

Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie białej księgi „Razem na rzecz zdrowia: strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013”

COM(2007) 630 wersja ostateczna

(2009/C 77/23)

Dnia 23 października 2007 r. Komisja, działając na podstawie art. 262 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską, postanowiła zasięgnąć opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie

Białej księgi „Razem na rzecz zdrowia: strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013”.

Sekcja Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa, której powierzono przygotowanie prac Komitetu w tej sprawie, przyjęła swoją opinię 18 lipca 2008 r. Sprawozdawcą była Agnes CSER.

Na 447. sesji plenarnej w dniach 17 i 18 września 2008 r. (posiedzenie z 18 września) Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny stosunkiem głosów 114 do 4 — 7 osób wstrzymało się od głosu — przyjął następującą opinię:

1. Wnioski i zalecenia

1.1 EKES przyjmuje z aprobatą białą księgę zatytułowaną „Razem na rzecz zdrowia”. Komitet ze swej strony również podkreśla związek między zdrowiem a dobrobytem gospodarczym i konkurencyjnością i uznaje prawo obywateli do wspierania własnego zdrowia fizycznego i psychicznego oraz do opieki zdrowotnej wysokiej jakości.

1.2 EKES popiera uznanie przez Radę podstawowych wspólnych wartości europejskich w dziedzinie opieki zdrowotnej, takich jak powszechność, dostęp do wysokiej jakości opieki, sprawiedliwość oraz solidarność⁽¹⁾. Komitet oczekuje, że postęp w dziedzinie zdrowia publicznego będzie dokonywał się w oparciu o te podstawowe zasady. Oczekuje również stosowania podejścia opartego na „uwzględnianiu problematyki zdrowia we wszystkich obszarach polityki unijnej”. Z tego względu zdaniem Komitetu należy koordynować politykę handlową i gospodarczą oraz politykę w zakresie konkurencji na rynku wewnętrznym i sprawić, by służyły one osiągnięciu politycznego celu UE, którym jest zapewnienie wysokiego poziomu ochrony zdrowia publicznego i tym samym wzmocnienie, zachowanie i poprawa zdrowia ludzi.

1.3 Komitet podziela i popiera opinię Komisji, według której aktywne obywatelstwo europejskie ma sens jedynie wówczas, gdy towarzyszą mu podstawowe prawa; oznacza to m. in. zwracanie uwagi na prawa pacjentów oraz ich gwarantowanie, a także odpowiednie informowanie. Bez tego trudno wyobrazić sobie jakąkolwiek politykę wspólnotową w zakresie zdrowia.

1.4 Komitet popiera priorytety określone przez Komisję, a w szczególności zwalczanie epidemii transgranicznych na dużą skalę i poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, jak również środki dotyczące monitorowania katastrof i wczesnego ostrzegania przed nimi, oraz środki na rzecz zwalczania nałogu palenia i nadużywania alkoholu oraz ochrony zdrowia publicznego.

1.5 Stały i skoordynowany wkład poszczególnych agencji zarządzanych przez UE⁽²⁾ odgrywa ważną rolę w uzyskaniu akceptacji dla omawianej strategii oraz jej wdrażania.

1.6 EKES popiera bardziej ukierunkowane gromadzenie danych na szczeblu wspólnotowym, jak również ich wspólną ocenę, by zwiększyć szanse powodzenia strategii. Oprócz konieczności dysponowania realnymi i porównywalnymi wskaźnikami, należy dążyć do aktualizacji baz danych i opracowania metod sprawdzania dokładności gromadzonych danych. Komitet zwraca jednak uwagę na potrzebę szczególnie starannej ochrony danych osobowych.

1.6.1 Zdaniem EKES-u pacjenci wymagający transgranicznej opieki zdrowotnej powinni otrzymywać informacje dotyczące przysługującego im prawa do opieki zdrowotnej wysokiej jakości. Państwa członkowskie powinny również dopilnować, by swoboda świadczenia usług nie pociągała za sobą społecznego dumpingu w tej dziedzinie, gdyż byłoby to szkodliwe dla pracowników służby zdrowia, ich profesjonalizmu, a w konsekwencji dla pacjentów.

1.7 EKES przyjmuje z zadowoleniem deklarację Komisji o konieczności wyeliminowania poważnych nierówności istniejących zarówno w obrębie państw członkowskich jak i między nimi. Niemniej zwraca uwagę Komisji, że wspieranie prawa pacjentów do mobilności oraz poprawa mobilności pracowników służby zdrowia nie może dodatkowo pogłębiać tych nierówności.

