

Opinia Europejskiego Komitetu Regionów – Integracja, współdziałanie i wydajność systemów opieki zdrowotnej

(2017/C 272/05)

Sprawozdawca: Birgitta Sacrédeus (SE/EPL), członkini zgromadzenia regionalnego, okręg Dalarna

ZALECENIA POLITYCZNE

EUROPEJSKI KOMITET REGIONÓW (KR)

Zdrowie w Europie

1. Stwierdza, że dobre zdrowie wszystkich ludzi jest ważne dla dobrobytu i dobrego samopoczucia w społeczeństwie. Dobry stan zdrowia jednostki stanowi wartość samą w sobie, a jednocześnie zdrowie ogółu społeczeństwa przyczynia się do rozwoju gospodarczego – prawidłowość ta działa też w drugą stronę.
2. Zauważa, że obywatele Unii żyją dłużej i cieszą się lepszym zdrowiem niż wcześniej. Niemniej mamy w UE do czynienia z dużymi rozbieżnościami w zakresie zdrowia i to zarówno wewnątrz państw członkowskich, jak i między nimi. Patrząc z dłuższej perspektywy, średnia oczekiwana długość życia w UE wzrosła, choć istnieją spore różnice wewnątrz państw, regionów i gmin oraz pomiędzy nimi. I tak różnica pomiędzy krajami UE z najdłuższą i najkrótszą średnią długością życia wynosi prawie dziewięć lat (83,3 i 74,5 roku, dane z 2014 r. ⁽¹⁾). Przyrost średniej długości życia wynika m. in. ze zmiany trybu życia, z lepszego wykształcenia i lepszego dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej.
3. Zauważa, że opieka zdrowotna, usługi opiekuńcze oraz opieka społeczna to duży i ważny obszar społeczny, w którym pracuje wiele osób i który umożliwia wielu ludziom lepsze i dłuższe życie w dobrym zdrowiu. Niemniej systemy opieki zdrowotnej różnią się w 28 państwach członkowskich, również jeśli chodzi o dostępność zasobów.
4. Zdaje sobie sprawę, że zdrowie i promocja zdrowia zajmują ważne miejsce w ramach przyjętych w 2015 r. globalnych celów agendy ONZ na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030. Większość z tych 17 celów wyraźnie odnosi się do kwestii zdrowia, ale jeden z nich – cel 3 – jednoznacznie deklaruje dążenie do zapewnienia wszystkim ludziom w każdym wieku zdrowego życia oraz do wspierania ich dobrego samopoczucia. Poza tym promocję zdrowia uznaje się za fundamentalny element realizacji celów zrównoważonego rozwoju. Cele te odpowiadają również celom przyjętego w 2012 r. przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w regionie europejskim przekrojowego programu ramowego na rzecz zdrowia i dobrego samopoczucia („Zdrowie 2020”).

Kompetencje UE w dziedzinie zdrowia

5. Stwierdza, że UE, zgodnie z art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, stara się poprawić zdrowie społeczeństwa, zapobiegać chorobom i przeciwdziałać zagrożeniom dla zdrowia. Czyni to m.in. poprzez swe programy w dziedzinie zdrowia, za pośrednictwem funduszy strukturalnych i inwestycyjnych i programu ramowego w zakresie badań naukowych i innowacji oraz za pośrednictwem ochrony praw podstawowych. Art. 35 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej określa, że: „Każdy ma prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych. Przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego”.
6. Zwraca uwagę, że UE dysponuje pewnymi kompetencjami legislacyjnymi w zakresie, który obejmuje zdrowie publiczne lub dotyczy np. transgranicznej opieki zdrowotnej. Jednocześnie Unia może formułować zalecenia dotyczące tych dziedzin, w których jej kompetencje są ograniczone. W ramach europejskiego semestru Komisja Europejska wydaje zalecenia dla poszczególnych krajów i w niektórych przypadkach zalecenia te odnoszą się też do kwestii zdrowia.

⁽¹⁾ „Health at a Glance: Europe 2016”.

7. Podkreśla jednak, że zasadniczo to państwa członkowskie same decydują, jak ich systemy opieki zdrowotnej, usług opiekuńczych oraz opieki społecznej powinny być organizowane, finansowane i rozwijane. Wiele państw zdecydowało się przekazać dużą część odpowiedzialności za sektor usług opiekuńczych i ochronę zdrowia władzom lokalnym i regionalnym. Również w krajach, w których system opieki zdrowotnej jest kształtowany na poziomie krajowym, często to władze lokalne są odpowiedzialne za usługi socjalne i opiekę społeczną.

