Izraelu, Włoszech i Hiszpanii również prowadziły dochodzenia w sprawie Leadiant i nałożyły kary, których łączna kwota na te cztery kraje wyniosła 33 miliony euro. Po 500-krotnej podwyżce cen leków Leadiant, rząd Holandii i Inspekcja Zdrowia zezwoliły na sporządzanie preparatów farmaceutycznych przez apteki szpitalne jako rozwiązanie awaryjne dla pacjentów, a minister zdrowia Holandii zaproponował skrócenie okresu wyłączności w ramach unijnego przeglądu dyrektywy UE w sprawie leków na choroby sierocę. Bariery utrudniające przewyżczenie ingerencji przemysłu obejmowały złożone procedury prawne, brak przejrzystości cenowej i lobbings branżowy. Czynniki ułatwiającymi były współpraca podmiotów sektora ochrony zdrowia, presja społeczna i interwencje regulacyjne – a rola CSO jest kluczowa w pociąganiu rządów i podmiotów komercyjnych do odpowiedzialności.

Studium przypadku 34. Wezwanie do opracowania projektu dyrektywy o ochronie dzieci przed marketingiem niezdrowej żywności skierowanym do dzieci: sojusz na rzecz zmian

Wpływ marketingu niezdrowych produktów lub usług jest nieproporcjonalnie większy wśród dzieci ze środowisk w niekorzystnej sytuacji socjoekonomicznej (23, 24), które często są poddawane większej ekspozycji na marketing, a jednocześnie mają mniejszy dostęp do zdrowszej i tańszej diety (25).

W odpowiedzi na to, w 2021 roku koalicja 20 międzynarodowych CSO zaproponowała opracowanie ogólnounijnej dyrektywy mającej na celu ochronę dzieci przed marketingiem niezdrowych produktów spożywczych (26). Dyrektywa ta wzywa do ochrony zdrowia publicznego i konsumentów w różnych kanałach medialnych, w tym w mediach cyfrowych i nadawczych, oraz odnosi się do technik marketingowych zaprojektowanych specjalnie z myślą o dzieciach. Jest to zbiorowe wezwanie do europejskich decydentów politycznych do zjednoczenia się w ochronie zdrowia i przyszłości dzieci przed interesami komercyjnymi i podkreśla odpowiedzialność UE za regulację marketingu transgranicznego w celu zapewnienia ochrony zdrowia publicznego, konsumentów i praw dziecka.

Proponowana dyrektywa ma na celu harmonizację działań krajowych i ustanowienie jednolitych ram, które zapewnią uczciwe warunki dla przedsiębiorstw spożywczych, jednocześnie priorytetowo traktując zdrowie publiczne i prawa dziecka. Popierając tę dyrektywę, CSO nie tylko kwestionują status quo, ale także kładą podwaliny pod zdrowszą i bardziej sprawiedliwą przyszłość dla wszystkich dzieci w całej Europie.

Podejścia na szczeblu krajowym i potrzeba dyrektyw międzynarodowych

Poczyniono znaczny postęp na szczeblu krajowym, gdzie kilka krajów niezależnie od siebie uchwaliło przepisy mające na celu ograniczenie marketingu niezdrowej żywności skierowanego do dzieci, uznając pilną potrzebę ochrony najmłodszych i najbardziej bezbronych członków społeczeństwa. Inicjatywy z Niemiec, Norwegii, Wielkiej Brytanii i Hiszpanii wprowadziły środki mające na celu ograniczenie reklamy żywności o wysokiej zawartości tłuszczu, cukru i soli (HFSS) skierowanej do dzieci (27-29).

Sytuacja w Wielkiej Brytanii została szczegółowo opisana w rozdziale 2 niniejszego raportu. Norwegia w czerwcu 2023 r. zatwierdziła przepisy zakazujące marketingu niezdrowej żywności i napojów skierowanego do dzieci poniżej 18. roku życia, co stanowi ważny krok w legislacji (30). W Niemczech Federalne Ministerstwo Żywności, Rolnictwa i Ochrony Konsumentów przedstawiło w 2023 r. plan ochrony dzieci przed reklamą niezdrowej żywności (29). Projekt ten ogranicza reklamy napojów HFSS we wszystkich mediach istotnych dla dzieci, w tym w reklamach zewnętrznych w pobliżu szkół i innych miejscach, w których dzieci znajdują się w centrum uwagi, choć jest wciąż w fazie rozwoju. W Hiszpanii projekt dekretu królewskiego przedstawiony przez Ministerstwo Spraw Konsumentów proponował zakaz marketingu żywności takiej jak batony czekoladowe, ciastka i lody, a także ustanawiał limity dotyczące zawartości tłuszczu, soli, cukru i kalorii w produktach takich jak słone przekąski i płatki śniadaniowe. Jednak ten wniosek ustawodawczy nigdy nie został opublikowany (27).

