

**Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie komunikatu Komisji w sprawie skutecznych, dostępnych i odpornych systemów opieki zdrowotnej**

(COM(2014) 215 final)

(2015/C 242/09)

**Sprawozdawca: José Isaías RODRÍGUEZ GARCÍA-CARO**

Dnia 4 kwietnia 2014 r. Komisja, działając na podstawie art. 304 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, postanowiła zasięgnąć opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie

*komunikatu Komisji w sprawie skutecznych, dostępnych i odpornych systemów opieki zdrowotnej*

COM(2014) 215 final.

Sekcja Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa, której powierzono przygotowanie prac Komitetu w tej sprawie, przyjęła swoją opinię dnia 18 grudnia 2014 r.

Na 504. sesji plenarnej w dniach 21–22 stycznia 2015 r. (posiedzenie z dnia 21 stycznia 2015 r.) Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny 206 głosami (10 osób wstrzymało się od głosu) przyjął następującą opinię:

## **1. Wnioski i zalecenia**

1.1. EKES z zadowoleniem przyjmuje komunikat, z zastrzeżeniem uwag przedstawionych w niniejszej opinii. Wzywa Komisję i państwa członkowskie, by jak najszybciej przystąpiły do skoordynowanych prac nad wytycznymi strategicznymi zaproponowanymi w dokumencie, którego dotyczy niniejsza opinia.

1.2. Komitet uważa, że zapewnienie obywatelom UE lepszej jakości życia wymaga, by systemy opieki zdrowotnej w państwach członkowskich UE opierały się na takich zasadach i wartościach, jak powszechność, dostępność, równość i solidarność. Bez tych podstawowych zasad nie możemy rozwinąć wymiaru społecznego Europy, dlatego też trzeba zapewnić ich przestrzeganie i ochronę we wszystkich obszarach polityki UE związanych ze zdrowiem obywateli.

1.3. Komitet stanowczo stwierdza, że kryzysu gospodarczego dotyczącego ogólnie Unię Europejską, a zwłaszcza niektóre państwa, nie można przezwyciężyć za pomocą środków, których skutkiem jest zmniejszenie prawa do ochrony zdrowia europejskich obywateli. Pomimo kosztów i cen świadczeń zdrowotnych zdrowie to nie towar, dlatego nie może zależeć od siły nabywczej obywateli.

1.4. Zwiększenie skuteczności systemów opieki zdrowotnej jest zależne od zapewnienia wartości zasobów poprzez ich wykorzystanie w jak najskuteczniejszy i najwydajniejszy sposób oraz połączenie koncepcji jakości naukowo-technicznej z zasadą efektywności i zrównoważoności. Jest to zasadniczy element organizacji usług opieki zdrowotnej i praktyki zawodowej pracowników, przy zachowaniu pełnego szacunku dla pacjenta.

1.5. Komitet uważa za niedopuszczalne, by na początku XXI wieku nadal brakowało porównywalnych danych. Bez aktualnych i istotnych danych nie można poczynić postępów i opracować jednolitych wskaźników, które wspomagałyby podejmowanie decyzji i analizę naukową. Komitet postuluje, by Komisja i państwa członkowskie ułatwiły przyjęcie systemu wiarygodnych wskaźników umożliwiających analizę i przedsięwzięcie środków na szczeblu wspólnotowym.

1.6. EKES uważa, że pierwszoplanowe znaczenie ma zwalczanie nierówności w opiece zdrowotnej. Różnice istniejące w dziedzinie społecznej, gospodarczej i politycznej mają decydujące znaczenie dla występowania chorób. Z tego względu konieczne jest zaangażowanie państw na rzecz zagwarantowania świadczenia usług opieki zdrowotnej na zasadzie równości, niezależnie od położenia geograficznego, płci, niepełnosprawności, dochodów, wypłacalności, wieku, rasy czy jakichkolwiek innych czynników, a także finansowania tych usług ze środków publicznych (podatków i ubezpieczeń zdrowotnych) w ramach solidarnego podziału zasobów. Komitet uważa, że trzeba utrzymać jak najszerzy wachlarz usług po rozsądnych kosztach i nie dopuścić do tego, by dopłata była przeszkodą w korzystaniu z nich przez osoby znajdujące się w najbardziej niekorzystnej sytuacji.

