

IV

(Informacje)

INFORMACJE INSTYTUCJI, ORGANÓW I JEDNOSTEK ORGANIZACYJNYCH
UNII EUROPEJSKIEJ

RADA

Rada ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów, posiedzenie
w dniach 9 i 10 grudnia 2013 r.

(2013/C 376/05)

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; ponadto działanie Unii ma uzupełniać polityki krajowe i być nakierowane na 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, że Rada w konkluzjach na temat nowoczesnych, elastycznych i stabilnych systemów zdrowotnych, przyjętych dnia 6 czerwca 2011 r., zwróciła się do państw członkowskich i Komisji, by zainicjowały proces refleksji pod auspicjami grupy roboczej wysokiego szczebla ds. zdrowia publicznego zmierzający do określenia efektywnych sposobów inwestowania w zdrowie, tak by dążyć do stworzenia nowoczesnych, elastycznych i stabilnych systemów zdrowotnych;
3. PRZYPOMINA o celach inteligentnego, zrównoważonego wzrostu sprzyjającego włączeniu społecznemu, w tym koordynacji działań krajowych za pomocą dorocznego cyklu koordynacji polityki ekonomicznej – europejskiego semestru;
4. PRZYPOMINA, że wyzwania, cele i zasady określone w białej księdze „Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE” przyjętej przez Komisję w dniu 23 października 2007 r. i potwierdzone w konkluzjach Rady z dni 5–6 grudnia 2007 r. pozostają w mocy i przyczyniają się do osiągnięcia celu programu „Europa 2020”;
5. PRZYPOMINA o konkluzjach Rady „Inwestycje społeczne na rzecz wzrostu i spójności” z dni 20–21 czerwca 2013 r. ⁽¹⁾, o konkluzjach Rady na temat rocznej analizy wzrostu gospodarczego i wspólnego sprawozdania o zatrudnieniu w kontekście europejskiego semestru z dnia 28 lutego 2013 r. ⁽²⁾ oraz o zatwierdzeniu sprawozdania Komitetu Ochrony Socjalnej na temat reform polityki społecznej na rzecz wzrostu i spójności w kontekście oceny europejskiego semestru 2013 pod kątem polityki zatrudnienia i polityki społecznej z dnia 15 października 2013 r. ⁽³⁾;
6. ODNOTOWUJE postępy osiągnięte w procesie refleksji, jeżeli chodzi o ujęcie kwestii zdrowia w innych politykach w ramach realizacji strategii „Europa 2020”, wskazywania tematów ewentualnej ściślejszej współpracy między państwami członkowskimi, wymiany najlepszych praktyk i postępów na drodze ku bardziej skoordynowanej współpracy na szczeblu europejskim, aby wspierać państwa członkowskie w miarę możliwości w ich wysiłkach na rzecz zapewnienia, by ich systemy zdrowotne były w stanie reagować na przyszłe wyzwania;
7. Z ZADOWOLENIEM PRZYJMUJE trwający proces refleksji nad pięcioma określonymi celami:
 - zwiększenie odpowiedniej obecności kwestii zdrowia w ramach strategii „Europa 2020” oraz w procesie europejskiego semestru,
 - określenie czynników powodzenia w efektywnym wykorzystywaniu funduszy strukturalnych w dziedzinie inwestycji w opiekę zdrowotną,

⁽¹⁾ Dok. 11487/13.⁽²⁾ Dok. 6936/13.⁽³⁾ Dok. 13958/1/REV1.

- racjonalne pod względem kosztów stosowanie leków,
- modele opieki zintegrowanej i lepsze zarządzanie szpitalami,
- mierzenie i monitorowanie skuteczności inwestycji w opiekę zdrowotną,

MAJĄC NA UWADZE, ŻE:

