

**Opinia Komitetu Regionów – Skuteczne, dostępne i odporne systemy opieki zdrowotnej**

(2015/C 019/06)

<b>Sprawozdawca</b>	Karsten Uno Petersen, członek Rady Regionu (DK/PES)
<b>Dokument źródłowy</b>	Skuteczne, dostępne i odporne systemy opieki zdrowotnej COM(2014) 215 final

**I. ZALECENIA POLITYCZNE****Uwagi ogólne**

KOMITET REGIONÓW

1. Docenia komunikat Komisji Europejskiej, w którym stwierdzono, że zadanie systemów opieki zdrowotnej polega na zapewnianiu nie tylko dłuższego, ale i lepszego życia, a tym samym na przyczynianiu się do poprawy zdrowia obywateli. Zdrowie człowieka, rozumiane jako zdrowie fizyczne oraz kondycja psychiczna, zależy także od czynników innych niż środki w zakresie opieki zdrowotnej.
2. Wzywa do uznania zdrowia za wartość samą w sobie oraz do traktowania wydatków na systemy opieki zdrowotnej jako inwestycję w zdrowie społeczeństwa, która ponadto może się przekładać na takie pozytywne aspekty, jak wyższa wydajność, większa podaż siły roboczej oraz silniejsze finanse publiczne.
3. Stwierdza, że w całej UE władze szczebla niższego niż krajowy stoją przed tymi samymi wyzwaniami – koszty opieki zdrowotnej rosną, społeczeństwo starzeje się, nasila się też występowanie chorób przewlekłych oraz współwystępowanie wielu chorób, przez co z kolei wzrasta zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne. Komitet Regionów zwraca uwagę na to, że to władze krajowe, regionalne i krajowe muszą wyjść naprzeciw tym wyzwaniom.
4. Z zadowoleniem przyjmuje i popiera to, że obywatele UE mają dostęp do leczenia o wysokiej jakości i skuteczności, oraz że w kontekście doświadczeń ostatnich lat Komisja Europejska zamierza wspierać państwa członkowskie w rozwijaniu strategii, które mają zwiększyć skuteczność i odporność systemów opieki zdrowotnej oraz ułatwić dostęp do usług medycznych.
5. Podkreśla konieczność przestrzegania art. 168 TUE, zgodnie z którym służba zdrowia jest zasadniczo sprawą poszczególnych krajów, oraz poszanowania zasady pomocniczości. Komitet Regionów przypomina w związku z tym, że polityka zdrowotna leży w kompetencjach państw członkowskich, a w większości wypadków znaczna część kompetencji w dziedzinie zdrowia należy do władz lokalnych i regionalnych.
6. Przyjmuje do wiadomości, że w 2013 r. jedenaście państw członkowskich w ramach europejskiego semestru otrzymało zalecenie zreformowania swoich systemów opieki zdrowotnej. W tym kontekście Komitet Regionów zwraca uwagę, że różnice w systemach opieki zdrowotnej państw członkowskich odzwierciedlają różne decyzje społeczne, i przypomina o art. 168 TUE, zgodnie z którym rola UE w dziedzinie zdrowia ogranicza się do uzupełniania polityki krajowej.
7. Podziela pogląd, że na dziedzinę zdrowia szczególnie silny wpływ wywierają innowacje, i uznaje duże znaczenie gospodarcze tego sektora. Niemniej zaleca, by uznane w 2006 r. przez Radę (ds. Zdrowia) wspólne wartości, takie jak uniwersalność systemów opieki zdrowotnej w UE, dostęp do wysokiej jakości świadczeń medycznych, równość i solidarność miały zawsze pierwszeństwo przed panującą koniunkturą gospodarczą.
8. Jest świadomy spowodowanych przez kryzys gospodarczy ograniczeń państw członkowskich, jeśli chodzi o środki finansowe, niemniej przypomina, że systemy opieki zdrowotnej muszą być na tyle trwałe, że będą funkcjonować zgodnie z tymi podstawowymi wartościami nie tylko w przyszłości, ale i obecnie.
9. Z zadowoleniem przyjmuje, że Komisja Europejska, chcąc wesprzeć państwa członkowskie w ocenie skuteczności ich systemów opieki zdrowotnej, zamierza podjąć bliską współpracę z międzynarodowymi organizacjami takimi jak WHO i OECD.