1.7. EKES uważa, że pracownicy służby zdrowia są kluczowym elementem systemów opieki zdrowotnej. Wysokiej jakości kształcenie techniczne i zawodowe jest niezbędne do zapewnienia doskonale przeszkolonych pracowników, którzy potrafią zaspokoić potrzeby obywateli UE w zakresie opieki. Jest również zdania, że w państwach członkowskich trzeba m. in. zadbać o aspekty etyczne kształcenia.

1.8. Komitet uważa, że wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej, jako kluczowego elementu usług świadczonych przez systemy opieki zdrowotnej, może się przyczynić do poprawy wyników zdrowotnych i prawidłowości wydatków tychże systemów, co umożliwi ich większą stabilność finansową. Komisja powinna rozwijać rolę koordynującą w kontekście dzielenia się doświadczeniami krajowymi między państwami członkowskimi.

1.9. Komitet sądzi, że konieczne jest podjęcie starań na rzecz ograniczenia wydatków na produkty farmaceutyczne i na zaawansowane technologie, gdyż są to elementy wywierające decydujący wpływ na zrównoważoność systemów opieki zdrowotnej. Agencje krajowe i wspólnotowe muszą odgrywać decydującą rolę w ocenie skuteczności i bezpieczeństwa, które z punktu widzenia zdrowia mogą prowadzić do opracowania leków i technologii wprowadzanych na rynek.

1.10. Technologie informacyjno-komunikacyjne muszą odgrywać coraz większą rolę w systemach opieki zdrowotnej państw członkowskich i nie należy przy tym zapominać, że wymiar ludzki musi pozostać pierwszoplanowym elementem e-zdrowia.

1.11. Aby wspierać dobre zarządzanie systemami opieki zdrowotnej w całej UE oraz zadbać o należyte uwzględnienie opinii pacjentów, podczas gromadzenia danych, monitorowania i oceny prowadzonych w odniesieniu do dostępności, skuteczności działania i odporności systemów opieki zdrowotnej należy w pełni wykorzystywać informację zwrotną od pacjentów oraz zapewnić pełną konsultację ze stowarzyszeniami pacjentów, organizacjami społeczeństwa obywatelskiego i partnerami społecznymi.

## 2. Wprowadzenie

2.1. Art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej przewiduje, że działania Unii w dziedzinie ochrony zdrowia publicznego są prowadzone z poszanowaniem obowiązków państw członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej. W ust. 7 stwierdza się, że obowiązki państw członkowskich obejmują zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną, jak również przydział odpowiednich zasobów.

2.2. W tym kontekście działanie Wspólnoty dotyczące systemów opieki zdrowotnej państw członkowskich ogranicza się do kwestii związanych ze zdrowiem publicznym zapisanych we wspomnianym artykule Traktatu. Niemniej Komisja, dzięki swej roli wspierającej, finansującej i koordynującej podejmowane wysiłki, może wnieść sporą wartość dodaną do innych elementów związanych z opieką zdrowotną, umożliwiając państwom członkowskim poczynienie postępów w konsolidacji i usprawnieniu ich krajowych systemów opieki zdrowotnej. Systemy te opierają się na zestawie wartości podzielanych w całej Europie, takich jak ich powszechność, dostęp do opieki wysokiej jakości, równość i solidarność. Zostały one wyrażone przez Radę Unii Europejskiej w czerwcu 2006 r. <sup>(1)</sup>. Ministrowie zdrowia państw członkowskich stwierdzają w swojej deklaracji, że systemy opieki zdrowotnej stanowią zasadniczą część społecznej infrastruktury Europy.

2.3. W komunikacie Komisji wskazano na szereg trudności, z którymi borykają się europejskie systemy opieki zdrowotnej i które nasilił jeszcze kryzys gospodarczy. Należą do nich koszty opieki zdrowotnej, stopniowe starzenie się naszych społeczeństw i związane z tym zwiększenie częstotliwości chorób przewlekłych, a także natężenie popytu na usługi służby zdrowia, nierównomierne rozłożenie pracowników tego sektora (w niektórych państwach członkowskich jest ich zbyt mało) oraz nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej.

