

2.42 **podkreśla** konieczność zagwarantowania w toku realizacji dyrektywy, aby organizacje zawodowe mogły również w przyszłości realizować bez ograniczeń swoje dotychczasowe zadania. Istniejące systemy obowiązkowego członkostwa sprawiają, że usługodawcy, którzy zamierzają rozpocząć działalność gospodarczą w danym Państwie Członkowskim, muszą zwracać się bezpośrednio do właściwych miejscowo organizacji zawodowych. Dlatego też w związku z ustanowieniem punktów kontaktowych jest rzeczą ważną, aby uwzględnić obowiązujące w danej chwili obszary kompetencji i przydzielone zadania;

2.43 **jest świadom** nowych wyzwań i zadań, jakie spadną na organizacje zawodowe, w szczególności występujące jako

możliwe wyłączone punkty kontaktowe lub przy opracowywaniu nowych kodeksów postępowania na poziomie wspólnotowym;

2.44 **wzywa**, aby Państwa Członkowskie, władze regionalne i komunalne oraz inni zainteresowani przygotowali się w porę do wyzwań idących w parze z dyrektywą;

2.45 **zaleca**, aby nie kierować się odruchami obronnymi, lecz skorzystać z szans powstających dla usługodawców i obywateli w poszczególnych Państwach Członkowskich oraz dla wspólnego rynku wewnętrznego.

Bruksela, 30 września 2004 r.

Przewodniczący
Komitetu Regionów
Peter STRAUB

Opinia Komitetu Regionów w sprawie Komunikatu Komisji: Kontynuacja procesu refleksji na wysokim szczeblu w sprawie mobilności pacjentów i przemian opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej oraz Komunikatu Komisji dla Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów: Modernizacja ochrony socjalnej w celu utworzenia wysokiej jakości, dostępnej i systematycznej opieki zdrowotnej i długoterminowej: wsparcie dla strategii krajowych przy użyciu „otwartej metody koordynacji”

(2005/C 43/07)

KOMITET REGIONÓW

Uwzględniając Komunikat Komisji: Kontynuacja procesu refleksji na wysokim szczeblu na temat rozwoju mobilności pacjentów i opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej oraz Komunikat Komisji dla Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów: Modernizacja ochrony socjalnej w celu utworzenia wysokiej jakości, dostępnej i systematycznej opieki zdrowotnej i długoterminowej: wsparcie dla strategii krajowych przy użyciu „otwartej metody koordynacji” (COM(2004) 301 final oraz COM(2004) 304 final),

Uwzględniając decyzję Komisji Europejskiej z dnia 20 kwietnia 2004 r., z mocy artykułu 265, ust. 1 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską, w sprawie konsultacji z Komitetem w tym przedmiocie,

Uwzględniając decyzję przewodniczącego Komitetu Regionów z dnia 5 kwietnia 2004 r. w sprawie poinformowania Komisji ds. Polityki Gospodarczo-Społecznej co do powzięcia opinii w tym przedmiocie,

Uwzględniając Komunikat Komisji dla Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów nt. strategii zdrowotnej Wspólnoty Europejskiej oraz złożoną przez Komisję Propozycję Decyzji Parlamentu Europejskiego oraz Rady przyjmującej program działań Wspólnoty w dziedzinie zdrowia (2001-2006) (COM (2000) 285 final),

Uwzględniając Komunikat Komisji dla Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów: Wzmocnienie wymiaru społecznego Strategii Lizbońskiej: Usprawnienie otwartej koordynacji w ochronie socjalnej (COM(2003) 261 final),

Uwzględniając Komunikat Komisji dla Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów: Przyszłość opieki zdrowotnej i opieki nad osobami starszymi: gwarancje dostępności, jakości oraz systematycznego finansowania (COM(2001) 723 final),

Uwzględniając złożoną przez Komisję Propozycję dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nt. usług na rynku wewnętrznym (COM(2004) 2 final),

Uwzględniając raport złożony w dniu 9 grudnia 2003 r. zatytułowany *Proces refleksji wysokiego szczebla na temat rozwoju mobilności pacjentów i opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej*,