10. Zaleca Komisji Europejskiej ostrożność w tworzeniu kompleksowego systemu zgłoszeniowego służącego ocenie wyników systemów opieki zdrowotnej i zwraca uwagę, że w ramach bliższej współpracy z WHO i OECD można wykorzystać te dane, które są już dostępne.
11. Wzywa państwa członkowskie do wzmocnienia i w razie potrzeby rozbudowania istniejącego potencjału, aby zapewnić stałe i automatyczne pobieranie danych na temat zdrowia. W ten sposób wniesie się wkład w wysoką jakość międzynarodowych baz danych takich organizacji jak WHO i OECD.
12. Zwraca uwagę, że w ocenie wyników systemów opieki zdrowotnej należy sięgnąć po przekrojowe i łatwo dostępne wskaźniki, takie jak choćby wskaźnik przeżywalności przy określonych chorobach czy czas oczekiwania na terapię. Z zadowoleniem przyjmuje ramy dla listy wspólnych europejskich kryteriów oceny wyników systemów opieki zdrowotnej. Ramy te przysłużą się dyskusji politycznej i określaniu priorytetów w poszczególnych państwach członkowskich.
13. Podziela pogląd, że rosnąca mobilność pacjentów i pracowników służby zdrowia prowadzi do większego wzajemnego wpływania na siebie systemów opieki zdrowotnej państw członkowskich. Zwraca uwagę, że przy ściślejszej współpracy systemów opieki zdrowotnej – w dążeniu do odpowiedniego zareagowania na to zjawisko – należy uwzględnić wiedzę zgromadzoną na lokalnym i regionalnym szczeblu zarządzania.
14. Zauważa, że dostępność dobrze wykształconego personelu mającego możliwości rozwoju kompetencji, zapewnienie dostępu do niezbędnych umiejętności, dobre zarządzanie i właściwy przepływ informacji w systemie są cechami charakterystycznymi dla tych systemów opieki zdrowotnej, w których delegowano uprawnienia na poziom lokalny i regionalny.
15. Zwraca uwagę, że integracja opieki medycznej powinna iść w parze z coraz większym zaangażowaniem pacjenta i większym zaakcentowaniem jakości tej opieki. Podkreśla, że należy przedyskutować prace grupy ekspertów Komisji Europejskiej w tej dziedzinie oraz w innych dziedzinach z władzami niższego szczebla, np. w formie publicznych wysłuchań na temat wniosków tej grupy.
16. Zdaje sobie sprawę z tego, że systemy opieki zdrowotnej muszą być odporne, muszą elastycznie dostosowywać się do rozmaitych okoliczności oraz muszą być zdolne do radzenia sobie z istotnymi wyzwaniami nawet przy ograniczonych zasobach. Uważa, że punktem wyjścia dla spełnienia tych warunków jest odpowiedzialność na szczeblu lokalnym i regionalnym za zdrowie obywateli.
17. Z zadowoleniem przyjmuje fakt, że Komisja dostrzega znaczenie sektora opieki zdrowotnej w przeciwdziałaniu społecznym skutkom kryzysu gospodarczego. Podkreśla jednak, że decyzje podejmowane z myślą o zaradzeniu kompleksowym kryzysom czy problemom trzeba analizować pod kątem ich ewentualnego niekorzystnego wpływu na zdrowie publiczne, tak by zapobiec tego rodzaju skutkom.
18. Z zadowoleniem przyjmuje i popiera opracowanie strategii aktywnego włączenia społecznego, w ramach której gwarantuje się powszechny dostęp do przystępnej cenowo opieki zdrowotnej wysokiej jakości, aby przeciwdziałać narastającej nierówności w zakresie zdrowia w państwach członkowskich.

### **Wzmocnienie skuteczności systemów opieki zdrowotnej**

#### KOMITET REGIONÓW

19. Z zadowoleniem przyjmuje i popiera prowadzone obecnie na szczeblu UE prace nad bezpieczeństwem pacjentów i apeluje, by w przyszłych inicjatywach unijnych w dziedzinie zdrowia uwzględnić i priorytetowo traktować doświadczenia pacjentów i ich zaangażowanie, a także rozwijanie umiejętności personelu.
20. Wskazuje na to, jak trudno jest zdefiniować wyniki systemów opieki zdrowotnej, co sprawia, że porównania poszczególnych państw członkowskich są dość problematyczne. Zgadza się jednak, że pomiary i porównania skuteczności systemów opieki zdrowotnej są ważnym celem.
21. Nadal jest zdania, że porównania pomiędzy poszczególnymi państwami członkowskimi mają służyć wyłącznie celom poznawczym oraz wymianie doświadczeń i wypróbowanych procedur. Dzięki nim państwa członkowskie będą miały możliwość monitorowania swych postępów i starań na rzecz poprawy w perspektywie międzynarodowej.
22. Przyznaje, że w konkretnych dziedzinach, w których organizacje międzynarodowe (takie jak WHO czy OECD) nie są w stanie udostępnić wystarczających danych, może być konieczne stworzenie europejskiej platformy danych.