2.4. Opierając się na tych przesłankach i na konkluzjach Rady UE z czerwca 2011 r. <sup>(2)</sup> i grudnia 2013 r. <sup>(3)</sup>, Komisja opracowała komunikat będący przedmiotem niniejszej opinii. Komunikat ten został dobrze przyjęty przez Radę UE w czerwcu 2014 r., w konkluzjach dotyczących kryzysu gospodarczego i opieki zdrowotnej <sup>(4)</sup>.

2.5. W komunikacie przedstawiono agendę UE na rzecz skutecznych, dostępnych i odpornych systemów opieki zdrowotnej, z poszanowaniem kompetencji państw członkowskich. UE dostarczy wytycznych i narzędzi nadzoru i oceny. Zawiera ona następujące elementy:

<sup>(1)</sup> Dz.U. C 146 z 22.6.2006, s. 1.

<sup>(2)</sup> Dz.U. C 202 z 8.7.2011, s. 10.

<sup>(3)</sup> Dz.U. C 376 z 21.12.2013, s. 3.

<sup>(4)</sup> Dz.U. C 217 z 10.7.2014, s. 2.

2.5.1. wspieranie poprawy skuteczności systemów opieki zdrowotnej obejmujące ocenę skuteczności systemów opieki zdrowotnej, jakość opieki i bezpieczeństwo pacjentów oraz integrację opieki; zwiększenie dostępu do opieki zdrowotnej poprzez działania związane z pracownikami opieki zdrowotnej, racjonalne pod względem kosztów stosowanie leków oraz optymalne wdrożenie dyrektywy 2011/24/UE; poprawę odporności systemów opieki zdrowotnej dzięki ocenie technologii medycznych, systemowi informacji zdrowotnych i e-zdrowiu.

### 3. Uwagi na temat kontekstu komunikatu

3.1. Wzrost kosztów opieki zdrowotnej, postępujące starzenie się ludności i związane z tym nasilenie niektórych chorób dotykających głównie osoby starsze to zjawiska, które nie pojawiły się nagle w ostatniej dekadzie, lecz dawały się zaobserwować od dziesięcioleci, a obecny kryzys jedynie je zaostrzył ze względu na mniejsze zasoby dostępne na politykę w tym obszarze. Dlatego też strategiczne podejście powinno mieć na celu znalezienie odpowiedzi na pytanie, jak skutecznie sprostać nieustającemu popytowi na zasoby, z którym będzie borykać się w nadchodzących latach służba zdrowia, by zapewnić usługi coraz starszemu społeczeństwu, wymagającemu więcej opieki w związku ze wzrostem średniej długości życia.

3.1.1. Promocja zdrowia i zapobieganie chorobom – podstawowe środki ochrony zdrowia – muszą odgrywać istotną rolę w krajowych systemach opieki zdrowotnej. Koszty opieki zdrowotnej można znacząco zmniejszyć, inwestując w edukację zdrowotną i zachęcając do bardziej aktywnego i zdrowego trybu życia prowadzącego do ograniczenia otyłości, palenia tytoniu i spożywania alkoholu. Regularne badania przesiewowe w kierunku raka oraz okresowe badania kontrolne stanu zdrowia mogą umożliwić większej liczbie ludzi starszych dłuższe i zdrowsze życie na emeryturze.

3.2. Komitet zgadza się, że systemy opieki zdrowotnej w państwach członkowskich muszą opierać się na takich zasadach i wartościach, jak powszechność, dostępność dla wszystkich, równość i solidarność. Gwarantują one wszystkim obywatelom UE prawo do ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej, właściwe wykorzystanie w odpowiednim czasie usług opieki zdrowotnej w celu uzyskania jak najlepszych wyników w tej dziedzinie, świadczenie usług opieki zdrowotnej na równych zasadach, niezależnie od położenia geograficznego, płci, niepełnosprawności, dochodów, wieku, rasy czy jakichkolwiek innych czynników, a także finansowanie tych usług ze środków publicznych (podatków lub ubezpieczeń zdrowotnych) w kontekście solidarnego rozłożenia zasobów.