1.8 EKES popiera zamiar Komisji wzmocnienia oraz propagowania profilaktyki i wyraża zadowolenie z faktu wspierania przez Komisję programów sprzyjających szerzeniu wiedzy na temat zdrowia wśród różnych kategorii wiekowych. Publiczne radio i telewizja powinny odgrywać ważną rolę i być skierowane do osób żyjących w ubóstwie, stanowiących znaczną część populacji UE, a zwłaszcza do dzieci i młodzieży, które nie mają innej możliwości dostępu do obiektywnej i cennej wiedzy i informacji.

1.9 Komitet proponuje uruchomienie długoterminowej kampanii pt. „Obywatel europejski cieszący się dobrym zdrowiem”, która towarzyszyłaby strategii przez całe pięć lat jej trwania. Umożliwiłoby to systematyczną ocenę strategii i, w razie potrzeby, jej dostosowanie dzięki programowi rocznemu i informacji zwrotnej. Komitet zaleca Komisji przedłużenie czasu trwania zarówno strategii, jak i programu lub kampanii długoterminowej na okres dziesięciu lat, by promować wśród obywateli europejskich nawyk lepszego dbania o zdrowie.

⁽¹⁾ Konkluzje Rady w sprawie wspólnych wartości i zasad systemów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej (C 2006 146/01).

⁽²⁾ Agencja Praw Podstawowych z siedzibą w Wiedniu, agencja w Bilbao, Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób itp.

1.10 EKES podkreśla wagę włączenia w znaczącym zakresie zainteresowanych stron w wysiłki na rzecz propagowania strategii, dyskusowania o niej i wdrażania jej. To właśnie przejrzystość i współpraca mogą przyczynić się do akceptacji strategii i urzeczywistnienia demokracji uczestniczącej.

1.11 EKES zwraca uwagę Komisji na istotną rolę BHP i wzywa do zwiększenia skoordynowanej współpracy w ramach polityki wspólnotowej, przy udziale partnerów społecznych i państw członkowskich, wzmacniając przy tym profilaktykę i ochronę.

1.12 Komitet proponuje utworzenie forów na szczeblu wspólnotowym, krajowym, regionalnym i lokalnym przez specjalistów z różnych dziedzin polityki oraz przedstawicieli partnerów społecznych, organizacji zawodowych i społeczeństwa obywatelskiego. Fora te, obejmujące współpracę na wielu poziomach, mogłyby stworzyć sieć w celu wspierania wymiany informacji, a także przedstawiać różne stanowiska, rozgraniczając przy tym strategię krajową od polityki UE i gwarantując ich akceptację. Przedmiotem zainteresowań owych forów współpracy skupiających szerokie grono uczestników powinno być kształcenie obywateli w zakresie właściwych indywidualnych i zbiorowych zachowań w przypadku poważnych kryzysów sanitarnych, co pozwoliłoby w trudnych okresach na sprawne zarządzanie w interesie ogółu.

1.13 EKES zaleca tworzenie podobnych forów w ramach zewnętrznej polityki UE, przy współpracy z organizacjami międzynarodowymi i przy udziale zainteresowanych stron, w celu umożliwienia debaty nad kwestiami politycznymi oraz opracowania i wdrożenia odpowiednich strategii.

1.14 Komitet wspiera innowacyjność w systemach opieki zdrowotnej państw członkowskich i wyraża zadowolenie z osiągniętego postępu w zakresie e-zdrowia. Niemniej, aby zagwarantować przestrzeganie zasady pomocniczości i poszanowanie praw pacjentów, trzeba kontynuować badania w tej dziedzinie i opracowywać odpowiednie rozwiązania.

1.15 EKES wyraża ubolewanie, że strategia, która dotyczy wszystkich obywateli UE, nie dysponuje odrębnym budżetem. Aby zagwarantować skuteczną realizację nowej strategii, Komitet zaleca analizę budżetu UE⁽³⁾, identyfikację projektów dotyczących zdrowia obywateli oraz zapewnienie ich oceny i dalszego monitorowania, a następnie harmonizacji. W ciągu całego okresu realizacji strategii, oprócz finansowania konkretnych projektów należy poczynić kroki na rzecz zapewnienia po roku 2013 finansowania z budżetu nowych, powtarzających się zadań.

⁽³⁾ Zob. opinia EKES-u z 12 marca 2008 r. w sprawie reformy budżetu UE i jego finansowania w przyszłości, sprawozdawca: Susanna Florio (Dz.U. C 204 z 9.8.2008).