„Stan zdrowia w UE”

8. Z zadowoleniem przyjmuje przedstawioną przez Komisję w czerwcu 2016 r. inicjatywę „Stan zdrowia w UE”. Inicjatywa ta ma na celu zebranie międzynarodowej fachowej wiedzy w tej dziedzinie z myślą o poszerzeniu wiedzy dotyczącej poszczególnych państw i całej UE na temat kwestii zdrowia oraz wsparciu państw członkowskich w podejmowaniu decyzji ⁽²⁾.

9. Przyjmuje do wiadomości, że OECD i Komisja w listopadzie 2016 r. przedłożyły sprawozdanie „Health at a Glance: Europe 2016”. Sprawozdanie to – obok danych statystycznych wykazujących duże różnice w dziedzinie zdrowia, czynników warunkujących stan zdrowia, wydatków na ochronę zdrowia, jakości opieki medycznej i dostępu do niej – zawiera analizę skutków deficytów zdrowotnych dla rynku pracy i prowadzi do wniosku, że należy rozbudować podstawową opiekę zdrowotną.

10. Podkreśla znaczenie tego, by Komisja włączała władze lokalne i regionalne w dalsze prace i zasięgała ich opinii co do dalszego rozwoju systemów opieki zdrowotnej, choćby dlatego, że wiele godnych naśladowania przykładów można znaleźć właśnie na poziomie lokalnym lub regionalnym.

Liczne istotne wyzwania

11. Stwierdza, że systemy opieki zdrowotnej w krajach UE stoją przed wieloma poważnymi wyzwaniami, przy czym niektóre z nich w jednych państwach członkowskich są bardziej widoczne niż w innych:

- a. Nierówności, jeśli chodzi o stan zdrowia i dostęp do opieki zdrowotnej, często wynikające z przyczyn społeczno-ekonomicznych lub geograficznych.
- b. Nowy obraz chorób, w ramach którego lwią część kosztów pochłaniają choroby przewlekłe. Według WHO 86 % wszystkich zgonów w regionie europejskim jest spowodowanych pięcioma najbardziej powszechnymi niezakaźnymi chorobami przewlekłymi (cukrzycą, chorobami układu krążenia, nowotworami, przewlekłymi chorobami układu oddechowego i zaburzeniami zdrowia psychicznego). Choroby te często wynikają z niezdrowego trybu życia (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nieprawidłowe odżywianie się oraz brak aktywności fizycznej). Czynniki te są również powodem narastających problemów z nadwagą i otyłością, także wśród dzieci i młodzieży.
- c. Starzejące się społeczeństwo, w którym wiele osób w podeszłym wieku cierpi na jedną lub wiele chorób przewlekłych (seniorzy z chorobami współwystępującymi).
- d. Choroby zakaźne i obawy w związku z epidemiami na skalę światową. Coraz większa globalizacja wiąże się z wyższym ryzykiem rozprzestrzeniania się różnych rodzajów zagrożeń dla zdrowia.
- e. Uderzające jest to, że wielu pacjentów zapada na chorobę wskutek braku bezpieczeństwa pacjentów, m.in. z powodu zakażeń związanych z opieką zdrowotną.
- f. Odporność na antybiotyki stanowi coraz większy problem dla zdrowia publicznego i prowadzi do wzrostu zachorowalności i umieralności, a ponadto pociąga za sobą wysokie koszty dla systemów opieki zdrowotnej.
- g. Niedobór wykwalifikowanej kadry w sektorze opieki zdrowotnej i usług opiekuńczych – w wielu regionach Europy coraz trudniej wykształcić, zaangażować i utrzymać w zawodzie wystarczającą liczbę odpowiednio wyszkolonych osób.