3.3. Zdaniem Komitetu kryzys gospodarczy, z jakim boryka się Unia Europejska, a szczególnie niektóre państwa członkowskie, nie może stanowić wymówki i prowadzić do powstawania przepaści między obywatelami „pierwszej” i „drugiej” kategorii, gdyż wszyscy mamy to samo prawo do ochrony zdrowia. W tym względzie Komitet powinien zadbać również o to, by z różnych możliwości i zróżnicowanej jakości świadczeń zdrowotnych w różnych państwach członkowskich mogli korzystać również obywatele UE, którzy nie pracują w kraju pochodzenia, lecz tymczasowo za granicą. Zapewnienie skuteczności i zrównoważonego charakteru systemów opieki zdrowotnej wymaga uwzględnienia interesów beneficjentów. Pomimo kosztów i cen świadczeń zdrowotnych zdrowie to nie towar, dlatego nie może zależeć od siły nabywczej obywateli.

3.4. EKES<sup>(5)</sup> w swojej opinii w sprawie komunikatu Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE”<sup>(6)</sup> stwierdza, że „Komisja powinna jak najlepiej wykorzystać dostępne instrumenty (np. otwartą metodę koordynacji, oceny wpływu, programy badawcze, wskaźniki, współpracę z organizacjami międzynarodowymi), a także rozważyć razem z państwami członkowskimi nowe metody, by zapewnić, że polityka i działania UE zajmą się czynnikami, które wywołują nierówności zdrowotne w UE lub przyczyniają się do nich”. Komitet potwierdza treść opinii i popiera wszystkie zalecenia poczynione wcześniej w celu zmniejszenia nierówności zdrowotnych.

3.5. Komitet miał okazję wypowiedzieć się na temat niektórych aspektów komunikatu w opinii<sup>(7)</sup> w sprawie wniosku dotyczącego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustanowienia programu „Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego”, trzeciego wieloletniego programu działań UE w dziedzinie zdrowia na lata 2014–2020<sup>(8)</sup>. W tym kontekście potwierdzamy uwagi poczynione w związku z oceną technologii medycznych, kształceniem pracowników służby zdrowia, wdrożeniem medycyny opartej na dowodach oraz wymianą sprawdzonych rozwiązań.

<sup>(5)</sup> Dz.U. C 18 z 19.1.2011, s. 74.

<sup>(6)</sup> COM(2009) 567 final.

<sup>(7)</sup> Dz.U. C 143 z 22.5.2012, s. 102.

<sup>(8)</sup> COM(2011) 709 final.

3.6. Komitet za istotne uważa włączenie sektora służby zdrowia do europejskiego semestru. Za wystarczające powody uznaje znaczenie tego sektora dla PKB państw członkowskich, zapewnianie przez niego znacznej liczby miejsc pracy oraz jego zdolność do innowacji. Zalecenia wynikające z oceny europejskiego semestru nie mogą jednak podważać zasad i wartości, na których opierają się systemy opieki zdrowotnej w państwach członkowskich Unii.

3.7. Samo zwiększenie skuteczności systemów opieki zdrowotnej, jedynie w celu poprawienia wyników, oznacza pominięcie innych aspektów, które należy uwzględnić w kontekście niedoboru zasobów i ograniczeń budżetowych. Skuteczny system opieki zdrowotnej o wysokiej wartości pozwala zmaksymalizować jakość usług i wyniki uzyskiwane z wykorzystaniem dostępnych zasobów. Innymi słowy, nie da się rozważać skuteczności systemu bez uwzględnienia zasady efektywności. Zapewnienie wartości zasobów oznacza wykorzystanie ich w jak najskuteczniejszy i najwydajniejszy sposób, łącząc koncepcję jakości naukowo-technicznej z zasadą efektywności i zrównoważoności. Stanowi to zasadniczy element organizacji usług opieki zdrowotnej i praktyki medycznej.

3.8. Komitet popiera wspólne działania Komisji i państw członkowskich na rzecz wdrożenia na poziomie wspólnotowym wskaźników pozwalających zmierzyć skuteczność inicjatyw podejmowanych w sektorze zdrowia. W tym celu wszystkie państwa powinny ustanowić zatwierdzone systemy gromadzenia informacji, z zachowaniem przejrzystości i obiektywności, tak aby umożliwić ogólną analizę ułatwiającą przedsięwzięcie środków na rzecz współpracy w celu zmniejszenia nierówności w zakresie zdrowia występujących w poszczególnych państwach członkowskich i pomiędzy nimi. Nie do zaakceptowania jest fakt, że na początku XXI wieku nadal brakuje porównywalnych danych. Bez aktualnych, istotnych i odpowiednich danych nie można poczynić postępów i opracować jednolitych wskaźników, które wspomagałyby podejmowanie decyzji i analizę naukową.