2. Uwagi ogólne

2.1 Zdrowie oraz wysokiej jakości ochrona zdrowia są częścią europejskiego modelu społecznego zbudowanego na tak podstawowych wartościach jak solidarność i należy ją czynnie rozwijać⁽⁴⁾.

2.2 Prawo do wspierania własnego zdrowia psychicznego i fizycznego oraz dostęp do opieki zdrowotnej w tej dziedzinie stanowią podstawowe prawo obywateli europejskich i jeden z głównych czynników promujących aktywną europejską postawę obywatelską.

2.3 Obywatel europejski musi znaleźć się w centrum uwagi; należy również wspólnie zmierzać ku tworzeniu wspólnotowej kultury zdrowia i bezpieczeństwa.

2.4 W Unii Europejskiej zasadnicze znaczenie ma walka z ubóstwem i zagwarantowanie powszechnego dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej, stanowiącej podstawowy wskaźnik efektywności służby zdrowia oraz wspierania konkurencyjności⁽⁵⁾.

3. Zawartość białej księgi

3.1 Komisja Europejska przeprowadziła dwukrotnie konsultacje w zakresie zdrowia. Ujawniły one ogólne poparcie dla nowej strategii w zakresie polityki zdrowotnej w Europie, a także wolę intensyfikacji współpracy między Komisją a państwami członkowskimi w celu dalszej poprawy ochrony zdrowia w Unii.

3.2 W trakcie konsultacji publicznych podniesiono szereg istotnych kwestii, a mianowicie:

- zwalczanie zagrożeń dla zdrowia;
- nierówności w obszarze zdrowia, w tym nierówności związane z płcią;
- znaczenie odpowiedniego informowania i uświadamiania obywateli;
- jakość i bezpieczeństwo transgranicznej opieki zdrowotnej;
- określenie głównych czynników wpływających na zdrowie i związanych z trybem życia, takich jak sposób odżywiania się, aktywność fizyczna, spożywanie alkoholu, palenie papierosów oraz zdrowie psychiczne;
- konieczność rozwijania europejskiego systemu informacji wspierającego europejską strategię w zakresie ochrony zdrowia.

3.3 Traktat z Lizbony, podpisany 13 grudnia 2007 r., uzupełnia i uściśla art. 152 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską, zastępując pojęcie zdrowia ludzkiego pojęciem zdrowia fizycznego i psychicznego. Rozszerza ponadto treść traktatu, przewidując monitorowanie poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, wczesne ostrzeżenie na wypadek takich zagrożeń oraz ich zwalczanie.

⁽⁴⁾ Zob. opinia EKES-u z 6 lipca 2006 r. w sprawie „Spójność społeczna: wypełnić treścią europejski model społeczny” (opinia z inicjatywą własną); sprawozdawca: Ernst Erik Ehnmark (Dz.U. C 309 z 16.12.2006).

⁽⁵⁾ Opinia EKES-u w sprawie „Realizacja strategii lizbońskiej: sytuacja bieżąca i przyszłe perspektywy”.

3.4 W białej księdze podkreśla się wspólne wartości, takie jak prawo dostępu do wysokiej jakości opieki, sprawiedliwość oraz solidarność. Komisja opracowała strategię wspólnotową opartą na czterech podstawowych zasadach:

- wspólnych wartościach związanych ze zdrowiem;
- stwierdzeniu, że „zdrowie to nasz największy skarb”;
- uwzględnianiu kwestii zdrowia we wszystkich obszarach polityki;
- zwiększeniu roli UE w ochronie zdrowia na świecie.

3.5 Na tej podstawie biała księga określa trzy główne cele na nadchodzące lata:

- propagowanie zdrowia w starzejącej się Europie;
- ochrona obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia;
- wspieranie dynamicznych systemów zdrowotnych i nowych technologii.

Komisja przedstawia ponadto 18 propozycji działań, mających na celu osiągnięcie powyższych celów.

4. Uwagi szczegółowe

4.1 Komitet zgadza się z podstawowymi zasadami określonymi w białej księdze. Z tego powodu przyjmuje z aprobatą zasadę uwzględniania kwestii zdrowia we wszystkich obszarach polityki, co wymagać będzie ściślejszej współpracy między Komisją, partnerami społecznymi, organizacjami społeczeństwa obywatelskiego, światem nauki i środkami przekazu.