Uwzględniając projekt opinii (CdR 153/2004 rev. 1) przyjęty w dn. 6 lipca 2004 r. przez Komisję ds. Polityki Gospodarczo-Społecznej (sprawozdawca: **Pani Bente Nielsen**, Członek Rady Powiatu Århus (DK, PES);

PRZYJĘŁA JEDNOGŁOSNIE NASTĘPUJĄCĄ OPINIĘ

na 56 sesji plenarnej w dniach 29-30 września 2004 r. (posiedzenie z dnia 30 września 2004 r.):

1. Ogólne stanowisko i zalecenia Komitetu Regionów

KOMITET REGIONÓW

1.1 **uważa**, że, pomiędzy sobą, dwa Komunikaty Komisji nt. *Kontynuacja procesu refleksji na wysokim szczeblu na temat rozwoju mobilności pacjentów i opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej oraz Modernizacja ochrony socjalnej w celu utworzenia wysokiej jakości, dostępnej i systematycznej opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej: wsparcie strategii krajowych przy użyciu „otwartej metody koordynacji”* stanowią układ ramowy, który przedstawia ogólną strategię tworzenia wspólnej wizji europejskich systemów opieki zdrowotnej oraz ochrony socjalnej. Te dwa komunikaty należy zatem rozważać łącznie i Komitet Regionów wzywa do równoległej koordynacji przyszłych prac nad tymi inicjatywami i proponowanymi w nich procesami;

1.2 **podkreśla**, że wspólna strategia europejska ustanowienia wspólnej wizji europejskich systemów bezpieczeństwa zdrowotnego i socjalnego nie może prowadzić do żadnego rozszerzenia wydatków UE na opiekę zdrowotną. Wspólna wizja europejskich systemów bezpieczeństwa zdrowotnego i socjalnego nie może spowodować żadnych ruchów ku harmonizacji czy niejasnych inicjatyw regulacyjnych. Opieka zdrowotna – oraz jej organizacja i finansowanie – stanowi troskę i odpowiedzialność Państw Członkowskich i należy tego przestrzegać. Jest to zasadniczy warunek zgodności z zasadą subsydiarności;

1.3 **zauważa**, że, w pewnych Państwach Członkowskich za sektor zdrowia i opieki zdrowotnej odpowiadają władze regionalne i lokalne. Komitet Regionów, oraz regiony odpowiedzialne w tych obszarach, chciałyby zatem być zaangażowane w ustanawianie wspólnej europejskiej strategii zdrowotnej i chciałyby móc przyczynić się do niego i należy zapewnić im wpływ na ogólną strategię zdrowotną Wspólnoty w odniesieniu do decyzji i inicjatyw dotyczących nakładów i odpowiedzialności władz lokalnych i regionalnych w sektorach zdrowia i opieki zdrowotnej;

1.4 **ufa**, że te władze regionalne i lokalne będą zaangażowane w realizację inicjatyw na rzecz ustanowienia wspólnej, powszechnej europejskiej strategii zdrowotnej, na przykład w opracowaniu wskaźników zdrowotności i ich wzorców porównawczych (benchmarking). Komitet Regionów uważa zatem, że przedstawiciele władz regionalnych i lokalnych powinni

zasiadać w Grupie Wysokiego Szczebla ds. Usług Zdrowotnych i Opieki Medycznej (High-level Group on Health Services and Medical Care), która wspierać będzie Komisję w szeregu kluczowych obszarów, w tym opracowaniu praw i obowiązków pacjentów; wspólnego wykorzystania nadmiaru potencjału przez różne systemy opieki zdrowotnej oraz współpracy transgranicznej; identyfikowaniu europejskich ośrodków referencyjnych; oraz skoordynowanej oceny nowych technologii zdrowotnych. Komitet Regionów wzywa zatem Komisję do zapewnienia reprezentacji władz regionalnych i lokalnych w tej grupie;

1.5 **uważa**, że należy poświęcić szczególną uwagę nowym Państwom Członkowskim, aby sprostać wspólnym i przewidywanym wyzwaniom opieki zdrowotnej. Jasny priorytet należy nadać wsparciu nowych Państw Członkowskich w tworzeniu środków zdrowotnych oraz poprawianiu stanu zdrowotności ludności, tak aby ograniczyć rozbieżności i dysproporcje istniejące na froncie zdrowia w Unii, w celu stopniowego zbliżania się w pobliże najwyższych wzorców odniesienia w UE.