**Zwiększenie dostępności systemów opieki zdrowotnej**

## KOMITET REGIONÓW

23. Z zadowoleniem przyjmuje fakt, że w komunikacie Komisji Europejskiej odwołano się do zasad europejskiego paktu społecznego oraz że podkreślono znaczenie przejrzystych kryteriów dostępu do opieki medycznej i zobowiązanie do tego, by żadna grupa społeczna nie została wykluczona z otrzymywania świadczeń opieki zdrowotnej.
24. Zgadza się ze stwierdzeniem, że dostęp do opieki zdrowotnej jest trudny do zmierzenia, zwraca jednak uwagę, że wskaźniki bazujące na relacjach z doświadczeń pacjentów pozwalają zasadniczo wysnuć wnioski, jak obywatele oceniają dostępność świadczeń opieki zdrowotnej.
25. Zgadza się, że w ocenie dostępności opieki zdrowotnej trzeba uwzględnić zarówno część społeczeństwa korzystającą z świadczeń medycznych, jak i zakres tych świadczeń. Przypomina jednak, że różnice w opiece zdrowotnej, jak i w jej zakresie są wyrazem różnych decyzji społecznych na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym.
26. Zgadza się, że dostępność jest warunkiem dostępu do świadczeń medycznych, na co składają się takie elementy, jak czas oczekiwania, oddalenie i dostępność personelu służby zdrowia. Zwraca jednak uwagę, że obecnie, aby zapewnić odpowiedni poziom kwalifikacji w określonych dziedzinach opieki zdrowotnej, nie sposób odejść od skoncentrowania oferty wyspecjalizowanych terapii w głównych ośrodkach, nawet jeśli dla pacjentów oznacza to konieczność dojazdów. Niemniej należy czuwać nad tym, by także mieszkańcy regionów zmagających się z trudnościami demograficznymi i geograficznymi mieli dostęp do takich wyspecjalizowanych usług zdrowotnych.
27. Przypomina, że regiony zmagające się z trudnościami demograficznymi i geograficznymi (regiony o dużym rozproszeniu ludności, małej gęstości zaludnienia, wysokim odsetku osób starszych, a także regiony wyspiarskie lub górskie) stoją wobec specyficznych wyzwań, które przejawiają się najbardziej w dziedzinie zdrowia.
28. Przyznaje, że zintegrowane modele opieki zdrowotnej oraz rozwiązania w dziedzinie e-zdrowia mogą w pewnym stopniu złagodzić problem dostępności systemów opieki zdrowotnej w państwach członkowskich, a zwłaszcza w regionach zmagających się z trudnościami demograficznymi i geograficznymi.
29. Zauważa w tym kontekście brak wzmianki o tym, że zwłaszcza osoby niepełnosprawne mają niekiedy ograniczony dostęp do usług opieki zdrowotnej. Mając na uwadze art. 9 konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych, przypomina Komisji Europejskiej o jej zobowiązaniu (COM(2010) 636 final), że realizując politykę zapobiegającą nierównościom w obszarze zdrowia, będzie zwracać szczególną uwagę na osoby niepełnosprawne.
30. Z zadowoleniem przyjmuje fakt, że w dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej dodatkowo zaakcentowano kwestię odpowiedzialności systemów opieki zdrowotnej za dostęp do świadczeń medycznych.
31. Cieszy się, że Komisja Europejska zasadnicze znaczenie przypisuje temu, by personel służby zdrowia pełnił w przyszłości istotną funkcję doradczą oraz by odbywało się to we współpracy z innymi sektorami. Przypomina, że w dalszych działaniach poświęconych temu, jak taka współpraca miałaby wyglądać, warto wykorzystać ogromne zasoby wiedzy na poziomie regionalnym i lokalnym.
32. Popiera wymianę informacji na temat poprawy dostępu do lekarstw, zwraca jednak uwagę, że decyzje o kształtowaniu cen i zwrocie kosztów dla pacjentów są wynikiem decyzji społecznych oraz priorytetów ustalonych na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym. Komitet Regionów zwraca przy tym uwagę na to, że większa przejrzystość w kształtowaniu cen produktów medycznych doprowadzi do bardziej efektywnego korzystania z zasobów.
33. Przyjmuje do wiadomości, że Komisja Europejska zamierza dalej wspierać plany państw członkowskich dotyczące personelu służby zdrowia, aby w ten sposób ułatwić rozwiązanie problemów związanych z mobilnością pracowników tego sektora.
34. Podziela stanowisko, że państwa członkowskie powinny dołożyć wysiłków na rzecz odpowiedniego wdrożenia dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej.

