

## IV

(Informacje)

INFORMACJE INSTYTUCJI, ORGANÓW I JEDNOSTEK ORGANIZACYJNYCH  
UNII EUROPEJSKIEJ

## RADA

**Konkluzje Rady w sprawie kryzysu gospodarczego i ochrony zdrowia**

(2014/C 217/02)

RADA UNII EUROPEJSKIEJ,

1. PRZYPOMINA, że zgodnie z art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii należy zapewnić wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego; działanie Unii, które ma uzupełniać polityki krajowe, ma na celu poprawę zdrowia publicznego, ma także zachęcać do współpracy między państwami członkowskimi w dziedzinie zdrowia publicznego oraz, jeśli to konieczne, wspierać ich działania, czyniąc to z pełnym poszanowaniem obowiązków państw członkowskich w zakresie organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej;
2. PRZYPOMINA konkluzje Rady w sprawie wspólnych wartości i zasad w systemach opieki zdrowotnej UE przyjęte przez Radę w dniu 2 czerwca 2006 r.<sup>(1)</sup>, a zwłaszcza nadrzędne wartości: powszechność, dostęp do wysokiej jakości opieki, sprawiedliwość oraz solidarność;
3. PRZYPOMINA cele uzgodnione w ramach otwartej metody koordynacji w zakresie ochrony socjalnej i włączenia społecznego na posiedzeniu Rady Europejskiej w marcu 2006 r., służące zapewnieniu dostępnej, wysokiej jakości i stabilnej opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej<sup>(2)</sup>;
4. PRZYPOMINA kartę tallińską „Systemy opieki zdrowotnej dla zdrowia i dobrobytu”, podpisaną w dniu 27 czerwca 2008 r. pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia<sup>(3)</sup>;
5. PRZYPOMINA konkluzje Rady w sprawie równości i zdrowia we wszystkich obszarach polityki: Solidarność w zdrowiu z dnia 8 czerwca 2010 r.<sup>(4)</sup>;
6. PRZYPOMINA dyrektywę 2011/24 z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej<sup>(5)</sup>, w tym rozdział IV dotyczący współpracy w opiece zdrowotnej;
7. PRZYPOMINA konkluzje Rady w sprawie nowoczesnych, elastycznych i stabilnych systemów opieki zdrowotnej przyjęte w dniu 6 czerwca 2011 r.<sup>(6)</sup>;
8. PRZYPOMINA konkluzje Rady w sprawie refleksji nad nowoczesnymi, elastycznymi i stabilnymi systemami opieki zdrowotnej przyjęte w dniu 10 grudnia 2013 r.<sup>(7)</sup>;

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

<sup>(2)</sup> Wspólna opinia Komitetu Ochrony Socjalnej i Komitetu Polityki Gospodarczej w sprawie komunikatu Komisji „Pracując razem, pracując lepiej: Nowe ramy otwartej koordynacji polityk ochrony socjalnej i integracji społecznej”, zatwierdzona przez Radę EPSCO w dniu 10 marca 2006 r.

<sup>(3)</sup> [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/88613/E91438.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf)

<sup>(4)</sup> Dok. 9663/10.

<sup>(5)</sup> Dyrektywa 2011/24/UE (Dz.U. L 88 z 4.4.2011, s. 45).

<sup>(6)</sup> Dz.U. C 202 z 8.7.2011, s. 10.

<sup>(7)</sup> Dz.U. C 376 z 21.12.2013, s. 3.