Rozwój mobilności pacjentów i opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej (COM(2004) 301 final)

2. Stanowisko i zalecenia Komitetu Regionów

KOMITET REGIONÓW

2.1 **z zadowoleniem** stwierdza, że Komisja uznaje, iż aby sprostać wymogom co do zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego przy definiowaniu wszelkich zasad polityki i działań Wspólnoty (artykuł Traktatu 152, ust. 1), konieczne jest większe zaangażowanie władz politycznych odpowiedzialnych za zdrowotność, służbę zdrowia oraz opiekę zdrowotną. Zasadniczo ważne jest zapewnienie, że oddziaływanie inicjatyw Wspólnoty należy włączyć w ogólną ocenę oddziaływania nowych zasad polityki oraz że tego rodzaju ocena uwzględniać powinna także współzależność pomiędzy regułami Wspólnoty i ich implikacjami dla systemów ochrony zdrowia Państw Członkowskich oraz celów krajowej polityki zdrowotnej. Ze względu na to, że w wielu Państwach Członkowskich za zdrowotność, służbę zdrowia oraz opiekę zdrowotną odpowiadają władze lokalne i regionalne, Komitet Regionów zaleca zaangażowanie owego szczebla regionalnego i lokalnego;

2.2 **uważa** – w konsekwencji powyższego - że zasadniczo ważne jest wyjaśnienie oddziaływania na uprawnienia obywateli z mocy prawa Wspólnoty do ubiegania się o opiekę zdrowotną w innych Państwach Członkowskich oraz do otrzymania refundacji kosztów takiej opieki uzyskanej w innym Państwie Członkowskim, jak podano w Propozycji dyrektywy w sprawie usług na rynku wewnętrznym oraz w rozporządzeniu 1408/71 w sprawie koordynacji systemów ubezpieczeń społecznych;

2.3 **wnosi, aby**, przy porównaniu opieki zdrowotnej i świadczenia usług podanych w proponowanej dyrektywie usługowej, Komisja zadbała, żeby opieka zdrowotna nie stała się jedynie towarem rynkowym stymulowanym perspektywą zysków ekonomicznych, ale, wręcz odwrotnie, żeby u jej podstaw legły także kryteria nastawione na uwzględnianie zdrowia jednostek, trybu leczenia i jakości życia;

2.4 **zaleca, aby**, w swych pracach na rzecz rozpowszechnienia i poprawy informacji o uprawnieniach obywateli z mocy prawa Wspólnoty, Komisja podtrzymała uprawnienia poszczególnych Państw Członkowskich do stanowienia reguł co do uprawnień i obowiązków odnoszących się do systemu opieki zdrowotnej w ramach ich własnych systemów ubezpieczeń społecznych oraz różnych uwarunkowań, które odnoszą się do różnych usług w ramach systemów ubezpieczeń zdrowotnych Państw Członkowskich;

2.5 **uważa** także, że jest to nie tylko sprawa zapewnienia uprawnień obywateli z mocy prawa Wspólnoty oraz dostarczenia publicznej informacji w tym przedmiocie. W większej mierze należy uwzględnić możliwości zapewnienia ustanowienia wrażliwego i dostępnego systemu, który umożliwi skorzystanie z dostępnych uprawnień i opcji wszystkim grupom pacjentów. Sprawi to, że bardziej narażone grupy pacjentów, takie jak osoby starsze bez więzów społecznych oraz osoby chore umysłowo będą w stanie korzystać ze swych uprawnień z mocy prawa Wspólnoty. Aby tak się stało zasadniczo ważne jest, na przykład, aby informacja była dostępna zawsze, jeśli ją żąda jej społeczeństwo i aby w ślad za taką informacją następowało kompetentne doradztwo i przewodnictwo w poszczególnych Państwach Członkowskich;