4.2 EKES odnotowuje trzy podstawowe wyzwania stojące przed sektorem zdrowia publicznego na całym świecie: po pierwsze, walka z ciągle zmieniającym się światem mikroorganizmów; po drugie, zmiana nawyków i sposobów zachowania się ludzi; i po trzecie, większe upublicznienie podejmowanych działań i zwiększenie środków finansowych⁽⁶⁾. Ponadto Komitet identyfikuje wyzwania stojące przed UE oraz zasoby, którymi dysponuje:

- starzenie się społeczeństwa stanowi coraz większy problem zarówno w dziedzinie diagnostyki, jak i opieki i leczenia;
- coraz większym powodem do niepokoju są zagrożenia dla zdrowia, takie jak epidemie chorób zakaźnych i bioterroryzm;
- zmiany klimatyczne i ukryte zagrożenia związane z globalizacją;
- dynamiczny rozwój nowych technologii oraz równie szybki rozwój środków promocji zdrowia, profilaktyki i leczenia chorób.

4.3 EKES podkreśla znaczenie czynnej i istotnej roli zainteresowanych podmiotów (władze publiczne, partnerzy społeczni, organizacje społeczeństwa obywatelskiego, a zwłaszcza stowarzyszenia reprezentujące pacjentów i organizacje ochrony

⁽⁶⁾ Wystąpienie Margaret Chan, dyrektor generalnej Światowej Organizacji Zdrowia: *Address to the Regional Committee for Europe* [Wystąpienie przed Komitetem Regionalnym dla Europy], 18 września 2007 r., Belgrad, Serbia: http://www.who.int/dg/speeches/2007/20070918_belgrade/en/index.html.

konsumentów) zarówno w określaniu i rozwiązywaniu problemów, jak i w kształtowaniu odpowiednich nawyków zdrowotnych.

4.4 Komitet wyraża ubolewanie, że partnerzy społeczni, podmioty społeczeństwa obywatelskiego, organizacje zawodowe i stowarzyszenia reprezentujące pacjentów nie zostały zaangażowane. EKES sugeruje, że współpraca z władzami publicznymi powinna odbywać się na szczeblu lokalnym, regionalnym, krajowym i europejskim w ramach partnerstwa społecznego, przy czym skuteczne wykorzystywanie środków finansowych jest absolutnie niezbędnym warunkiem realizacji strategii na rzecz zdrowia oraz sukcesu gospodarczego Unii Europejskiej.

5. Zdrowie obywateli europejskich

5.1 Komitet podziela zdanie Komisji, że w ramach realizacji programu działań na rzecz obywateli, prawa obywatelskie i prawa pacjentów powinny stanowić główny punkt wyjścia europejskiej strategii w zakresie ochrony zdrowia. W interesie ochrony zdrowia każdego z nas należy czynnie wzmacniać solidarność jako główną zasadę europejskiego modelu społecznego⁽⁷⁾.

5.2 EKES wspiera aktywną postawę obywateli europejskich, ale trudno byłoby ją sobie wyobrazić bez świadomości prawidłowych nawyków zdrowotnych. Tymczasem, mimo podjętych dotąd wysiłków UE i państw członkowskich, nadal istnieją duże rozbieżności w zakresie stanu zdrowia obywateli⁽⁸⁾, dostępu do zdrowego trybu życia oraz równość szans, w szczególności kobiet i mężczyzn⁽⁹⁾, a także nierówności na poziomie grup znajdujących się w niekorzystnej sytuacji lub grup słabszych. Komitet nalega, by Komisja, po określeniu niekorzystnych czynników związanych z poszczególnymi grupami, opracowała konkretne rozwiązania i systemy wsparcia, promując przy tym współpracę między państwami członkowskimi. Ponadto, aby uwzględnić także tendencje demograficzne, wspieranie specjalnych programów mających na celu ocenę i podtrzymywanie zdrowia osób starszych miałyby pozytywny wpływ na ogół społeczeństwa.

5.3 Biorąc pod uwagę nierówności występujące zarówno wewnątrz państw członkowskich, jak i między nimi, EKES wspiera wspólny cel polityki zdrowotnej, którym jest przyczynienie się do sukcesu strategii mających na celu zmniejszenie i wyeliminowanie ubóstwa. Chociaż wydatki na sektor zdrowia stale rosną, nie możemy w żadnym wypadku pozwolić, by wzrost ten doprowadził do obniżenia się poziomu życia jednostki i rodziny w UE czy zepchnięcia ich poniżej granicy ubóstwa. Jeśli chodzi o odpowiedni zakres dostępu do usług zdrowotnych i socjalnych, to należy zapewnić nie tylko równość szans, lecz również dostępność finansową i lokalną. Ważne jest zapobieganie dalszemu pogłębianiu istniejących w naszym społeczeństwie różnic między bogatymi i biednymi.