Chociaż te wysiłki świadczą o świadomości i woli rozwiązania tego problemu w kilku krajach, te odizolowane podejścia krajowe mogą być ograniczone i nieskuteczne. Działania podejmowane na szczeblu krajowym, wspierane przez zaangażowaną pracę krajowych i międzynarodowych NGO i CSO, często pojawiają się w odpowiedzi na brak działań ze strony europejskich prawodawców. Działania te uwypuklają znaczne rozbieżności w ramach regulacyjnych i ich skutecznym wdrażaniu w różnych krajach, zwłaszcza w państwach członkowskich UE, oraz podkreślają potrzebę bardziej ujednoczonych i skutecznych podejść regulacyjnych w UE w celu zapewnienia równych wyników zdrowotnych we wszystkich państwach członkowskich. Różnice te zagrażają integralności jednolitego rynku UE, tworząc rozdrobniony krajobraz regulacyjny, i wpływają na równość w UE; zróżnicowane poziomy ochrony konsumentów prowadzą do niespójnych zabezpieczeń zdrowotnych dla dzieci w różnych regionach.

Impet takim międzynarodowym regulacjom w znacznym stopniu nadają obywatele i społeczeństwo obywatelskie, co podkreśla głęboki wpływ rzecznictwa w kształtowaniu polityki zdrowia publicznego. Przyglądając się tym krajowym doświadczeniom, staje się oczywiste, że dla osiągnięcia bardziej kompleksowego i systemowego podejścia do zdrowia publicznego niezbędne jest rozszerzenie działań na ramy regionalne i międzynarodowe, takie jak UE.

Studium przypadku 35. Wkład społeczeństwa obywatelskiego w działania Parlamentu Europejskiego w zakresie profilaktyki i leczenia NCD

Nowo utworzona Parlamentarna Podkomisja Zdrowia Publicznego UE (SANT) składa się z 30 członków zwyczajnych i 30 członków zastępczych i koncentruje swoje wysiłki na wzmocnieniu europejskiej suwerenności farmaceutycznej oraz zwalczaniu nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej w UE, w tym dysproporcji między obszarami miejskimi i wiejskimi. Od momentu powstania w lutym 2023 r., dwie pierwsze inicjatywy podkomisji dotyczyły sporządzania sprawozdań z własnej inicjatywy dotyczących zdrowia psychicznego i NCD. Sprawozdanie z własnej inicjatywy pozwala komisji Parlamentu Europejskiego wyrazić swoje stanowisko w kwestiach, które niekoniecznie wynikają z istniejących wniosków ustawodawczych, a często wpływają na przyszłą politykę i prawodawstwo. Społeczeństwo obywatelskie doceniło wysiłki nowo utworzonej komisji, która nadała tym dwóm kluczowym tematom wyższy priorytet w agendzie polityki zdrowia publicznego w Europie.

Europejski Sojusz na rzecz Zdrowia Publicznego (EPHA), wraz z będącymi jego członkami CSO, doradcami eksperckimi i sojusznikami, znacząco przyczynił się do kształtowania polityki zdrowotnej na poziomie UE w ramach SANT. Doprowadziło to do znaczących poprawek i zaleceń dotyczących projektu raportu Podkomisji SANT w sprawie NCD, koncentrujących się na sformułowaniu i danych dotyczących spożycia alkoholu, społecznych determinantów zdrowia oraz marketingu niezdrowych produktów skierowanych do nieletnich (31). Ten wspólny wysiłek z powodzeniem wpłynął na ostateczną wersję raportu, ulepszając sformułowania i zalecenia dotyczące polityki zdrowotnej, aby zapewnić skuteczniejsze, bardziej inkluzywne i zrównoważone wyniki zdrowotne w całej Europie. Dowodem na to jest oficjalne uznanie EPHA, wraz z kilkoma innymi CSO, za współautorów ostatecznej wersji raportu, która została poddana pod głosowanie i przyjęta w grudniu 2023 r. (32).

Wpływ sektora komercyjnego na zalecenia dotyczące zdrowia publicznego

Oprócz CSO, w proces ten włączono również podmioty komercyjne, które zostały uznane za współautorów, co wywołało debatę na temat potencjalnych konfliktów interesów. Aby temu zaradzić, rośnie zapotrzebowanie na surowsze regulacje, które w celu ochrony interesu publicznego zapewnią przejrzystość wkładu takich podmiotów oraz odpowiednie zarządzanie potencjalnymi konfliktami interesów dotyczącymi tych podmiotów i samych posłów do Parlamentu Europejskiego (33). Chociaż proaktywny i stały udział CSO był kluczowy, w sprawozdaniu końcowym nie uwzględniono w pełni najbardziej wiarygodnych dowodów, zwłaszcza dotyczących spożycia alkoholu. Na przykład nadal używany jest termin „szkodliwe spożycie alkoholu”, pomimo jednoznacznych dowodów naukowych potwierdzających, że nie istnieje „bezpieczny poziom” spożycia alkoholu i związane z nim ryzyko (34, 35) (więcej w rozdziale 6). To sformułowanie pojawia się nie tylko w sprawozdaniu NCD podkomisji SANT, ale także w dokumentach Parlamentarnej Komisji Specjalnej ds. Walki z Rakiem (BECA), która stała na czele Europejskiego Planu Walki z Rakiem (36). Te nieścisłości uwypuklają toczące się debaty w ramach kształtowania polityki zdrowia publicznego i podkreślają kluczową rolę społeczeństwa obywatelskiego w promowaniu języka, który wiernie odzwierciedla wiedzę naukową. Podkreśla to potrzebę bardziej rozwiniętych ram zapewniających ustrukturyzowane włączenie CSO, umożliwiając skuteczniejszy wkład w kształtowanie polityki.