- a) podczas trzech pierwszych europejskich semestrów konsekwentnie zwiększano rolę zagadnień związanych ze zdrowiem, ewoluował także ton i kontekst odniesień do reform systemów opieki zdrowotnej; cel tego był podwójny: zapewnienie równego i powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej o wysokiej jakości oraz finansowanie w oparciu o zasadę solidarności i efektywniejsze wykorzystywanie zasobów publicznych, ujętych wyraźnie jako cel polityki w opracowanej przez Komisję rocznej analizie wzrostu gospodarczego 2013;
- b) zdrowie ludzi, oprócz tego, że jest wartością samą w sobie, może mieć korzystny wpływ na wyniki ekonomiczne, takie jak podaż siły roboczej i produktywność, kapitał ludzki i ogólny poziom wydatków publicznych, i z tego powodu odgrywa ważną rolę w osiągnięciu celów strategii „Europa 2020” i w europejskim semestrze;
- c) państwa członkowskie powinny zatem zająć się kwestią zagrożeń społecznych i zdrowotnych występujących w życiu ludzi, uwzględniając w szczególności korzyści płynące z wczesnej profilaktyki chorób i promocji zdrowia, a także opieki zdrowotnej, zapewniając powszechny dostęp do wysokiej jakości usług opieki zdrowotnej oraz modernizując systemy opieki zdrowotnej, tak by poprawić ich opłacalność, dostępność i stabilność;
- d) racjonalne pod względem kosztów i efektywne wydatki w dziedzinie zdrowia są produktywnym i sprzyjającym wzrostowi sposobem wydatkowania środków publicznych, a inwestycje w opiekę zdrowotną należy uznać za przyczynę do wzrostu gospodarczego i spójności społecznej;
- e) państwa członkowskie stoją przed wspólnymi wyzwaniem związanymi ze starzeniem się społeczeństw, ciężarem chorób przewlekłych, wyzwaniami związanymi z chorobami zakaźnymi zmieniającymi potrzeby ludności, nierównościami w zdrowiu zwiększającymi oczekiwania pacjentów oraz wzrastającymi kosztami opieki zdrowotnej w połączeniu ze zmniejszaniem się zasobów dostępnych dla systemów opieki zdrowotnej państw członkowskich w związku z obecną sytuacją ekonomiczną;

- f) usprawnienie koordynacji polityk gospodarczych może wymagać ściślejszej koordynacji w dziedzinie zdrowia na szczeblu UE, przy jednoczesnym poszanowaniu art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej;
- g) promowanie zdrowia i profilaktyka chorób są głównymi czynnikami długoterminowej stabilności systemów opieki zdrowotnej, a także zwiększania lat zdrowego życia;
- h) procesy tworzenia polityk i podejmowania decyzji powinny być w jak największym stopniu oparte na dowodach i na odpowiednich systemach informacji zdrowotnych;
- i) inwestycje w opiekę zdrowotną, finansowane m.in. z funduszy strukturalnych i inwestycyjnych, mogą być istotnym czynnikiem stabilności systemów opieki zdrowotnej, ale w latach 2014–2020 należy jeszcze osiągnąć pełny potencjał lepszego wykorzystywania środków z funduszy strukturalnych i inwestycyjnych do celów inwestycji zdrowotnych przez państwa członkowskie;
- j) modele zintegrowane postrzegają się jako ważne, innowacyjne i obiecujące sposoby poprawy jakości i skuteczności systemów zdrowotnych, a tym samym – poprawy ich stabilności;
- k) rolę UE w dziedzinie oceny skuteczności systemów opieki zdrowotnej w koordynacji i współpracy z innymi organizacjami międzynarodowymi – w szczególności OECD i WHO – można jeszcze bardziej zintensyfikować, a jednocześnie dopasować do istniejących systemów;
- l) państwa członkowskie muszą w dalszym ciągu udostępniać swoim społeczeństwom przystępne cenowo, innowacyjne, skuteczne i bezpieczne produkty farmaceutyczne i wyroby medyczne, utrzymując jednocześnie stabilność finansową swoich systemów opieki zdrowotnej,

Z ZADOWOLENIEM PRZYJMUJE:

- a) wyniki procesu refleksji pod auspicjami grupy roboczej wysokiego szczebla ds. zdrowia publicznego zmierzającego do określenia efektywnych sposobów inwestowania w zdrowie, tak by dążyć do stworzenia nowoczesnych, elastycznych i stabilnych systemów zdrowotnych;
- b) wyniki procesu refleksji nad innowacyjnymi podejściami do chorób przewlekłych w systemach zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej;