⁽⁷⁾ Opinia EKES-u z 26 września 2007 r. w sprawie praw pacjenta (opinia z inicjatywy własnej); sprawozdawca: Lucien Bouis (Dz.U. C 10 z 15.1.2008).

⁽⁸⁾ Zob. ocena wpływu; dla przykładu, we Włoszech mężczyźni dożywają w dobrym zdrowiu do 71 lat, a na Węgrzech tylko do 53 lat.

⁽⁹⁾ Opinia EKES-u z 13 września 2006 r. w sprawie komunikatu Komisji Europejskiej do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „Plan działań na rzecz równości kobiet i mężczyzn 2006-2010”; sprawozdawca: Grace Attard (Dz.U. C 318 z 23.12.2006).

5.4 Komitet jest przekonany, że wszyscy obywatele europejscy powinni mieć prawo do wspierania własnego zdrowia psychicznego i fizycznego oraz korzystać na równych prawach z opieki zdrowotnej w tej dziedzinie. Prawo to może być realizowane jedynie pod warunkiem zwrócenia szczególnej uwagi na grupy znajdujące się w niekorzystnej sytuacji, jak np. osoby zepchnięte na margines społeczeństwa lub żyjące w trwałym ubóstwie, jak również grupy wykluczone ze względów religijnych. Poprawa zdrowia publicznego wymaga zwrócenia baczniejszej uwagi na zdrowie psychiczne, zwłaszcza w grupach znajdujących się w niekorzystnej sytuacji ⁽¹⁰⁾.

5.5 Komitet sugeruje, że państwa członkowskie powinny w dalszym ciągu wspierać dialog międzykulturowy w celu wzmacniania działalności UE oraz działań podejmowanych przez jej obywateli, w szczególności w odniesieniu do oferty usług opieki zdrowotnej i korzystania z nich. Uznanie i wspieranie różnorodności kulturowej i wielojęzyczności mogą przyczynić się w znacznym stopniu do utrwalenia i zakorzenienia się świadomości w dziedzinie ochrony zdrowia, pobudzać do wzajemnego świadczenia pomocy ⁽¹¹⁾ oraz zapewniać na czas profilaktykę, usługi zdrowotne czy leczenie.

5.6 Komitet wzywa Komisję do przedstawienia propozycji ukierunkowanych na rozwijanie świadomych nawyków zdrowotnych i uwzględnienia ich we wszystkich dziedzinach polityki UE w celu dostarczenia obiektywnej informacji na temat zdrowia psychicznego i fizycznego, która byłaby dostępna zarówno dla obywateli pozbawionych dostępu do internetu, jak i dla osób znajdujących się w niekorzystnej sytuacji, których liczba niestety stale rośnie. Jednym ze sposobów osiągnięcia tego celu jest współpraca z publicznym radiem i telewizją w celu rozpowszechniania informacji na temat zdrowia publicznego i zdrowia jednostek (np. profilaktyki) oraz przekazywania informacji umożliwiających dostęp na czas do opieki medycznej. Można by w tym celu wykorzystać narzędzia komunikacyjne, jak np. internet, dostępne dla pacjentów i pracowników służby zdrowia.

5.7 Komitet podkreśla, że kampania antynikotynowa, określenie wspólnych norm w dziedzinie etykietowania środków spożywczych, badania farmaceutyczne oraz rozwój i rozpowszechnienie koncepcji e-zdrowia przynoszą wartość dodaną. W wielu dziedzinach wymiana sprawdzonych rozwiązań i ocena osiągnięć mogą także odegrać znaczącą rolę w związku ze skutecznym i wydajnym wykorzystaniem ograniczonych zasobów finansowych.

5.8 EKES jest zdania, że polityka wspierania rodzin oraz szkolenia i odpowiednie wsparcie mają istotne znaczenie w kształtowaniu świadomych nawyków zdrowotnych. Podnoszenie świadomości w dziedzinie zdrowia można by było zacząć od przyszłych matek ⁽¹²⁾. W związku z tym, w celu promowania obywatelstwa europejskiego Komitet proponuje uruchomienie długoterminowej kampanii pt. „Obywatel europejski cieszący się dobrym zdrowiem”.

⁽¹⁰⁾ Opinia EKES-u z 17 maja 2006 r. w sprawie Zielonej księgi „Poprawa zdrowia psychicznego ludności — strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej”; sprawozdawca: Adrien Bedossa (Dz.U. C 195 z 18.8.2006).