2.6 **wnosi, aby**, przy tworzeniu inicjatyw na rzecz zapewnienia transgranicznego wykorzystania nadmiernego potencjału i opieki zdrowotnej – a także w odniesieniu do europejskich reguł uznawania kwalifikacji zawodowych oraz w trwającym procesie upraszczania – zadbać pod tym względem, aby inicjatywy te nie oddziaływały niekorzystnie na właściwy rozkład personelu medycznego i służby zdrowia pomiędzy Państwami Członkowskimi ze szkodą, na przykład, dla nowych Państw Członkowskich;

2.7 **z zadowoleniem** stwierdza, że Komisja uznaje wagę strukturalnego ogólnego oceniania technologii zdrowotnych, które może stanowić solidną podstawę oceny i dokumentacji przyrządów, wyrobów i technik związanych ze zdrowotnością;

2.8 **uważa** w tej sprawie, że strukturalna i skoordynowana współpraca na szczeblu europejskim w celu wymiany doświadczeń, tworzenia wspólnej wiedzy oraz upraszczania układów odnoszących się do postępu w technologii zdrowotnej może przysporzyć Państwom Członkowskim oczywistych dodatkowych korzyści;

2.9 **uważa**, że dostęp do wysokich standardów solidnych danych i informacji jest zasadniczo ważny dla wszelkich działań, jakie mogą podejmować Państwa Członkowskie na rzecz określenia najlepszych praktyk i porównania standardów, a zatem stanowi warunek *sine qua non* realizacji wielu proponowanych inicjatyw. Niezbędny układ ramowy dla systematycznych danych i systemu informacji europejskiej należy, jak wskazuje Komisja, ustanowić we współpracy z innymi podmiotami zaangażowanymi w tej dziedzinie oraz należy go skoordynować z trwającymi inicjatywami OECD i WHO oraz pracami w tym obszarze. Od poszczególnych Państw Członkowskich zależy wdrażanie środków oraz przeprowadzanie nowych systemów w świetle porównywalnych danych i informacji;

2.10 **uważa, że** Komisja powinna robić więcej, aby zapewnić zaangażowanie władz regionalnych i lokalnych odpowiedzialnych za systemy służby zdrowia i opieki zdrowotnej i ich udział we współpracy w sprawach usług zdrowotnych i opieki medycznej oraz w grupie tworzonej dla tych spraw.

Modernizacja ochrony socjalnej w celu stworzenia wysokiej jakości, dostępnej i systematycznej opieki zdrowotnej i długoterminowej: wsparcie dla strategii krajowych przy użyciu „otwartej metody koordynacji” (COM(2004) 304 final)

3. Stanowisko i zalecenia Komitetu Regionów

KOMITET REGIONÓW

3.1 **wita** ogólny cel Komisji ogłoszony w tym Komunikacie, a mianowicie zdefiniowanie wspólnego układu ramowego na rzecz wspierania Państw Członkowskich w reformowaniu i rozwoju opieki zdrowotnej i długoterminowej, świadczonej przez system ochrony socjalnej, przy użyciu „otwartej metody koordynacji”;

3.2 **może poprzeć** trzy generalne cele: powszechną dostępność opieki, oparte na uczciwości i solidarności świadczenie wysokiej jakości opieki zdrowotnej i zapewnienie długoterminowego zabezpieczenia finansowego takiej opieki;

3.3 **uważa**, że ustanowienie ogólnego wspólnego układu ramowego oraz zapewnienia celów generalnych może przyczynić się do sprostania przyszłym wyzwaniom takim jak starzenie się społeczeństw, nieustające problemy z dostępnością charakteryzujące się nierównym dostępem do opieki zdrowotnej i usług zdrowotnych, dysproporcjami pomiędzy świadczeniem wysokiej jakości usług i potrzebami społecznymi, a także dysproporcjami finansowymi w pewnych systemach;