⁽²⁾ Przewidziana na dwa lata inicjatywa będzie prowadzona we współpracy z OECD, Europejskim Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej oraz państwami członkowskimi i obejmuje cztery elementy:

- publikację „Health at a Glance: Europe 2016” (listopad 2016 r.),
- profile zdrowotne poszczególnych państw w celu zbadania cech i wyzwań w każdym z państw członkowskich UE (listopad 2017 r.),
- analizę przeprowadzoną na podstawie dwóch wspomnianych powyżej elementów, dającą ogólny obraz i łączącą wyniki z szeroko zakrojonym programem UE, ze szczególnym uwzględnieniem nadrzędnych kwestii politycznych i możliwości wzajemnego uczenia się (listopad 2017 r.),
- możliwość dobrowolnej wymiany sprawdzonych rozwiązań, o którą mogą wnieść państwa członkowskie w celu zbadania konkretnych aspektów danej sytuacji na ich terytorium (od listopada 2017 r.).

- h. Coraz większe oczekiwania obywateli i wezwania do opieki ukierunkowanej na pacjenta.
- i. Systemy opieki zdrowotnej są pod presją obniżania kosztów i zwiększania efektywności, ponieważ wydatki na opiekę zdrowotną są wysokie i nadal będą rosnąć.
- j. Nowe technologie w dziedzinie opieki społecznej mogą przyczynić się do poprawy zdrowia wielu ludzi. Innowacje w przypadku niektórych schorzeń pozwalają obniżyć koszty, ale jednocześnie pojawienie się nowych sposobów leczenia pewnych chorób i możliwości opieki w przypadkach pewnych stanów zdrowia może generować większe koszty.
- k. Nasilająca się migracja, zwłaszcza uchodźców dotkniętych często traumatycznymi doświadczeniami, wymagająca m.in. większej dostępności odpowiednich terapii zaburzeń psychiatrycznych, psychologicznych i psychosomatycznych.
- l. Zmiany w środowisku i zmiana klimatu negatywnie oddziałują na zdrowie i samopoczucie.
- m. Choroby fizyczne i psychiczne wywołane coraz bardziej wymagającymi realiami życia zawodowego lub brakiem równowagi między życiem zawodowym a prywatnym.

Środki, aby sprostać tym wyzwaniom

12. Uważa, że równość szans pod względem zdrowia zaczyna się od zapewnienia wszystkim dostępu do opieki zdrowotnej. Odpowiednie i trwałe finansowanie opieki zdrowotnej ma decydujące znaczenie dla zapewnienia dostępnych i obecnych na całym obszarze wysokiej jakości świadczeń. Należy zwalczać nieformalne opłaty i inne praktyki korupcyjne w opiece zdrowotnej, ponieważ negatywnie wpływają one na dostępność i skuteczność tego sektora.

13. Stwierdza, że spośród wszystkich chorób największym obciążeniem są choroby przewlekłe i one też generują największe koszty w budżecie opieki zdrowotnej oraz innych systemów zabezpieczenia społecznego. Aby systemy zdrowotne były wydolne w dłuższej perspektywie, należy je zreformować pod kątem lepszego radzenia sobie z chorobami przewlekłymi. Jednocześnie trzeba zatrzymać takie tendencje generowania kosztów, które są nie do utrzymania. Wielu chorobom przewlekłym można zapobiegać poprzez zmianę stylu życia, a dzięki właściwym działaniom można opóźnić wystąpienie typowych dla tych chorób stanów degeneracyjnych.

14. Pragnie zwrócić szczególną uwagę na problemy związane z chorobami psychicznymi. Zdrowie psychiczne musi mieć tę samą wagę co zdrowie fizyczne. Choroby psychiczne nierzadko z powodzeniem udaje się leczyć w ramach terapii ambulatoryjnej. Zdrowie psychiczne często opiera się na dobrych relacjach z rodziną, osobami bliskimi i z dalszym otoczeniem. Ważne są też odpowiednie środowisko życia i pracy oraz poczucie przynależności i sensu w życiu.

15. Jest zdania, że warto większy akcent położyć na profilaktykę i promocję zdrowia i zadbać o to, by w większym stopniu bazowały one na wiedzy i były oparte na dowodach. Należy poprawić współpracę pomiędzy opieką zdrowotną a sektorem usług opiekuńczych, aby zwłaszcza ludziom starszym i niepełnosprawnym umożliwić prowadzenie lepszego życia. Jak wykazuje praktyka, korzystne jest połączenie usług w zakresie opieki zdrowotnej i opiekuńczych, na podstawie indywidualnej oceny sytuacji i z zachowaniem ciągłości opieki. Ponieważ podstawowe nawyki kształtują się we wczesnym okresie życia, istotną rolę w działaniach w zakresie profilaktyki powinny odgrywać rodzina i szkoła.