⁽¹¹⁾ Opinia EKES-u z 20 kwietnia 2006 r. w sprawie wniosku dotyczącego decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Europejskiego Roku Dialogu Międzykulturowego 2008; sprawozdawca: Agnes Cser (Dz.U. C 185 z 8.9.2006).

⁽¹²⁾ Przykładem może być sieć pielęgniarek węgierskich, które opiekują się dziećmi i ich rodzinami od porzucenia do osiemnastego roku życia.

5.9 O ile Komitet popiera swobodny przepływ pracowników i uznaje prawa pacjentów, to zwraca uwagę Komisji, że mobilność pacjentów i pracowników służby zdrowia nie może w żadnym wypadku dodatkowo pogłębiać dotychczasowych nierówności w opiece zdrowotnej. W istocie, nierówności te należałoby wyeliminować ⁽¹³⁾.

5.10 EKES jest zdania, że odpowiednie i wysokiej jakości publiczne usługi socjalne i zdrowotne są warunkiem wstępnym właściwego wyszkolenia wystarczającej liczby pracowników tych służb. Z tego względu wskazane jest lepsze wynagradzanie tych pracowników i zapewnienie im większego uznania i prestiżu społecznego, by uczynić te zawody bardziej atrakcyjnymi dla ludzi młodych. Komitet wyraża zaniepokojenie stanem zdrowia pracowników służb socjalnych i zdrowotnych, którzy w miarę starzenia się cierpią na syndrom „wypalenia” i doświadczają stresu zawodowego. Z tego powodu uważa, że istnieje potrzeba podkreślenia wartości pracy wykonywanej w sektorze opieki zdrowotnej i usług socjalnych oraz faktu, że pracownicy tego sektora wykonują wartościową pracę na rzecz promowania zdrowia w całym społeczeństwie.

5.11 Na szczeblu krajowym trzeba świadomie dążyć do określenia solidnej strategii w zakresie ochrony zdrowia, którą można urzeczywistnić tylko wtedy, gdy przeznaczy się na nią wystarczające środki budżetowe i środki pochodzące z systemów zabezpieczenia społecznego. Państwa członkowskie muszą faktycznie inwestować nie tylko w dobrobyt swych społeczeństw, ale także w zdrowie obywateli.

6. Zagadnienia transgranicznej i ogólnościowe

6.1 EKES zgadza się, że w odniesieniu do globalizacji w obszarze służby zdrowia UE może odegrać istotną rolę zarówno w obrębie swych granic, jak i poza nimi, przyczyniając się do rozwiązania ogólnościowych problemów zdrowotnych oraz reagując na szczeblu wspólnotowym na katastrofy, epidemie i nowe wyzwania związane ze zmianami klimatycznymi. Unia może przyczynić się również do rozwiązywania problemu światowego niedoboru pracowników służby zdrowia poprzez wykorzystanie funduszu kompensacyjnego ⁽¹⁴⁾ i poprawę dostępu do leków.

6.2 Obecne (HIV/AIDS) oraz nowe zagrożenia dla zdrowia o charakterze transgranicznym oznaczają coraz większą rolę UE w tworzeniu wartości dodanej, co wynika z tego, iż państwa członkowskie nie mogą same w sposób skuteczny przeciwdziałać tym problemom (brak dostępu do triterapii). Widać to zwłaszcza w przypadku chorób zakaźnych, kiedy zachodzi konieczność wzmocnienia kontroli i ochrony oraz skoordynowania działań profilaktycznych.

⁽¹³⁾ Opinia EKES-u z 27 października 2004 r. w sprawie komunikatu Komisji „Ustosunkowanie się do procesu refleksji na wysokim szczeblu na temat mobilności pacjentów i przemian opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej”; sprawozdawca: Adrien BEDOSSA (Dz.U. C 120 z 20.5.2005).

⁽¹⁴⁾ Opinia EKES-u z 11 lipca 2007 r. w sprawie Zdrowie a migracja. Sprawozdawca: Sukhdev SHARMA, współsprawozdawca: Agnes CSER (Dz.U. C 256 z 27.10.2007).

6.3 Komitet ubolewa na braku propozycji konkretnych działań ze strony Komisji na rzecz pracowników służby zdrowia, którzy odgrywają zasadniczą rolę w zapewnianiu sukcesu europejskiej strategii w zakresie ochrony zdrowia. Istnieje jednoznaczny związek między brakiem pracowników służby zdrowia a problemami związanymi z niewystarczającą opieką lub wręcz jej brakiem.