**Poprawa odporności systemów opieki zdrowotnej**

## KOMITET REGIONÓW

35. Przyjmuje do wiadomości, że Komisja Europejska w ramach europejskiego semestru zaleciła reformę systemów opieki zdrowotnej w państwach członkowskich, i w związku z tym odsyła do art. 168 TUE, zgodnie z którym rola UE w dziedzinie zdrowia ogranicza się do uzupełniania polityki krajowej.
36. Z zadowoleniem przyjmuje wsparcie Komisji Europejskiej dla państw członkowskich w reformowaniu ich systemów opieki zdrowotnej, polegające na inicjatywach na rzecz uczenia się i wymiany sprawdzonych rozwiązań z innymi państwami i regionami.
37. Zwraca uwagę, że odpowiednie i długoterminowe inwestycje w systemy opieki zdrowotnej w dłuższej perspektywie mogą okazać się tańsze niż doraźne działania finansowe podyktowane zmianami koniunktury. Uważa zatem, że w przyszłości priorytetowo należy traktować określenie zarówno krótko- jak i długoterminowych oddziaływań inwestycji w systemy opieki zdrowotnej.
38. Zdaje sobie sprawę z tego, że systemy opieki zdrowotnej muszą być odporne finansowo. Jest zdania, że doraźne działania finansowe podyktowane zmianami koniunktury nie mogą mieć pierwszeństwa przed zdrowiem, jako wartością samą w sobie, ani też przed bezpieczeństwem pacjentów i ich zaangażowaniem oraz rozwojem umiejętności personelu.
39. Docenia i z zadowoleniem przyjmuje pracę Komisji Europejskiej, która wskazała sześć czynników odporności mogących przyczynić się do tego, że systemy opieki zdrowotnej zagwarantują obywatelom dostępne i skuteczne świadczenia zdrowotne.
40. Z zadowoleniem przyjmuje fakt, że Komisja Europejska popiera ambitny cel sieci HTA, utworzonej dzięki dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej, i zgadza się, że w ten sposób ogranicza się powielanie pracy poszczególnych organów administracji.
41. Przyjmuje do wiadomości priorytet wyznaczony przez Komisję Europejską, dotyczący przekazywania odpowiedniemu dostawcy usług opieki zdrowotnej informacji o pacjencie. Zaleca Komisji, by wspierała w tym państwa członkowskie poprzez przekazywanie wiedzy i wymianę sprawdzonych rozwiązań, jeśli chodzi o zarządzanie przepływem informacji.
42. Przypomina o ogromnym potencjale wiedzy, gromadzonym na poziomie lokalnym i regionalnym, na temat sektora opieki zdrowotnej z punktu widzenia obywateli. Uważa, że aktywne wykorzystywanie tej wiedzy jest o wiele ważniejsze niż ewentualne tworzenie kompleksowego konsorcjum na rzecz europejskiej infrastruktury badawczej.
43. Uważa, że nie wykorzystano jeszcze optymalnie potencjalnej synergii między usługami zdrowotnymi w regionach przygranicznych, choć można by dzięki temu poprawić dostępność systemów opieki zdrowotnej, z korzyścią dla pacjentów. Komitet Regionów zwraca się do władz publicznych państw członkowskich, by propagowały zawieranie tego rodzaju umów o współpracy.
44. Zwraca uwagę, że dzięki ściślejszej współpracy z WHO i OECD można wykorzystać już dostępne dane także z myślą o infrastrukturze badawczej.

Bruksela, 3 grudnia 2014 r.

Przewodniczący  
Komitetu Regionów  
Michel LEBRUN