16. Podziela opinię wyrażoną w sprawozdaniu „Health at a Glance: Europe 2016”, że państwa członkowskie UE muszą rozbudowywać swoją podstawową opiekę zdrowotną, aby wyjść naprzeciw potrzebom starzejącego się społeczeństwa, zapewnić lepsze współdziałanie wszystkich elementów związanych z leczeniem i opieką oraz zapobiegać niepotrzebnemu leczeniu szpitalnemu. Należy inwestować w podstawową opiekę zdrowotną, opiekę ambulatoryjną i w opiekę w domu, zaś wysoko wyspecjalizowane leczenie szpitalne należy skoncentrować, dbając o jego jakość. Aby odciążyć szpitale, przychodnie podstawowej opieki medycznej muszą być dostępne także poza normalnymi godzinami pracy. Ważne jest opracowanie podejścia multidyscyplinarnego. Pracownicy podstawowej opieki medycznej powinni być specjalistami w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, a także powinni znać się na chorobach przewlekłych.

17. Zwraca uwagę, że systemy opieki społecznej państw członkowskich UE znacznie się od siebie różnią. Istnieją duże różnice pod względem stopnia finansowania ze źródeł publicznych i pod względem rodzaju usług świadczonych w domu lub w określonych ośrodkach. Aby osiągnąć równość szans pod względem zdrowia, jest niezbędne, by wszyscy mieli w razie potrzeby dostęp do wysokiej jakości usług społecznych. Należy wspierać opiekunów nieformalnych. Organizacje działające na zasadzie wolontariatu mogą tu wnieść ważny uzupełniający wkład.

18. Apeluje do władz krajowych, by zwróciły uwagę na istotną rolę władz lokalnych i regionalnych w przechodzeniu od modelu opieki ukierunkowanego na szpitale do opieki świadczonej na poziomie społeczności lokalnych oraz stworzyły możliwość rozwijania kreatywnych działań prewencyjnych, usług wczesnej interwencji i opieki długoterminowej, a nie tylko opieki reaktywnej.

19. Podziela opinię zawartą w sprawozdaniu „Health at a Glance: Europe 2016”, że należy podjąć większe wysiłki, jeśli chodzi o zapobieganie chorobom przewlekłym wśród osób w wieku produkcyjnym. Choroby przewlekłe powodują niższy poziom zatrudnienia, spadek produktywności, wcześniejsze przechodzenie na emeryturę, obniżenie dochodów i przedwczesną śmierć. Środowisko pracy dobre pod względem zdrowia fizycznego i psychicznego ma zasadnicze znaczenie dla zmniejszania liczby zachorowań i urazów związanych z pracą oraz dla ograniczenia nieobecności i bezrobocia spowodowanych chorobą. W związku z tym konieczne jest silniejsze powiązanie polityki zdrowotnej i polityki rynku pracy oraz włączenie partnerów społecznych. Działania na rzecz zdrowia obywateli należy traktować jako inwestycję, a nie jako koszty.

20. Podkreśla konieczność podjęcia starań, aby osoby niepełnosprawne miały możliwość wykonywania pracy, która odpowiadałaby ich indywidualnym warunkom. Bardzo ważny jest sprawnie działający system rehabilitacji, aby osobom chorym i po wypadkach jak najszybciej umożliwić powrót do życia zawodowego.

21. Jest zdania, że większą uwagę należy zwrócić na zagadnienia związane ze upodmiotowieniem pacjentów i z opieką nastawioną na pacjenta⁽³⁾. Ogólnie rzecz biorąc, pacjenci są teraz lepiej poinformowani, a wiele osób chce mieć możliwość wyboru świadczeniodawców opieki zdrowotnej oraz oczekuje informacji na temat dostępności i jakości. System opieki zdrowotnej powinien zatem wspierać ludzi w dbaniu o ich własne zdrowie, czyli pomagać im w prowadzeniu zdrowego stylu życia, korzystaniu z informacji i podejmowaniu właściwych wyborów w zakresie leczenia i świadczeniodawców opieki zdrowotnej, w samoopiece i w zapobieganiu komplikacjom.