9. ODNOTOWUJE komunikat Komisji „Inwestycje społeczne na rzecz wzrostu i spójności, w tym wdrażanie Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014–2020”, a w szczególności towarzyszący mu dokument roboczy służb Komisji „Inwestowanie w zdrowie”, przyjęty w dniu 20 lutego 2013 r., w którym podkreśla się różne sposoby, na jakie inwestycje w zdrowie mogą pomóc w podjęciu obecnych i przyszłych wyzwań, wobec których stają systemy zdrowotne, oraz ogólnie – sprawy społeczne <sup>(1)</sup>;
10. ODNOTOWUJE, że w rocznej analizie wzrostu gospodarczego na 2014 r. <sup>(2)</sup> podkreślono potrzebę poprawy efektywności i stabilności finansowej systemów opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zwiększeniu ich skuteczności i adekwatności do zaspokajania potrzeb społecznych i zapewnienia podstawowych siatek bezpieczeństwa socjalnego. W rocznej analizie wzrostu gospodarczego na 2014 r. zwrócono także uwagę, że należy opracować strategię aktywnego włączenia społecznego, w tym powszechnego dostępu do przystępnej cenowo wysokiej jakości opieki zdrowotnej;
11. PRZYZNAJE, że zdrowie jest wartością samą w sobie i warunkiem wstępnym wzrostu gospodarczego; inwestowanie w zdrowie przyczynia się zaś do poprawy zdrowia, dobrobytu gospodarczego i spójności społecznej;
12. UWAŻA, że systemy opieki zdrowotnej stanowią zasadniczy element wysokiego poziomu ochrony socjalnej w Europie oraz w znaczący sposób przyczyniają się do spójności społecznej, sprawiedliwości społecznej i wzrostu gospodarczego;
13. UZNAJE, że wyzwania, wobec których stają systemy opieki zdrowotnej, takie jak starzenie się populacji wiążące się ze wzrostem występowania chorób przewlekłych oraz współwystępowania wielu chorób, szybkie rozprzestrzenianie się technologii, niedostateczna liczba oraz nierównomierne rozmieszczenie pracowników służby zdrowia, rosnące oczekiwania obywateli oraz rosnące koszty opieki zdrowotnej w kontekście ograniczeń budżetowych wynikających w szczególności z kryzysu gospodarczego wymagają wdrożenia polityk i środków, które będą miały na celu podniesienie opłacalności oraz poprawę ograniczania kosztów, przy jednoczesnym zapewnieniu stabilności systemów opieki zdrowotnej, bezpieczeństwa pacjentów i równego dostępu do opieki zdrowotnej wysokiej jakości;
14. ODNOTOWUJE, że starzejąca się populacja, zwiększone korzystanie z opieki i rosnące koszty w kontekście ograniczeń budżetowych mają wpływ na popyt na siłę roboczą służby zdrowia i jej podaż; skuteczne planowanie siły roboczej jest zatem ważnym elementem stabilnego systemu opieki zdrowotnej;
15. PRZYZNAJE, że powszechny dostęp do opieki zdrowotnej odgrywa kluczową rolę przy wyrównywaniu nierówności w zdrowiu;
16. UWAŻA, że promocja zdrowia i profilaktyka chorób są kluczowymi czynnikami warunkującymi poprawę zdrowia, i UZNAJE znaczenie, jakie inwestycje w promocję zdrowia i profilaktykę chorób mają dla poprawy zdrowia populacji;
17. UZNAJE, że zintegrowane modele opieki łączące opiekę podstawową, specjalistyczną i szpitalną, a także opiekę zdrowotną i opiekę społeczną, wraz z wdrożeniem innowacji ICT i e-zdrowia mogą poprawić odporność systemów opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym uwzględnieniu bezpieczeństwa pacjentów i wysokiej jakości opieki zdrowotnej;
18. Z NIEPOKOJEM ZAUWAŻA, że kryzys finansowy i ograniczenia budżetowe w dużym stopniu oddziałują na główne wskaźniki ekonomiczne, takie jak dochód i bezrobocie, które są społecznymi czynnikami warunkującymi stan zdrowia; a także fakt, że poważne cięcia w podaży opieki zdrowotnej mogą wpłynąć na dostęp do opieki i mogą mieć długoterminowe skutki zdrowotne i ekonomiczne, zwłaszcza dla najwrażliwszych grup społeczeństwa;
19. Z NIEPOKOJEM ZAUWAŻA, że w niektórych państwach członkowskich ograniczono wydatki socjalne, natomiast wzrosła liczba osób zagrożonych ubóstwem i osób żyjących w gospodarstwach domowych bez dochodu lub o niskim dochodzie, co przyczynia się do zwiększenia nierówności w zdrowiu i zagraża spójności społecznej;

<sup>(1)</sup> COM(2013) 83 final.

<sup>(2)</sup> COM(2013) 800.