- c) podejście przedstawione w dokumencie roboczym służb Komisji w sprawie inwestowania w zdrowie przyjętym jako część komunikatu Komisji „Inwestycje społeczne na rzecz wzrostu i spójności” („pakiet dotyczący inwestycji społecznych”) przyjętego dnia 18 lutego 2013 r. ⁽¹⁾, podkreślające, że zdrowie jest wartością samą w sobie, stanowiącą warunek niezbędny pomyślności gospodarczej i spójności społecznej;
- d) postępy poczynione przez europejskie partnerstwo na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu w realizacji jego planu strategicznego, a także zacieśnienie współpracy regionalnej zainicjowane wyborem obiektów referencyjnych;
- e) dalszy rozwój i konsolidację – bez dublowania działań – systemu monitoringu i informacji w zakresie zdrowia na szczeblu UE opartego na podstawowych europejskich wskaźnikach zdrowotnych (ECHI) i istniejących systemach monitoringu i sprawozdawczości w zakresie zdrowia wypracowanych w ramach współpracy państw członkowskich przy wsparciu ze strony programów działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia,
- ZWRACA SIĘ DO PAŃSTW CZŁONKOWSKICH, BY:
- a) oceniły, w odpowiednich przypadkach, potencjalne skutki reform systemów opieki zdrowotnej przedstawionych w krajowych programach reform, w tym bezpośredni i pośredni wpływ na zdrowie, ubóstwo ludności, wskaźniki zatrudnienia, produktywność i konkurencyjność;
- b) zapewniły odpowiednią koordynację między odnośnymi składami Rady (np. EPSCO, ECOFIN itd.) zajmującymi się różnymi aspektami zdrowia w ramach strategii „Europa 2020” i europejskiego semestru, aby poprawić jakość dialogu politycznego i zwiększyć wartość dodaną unijnych dyskusji na temat polityk zdrowotnych, które stoją przed wyzwaniem sięgającymi dalej niż zwykła stabilność budżetowa;
- c) kontynuowały dialog zmierzający do bardziej efektywnego wykorzystywania europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych (ESIF) w dziedzinie inwestycji zdrowotnych oraz do wymiany dobrych praktyk w zakresie planowania, realizacji, monitorowania i rozwiązywania problemów w latach 2014–2020 na podstawie wyników procesu refleksji na ten temat, w szczególności niezbędnika efektywnego wykorzystywania ESIF do celów inwestycji zdrowotnych;
- d) opracowały i rozbudowywały – na zasadzie dobrowolności – krajowe polityki i programy w dziedzinie zintegrowanych form opieki oraz scaliły rozczłonkowany sposób realizacji świadczeń zdrowotnych i socjalnych poprzez:
- uczynienie opieki zintegrowanej priorytetem w swoich politykach i programach zdrowotnych na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym,
 - wspieranie wypracowywania procesów i narzędzi – ze szczególnym naciskiem na wykorzystywanie technologii informacji i komunikacji oraz instrumentów finansowych,
 - zachęcanie stowarzyszeń branżowych służby zdrowia do odgrywania aktywnej roli w opiece zintegrowanej,
 - wspieranie szkolenia pracowników służby zdrowia w zakresie opieki zintegrowanej,
 - upodmiotowianie pacjentów i informowanie ich poprzez włączanie organizacji pacjentów do tworzenia polityk i programów w zakresie opieki zintegrowanej na wszystkich odpowiednich szczeblach,
 - rozwijanie i promowanie badań w dziedzinie opieki zintegrowanej;
- e) wykorzystywały oceny skuteczności systemów opieki zdrowotnej do celów kształtowania polityki, rozliczalności i przejrzystości;
- f) rozważyły utworzenie repozytorium dobrych praktyk, które może dostarczyć ilustracji pomyślnej modernizacji systemów opieki zdrowotnej oraz przyczynić się do upowszechnienia najlepszych rozwiązań, z uwzględnieniem prac europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu;
- g) zwróciły się do grupy roboczej wysokiego szczebla ds. zdrowia publicznego:
- o sterowanie działaniami wymienionymi w sekcjach IV i V, zgodnie z jej kompetencjami oraz z wykorzystaniem, w odpowiednich przypadkach, istniejących forów,
 - o opracowanie i przyjęcie metod zwiększenia ich możliwości działania,
- ZWRACA SIĘ DO KOMISJI I PAŃSTW CZŁONKOWSKICH, BY:
- a) kontynuowały refleksje nad właściwym ujęciem kwestii zdrowia w strategii „Europa 2020” w celu zapewnienia, by ta strategiczna kwestia została wzięta pod uwagę również podczas następných europejskich semestrów, z zastrzeżeniem nadchodzącej oceny tego procesu;

⁽¹⁾ Dok. 6380/13 ADD 7.