22. Jednocześnie uważa, że wspólnie finansowane świadczenia powinny być udzielane na podstawie potrzeb, a nie indywidualnych zgłoszeń pacjentów, gdyż w przeciwnym wypadku może dojść do nadmiernego obciążenia systemu świadczenia usług zdrowotnych.

23. Zwraca uwagę, że trzeba też większą wagę przykładac do jakości świadczeń zdrowotnych oraz wyników klinicznych. Gromadzenie danych („big data”), przejrzystość i otwarte porównania na podstawie wspólnych wskaźników mogą prowadzić do udoskonalenia i większej skuteczności inwestycji w sektor opieki zdrowotnej.

24. Apeluje o lepsze planowanie i koordynację między sektorem zdrowia i systemem kształcenia, aby otwierać możliwości dalszego szkolenia i zapewnić dostępność wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia i personelu opiekuńczego. Obecnie w wielu różnych zawodach doskwiera brak siły roboczej, a ponadto występuje nierówne rozłożenie pod względem geograficznym i brak równowagi pomiędzy różnymi grupami zawodowymi. Trzeba m.in. kształcić więcej lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej⁽⁴⁾ i dbać o zachowanie umiejętności. Z kolei pracodawcy muszą zadbać o przyjemne środowisko i dobre warunki pracy, aby móc pozyskać i utrzymać pracowników. Aby stale rozwijać działalność, pracodawcy powinni budować zespoły z wieloma różnymi specjalistami i inaczej przydzielać zadania („task shifting”), aby wzmocnić rolę pielęgniarek i innych grup zawodowych. Komitet Regionów ma nadzieję, że zaangażowanie Komisji w tworzenie europejskiego korpusu solidarności zachęci większą liczbę młodych ludzi do podejmowania pracy w sektorze opieki zdrowotnej.

25. Z zadowoleniem przyjmuje rozwój technologii medycznych i wprowadzanie nowych leków. Dla rozwoju opieki zdrowotnej zasadnicze znaczenie mają inwestycje w badania i innowacje. Dzięki zastosowaniu urządzeń wspomagających oraz rozwojowi nowych technologii można też zwiększyć niezależność osób wymagających opieki.

26. Jest zdania, że nowe technologie cyfrowe są najważniejszym narzędziem służącym bardziej skutecznemu świadczeniu usług w zakresie opieki, gdyż zapewniają nowe możliwości w zakresie zapobiegania, rozpoznawania, diagnostyki, leczenia oraz informowania i komunikacji. Tempo innowacji w tej dziedzinie jest wysokie. Wprawdzie za ochroną danych i ochroną prywatności przemawiają słuszne względy, to jednak ciągle jeszcze zbyt wolno w sektorze zdrowia sięgamy po możliwości oferowane przez nowe technologie informacyjne. Przepisy w zakresie ochrony danych muszą być tak sformułowane, by nie ograniczać skuteczności świadczenia opieki zdrowotnej, monitorowania ani badań. Zarazem należy zadbać o ochronę sfery prywatnej.

⁽³⁾ Podejście, w ramach którego pacjenci i ich rodziny uczestniczą w planowaniu i realizacji opieki, a sytuacja samych pacjentów jest rozpatrywana szerzej niż tylko w kontekście ich choroby.

⁽⁴⁾ „Health at a Glance: Europe 2016”.

27. Zwraca uwagę, że cyfryzacja jednocześnie będzie oznaczała zasadniczą zmianę w sposobie pracy i w organizacji służby zdrowia. Zmieni się zarówno stosunek sił poszczególnych grup zawodowych względem siebie, jak i równowaga sił pomiędzy pacjentem a personelem medycznym. Elektroniczne (e-zdrowie) i mobilne (m-zdrowie) usługi opieki zdrowotnej są w stanie zapewnić obywatelom większy wpływ na własne zdrowie i kwestie związane z opieką, a także dać im większą odpowiedzialność w tym obszarze. Możliwość większej samodzielności pacjentów w leczeniu ograniczyłaby ich wizyty u lekarzy i wpłynęłaby korzystnie na ich zadowolenie, a jednocześnie obniżyła koszty opieki zdrowotnej. Szersza cyfryzacja może też przyczynić się do poprawy usług na odległych i słabo zaludnionych obszarach.