20. Z NIEPOKOJEM ZAUWAŻA, że od 2009 r. w wielu państwach członkowskich zmniejszono publiczne wydatki na opiekę zdrowotną i PRZYPOMINA, że – zwłaszcza w czasach kryzysu gospodarczego – należy utrzymać inwestycje w promocję zdrowia i profilaktykę chorób, ze zwróceniem szczególnej uwagi na grupy defaworyzowane, ponieważ inwestycje te w krótkim i długim terminie w pozytywny sposób przyczyniają się do poprawy zdrowia populacji i zmniejszenia nierówności w zdrowiu;
21. Z NIEPOKOJEM ZAUWAŻA, że ceny wielu nowych innowacyjnych leków są bardzo wysokie w odniesieniu do możliwości publicznych wydatków na zdrowie w większości państw członkowskich i że taka sytuacja cenowa może destabilizować systemy opieki zdrowotnej w państwach członkowskich już i tak osłabionych kryzysem finansowym;
22. Z NIEPOKOJEM ZAUWAŻA, że chociaż w większości państw członkowskich występuje powszechna ochrona, w praktyce jednak wiele osób ma problemy z dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej wtedy, kiedy ich potrzebują<sup>(1)</sup>, jak również że w kilku państwach członkowskich w czasie kryzysu gospodarczego<sup>(2)</sup> wzrósł odsetek osób zgłaszających, że ze względu na koszty, odległość od placówek opieki zdrowotnej lub z uwagi na listy oczekujących nie było w stanie zaspokoić swoich potrzeb zdrowotnych;
23. PRZYZNAJE, że kryzysy gospodarcze oddziałują na stan zdrowia populacji, zwłaszcza w odniesieniu do zdrowia psychicznego; oraz
24. ZAUWAŻA, że pełna skala oddziaływania, jakie na zdrowie mają kryzys gospodarczy i zmniejszenie publicznych wydatków na zdrowie, stanie się widoczna dopiero w nadchodzących latach;
25. Z ZADOWOLENIEM PRZYJMUJE komunikat Komisji przyjęty w dniu 4 kwietnia 2014 r. w sprawie skutecznych, dostępnych i odpornych systemów opieki zdrowotnej<sup>(3)</sup>;
26. PRZYPOMINA dyskusje podczas nieformalnego posiedzenia ministrów zdrowia, które odbyło się w Atenach w dniach 28–29 kwietnia 2014 r., pt. „Kryzys gospodarczy a opieka zdrowotna”; zwrócono wówczas uwagę na znaczenie, jakie mają reformy sektora zdrowia w pokonaniu kryzysu, oraz wymiana najlepszych praktyk i przekazywanie informacji między państwami członkowskimi w obszarach wspólnego zainteresowania, w tym kosztów opieki zdrowotnej, koszyka świadczeń opieki zdrowotnej, produktów leczniczych, oceny wydajności systemów opieki zdrowotnej, oraz inwestycje w profilaktykę, by zapewnić odporność systemów opieki zdrowotnej; panowała ogólna zgoda co do tego, że należy w dalszym ciągu poprawiać dostęp do opieki zdrowotnej, zwłaszcza w przypadku najsłabszych populacji; podnoszono również kwestię udziału ministerstw zdrowia w procesie europejskiego semestru;

ZWRACA SIĘ DO PAŃSTW CZŁONKOWSKICH, BY:

27. w dalszym ciągu poprawiały dostęp dla wszystkich do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej, ze zwróceniem szczególnej uwagi na najwrażliwsze grupy;
28. w dalszym ciągu wzmocniały polityki i strategie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, mające na celu poprawę zdrowia ludzi i zmniejszające jednocześnie zapotrzebowanie na opiekę leczniczą;
29. rozważyły innowacyjne sposoby integracji opieki podstawowej i opieki szpitalnej, a także opieki zdrowotnej i opieki społecznej;
30. promowały wdrażanie innowacji ICT i rozwiązań w zakresie e-zdrowia, aby zapewnić jakość opieki i kompetencje zdrowotne, a także poprawić wydajność i skuteczność systemów opieki zdrowotnej i kontroli wydatków;
31. lepiej wykorzystywały ocenę funkcjonowania systemów zdrowotnych (HSPA) w tworzeniu polityki oraz w poprawie przejrzystości i rozliczalności na szczeblu krajowym;

<sup>(1)</sup> Eurofound (2013) *Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU* [Eurofound (2013) Wpływ kryzysu na dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w UE], Dublin.

<sup>(2)</sup> [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_silc\\_03&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_03&lang=en)

<sup>(3)</sup> COM(2014) 215.

32. dalej współpracowały w zakresie przekazywania sobie informacji na temat strategii skutecznego zarządzania wydatkami na produkty lecznicze i wyroby medyczne, przy jednoczesnym zapewnieniu równego dostępu do skutecznych leków w ramach stabilnych krajowych systemów opieki zdrowotnej, a także – korzystając w stosownych przypadkach z istniejących grup – kontynuowały dyskusje na temat kwestii związanych z przystępnością cen, wykorzystywaniem leków generycznych, leków sierocych, wyrobów medycznych oraz małych rynków;
33. wyciągnęły wnioski z kryzysu i promowały powszechny dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej, uwzględniając przy tym jego poszczególne elementy, tak by można było przeprowadzić konieczne reformy systemów zdrowotnych, bez rezygnacji z funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej jako części siatki bezpieczeństwa socjalnego;
34. wymieniały informacje na temat świadczeń zdrowotnych obejmowanych systemem opieki zdrowotnej państw członkowskich, między innymi w kontekście Grupy Roboczej Wysokiego Szczebla ds. Zdrowia Publicznego;