Podsumowanie

Organizacje społeczeństwa obywatelskiego odgrywają kluczową rolę w rozwiązaniu problemu komercyjnych determinantów NCD. Mogą one niwelować różnice między poszczególnymi obywatelami – a tym samym indywidualną odpowiedzialnością – a procesem kształtowania polityki, opowiadając się za systemowymi zmianami, które stawiają zdrowie publiczne ponad interesy komercyjne. Aby to osiągnąć, niezbędne są silniejsze ramy międzynarodowe, takie jak system prawny UE, wspierające skuteczne i sprawiedliwe strategie zdrowia publicznego. Przykładem udanej współpracy międzynarodowej jest FCTC, proponująca model dla przyszłych działań, takich jak legislacyjne Ramy dla zrównoważonych systemów żywnościowych, których celem jest transformacja środowiska żywnościowego UE. Ostatecznie CSO odgrywają istotną rolę w kształtowaniu polityki zdrowotnej, zapewniając, że zdrowie i dobrostan znajdują się na pierwszym planie programów politycznych.

Sugestie dotyczące polityki

- Ustanowienie formalnej struktury w ramach Europejskiego Regionu WHO oraz krajowych procesów legislacyjnych, w celu zapewnienia konsekwentnego udziału obywateli i CSO. Ramy te powinny jasno określać role CSO, zapewniając ich udział w dyskusjach politycznych i systematyczne uwzględnianie ich wkładu w podejmowanie decyzji politycznych.
- Zapewnienie finansowania i zasobów na rzecz tworzenia i utrzymania CSO poprzez wieloletnie granty operacyjne. Takie podejście ułatwiłoby budowanie potencjału, zrównoważone działania rzecznicze, możliwości nawiązywania kontaktów i szkolenia oparte na dowodach naukowych, a także miałyby kluczowe znaczenie dla zapobiegania wpływowi interesów komercyjnych na politykę zdrowia publicznego.
- Wdrożenie solidnych systemów monitorowania w celu śledzenia skuteczności polityk zdrowia publicznego i wkładu CSO. Regularne ewaluacje mogą pomóc w udoskonaleniu strategii i zapewnieniu, że przynoszą one zamierzone rezultaty zdrowotne.
- Wdrożenie krajowych i międzynarodowych przepisów dotyczących przejrzystości w celu wyrównania wpływów lobbingu, zapewniającej, że lobbyści korporacyjni i CSO działają na równych zasadach. Obejmowałyby to obowiązek ujawniania informacji o działalności lobbingu i wkładach finansowych, promowanie uczciwości i zmniejszanie dysproporcji w zakresie wpływu na politykę.