3.9. Użyteczność wskaźników zdrowia opiera się na ich wiarygodności, która jest cechą determinującą zdolność do ustanawiania porównań. Komisja uznaje w komunikacie ten brak wiarygodności, przez który uzyskiwane wyniki nie nadają się zbyt do porównania. Dlatego też Komitet popiera system podstawowych europejskich wskaźników zdrowotnych, dostarczający porównywalnych danych na temat zdrowia i wpływających na nie zachowań oraz chorób i systemów opieki zdrowotnej, który może pozwolić niektórym państwom członkowskim na ulepszenie systemów informacji i wdrożenie nieistniejących wskaźników, ułatwiając tym samym ogólnie wymianę dobrych praktyk. Podobnie z zadowoleniem przyjmuje ramy wspólnej oceny stanu zdrowia opracowane przez podgrupę ds. wskaźników Komitetu Ochrony Socjalnej.

3.10. Komitet sądzi, że faktycznemu uznaniu powszechnego charakteru opieki zdrowotnej może stanąć na przeszkodzie problem dostępu do systemu służby zdrowia. Trudności te ujawniają się zawsze w największym stopniu w sektorach społeczeństwa dysponujących najmniejszymi zasobami własnymi. Zmniejszenie nierówności zdrowotnych wymaga w pierwszym rzędzie rozwiązania kwestii dostępności. Wśród zasadniczych elementów pozwalających zapewnić dostęp obywateli do usług opieki zdrowotnej i wymagających podjęcia działań przez państwa członkowskie można wymienić: rzeczywiste ustanowienie podstawowej opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich, istnienie służb ratunkowych w pobliżu miejsca zamieszkania, zapewnienie odpowiedniej infrastruktury transportowej i komunikacyjnej, dostęp do pomocy specjalistów oraz rozsądne ustalanie odpłatności (z uwzględnieniem poziomu dochodów).

3.11. EKES podziela obawy Komisji i uznaje, że podpisując konwencję ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, musimy również przedsięwziąć wszelkie odpowiednie środki, aby zapewnić osobom niepełnosprawnym dostęp do usług zdrowotnych, w tym także zagwarantować, że infrastruktura opieki zdrowotnej będzie dostępna dla osób, które doznają ograniczeń z powodu niepełnosprawności.

3.12. Komitet zgadza się z Komisją co do konieczności utrzymania stabilnych mechanizmów finansowania usług opieki zdrowotnej. W tym kontekście finansowanie z różnych źródeł za pomocą składek i podatków może zapewnić systemom opieki zdrowotnej ramy stabilności finansowej. Zdaniem Komitetu poprawa odporności czy wytrzymałości tych systemów jest również zależna od wysoce profesjonalnego zarządzania opartego na skutecznych systemach informacji, w ramach którego możliwe byłoby dokładne oszacowanie kosztów opieki zdrowotnej. Te elementy oraz wysoce wykwalifikowany i zmotywowany personel medyczny mogą stanowić podwaliny solidnego i stabilnego zrównoważonego systemu opieki zdrowotnej.

3.13. EKES podziela opinię Komisji, że jedną z największych słabości systemów opieki zdrowotnej w niektórych państwach członkowskich jest niedobór pracowników medycznych. Problem ten pogłębia się z powodu intensywnej migracji pracowników do innych państw członkowskich, a także poza UE. Wziąwszy pod uwagę, że przyczyny tego zjawiska są zróżnicowane i złożone, Komitet uważa, że zaproponowana przez Komisję agenda powinna zawierać środki podnoszące atrakcyjność zawodów medycznych w oczach młodych ludzi, nie tylko po to, by przybywało kandydatów chcących podjąć naukę w tej dziedzinie, lecz również po to, by wykonywanie tych zawodów było atrakcyjne zarówno z zawodowego punktu widzenia, jak i z punktu widzenia warunków pracy.

