

Opinia Komitetu Regionów „Biała księga — Razem na rzecz zdrowia: strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013”

(2008/C 172/08)

KOMITET REGIONÓW

- Jest zdania, że wspólne podejście do spraw zdrowia nie może prowadzić do przyjmowania jakichkolwiek środków harmonizacyjnych ani do naruszania zasady pomocniczości.
- Zwraca się do Komisji o uznanie zmniejszania nierówności zdrowotnych za cel pierwszoplanowy.
- Zwraca uwagę na fakt, że strategia nie porusza kwestii leków, zaleca zatem dokładniejsze zbadanie tego zagadnienia.
- Uważa, że badania przesiewowe w kierunku nowotworów są przykładem konkretnego świadczenia zdrowotnego, a zatem pozostają w gestii poszczególnych państw członkowskich i dlatego nie powinny się one znaleźć w strategii na rzecz zdrowia. Jednakże współpraca i dzielenie się najlepszymi wzorcami są jak najbardziej wskazane.
- Jest zdania, że zaangażowanie władz lokalnych i regionalnych w ramach nowego mechanizmu zorganizowanej współpracy na szczeblu UE mogłoby przybrać konkretną formę polegającą na obsadzeniu kilku miejsc w nowych komitetach ds. polityki zdrowotnej przedstawicielami szczebla lokalnego i regionalnego. Domaga się jednak, by tego rodzaju mechanizm zorganizowanej współpracy poddany został dalszej dyskusji i by odbyło się to w sposób otwarty i przejrzysty.
- Uważa, że Komisja powinna opracować zestawienie odpowiednich sieci współpracy i organizacji działających w dziedzinie zdrowia oraz stwarzać zainteresowanym stronom możliwości kontaktu w celu rozwijania właściwych i efektywnych form współpracy.

Sprawozdawca: Karsten Uno PETERSEN (DK/PSE) członek rady regionu Południowej Danii (DK/PSE)

Dokument źródłowy

Biała księga „Razem na rzecz zdrowia: strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013”

COM(2007) 630 wersja ostateczna

Zalecenia polityczne

KOMITET REGIONÓW

1. Z zadowoleniem przyjmuje białą księgę Komisji wyznaczającą strategię UE w zakresie zdrowia do 2013 r., z zastrzeżeniem jednak, że przestrzegany będzie art. 152 Traktatu WE stanowiący, że ochrona zdrowia należy do kompetencji poszczególnych państw oraz że nie zostanie naruszona w tej dziedzinie zasada pomocniczości.

2. Podziela pogląd, że zdrowie jest podstawową wartością w życiu człowieka. Jego ochrona musi być wspierana skuteczną polityką i działaniami państw członkowskich, na szczeblu UE i na szczeblu globalnym. Komisja powinna w dalszym ciągu traktować priorytetowo zdrowie publiczne jako dziedzinę pozostającą w kompetencjach UE, w której można osiągnąć znaczące korzyści dla zdrowia.

3. Odnotowuje z uznaniem i przyjmuje z zadowoleniem rosnące zainteresowanie na szczeblu UE zagadnieniami związanymi ze zdrowiem. Zostało ono ponownie potwierdzone w traktacie reformującym 19 października 2007 r. w Lizbonie, przy czym apelowano również o nadanie im większego politycznego znaczenia. Komitet Regionów zwraca jednak uwagę, że wspólne podejście do spraw zdrowia nie może prowadzić do przyjmowania środków harmonizacyjnych ani do naruszania zasady pomocniczości.

4. Dostrzega pojawiające się nowe uwarunkowania, które wydają się uzasadniać konieczność wypracowania bardziej strategicznego podejścia na szczeblu wspólnotowym, takie jak starzenie się społeczeństwa, nowe zagrożenia dla zdrowia (pandemie, katastrofy biologiczne, bioterroryzm, wyzwania wynikające ze zmian klimatu) oraz nowe technologie. Podkreśla jednak, że należy dbać o to, by UE nie wykraczała poza swoje ograniczone kompetencje w zakresie polityki zdrowotnej nadane jej na mocy art. 152 TWE.

5. Popiera wartości i zasady, na których opiera się biała księga: solidarność, angażowanie społeczeństwa w kształtowanie polityki, zmniejszanie nierówności zdrowotnych, wspieranie inwestycji w dziedzinie zdrowia, uwzględnianie kwestii zdrowia we wszystkich obszarach polityki oraz zwiększenie roli UE w ochronie zdrowia na świecie.

6. Solidaryzuje się z trzema nadrzędnymi celami sformułowanymi w białej księdze: propagowaniem zdrowia w starzejącej się Europie, ochroną obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia oraz wspieraniem dynamicznych systemów zdrowotnych i nowych technologii. Popiera także konkretne działania proponowane dla realizacji tych celów.

7. Zwraca uwagę na fakt, że otwartość na rolę podmiotów regionalnych i lokalnych, ich interesy i doświadczenia, jest warunkiem koniecznym do wprowadzenia w życie wartości, zasad i celów białej księgi.

8. Zwraca się do Komisji, by zmniejszanie nierówności zdrowotnych uznała za cel pierwszoplanowy i zwróciła uwagę na różnice w stanie zdrowia pomiędzy poszczególnymi grupami społeczeństwa. Państwa członkowskie, które mają problemy z opracowywaniem działań w zakresie ochrony zdrowia publicznego i poprawą zdrowotności społeczeństwa, powinny otrzymać pomoc, tak by wyrównały się występujące w UE różnice i dysproporcje w tej dziedzinie.