1. Friel S, Collin J, Daube M, Depoux A, Freudenberg N, Gilmore AB et al. Commercial determinants of health: future directions. *Lancet*. 2023;401:1229-40. doi: 10.1016/s0140-6736(23)00011-9.
2. Civil Society Engagement in Development Co-operation W: OECD [strona internetowa] (<https://www.oecd.org/dac/civil-society-engagement-in-development-co-operation.htm>, Dostęp: 4 czerwca 2024).
3. Expert Council on NGO law: European practices related to participation of NGOs in policy development. Council of NGOs of the Council of Europe; 25 February 2021 (<https://rm.coe.int/expert-council-conf-exp-2021-2-ngo-participation-in-policy-development/1680a18deb>, Dostęp: 4 czerwca 2024.)
4. Mamudu HM, Glantz SA. Civil society and the negotiation of the Framework Convention on Tobacco Control. *Glob Public Health*. 2009;4:150–68. doi: 10.1080/17441690802095355.
5. de Lacy-Vawdon C, Livingstone C. Defining the commercial determinants of health: a systematic review. *BMC Public Health*. 2020;20:1022. doi: 10.1186/s12889-020-09126-1.
6. The illusion of choice: Why someone already decided what you will eat for lunch. Brussels: Eurogroup for Animals, The European Consumer Organisation, The European Public Health Alliance; 2023: (https://epha.org/wp-content/uploads/2023/06/epha_2023_the_illusion_of_choice_report.pdf, Dostęp: 4 czerwca 2024.)
7. Legislative framework for sustainable food systems. W: European Commission/Horizontal Topics/Farm to Fork strategy [strona internetowa]. Brussels: European Commission. (https://food.ec.europa.eu/horizontal-topics/farm-fork-strategy/legislative-framework_en, Dostęp: 2 czerwca 2024).
8. Joint call for food system transformation and a legislative framework for sustainable food systems in the next mandate. Brussels: EU Food Policy Coalition; 1 March 2024 (<https://foodpolicycoalition.eu/wp-content/uploads/2024/03/FPC-letter-on-recommendations-to-next-EC.pdf>, Dostęp: 4 czerwca 2024.)
9. Nambiar D, Boldosser-Bosch A, Costongs C, Sokolovič M, Kozlovič M, Frieder K, et al. Standing for, with and behind each other: how to foster civil society capacities for social participation. *Eurohealth*. 2024;30:44–9. (<https://iris.who.int/handle/10665/376890>, Dostęp: 4 czerwca 2024.)
10. Freund D. How many lobbyists are there in Brussels? W: Transparency International EU [strona internetowa]. Transparency International EU; 2016 (<https://transparency.eu/lobbyistsinbrussels/>, Dostęp: 2 czerwca 2024).
11. Big Pharma's lobbying firepower in Brussels: at least €36 million a year (and likely far more). W: Corporate Europe Observatory [strona internetowa]. Brussels: Corporate Europe Observatory; 2021 (<https://corporateeurope.org/en/2021/05/big-pharmas-lobbying-firepower-brussels-least-eu36-million-year-and-likely-far-more>, Dostęp: 4 czerwca 2024.)
12. European Economic and Social Committee. The impact of the crisis on civil society organisations in the EU: risks and opportunities. Brussels: Institute for European Studies; 2013 (https://ec.europa.eu/citizenship/pdf/eesc_qe-32-12-548-en-c_en.pdf, Dostęp: 4 czerwca 2024).
13. Golob ostro nad ministra Mesca, napovedal tudi dvig trošarin [Golob harshly criticized Minister Mesco, who also announced an increase in excise duties]. W: 24ur.com/Slovenija [strona internetowa]. Ljubljana: 24ur.com: 16 października 2023 (<https://www.24ur.com/novice/slovenija/golob-os-tro-nad-ministra-mesca-napovedal-tudi-dvig-trosarin.html>, Dostęp: 2 czerwca 2024).
14. Napoveduje se prepoved arom v elektronskih cigareтах in ukinitvev kadilnic [A ban on flavors in electronic cigarettes and the abolition of smoking rooms are announced]. W: RTV SLO/Zdravje [strona internetowa]. Ljubljana: Radiotelevizija Slovenija; 9 listopada 2023 (<https://www.rtvlo.si/zdravje/napoveduje-se-prepoved-arom-v-elektronskih-cigaretah-in-ukinitev-kadilnic/687535>, Dostęp: 2 czerwca 2024).
15. DZ za zdravstvo soglasno podprl predlog novele zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov [The Parliament for Health unanimously supported the proposal for an amendment to the law on restricting the use of tobacco products]. W: RTV SLO/Zdravje [strona internetowa]. Ljubljana: Radiotelevizija Slovenija; 12 marca 2024 (<https://www.rtvlo.si/zdravje/dz-za-zdravstvo-soglasno-podprl-predlog-novele-zakona-o-omejevanju-uporabe-tobacnih-izdelkov/701348>, Dostęp: 2 czerwca 2024).
16. Regulation: Heated Tobacco. *Tobacco Insider* [strona internetowa]; 2024 (<https://tobaccoinsider.com/regulation-heated-tobacco/>, Dostęp: 4 czerwca 2024).
17. Republic of Slovenia Human Rights Ombudsman. The constitution of the Republic of Slovenia [strona internetowa]. Slovenia: Republic of Slovenia Human Rights Ombudsman; (<https://varuh-rs.si/en/about-us/legal-framework/the-constitution-of-the-republic-of-slovenia/>, Dostęp: 4 czerwca 2024).
18. Wild C, Altymysheva A, Altybaeva A. Combatting tobacco industry tactics in Kyrgyzstan using the power of women's councils. *EuroHealthNet*; (in press).
19. In the words of Ainuru Altybaeva: "Bride kidnapping is not a tradition, it's a crime". UN Women Europe and Central Asia/News and events/ Stories [strona internetowa]. UN Women; 2017 (<https://eca.unwomen.org/en/news/stories/2017/10/in-the-words-of-ainuru-altybaeva-bridge-kidnapping-is-not-a-tradition-its-a-crime>, Dostęp: 2 czerwca 2024).
20. Law No. 121 on the Protection of Health of the Citizens of the Kyrgyz Republic from the Effects of Tobacco and Nicotine Consumption and from Exposure to Ambient Tobacco Smoke and Aerosol. Kyrgyzstan 2021 (Kyrgyzstan-Law-No.-1212021.pdf (tobaccocontrollaws.org), Dostęp: 4 czerwca 2024.pdf).
21. Chenodeoxycholic Acid (CDCA Leadiant). W: Pharmaceutical Accountability Foundation [strona internetowa]. Pharmaceutical Accountability Foundation (<https://www.pharmaceuticalaccountability.org/case-studies/cdca-leadiant/>, Dostęp: 2 czerwca 2024).
22. ACM imposes fine on drug manufacturer Leadiant for CDCA's excessive price. W: Authority for Consumers & Markets/Publications. Authority for Consumers & Markets/Publications, Netherlands; 2021 (<https://www.acm.nl/en/publications/acm-imposes-fine-drug-manufacturer-leadiant-cdca-excessive-price>, Dostęp: 2 czerwca 2024).
23. Laws R, Campbell KJ, van der Pligt P, Russell G, Ball K, Lynch J, et al. The impact of interventions to prevent obesity or improve obesity related behaviours in children (0–5 years) from socioeconomically disadvantaged and/or indigenous families: a systematic review. *BMC Public Health*. 2014;14:779. doi: 10.1186/1471-2458-14-779.
24. Signal LN, Stanley J, Smith M, Barr MB, Chambers TJ, Zhou J, et al. Children's everyday exposure to food marketing: an objective analysis using wearable cameras. *IJBPA*. 2017;14:137. doi: 10.1186/s12966-017-0570-3.
25. Calvert E. Food marketing to children needs rules with teeth. Brussels: The European Consumer Organisation; 2021 (https://www.beuc.eu/sites/default/files/publications/beuc-x-2021-084_food_marketing_to_children_needs_rules_with_teeth.pdf, Dostęp: 4 czerwca 2024).
26. Call to protect children from the marketing of nutritionally poor food. European Public Health Alliance; 2021 (<https://epha.org/wp-content/uploads/2021/11/call-to-protect-children-from-the-marketing-of-nutritionally-poor-food-final-november2021.pdf>, Dostęp: 2 czerwca 2024).
27. Decree on the advertising of food and beverages for children published by AESAN. W: Food Compliance [strona internetowa]. Singapore: Food Compliance International; 2021 (<https://foodcomplianceinternational.com/industry-insight/europe/642-decree-on-the-advertising-of-food-and-beverages-for-children-published-by-aesan>, Dostęp: 2 czerwca 2024).
28. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjeller [Recommendation from the health and care committee on the Public Health Report - National strategy for equalizing social health differences]. W: Stortinget [Storting]/Publikasjoner [strona internetowa]. Oslo: Health and Care Committee; 2023 (<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjon-er/Innstillinger/Stortinget/2022-2023/inns-202223-398s>, Dostęp: 2 czerwca 2024).