6.4 EKES podkreśla znaczenie etycznego podejścia do praw pacjentów w relacjach między lekarzami, pacjentami i wszystkimi innymi pracownikami służby zdrowia. W świecie, który się zmienia i przekształca i przy dynamicznie rozwijającej się technologii medycznej kwestie etyki i ochrony danych osobowych powinny odgrywać większą rolę. Z tego względu należy zwrócić szczególną uwagę na te zagadnienia w procesie kształcenia i szkolenia.

6.5 EKES zwraca uwagę na rosnący brak pracowników służby zdrowia i na starzenie się tej grupy populacji. Z tego powodu rekrutacja pracowników w tym sektorze wymaga prawdziwie etycznego podejścia i opracowania odpowiedniej polityki dotyczącej integracji, umiejętności i wynagrodzeń dla pracowników służby zdrowia zatrudnianych zarówno w państwach członkowskich UE, jak i pochodzących z krajów trzecich. Należy zastanowić się nad sposobem zachęcania wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia do powrotu, przyczyniając się w ten sposób do rozwoju systemów opieki zdrowotnej w ich kraju pochodzenia. Jeżeli chodzi o migrację wewnątrzspółnotową personelu medycznego, państwa członkowskie powinny dopilnować, by swoboda świadczenia usług nie pociągała za sobą społecznego dumpingu w tej dziedzinie, gdyż byłoby to szkodliwe dla pracowników służby zdrowia, ich profesjonalizmu, a w konsekwencji dla pacjentów.

7. Przyjęcie i wdrożenie strategii

7.1 EKES ubolewa nad brakiem wystarczających, obiektywnych, porównywalnych i dających się analizować danych i informacji na temat zdrowia obywateli europejskich. Nie istnieje żaden system monitorowania, umożliwiający dokonywanie porównań między państwami członkowskimi lub regionami. Informacje pochodzące z ośrodków zajmujących się bezpieczeństwem i higieną pracy także wykazują ogromne rozbieżności i liczne niejasności⁽¹⁵⁾. Niektóre agencje UE mają na tym polu do odegrania ważną rolę.

7.2 Komitet zaleca, by na szczeblu regionalnym, krajowym i europejskim poczynić dalsze wysiłki na rzecz zgromadzenia odpowiednich danych statystycznych i określenia wskaźników.

7.3 Sukces odnowionej strategii lizbońskiej zależy w dużej mierze od bezpieczeństwa i higieny pracy. Zważywszy, że osoba dorosła spędza jedną trzecią swego życia na stanowisku pracy, warunki pracy mają szczególnie istotny wpływ na zdrowie. Ponadto, niebezpieczne i szkodliwe warunki pracy mogą prowadzić do zmniejszenia PKB o 3-5 %. Profilaktyka jest najważniejszym sposobem promowania i trwałego zapewnienia bezpieczeństwa i higieny pracy. Szczególne wsparcie powinno przypaść MŚP, które zatrudniają ponad 80 % pracowników, pod

warunkiem przyjęcia i respektowania zbiorowych umów pracy, mając na uwadze, że w porównaniu ze spółkami wielonarodowymi znajdują się one w niekorzystnej sytuacji pod względem możliwości i środków finansowych. EKES ubolewa, że pracownicy samozatrudnieni nie podlegają ochronie na swym stanowisku pracy.

7.4 Komitet popiera wprowadzenie zmian do systemów opieki zdrowotnej państw członkowskich, prowadzących do podniesienia standardu usług ochrony zdrowia. W celu usunięcia nierówności w obrębie państw członkowskich i między nimi należy przywrócić rolę regionów i państw członkowskich w tym zakresie. W żadnym wypadku nie może to prowadzić do ograniczenia stosownych kompetencji państw członkowskich. W tym kontekście Komitet wyraża poważne zaniepokojenie przeprowadzanymi w niektórych państwach członkowskich reformami systemów publicznej opieki zdrowotnej, których celem jest ograniczenie publicznych systemów ubezpieczeń zdrowotnych oraz szeroko zakrojona prywatyzacja publicznej służby zdrowia.

7.5 EKES popiera cel Komisji, którym jest propagowanie i wzmacnianie profilaktyki i działań na rzecz poprawy zdrowia osób starszych, dzieci i młodzieży. Osiągnięcie tego celu zależeć będzie w znacznym stopniu od propozycji dotyczących takich kwestii jak palenie tytoniu, odpowiednia dieta, alkohol, zdrowie psychiczne (w tym choroby Alzheimera) i badania przesiewowe w kierunku nowotworów⁽¹⁶⁾.