#### 4. Uwagi na temat agendy UE na rzecz skutecznych, dostępnych i odpornych systemów opieki zdrowotnej

4.1. Obecnie w najbardziej zaawansowanych społeczeństwach ocena skuteczności systemów opieki zdrowotnej rozumiana jest m.in. jako narzędzie odpowiedzialności usługodawców przed usługobiorcami w sektorze zdrowia oraz jako instrument planowania przyszłych działań. W celu pogłębienia zobowiązań zapisanych w Karcie z Tallinna Komitet popiera udostępnienie państwu członkowskiemu narzędzi i metodologii umożliwiających zbliżenie systemów opieki zdrowotnej oraz zmniejszenie nierówności wewnętrznych i zewnętrznych w ramach tych systemów.

4.2. Bezpieczeństwo pacjentów niesie ze sobą konieczność minimalizacji niepotrzebnego ryzyka spowodowania szkody, np. przypadkowych urazów w wyniku udzielania pomocy lub błędów lekarskich. Zwiększanie bezpieczeństwa pacjentów oznacza zarządzanie ryzykiem, zgłaszanie, analizowanie i monitorowanie wypadków oraz wdrażanie rozwiązań w celu ograniczania częstotliwości występowania tych problemów. EKES powtarza zalecenia zawarte w opinii<sup>(9)</sup> w sprawie wniosku dotyczącego zalecenia Rady w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną<sup>(10)</sup>, i rozciąga je na wszystkie zagrożenia niezwiązane z zakażeniami, podkreślając szczególnie konieczność zgłaszania skutków ubocznych i przedsięwzięcia środków w celu ich wyeliminowania. W tym też kierunku powinny zmierzać podejmowane działania.

4.3. Opieka zdrowotna nad pacjentami powinna być koordynowana między wszystkimi poziomami ochrony zdrowia, tak aby opieka podstawowa odgrywała większą rolę w wykrywaniu i leczeniu problemów zdrowotnych. Sprawna sieć opieki podstawowej, dobrze rozwinięta i wysoce profesjonalna, pozwala na bliższe zaznajomienie się z problemami zdrowotnymi, uniknięcie przeprowadzania niepotrzebnych badań specjalistycznych oraz zmniejszenie kosztów opieki zdrowotnej dzięki rzadszej hospitalizacji. Komisja powinna rozwijać rolę koordynującą w kontekście dzielenia się doświadczeniami krajowymi między państwami członkowskimi.

4.4. Znaczenie personelu medycznego w odniesieniu do ogółu zatrudnionych w państwach Unii Europejskiej jest na tyle istotne, by brak tych pracowników można było uznać za problem zdrowotny. W celu uniknięcia tego rodzaju sytuacji planowanie szkoleń personelu służby zdrowia, mimo że należy do kompetencji państw członkowskich, powinno podlegać monitorowaniu i analizie ze strony UE. Tym samym obie strony będą wspólnie dbać o utrzymanie masy krytycznej personelu, co pozwoli na świadczenie usług społeczeństwu, które potrzebuje coraz więcej opieki zdrowotnej. Komitet uważa, że rozwój niezbędne go potencjału edukacyjnego i akademickiego wymaga również wsparcia finansowego.

4.5. EKES uważa, że wysokiej jakości kształcenie techniczne i zawodowe jest niezbędne do zapewnienia wysoko wykwalifikowanych pracowników medycznych, którzy potrafiliby zaspokoić potrzeby obywateli UE w zakresie opieki. Jest też zdania, że w państwach członkowskich trzeba również zadbać o aspekty etyczne kształcenia.

4.6. Wydatki na produkty farmaceutyczne są jednym z najważniejszych elementów wpływających na koszt usług opieki zdrowotnej oraz na ich zrównoważony charakter. Opieranie się przy wypisywaniu recept na aktywne składniki leku (nazwa generyczna WHO), a nie nazwie handlowej, może pomóc obniżyć koszty farmaceutyczne. W niektórych organizacjach opieki zdrowotnej w UE istnieją przykłady tego rodzaju recept, które mogą zostać wykorzystane w innych państwach. Niemniej wszelkie przewidywane środki powinny uwzględniać potrzeby prowadzenia badań nad nowymi lekami, a także finansowanie takiej działalności.

<sup>(9)</sup> Dz. C 228 z 22.9.2009, s. 113.

<sup>(10)</sup> COM(2008) 837 final.