29. Özdemir stellt Gesetzesvorhaben für mehr Kinderschutz in der Werbung vor [Özdemir presents legislative proposals for more child protection in advertising]. W: Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft [Federal Ministry of Food and Agriculture]/Pressemittelung [strona internetowa]. Federal Ministry of Food and Agriculture; 2023 (<https://www.bmel.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2023/024-lebensmittelwerbung-kinder.html>, Dostęp: 2 czerwca).
30. Norway to ban unhealthy food adverts aimed at kids. W: Safe Food Advocacy Europe [strona internetowa]. Brussels: Safe Food Advocacy Europe; 2023 (<https://www.safefoodadvocacy.eu/norway-to-ban-unhealthy-food-adverts-aimed-at-kids/#:~:text=Norway>, Dostęp: 2 czerwca 2024).
31. EPHA's Contribution to the SANT Subcommittee Report on non-communicable diseases (NCDs). W: European Public Health Alliance/Publications [strona internetowa]. Brussels: European Public Health Alliance; 2023 (<https://epha.org/ephas-contribution-to-the-sant-subcommittee-report-on-non-communicable-diseases-ncds/>, Dostęp: 4 czerwca 2024).
32. Report on non-communicable diseases (NCDs). European Parliament; 2023 (A9-0366/2023; https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2023-0366_EN.html, Dostęp: 4 czerwca 2024).
33. Conflicts of Interest. W: Transparency International EU [strona internetowa]. Transparency International EU; 2024 (<https://transparency.eu/priority/eu-money-politics/conflict-of-interest/>, Dostęp: 2 czerwca 2024).
34. No level of alcohol consumption is safe for our health. W: WHO/News [strona internetowa]. Geneva: World Health Organization; 4 January 2023 (<https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health>, Dostęp: 2 czerwca 2024).
35. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva; World Health Organization; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/274603>, Dostęp: 2 czerwca 2024). Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
36. EU lawmakers water down warnings on alcohol as cause of cancer. W: Reuters/Healthcare & Pharmaceuticals [strona internetowa]. Reuters; 2022 (<https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/eu-lawmakers-water-down-warnings-alcohol-cause-cancer-2022-02-16/>, Dostęp: 2 czerwca 2024).

Wniosek. Rozwiązanie problemu komercyjnych determinantów NCD w Europie: plan działania



© WHO

Pilna potrzeba działań w Europie

Obciążenie chorobami niezakaźnymi w Europie stale rośnie, a znaczna jego część związana jest z działaniami komercyjnymi. Na przykład przewiduje się, że o ile nie nastąpi przyspieszenie kontroli tytoniu, Europejski Region WHO będzie miał najwyższy dzienny wskaźnik dorosłych palaczy, wynoszący 23%, spośród wszystkich regionów WHO (7). Dorośli w regionie, określane jako osoby powyżej 15. roku życia, są już największymi na świecie konsumentami alkoholu per capita (2). Częstość występowania nadwagi i otyłości stale rośnie, a wzrost otyłości u dzieci sugeruje, że problem ten będzie dotyczył również kolejnego pokolenia (3). Ponadto siły komercyjne wpływają na inne aspekty zdrowia, czego przykładem są liczne studia przypadków przedstawione w niniejszej publikacji, które ilustrują wpływ interesów komercyjnych na cenę i marketing leków.

Czynniki komercyjne wywierają zatem szereg wpływów na NCD, w tym wytwarzanie towarów, takich jak papierosy i alkohol, projektowanie uzależniających i intensywnie reklamowanych form żywności, marketing nieskutecznych badań przesiewowych w kierunku raka oraz promocja leków onkologicznych o marginalnych korzyściach, ale stale rosnących cenach.

Opór przemysłu wobec zmian, które mogłyby promować zdrowie, z czasem stał się również bardziej wyrafinowany. Wcześniejsze działania były ilustrowane przez zaprzeczanie przez przemysł tytoniowy, że nikotyna uzależnia lub że nie ma dowodów na szkodliwość tytoniu dla zdrowia. Przyjęcie podobnych strategii w wielu branżach podkreśla powszechność schematu postępowania stosowanego przez sektor komercyjny, aby generować zyski, nawet kosztem zdrowia.