28. Zwraca uwagę na duże znaczenie nowych produktów leczniczych dla rozwoju sektora zdrowia. Nowe i lepsze sposoby diagnozowania umożliwią zindywidualizowane leczenie i dobór leków z mniejszą ilością skutków ubocznych i z lepszymi efektami. Jednak opłacalność opieki zdrowotnej wymaga też przeciwdziałania wysokim kosztom leków i nadmiernemu przepisywaniu leków. W związku z tym Komitet popiera inicjatywy dotyczące dobrowolnej współpracy między państwami członkowskimi, jeśli chodzi o zakup, kształtowanie cen i dostęp do leków.

29. Zachęca do podejmowania wysiłków w celu uzyskania ekonomicznych i jakościowych korzyści ze współpracy w dziedzinie kosztownego i/lub wysoce specjalistycznego sprzętu medycznego.

30. Uważa, że trzeba kontynuować wysiłki podejmowane w wielu dziedzinach, mające na celu zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów. Konieczne są także działania w zakresie zwalczania oporności na antybiotyki, m.in. poprzez wprowadzenie większych restrykcji, jeśli chodzi o ich stosowanie, prace nad nowymi antybiotykami i poprzez zintegrowane podejście, dotyczące zarówno zdrowia ludzi, jak i zdrowia zwierząt, a także szczególne środki na rzecz zapobiegania zakażeniom związanym z opieką zdrowotną. Dla zagwarantowania skutecznej ochrony przed zakażeniem należy dopilnować, by wszyscy ludzie żyjący w Europie otrzymali tę samą optymalną ochronę przed chorobami, którym można zapobiegać poprzez szczepienia.

31. Uważa, że bardzo ważne jest, by służby opieki zdrowotnej i służby socjalne w państwach członkowskich poważnie potraktowały ryzyko zachorowań wśród wielu nowo przybyłych migrantów i przygotowały się na większe potrzeby leczenia np. problemów psychicznych.

32. Podkreśla kluczową rolę władz lokalnych i regionalnych w zapewnianiu ochrony przed środowiskowymi czynnikami ryzyka i w promocji zdrowia. Władze lokalne i regionalne są często w decydującym stopniu odpowiedzialne za ochronę środowiska, jakość powietrza, gospodarkę odpadami, planowanie przestrzenne miast, transport publiczny, wodociągi i kanalizację, obiekty wypoczynkowe, bezpieczeństwo żywności itd. Służby opieki zdrowotnej i służby socjalne mogą wnieść tu swój wkład, np. poprzez stosowanie produktów bezpiecznych i przyjaznych dla środowiska, poprzez właściwe gospodarowanie odpadami oraz ograniczenie zużycia energii i wody.

Działania na szczeblu UE

33. Z zadowoleniem przyjmuje europejską współpracę w dziedzinie opieki zdrowotnej, przy uwzględnieniu autonomii państw członkowskich w zakresie kształtu, organizacji i finansowania służby zdrowia. Często, choć wyzwania wydają się takie same, rozwiązania mogą być różne. UE powinna wspierać państwa członkowskie i samorządy lokalne i regionalne w staraniach na rzecz poprawy zdrowia publicznego i rozwoju systemu ochrony zdrowia. UE musi pamiętać o zasadzie pomocniczości i uwzględniać różnice między systemami opieki zdrowotnej w państwach członkowskich.

34. Jest zdania, że w interesie UE leży jednocześnie poprawa zdrowia i zniesienie różnic w tym obszarze, gdyż stanowi to warunek wstępny zlikwidowania różnic również w dziedzinie gospodarczej i społecznej. Unia musi bardziej konsekwentnie stosować w swoich działaniach zasadę „zdrowie we wszystkich dziedzinach polityki”.

35. Podkreśla konieczność dalszego finansowania europejskiej polityki spójności po 2020 r. w takich dziedzinach jak infrastruktura zdrowotna, e-zdrowie i programy promocji zdrowia, aby wzmocnić rozwój regionalny i ograniczyć różnice społeczne i gospodarcze. Należy przeanalizować skuteczność finansowanych przez UE projektów pod kątem zdrowia publicznego i rozwoju gospodarczego poszczególnych regionów ⁽⁵⁾.

⁽⁵⁾ CDR 260/2010.