4.7. Komitet popiera zamiar optymalnego wdrożenia dyrektywy 2011/24/UE<sup>(1)</sup>, wyrażony przez Komisję w komunikacie będącym przedmiotem niniejszej opinii, lecz sądzi, że nie jest to główny problem w dostępie obywateli do krajowych systemów opieki zdrowotnej. Optymalne wdrożenie dyrektywy nie zwiększy tego dostępu. Zdaniem Komitetu w komunikacie należy rozumieć kwestię zwiększenia dostępności przede wszystkim jako objęcie opieką zdrowotną coraz szerszych kręgów społecznych, aż dostęp stanie się powszechny, zaofiarowanie jak najszerszego wachlarza usług o rozsądnych kosztach oraz uniknięcie sytuacji, w której odpłatność stanie się przeszkodą dla osób znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji. Zapewnienie pomocy transgranicznej, charakteryzującej się bezpieczeństwem i wysoką jakością, nie gwarantuje obywatelom podstawowych usług opieki zdrowotnej w ich własnych krajach.

4.8. Badania i innowacje medyczne przekładają się na nowe technologie w dziedzinie zdrowia, stanowiące odpowiedź na wyzwania diagnostyczne i terapeutyczne, z którymi boryka się medycyna. Wysoki koszt tych technologii oraz pożądana skuteczność wymagają solidnego systemu oceny. Zdaniem Komitetu bardzo ważną byłaby wartość dodana, jaką europejska sieć ds. oceny technologii medycznych (EUnetHTA) może wnieść do krajowych i regionalnych organów w państwach członkowskich, sprzyjając tym samym tworzeniu synergii i ułatwiając rozpowszechnianie ocen.

4.9. Zastosowanie technologii informacyjnych do śledzenia historii leczenia pacjentów stanowi postęp i należy to wykorzystać poza placówkami opieki zdrowotnej. Elektroniczna dokumentacja medyczna, dostępna każdemu lekarzowi zajmującemu się danym pacjentem, powinna być celem, do którego należy zmierzać, mimo że obecnie jest to cel dość odległy. Unia powinna wspierać elektroniczne systemy informacyjne dotyczące opieki zdrowotnej i zdrowia, co pomoże doprowadzić do sytuacji, w której historia leczenia podążałaby za pacjentem. Jest to bardzo użyteczne narzędzie dla pacjentów, lecz jednocześnie wyzwanie dla administracji, która musi koordynować w swoich systemach opieki zdrowotnej kompatybilne aplikacje umożliwiające personelowi medycznemu zapoznanie się z problemami zdrowotnymi obywatela, bez względu na jego miejsce pobytu. To ogromne wyzwanie, lecz zdaniem Komitetu jego podjęcie pozwoliłoby poprawić stan zdrowia obywateli europejskich.

4.10. EKES uważa, że niezwykle istotne jest, by obywatele mieli dostęp do cyfrowych systemów informacyjnych dotyczących zdrowia. Za przykład może posłużyć dostęp do informacji na temat wyrobów medycznych do stosowania u ludzi, zatwierdzonych przez organy regulacyjne. Takie informacje powinny być zrozumiałe, dokładne, aktualne i pewne, tak by obywatel pragnący uzyskać do nich dostęp mógł w ten sposób uzupełnić informacje uzyskane od zajmującego się nim pracownika służby zdrowia.

4.11. W swej opinii<sup>(2)</sup> w sprawie komunikatu Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów: „Plan działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012–2020 – Innowacyjna opieka zdrowotna w XXI wieku”<sup>(3)</sup> Komitet miał okazję wypowiedzieć się w sprawie e-zdrowia. Pragnie potwierdzić zawarte w niej następujące zdanie: „Dzięki e-służbie zdrowia musi zwiększać się wzajemne zaufanie między pacjentami a personelem medycznym. Należy unikać »bezosobowego podejścia« i uwzględniać czynniki psychologiczne”. W sercu e-zdrowia musi znajdować się wymiar ludzki. Podsumowując, należy stwierdzić, że w sercu systemu opieki zdrowotnej znajduje się obywatel.

Bruksela, 21 stycznia 2015 r.

Przewodniczący  
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego  
Henri MALOSSE

<sup>(1)</sup> Dz.U. C 175 z 28.7.2009, s. 116.

<sup>(2)</sup> Dz.U. C 271 z 19.9.2013, s. 122.

<sup>(3)</sup> COM(2012) 736 final.