Wzrost obciążenia NCD w połączeniu z rosnącą liczbą dowodów na udział sektora komercyjnego w tym obciążeniu, doprowadził do powstania niniejszej publikacji – będącej częścią wysiłków mających na celu przedstawienie rządów, społeczeństwu obywatelskiemu i środowisku akademickiemu nowego frontu działań w zakresie zdrowia publicznego w Europie. Poprzednie pokolenia orędowników zdrowia publicznego odniosły znaczące sukcesy w ograniczaniu szkodliwych wpływów komercyjnych na zdrowie, począwszy od Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczaniu Użycia Tytoniu (FCTC), poprzez globalne strategie i plany działania dotyczące alkoholu, diety i aktywności fizycznej, aż po rezolucje regulujące zachowania, takie jak marketing żywności skierowany do dzieci czy nielegalny handel tytoniem. Nowe pokolenie specjalistów zdrowia publicznego musi wyciągnąć wnioski z przeszłości i opracować nowy zestaw narzędzi, aby zająć się komercyjnymi determinantami NCD, opracowując nowy plan działania. Niniejsza publikacja stanowi próbę nakreślenia, co taki plan mógłby obejmować: wzmocnienie osiągnięć przeszłości, proponowanie nowych podejść i rozpowszechnianie wniosków na szeroką skalę.

W kierunku agendy na rzecz zdrowia publicznego

Jak mógłby wyglądać taki ewoluujący program działań z punktu widzenia podmiotów zdrowia publicznego: rządów, społeczeństwa obywatelskiego i środowiska akademickiego? Niniejsza publikacja sugeruje szereg obiecujących kierunków.

Koalicje i wartości

Podmioty działające w obszarze zdrowia publicznego powinny współdziałać z nową myślą ekonomiczną – ekonomią opartą na rozwoju w biosferze i znalezieniu bezpiecznej i sprawiedliwej przestrzeni dla ludzkości. Może to oznaczać wyjście poza tradycyjne wskaźniki produktywności i zysku, kładąc nacisk na dobrostan ponad zwrot z inwestycji (4). Łącząc profilaktykę i kontrolę NCD z modelami ekonomicznymi, które priorytetowo traktują zrównoważony rozwój ekologiczny i równość społeczną, podmioty działające w obszarze zdrowia publicznego mogą promować polityki wspierające zarówno zdrowie publiczne, jak i cele środowiskowe, tworząc bardziej holistyczne podejście do dobrostanu społeczeństw (5).

Opracowanie narracji opartej na podstawowych wartościach, takich jak równość, zrównoważony rozwój i odporność, wymaga powiązania zachowań korporacyjnych z ich negatywnym wpływem na te wartości. Na przykład, podmioty działające w sektorze zdrowia publicznego muszą podkreślać, w jaki sposób branże unikające opodatkowania ograniczają środki publiczne dostępne na opiekę zdrowotną, pogłębiając nierówności w zakresie zdrowia. Z drugiej strony, strategie cenowe dotyczące tytoniu, alkoholu i napojów słodzonych cukrem zwiększają dochody, zmniejszają konsumpcję i wywierają progresywny wpływ, jeśli pozyskane środki są inwestowane w usługi mające na celu zmniejszenie dysproporcji. Podkreślanie degradacji środowiska spowodowanej praktykami korporacyjnymi, takimi jak powszechne stosowanie jednorazowych pakowań z tworzyw sztucznych w produktach szkodliwych dla zdrowia, może łączyć działania na rzecz zdrowia publicznego z szerszymi celami zrównoważonego rozwoju. Ujęcie tych kwestii w ramy podstawowych wartości pozwala podmiotom działającym w sektorze zdrowia publicznego budować silniejsze poparcie dla skutecznych środków regulacyjnych.

Kompetencje

Podmioty działające w sektorze zdrowia publicznego muszą zwiększyć swoje możliwości działania w obszarach ekonomii i handlu, regulacji i postępowań sądowych oraz egzekwowania przepisów dotyczących przejrzystości i konfliktu interesów. Wyposażenie specjalistów zdrowia publicznego w umiejętności angażowania się w dyskusje ekonomiczne i handlowe gwarantuje, że kwestie zdrowotne będą traktowane priorytetowo w umowach handlowych. Szkolenia z zakresu regulacji i postępowań sądowych umożliwiają podmiotom działającym w sektorze zdrowia publicznego kwestionowanie praktyk branżowych na drodze prawnej. Egzekwowanie przejrzystości i zarządzanie konfliktami interesów zapobiega nadmiernemu wpływowi przemysłu na politykę zdrowia publicznego. Rzecznicy eliminacji chorób niezakaźnych muszą nabyć umiejętności, na przykład:

- wykorzystywania Codex Alimentarius (Kodeksu Żywnościowego) (6) do poprawy jakości żywności,
- wykorzystywania Artykułu 5.3 Ramowej Konwencji WHO o ograniczeniu użycia tytoniu (FCTC) do egzekwowania przejrzystości i odpowiedzialności w kontaktach z przemysłem tytoniowym,
- wykorzystywania procesu politycznego na poziomie krajowym i międzynarodowym do kontroli marketingu i etykietowania alkoholu oraz
- znajdowania sposobów włączania się w proces negocjowania i opracowywania krajowych przepisów, które są oparte na dowodach, pragmatyczne i łatwe do egzekwowania.