7.6 Komitet przyjmuje z zadowoleniem postęp w rozwoju nowych technologii. Niemniej wydaje się, że proponowane rozwiązania dotyczące e-zdrowia nie zapewniają spełnienia wymogów w zakresie równości szans. W istocie, opinie specjalistów na ten temat nie są jeszcze znane. Chociaż odwoływanie się w tym kontekście do obniżki kosztów i do zapewnienia opieki w większym stopniu dostosowanej do obywatela jest zasadne, to brakuje odpowiedniej informacji co do sposobu zapewnienia skutecznej realizacji praw pacjentów oraz odpowiedzialności państw członkowskich w zakresie rozwoju i nadzoru usług zdrowotnych.

7.7 EKES popiera coraz częstsza współpracę z organizacjami międzynarodowymi oraz nowe inicjatywy w tej dziedzinie. Zważywszy, że UE odgrywa główną rolę w zakresie pomocy międzynarodowej, Komitet opowiada się za zacieśnieniem współpracy z WHO.

7.8 Unia będzie mogła sprzyjać realizacji celów WHO w XXI wieku tylko wtedy, gdy będzie współpracować z państwami członkowskimi, agencjami ONZ, WHO, MOP oraz z innymi organizacjami międzynarodowymi, np. Międzynarodową Organizacją ds. Migracji. Ważne jest także wzmocnienie stosunków z międzynarodowymi organizacjami finansowymi, takimi jak MFW i Bank Światowy, oraz wspieranie tworzenia na szczeblu międzynarodowym forów z partnerami społecznymi, zrzeszeniami branżowymi i organizacjami społeczeństwa obywatelskiego, a zwłaszcza stowarzyszeniami pacjentów i organizacjami ochrony konsumentów.

⁽¹⁵⁾ Opinia EKES-u z 29 maja 2008 r. w sprawie komunikatu Komisji dla Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „Podniesienie wydajności i jakości w pracy: wspólnotowa strategia na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2007–2012”; sprawozdawca: Agnes CSER (Dz.U. C 224 z 30.8.2008).

⁽¹⁶⁾ Opinia EKES-u z 30 maja 2007 r. w sprawie komunikatu Komisji do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „Strategia UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu”; sprawozdawca: Jillian Van Turnhout, współsprawozdawca: Thomas Janson (Dz.U. C 175 z 27.7.2007) oraz opinia EKES-u z 28 września 2005 r. w sprawie: „Otyłość w Europie — rola i zadania podmiotów społeczeństwa obywatelskiego” (opinia z inicjatywę własnej); sprawozdawca: Madi Sharma (Dz.U. C 24 z 30.1.2006).

7.9 EKES zaleca, by w celu zwiększenia roli UE na arenie międzynarodowej mógł on aktywniej włączać się w ramach przysługujących mu kompetencji w międzynarodowe dyskusje na konkretne tematy, takie jak nowe wyzwania związane ze zmianami klimatycznymi ich oddziaływaniem na zdrowie człowieka.

7.10 Strategia w zakresie opieki zdrowotnej powinna zostać na stałe wpisana do europejskiej polityki sąsiedztwa i polityki zewnętrznej UE, by można było wspólnie stawić czoła nowym zagrożeniom dla zdrowia, epidemiom, skutkom katastrof oraz nowym problemom zdrowotnym, będących skutkami zmian klimatycznych lub innych zjawisk.

Bruksela, 18 września 2008 r.

8. Zasoby i środki finansowe

8.1 Komitet podkreśla znaczenie uwzględnienia strategii w zakresie ochrony zdrowia we wszystkich obszarach polityki europejskiej. Należy zapewnić niezbędne środki finansowe, zważywszy, że biała księga nie przewiduje żadnych dodatkowych środków z budżetu na ten cel. Komitet wątpi więc, czy nadzór na szczeblu wspólnotowym oraz propozycje wzmocnienia mechanizmów nadzoru i odpowiedzi na zagrożenia dla zdrowia mogą być skuteczne bez odpowiedniego wsparcia finansowego. Dla zwiększenia skuteczności finansowania projektów, a także z uwagi na ciągły charakter strategii wspólnotowych, wskazane byłoby zapewnienie stałego finansowania z budżetu określonego dla poszczególnych misji ⁽¹⁷⁾.

Przewodniczący
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego
Dimitris DIMITRIADIS

⁽¹⁷⁾ Opinia EKES-u z 5 lipca 2006 r. w sprawie wniosku dotyczącego decyzji Rady w sprawie systemu zasobów własnych Wspólnot Europejskich (//WE, Euratom); sprawozdawca: Agnes Cser (Dz.U. C 309 z 16.12.2006).