WZYWA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIE I KOMISJĘ, BY:

35. wspierały skuteczne wdrażanie celu UE polegającego na zapewnieniu wysokiego stopnia ochrony zdrowia ludzkiego w określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich działań i polityk unijnych;
36. kontynuowały dialog służący poprawie skutecznego wykorzystywania europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych (ESIF) na rzecz inwestycji w sektorze opieki zdrowotnej w kwalifikujących się regionach państw członkowskich; a także by kontynuowały starania w zakresie promocji wykorzystywania unijnych instrumentów finansowych, w tym ESIF, w inwestycjach w sektorze opieki zdrowotnej, aby osiągnąć w szczególności cele określone w niniejszych konkluzjach;
37. oceniały istniejące informacje, aby ocenić rolę, jaką świadczenia zdrowotne odgrywają w zmniejszaniu nierówności w zdrowiu oraz ograniczaniu ryzyka, że populacja popadnie w ubóstwo;
38. dążyły do osiągnięcia wspólnego pojmowania najskuteczniejszych czynników odporności, w tym czynników zaproponowanych przez Komisję w jej niedawnym komunikacie w sprawie skutecznych, dostępnych i odpornych systemów opieki zdrowotnej, oraz by zwróciły się do Grupy Roboczej Wysokiego Szczebla ds. Zdrowia Publicznego o zilustrowanie najlepszych praktyk dotyczących ich wdrożenia w poszczególnych systemach opieki zdrowotnej;
39. wzmacniały współpracę w następujących dziedzinach, co do których osiągnięto porozumienie w dyrektywie w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej; współpraca transgraniczna na szczeblu regionalnym; europejskie sieci referencyjne, e-zdrowie oraz ocena technologii medycznych (HTA);
40. opierając się na wynikach planu działania dotyczącego pracowników opieki zdrowotnej w UE oraz ze zwróceniem szczególnej uwagi na zalecenia wspólnego działania w zakresie planowania i prognozowania liczby pracowników służby zdrowia, dalej współpracowały nad sposobami wzmocnienia polityki dotyczącej pracowników służby zdrowia w państwach członkowskich, aby pomóc im w zapewnieniu zrównoważonej liczby pracowników służby zdrowia o niezbędnych umiejętnościach gwarantujących dostępność, bezpieczeństwo i jakość opieki;
41. nadal wzmacniały skuteczność systemów opieki zdrowotnej poprzez określenie narzędzi i metodyki przeprowadzania oceny funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej (HSPA), poprzez wymianę najlepszych praktyk i lepsze wykorzystanie istniejących danych, takich jak statystyki Eurostatu i OECD;
42. wzmacniały współpracę i lepszą koordynację między Komitetem Ochrony Socjalnej (SPC) a Grupą Roboczą Wysokiego Szczebla ds. Zdrowia Publicznego (WPPHSL), tak by ministrowie zdrowia mogli aktywnie uczestniczyć w pracach dotyczących europejskiego semestru;

ZWRACA SIĘ DO KOMISJI, BY:

43. promowała wymianę informacji i najlepszych praktyk w dziedzinie dostępności, z uwzględnieniem ich poszczególnych składników, oraz wspierała projekty na rzecz promocji i rozwoju okresowego gromadzenia informacji oraz na rzecz tworzenia dowodów naukowych dotyczących równego dostępu do opieki, z myślą o rozwiązaniu problemów w zakresie osiągnięcia powszechnego i równego dostępu;

44. wspierała w stosownych przypadkach wymianę między państwami członkowskimi informacji dotyczących polityk w zakresie produktów leczniczych i wyrobów medycznych, ze zwróceniem szczególnej uwagi na małe rynki;
  45. zachęcała do współpracy nad poprawą komplementarności świadczeń zdrowotnych dla osób mieszkających przy granicach państw członkowskich, które to osoby mogą potrzebować dostępu do opieki transgranicznej;
  46. dostarczała informacji na temat świadczeń zdrowotnych objętych systemami opieki zdrowotnej państw członkowskich, korzystając z informacji dostarczanych przez krajowe punkty kontaktowe ustanowione zgodnie z dyrektywą w sprawie stosowania praw pacjentów w opiece transgranicznej.
-