Rzecznicy rozwiązania problemu chorób niezakaźnych muszą posiadać umiejętności rozpoznawania i zarządzania konfliktem interesów, identyfikowania taktyk branżowych, wykorzystywania danych do oceny wpływu czynników komercyjnych oraz oceny alternatywnych polityk i porozumień w celu ograniczenia tych szkód. Sektor zdrowia publicznego może dążyć do egzekwowania surowych wymogów przejrzystości i opracowywania mechanizmów identyfikacji i ograniczania konfliktu interesów. Kluczowe znaczenie ma zrozumienie typowych taktyk branżowych, takich jak lobbing, marketing ukierunkowany i wprowadzające w błąd inicjatywy z zakresu społecznej odpowiedzialności biznesu (CSR). Na przykład, branże często manipulują badaniami naukowymi, aby bagatelizować zagrożenia dla zdrowia, dlatego podmioty zajmujące się zdrowiem publicznym muszą krytycznie oceniać badania finansowane przez branżę i opowiadać się za niezależnymi badaniami. Biuro Regionalne WHO dla Europy opublikowało już „Scenariusz dla przemysłu tytoniowego” (Tobacco Industry Playbook) i finalizuje „Scenariusz dla przemysłu alkoholowego” (Alcohol Industry Playbook). Oba te dokumenty zawierają dowody na standardowe argumenty stosowane przez te branże, wraz z odpowiedziami dostępnymi dla rzeczników rozwiązania problemu NCD. Opublikowany został również Model Profilu Wartości Odżywczych (Nutrient Profile Model) jako podstawa między innymi skutecznymi regulacji dotyczących marketingu żywności kierowanej do dzieci. Ponadto podmioty działające w sektorze zdrowia publicznego muszą wykorzystywać dane i budować zbiór dowodów, które ujawniają prawdziwy zakres wpływu przemysłu na zdrowie, wykorzystując dowody do uzasadnienia silniejszych regulacji. Można wykorzystać szereg nowych technik, wykorzystujących na przykład uczenie maszynowe, analizę systemów i badania nad złożonymi systemami, do wzmocnienia sojuszy na rzecz wyników leczenia NCD, identyfikacji obiecujących punktów interwencji i opisanie koalicji tych, którzy dla zysku działaliby na niekorzyść zdrowia publicznego.

Podmioty działające w sektorze zdrowia publicznego powinny również znać ramy ekonomiczne i prawne regulujące praktyki branżowe, w tym umowy handlowe i inwestycyjne, które mogą utrudniać realizację polityki zdrowia publicznego. Poprzez promowanie aspektów zdrowotnych w tych umowach i proponowanie alternatywnych ram, można zapewnić priorytetowe traktowanie zdrowia publicznego. Ciągła edukacja i budowanie potencjału są niezbędne, aby wyprzedzać ewoluujące taktyki branżowe, zapewniając, że wspólne działania skutecznie przeciwdziałają wpływowi HHI i promują polityki prozdrowotne. Wykracza to poza obszar zapobiegania NCD i obejmuje również zarządzanie; sposób ustalania cen leków w danym kraju ma bezpośredni wpływ na przystępność cenową i dostępność niezbędnych leków na raka, choroby układu krążenia, cukrzycę i przewlekłe choroby układu oddechowego. Rzecznicy rozwiązania problemu NCD i decydenci polityczni muszą rozszerzyć swoje portfolio, aby uwzględnić komercyjne determinanty badań przesiewowych, leczenia, rehabilitacji i opieki paliatywnej.

Konkretne działania

Ruch na rzecz walki z NCD w Europie powinien chronić zdobycze przeszłości i wzmacniać egzekwowanie obecnych, ciężko wywalczonych przepisów dotyczących zdrowia publicznego. Decydenci polityczni w dziedzinie zdrowia muszą w pełni wdrożyć środki określone w Ramowej Konwencji WHO o ograniczeniu użycia tytoniu (FCTC), a także globalne strategie i plany działania dotyczące alkoholu, diety i aktywności fizycznej. Na przykład decydenci polityczni w dziedzinie zdrowia mogą podnieść podatki na wyroby tytoniowe, egzekwować przepisy dotyczące jednolitych opakowań i wprowadzić kompleksowe zakazy reklamy, aby zmniejszyć liczbę palaczy. Społeczeństwo obywatelskie może zabiegać o surowe przepisy, podobne do brytyjskiego zakazu marketingu niezdrowej żywności skierowanego do dzieci, i przeciwstawiać się próbom podważania tych przepisów przez przemysł poprzez lobbing i inne taktyki.

Podmioty działające w obszarze zdrowia publicznego muszą przejąć narrację w procesie politycznym, aby sprzyjać promocji i ochronie zdrowia. Mogą one kontrolować tę narrację formułując dyskusje na temat NCD w sposób, który podkreśla korzyści zdrowotne i demaskuje taktyki stosowane przez przemysł. Na przykład, zmiana określenia nieodpowiednich strategii jako „redukcji szkód”, promowanego przez przemysł, na „utrwalanie szkód”, może przesunąć uwagę na negatywne konsekwencje rozwodnionych strategii zdrowia publicznego. W ten sposób podmioty działające w obszarze zdrowia publicznego zapewniają, że polityki chronią zdrowie publiczne, a nie uwzględniają interesy przemysłu. Podmioty działające na rzecz zwalczania NCD mogą prawdopodobnie lepiej wykorzystać zasadę ostrożności, współpracując z sektorem zdrowia środowiska i zapewniając, że otoczenie regulacyjne chroni zdrowie obecnych i przyszłych pokoleń.