- b) zapewniły niezbędną koordynację na szczeblu krajowym i UE, aby sektor zdrowia był właściwie reprezentowany w działaniach w ramach europejskiego semestru i aby usprawnić prowadzone obecnie oceny opieki zdrowotnej na szczeblu UE, w szczególności za pomocą ściślejszej koordynacji i współpracy z Komitetem Ochrony Socjalnej i Komitetem Polityki Gospodarczej oraz poprzez analizę i nawiązanie stosunków roboczych między grupą roboczą wysokiego szczebla ds. zdrowia publicznego a Komitetem Ochrony Socjalnej;
- c) w dalszym ciągu monitorowały obecność tematyki zdrowotnej w działaniach w ramach europejskiego semestru, w tym poprzez wymianę informacji z państwami członkowskimi na temat wydarzeń na szczeblu krajowym, oraz aby przełożyły koncepcję „dostępu do opieki zdrowotnej o wysokiej jakości” na kryteria oceny operacyjnej, m.in. do celów podsumowań tematycznych odnośnie do systemów opieki zdrowotnej;
- d) kontynuowały refleksję, na zasadzie dobrowolności, nad aspektami, które mogą mieć wpływ na dostępność, przystępność, ceny, koszty, bezpieczeństwo pacjentów i innowacyjność produktów farmaceutycznych i wyrobów medycznych oraz, w odpowiednich przypadkach, na systemy ułatwiające dostęp, przy pełnym poszanowaniu kompetencji państw członkowskich;
- e) dzieliły się wiedzą, doświadczeniami i najlepszymi praktykami w zakresie:
- programów, struktur i polityk w zakresie opieki zintegrowanej, w tym systemów sprawozdawczości i uczenia się, w celu zwrócenia uwagi na koszty,
 - efektywności oddziaływań i rozwiązań w sferze opieki zintegrowanej na poziomie określania opieki zdrowotnej i oceny ich przenoszalności;
- f) poprawiły koordynację oceny efektywności systemów zdrowotnych na szczeblu UE poprzez:
- usprawnienie debaty na temat ram teoretycznych oceny skuteczności systemów opieki zdrowotnej oraz określenie użytecznych metod i narzędzi wspierających decydentów w procesie decyzyjnym,
 - określenie kryteriów wyboru obszarów priorytetowych oceny skuteczności systemów opieki zdrowotnej na szczeblu UE i poprawę dostępności i jakości odnośnych danych i informacji;
- g) współpracowały w celu utworzenia stabilnego i zintegrowanego systemu informacji zdrowotnej, opartego na dotychczasowych osiągnięciach różnych grup i projektów, takich jak projekty ECHI-ECHIM, poszukując w szczególności możliwości wykorzystania kompleksowej europejskiej infrastruktury badawczej informacji zdrowotnych jako narzędzia;
- h) poprawiły koordynację na szczeblu UE oraz opracowały szczegółowe działania UE na rzecz zmniejszania ciężaru chorób przewlekłych, w tym poprzez: wskazywanie i upowszechnianie dobrych praktyk – z wykorzystaniem wspólnego działania skierowanego na choroby przewlekłe i wspierającego zdrowe starzenie się w całym cyklu życia, promowanie nowoczesnej i skutecznej wczesnej profilaktyki chorób przewlekłych i postępowania z nimi, a także inwestycji w promocję zdrowia i profilaktykę chorób, podejmowanie problemu współwystępowania wielu chorób poprzez dopasowanie programów badań do potrzeb w zakresie zdrowia publicznego, wykorzystywanie osiągnięć nauk behawioralnych i innych dyscyplin, dostosowywanie się do procesów międzynarodowych i współpracę z organizacjami międzynarodowymi;
- i) współpracowały w celu oceny inicjatyw UE związanych z upodmiotowieniem pacjentów i przedstawiły propozycje działań politycznych na rzecz stworzenia korzystnych warunków i opracowania wskazówek odnośnie do upodmiotowienia pacjentów,

ZWRACA SIĘ DO KOMISJI, BY:

- a) wspierała wymianę dobrych praktyk pośród państw członkowskich i wzajemne uczenie się w zakresie skutecznego i szerszego wykorzystywania europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych do celów inwestycji zdrowotnych;
- b) wspierała projekty związane z opieką zintegrowaną, ze szczególnym naciskiem na upodmiotowienie pacjentów oraz postępowanie z chorobami przewlekłymi i zapobieganie im;
- c) wspierała państwa członkowskie w stosowaniu oceny skuteczności systemów opieki zdrowotnej;
- d) przedstawiła ocenę koncepcji i podejścia europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu i zdrowemu starzeniu się w dobrym zdrowiu, osiągniętych postępów i dalszych kroków.