3.4 **podkreśla**, że należy przeprowadzić proces formułowania wskaźników i kryteriów wzorców odniesienia (benchmarking) wykazując pełne poszanowanie dla odpowiedzialności Państw Członkowskich za świadczenie i organizowanie opieki zdrowotnej oraz wziąć pod uwagę różne i zróżnicowane uwarunkowania w poszczególnych Państwach Członkowskich. Jest szczególnie ważne, by te wskaźniki opierały się, tak dalece jak to możliwe, na już dostępnych danych. Istnieje ryzyko, że zbyt duża liczba wskaźników oznaczałaby dla administracji lokalnej i regionalnej niemożliwy do przyjęcia nadmiar pracy;

3.5 **podkreśla**, w związku z tym, że opieka zdrowotna i usługi zdrowotne w wielu Państwach Członkowskich zarządzane są przez władze regionalne i lokalne, które ponadto często mają ważne zadania w dziedzinie oświaty sanitarnej, profilaktycznej ochrony zdrowia i opieki domowej, dzięki którym przypadki umieszczania w ośrodkach opieki są rzadsze lub nie występują wcale. Stąd władze lokalne i regionalne, jako podstawowi aktorzy i zgodnie z zasadą otwartej metody koordynacji, powinny być zaangażowane w formułowanie krajowych planów działań oraz ustanawianie wskaźników i kryteriów dla porównawczych wzorców odniesienia (benchmarking);

3.6 **zachęca**, aby niektóre ze sformułowanych wskaźników odnosiły się do jakości, ponieważ trudno jest ściśle ilościowymi wskaźnikami objąć tzw. wartości „miękkie”, takie jak troska o osoby w podeszłym wieku oraz zapewnienie wysokiej jakości życia. Jakości opieki zdrowotnej nie należy zatem postrzegać po prostu w kategoriach kosztu/korzyści, ale także w kategoriach asortymentu różnych usług, jakie oferuje;

3.7 **życzy sobie**, co więcej, wskazać, że ustanowienie tych wskaźników oraz wdrożenie kryteriów oceny porównawczej (benchmarking) zgodnie z zastosowaniem otwartej metody

koordynacji powinno także brać pod uwagę różne punkty startowe w różnych Państwach Członkowskich;

3.8 **wzywa** Komisję do wspierania budowy sieci wymiany doświadczeń oraz upowszechniania najlepszych praktyk, co stanowi ważny element otwartej metody koordynacji;

3.9 **z satysfakcją wita** skupienie uwagi na znaczeniu innych zasad polityki dla zdrowotności i opieki zdrowotnej oraz uważa, że bliższa współpraca z innymi procesami politycznymi, takimi jak strategia zatrudnienia, będzie ważna dla osiągnięcia celów generalnych. Komitet Regionów zadowolony jest zatem ze skupienia uwagi na potrzebie inwestowania w podstawowe i zaawansowane szkolenie profesjonalistów opieki zdrowotnej oparte na zasadzie szkolenia ustawicznego oraz formułowaniu zasad polityki zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy i tworzenia stanowisk pracy o wyższej jakości. Na dłuższą metę może to przyczynić się do zatrzymania personelu w sektorze opieki zdrowotnej oraz, jest nadzieja, ułatwić rekrutację, która ma zasadnicze znaczenie dla sprostania powszechnym wyzwaniom starzenia się społeczeństw i skracania czasu zatrudnienia;

3.10 **uważa**, że większe skupienie uwagi na grupach marginalizowanych, takich jak osoby w podeszłym wieku spoza siatki socjalnej, mniejszości etniczne i grupy o niskich dochodach, ma zasadnicze znaczenie dla osiągnięcia celów generalnych rzetelnie powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej. W związku z tym należy podjąć kroki, jak wsparcie własnych starań Państw Członkowskich na rzecz zmiany stanu rzeczy, w celu utworzenia mechanizmu wsparcia dla tych grup marginalizowanych tak, aby można było zredukować nierówności w sprawach zdrowotności. Tworzenie takich mechanizmów wsparcia wymaga zaangażowania i mobilizacji wszystkich odnośnych czynników.

Bruksela, 30 września 2004 r.

Przewodniczący
Komitetu Regionów
Peter STRAUB