Aby ograniczyć zdolność przemysłu do przejmowania władzy od rządów, decydenci polityczni w dziedzinie zdrowia muszą zająć się takimi zachowaniami, jak praktyki monopolistyczne, unikanie opodatkowania i zarządzanie reputacją poprzez działania CSR. Egzekwowanie przepisów antymonopolowych zapobiega koncentracji rynku, co widać w branży spożywczej i napojowej, gdzie dominuje kilka potężnych firm. Likwidując luki podatkowe i wdrażając solidną politykę podatkową, decydenci w obszarze ochrony zdrowia mogą zapobiegać unikaniu płacenia podatków przez korporacje, zapewniając wystarczające środki publiczne na opiekę zdrowotną. Podmioty działające w sektorze zdrowia publicznego muszą kontrolować i regulować oświadczenia dotyczące CSR, aby uniemożliwić przemysłowi wykorzystywanie tych inicjatyw wyłącznie jako narzędzi zarządzania reputacją. W obecnym klimacie, w którym rządy są oskarżane o admierną opiekuńczość wobec społeczeństwa, a organizacje międzynarodowe o przejmowanie suwerenności narodowej, niewiele jest okazji, aby pokazać społeczeństwu, jak ich wybory dotyczące NCD i suwerenność są determinowane przez niewielką grupę korporacji transnarodowych działających we własnym interesie.

Kształtowanie krajowych programów dotyczących CDoH wymaga od ruchu na rzecz zwalczania NCD utworzenia ponad granicami państw zespołów przeszkolonych pracowników, ram legislacyjnych i koalicji obejmujących różne kwestie zdrowia publicznego. Decydenci w obszarze ochrony zdrowia powinni opracować kompleksowe strategie CDoH, które integrują różne inicjatywy w zakresie zdrowia publicznego. Na przykład promowanie zdrowych i bezpiecznych dostaw żywności współdziałać z aktywizmem na rzecz walki ze zmianami klimatu, podkreślając korzyści płynące z takich podejść. Programy krajowe powinny obejmować programy szkoleniowe dla specjalistów zdrowia publicznego, zdecydowane środki legislacyjne mające na celu regulację szkodliwych gałęzi przemysłu oraz działania koalicyjne mające na celu zjednoczenie różnych grup zajmujących się zdrowiem publicznym wokół wspólnej sprawy.

Podsumowując, celem niniejszej publikacji jest wykorzystanie niedawnego wzrostu zainteresowania CDoH w sektorze zdrowia publicznego i zaproponowanie innowacyjnych podejść, które mogą pomóc w stworzeniu wykonalnej agendy akceptowanej przez rządy i przemysł, aby zjednoczyć wszystkie sektory w celu promowania zdrowia. Praca ta uznaje nierozzerwalną rolę podmiotów komercyjnych w kształtowaniu otaczającego nas świata, a co za tym idzie, ich odpowiedzialność za działania, które mogą szkodzić zdrowiu, a także odpowiedzialność sektora zdrowia publicznego za tworzenie struktur, które maksymalizują działania korporacyjne promujące zdrowie i minimalizują te, które szkodzą zdrowiu.

Piśmiennictwo

1. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/375711>, dostęp: 5 czerwca 2024). Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. (<https://iris.who.int/handle/10665/274603>, dostęp: 5 czerwca 2024) Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: Biuro Regionalne WHO dla Europy; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/353747>, dostęp: 5 czerwca 2024). Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Raworth K. Doughnut economics: seven ways to think like a 21st century economist. Random House Business Books. (2017).
5. Keyes KM, Galea S. Population Health Science. Oxford University Press; (2016).
6. Codex Alimentarius – International food standards. W: Codex Alimentarius – International food standards [strona internetowa]. Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization (<https://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/en/>, dostęp: 5 czerwca 2024).

Biuro Regionalne WHO dla Europy

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) to wyspecjalizowana agencja Organizacji Narodów Zjednoczonych utworzona w 1948 roku, której głównym zadaniem są międzynarodowe kwestie zdrowia i zdrowie publiczne. Biuro Regionalne WHO dla Europy jest jednym z sześciu biur regionalnych na świecie, z których każde posiada własny program dostosowany do specyfiki stanu zdrowia obsługiwanych krajów.

Państwa członkowskie:

Albania
Andora
Armenia
Austria
Azerbejdżan
Białoruś
Belgia
Bośnia i Hercegowina
Bułgaria
Chorwacja
Cypr
Czechy
Dania
Estonia
Finlandia
Francja
Gruzja

Niemcy
Grecja
Węgry
Islandia
Irlandia
Izrael
Włochy
Kazachstan
Kirgistan
Łotwa
Litwa
Luksemburg
Malta
Monako
Czarnogóra
Holandia (Królestwo)
Macedonia Północna
Norwegia

Polska
Portugalia
Republika Mołdawii
Rumunia
Federacja Rosyjska
San Marino
Serbia
Słowacja
Słowenia
Hiszpania
Szwecja
Szwajcaria
Tadżykistan
Turcja
Turkmenistan
Ukraina
Wielka Brytania
Uzbekistan



9 789289 061162