36. Uważa, że współpraca transgraniczna może przyczynić się do rozwoju europejskich systemów opieki zdrowotnej. Pewne uprawnienia legislacyjne UE w kwestiach transgranicznych zagrożeń dla zdrowia oraz opieki zdrowotnej są uzasadnione. Jednak w innych dziedzinach Unia powinna się koncentrować w swoich działaniach na wspieraniu państw członkowskich oraz na środkach sprzyjających podniesieniu jakości. Można to robić choćby poprzez formułowanie zaleceń, wprowadzanie i finansowanie inicjatyw w zakresie rozwoju, poprzez zachęcanie do współpracy w regionach granicznych, wspieranie wymiany wiedzy i doświadczeń, rozpowszechnianie sprawdzonych wzorców i rozwiązań, aktywniejszy udział w przejrzystych porównaniach i ocenach skuteczności systemów opieki we współpracy np. z WHO i OECD. Ważne jest przy tym przeanalizowanie różnego wpływu poszczególnych usług zdrowotnych na stan zdrowia pacjentów oraz na ogólny stan zdrowia społeczeństwa.

37. W tym kontekście proponuje, by Komisja Europejska ustanowiła program analogiczny do programu Erasmus, przeznaczony dla pracowników służby zdrowia.

38. Uważa, że dziedziny priorytetowe ustalone przez Grupę Ekspertką ds. Oceny Działania Systemów Opieki Zdrowotnej (HSPA) (opieka zintegrowana, dostęp do opieki zdrowotnej a równość, podstawowa opieka zdrowotna, wyniki i efektywność opieki zdrowotnej, choroby przewlekłe a jakość opieki) są równie istotne z punktu widzenia poziomów niższych niż krajowy, i wyraża gotowość do współpracy ze tą grupą ekspercką, by podzielić się fachową wiedzą zdobytą w tych dziedzinach na poziomie lokalnym i regionalnym.

39. W związku z tym wnosi o przyznanie mu miejsca obserwatora w Grupie Ekspertkiej ds. Oceny Działania Systemów Opieki Zdrowotnej ustanowionej na wniosek Rady przez Komisję i państwa członkowskie we wrześniu 2014 r.

40. Opowiada się za tym, by UE promowała m.in. profilaktykę chorób przewlekłych, innowacyjność i wykorzystanie nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych, krzewiła współpracę europejską w zakresie oceny procedur medycznych oraz w dalszym ciągu angażowała się w globalne wysiłki na rzecz zwalczania oporności na antybiotyki. W związku z tym z zadowoleniem przyjmuje zapowiedź Komisji dotyczącą przedłożenia nowego planu walki z odpornością na antybiotyki w 2017 r.

41. W tym kontekście przypomina państwom członkowskim o ich zobowiązaniu do wdrożenia do połowy 2017 r. krajowych planów działania w zakresie zwalczania oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe „opartych na podejściu »Jedno zdrowie« i zgodnych z celami globalnego planu działania WHO”. Apeluje do ministerstw zdrowia o włączenie władz lokalnych i regionalnych w opracowywanie i wdrażanie tych planów.

42. Stwierdza, że dzięki orzeczeniom Trybunału Sprawiedliwości i dyrektywie z 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej zwiększyły się możliwości obywateli Unii korzystania z leczenia w innym państwie członkowskim. Jest to korzystne m.in. dla tych pacjentów, u których zdiagnozowano rzadką chorobę albo którzy wymagają specjalistycznej terapii, niedostępnej w ich własnym kraju. Dlatego z zadowoleniem przyjmuje prace podjęte przez Komisję w celu utworzenia europejskiej sieci referencyjnej dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej oraz centrów doskonałości w państwach członkowskich UE z myślą o propagowaniu wyspecjalizowanych usług zdrowotnych.

43. Wzywa do tego, aby UE w swoich pracach w zakresie stanu zdrowia w UE pokazywała dobre przykłady skutecznych usług zdrowotnych wysokiej jakości i badała, jakie formy organizacji w tym obszarze prowadzą do szczególnie efektywnej opieki zdrowotnej wysokiej jakości. Warto również zbadać, jak poprzez wysokiej jakości usługi zdrowotne można zmniejszyć zapotrzebowanie na świadczenia socjalne. W tym kontekście pragnie podkreślić znaczenie pokazywania tych lokalnych i regionalnych modeli organizacyjnych, które wykazują się doskonałymi wynikami.

Bruksela, dnia 22 marca 2017 r.

Markku MARKKULA

*Przewodniczący
Europejskiego Komitetu Regionów*