9. Przyjmuje z zadowoleniem system wskaźników zdrowotnych, pod warunkiem że nie narusza on kompetencji państw członkowskich w zakresie ochrony zdrowia.

10. Zwraca uwagę na fakt, że strategia nie porusza kwestii leków, mimo że traktowanie uregulowań w tym zakresie tylko jako jednego z elementów polityki gospodarczej, nie jako części właściwej strategii zdrowotnej, może mieć daleko idące skutki dla pacjentów i obywateli. Zaleca zatem dokładniejsze zbadanie zagadnienia leków, przy czym za podstawę rozważań należy przyjąć fakt, że w wielu państwach członkowskich wchodzi ono w zakres ochrony zdrowia i obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

11. Uważa, że badania przesiewowe w kierunku nowotworów są częścią systemu ochrony zdrowia, a zatem pozostają w gestii poszczególnych państw członkowskich. Dlatego też nie powinny się one znaleźć w strategii na rzecz zdrowia.

Odnosnie do realizacji strategii

12. Zwraca uwagę na fakt, że nowa strategia zdrowotna UE dotyczy bezpośrednio organów lokalnych i regionalnych, ponieważ w wielu państwach członkowskich to one są odpowiedzialne za sprawy związane ze zdrowiem lub jego ochroną.

13. Przypomina, że regiony oraz podmioty działające w dziedzinie zdrowia na szczeblu lokalnym często odpowiedzialne są za planowanie, zarządzanie, prowadzenie placówek i rozwój ochrony zdrowia, a także ponoszą odpowiedzialność finansową. Ponieważ jest to najbliższy obywatelom szczebel zarządzania, podmioty te są w kwestiach zdrowotnych istotną stroną, dysponującą również odpowiednią wiedzą merytoryczną.

14. Z zadowoleniem przyjmuje odnotowanie w białej księdze faktu, że w kwestiach dotyczących świadczenia usług zdrowotnych nie da się pominąć organów i podmiotów szczebla lokalnego i regionalnego. Dlatego oczekuje, że biorąc pod uwagę odpowiedzialność, jaką władze lokalne i regionalne ponoszą w tej dziedzinie, zostaną one w pełni włączone w realizację strategii. Będzie ona najbardziej skuteczna wtedy, gdy będzie wspierana na szczeblu lokalnym i regionalnym, i to w możliwie najwcześniejszym stadium. Będzie to również bardziej sprzyjało samodzielnej odpowiedzialności tego szczebla za realizację strategii.

15. Wyraża zadowolenie, że biała księga wskazuje możliwość zaangażowania szczebla regionalnego i lokalnego w ramach nowego mechanizmu zorganizowanej współpracy na szczeblu WE oraz że Komisja zamierza prowadzić działania we wszystkich sektorach i w porozumieniu z innymi organami zajmującymi się kwestiami związanymi ze zdrowiem. Wzywa jednak do dalszej dyskusji nad takim mechanizmem zorganizowanej współpracy. Musi on być otwarty, przejrzysty oraz w żadnym wypadku nie może wykraczać poza koordynację, o której mowa w art. 152, ust. 2 akapit 2 TWE.

16. Zwraca w tym kontekście uwagę, jak ważne jest angażowanie instytucji i sieci szczebla lokalnego w zakresie zdrowia już w wczesnej fazie prac nad inicjatywami UE w tej dziedzinie.

17. Popiera proponowany przez Komisję nowy mechanizm zorganizowanej współpracy na szczeblu WE, służący radą Komisji i propagujący koordynację między państwami członkowskimi, pod warunkiem że zapewni on — zgodnie z zamiarem Komisji — wystarczające zaangażowanie i udział szczebla regionalnego i lokalnego na wczesnym etapie. Dotyczy to również zaangażowania władz lokalnych i regionalnych w ramach planowanej nowej struktury, w której państwa członkowskie mają zastąpić niektóre z istniejących komitetów.

18. Zachęca do tego, by zaangażowanie władz lokalnych i regionalnych w ramach nowego mechanizmu zorganizowanej współpracy na szczeblu WE przybrało konkretną formę, tak aby kilka miejsc w nowych komitetach zajmujących się sprawami zdrowia przypadło przedstawicielom tego szczebla, a nie tylko szczebla krajowego. W ten sposób zapewniony byłby najszerszy możliwy zakres doradztwa w kwestiach dotyczących zdrowia, a na szczeblu regionalnym pojawiłoby się więcej możliwości angażowania się w inicjatywy UE w tej dziedzinie.

19. Zaleca, aby przedstawiciele szczebla regionalnego i lokalnego byli mianowani przez Komitet Regionów na czas określony. Przedstawiciele szczebla regionalnego i lokalnego w nowych komitetach UE zajmujących się sprawami zdrowia zdawaliby następnie sprawę Komitetowi Regionów.

20. Podziela zdanie, że zaproponowana przez Komisję nawiązana współpraca z zainteresowanymi stronami na szczeblu Wspólnoty może nadać dodatkową wartość działaniom państw członkowskich i uważa, że w dalszym rozwoju partnerstwa Komisji z tymi podmiotami oraz w wypadku kontynuacji lub ewentualnego tworzenia nowych forów i sieci zasadnicze znaczenie ma dużo szersze niż dotąd angażowanie przedstawicieli szczebla lokalnego i regionalnego.

21. W związku z tym wzywa do współpracy — przede wszystkim z Komitetem Regionów, będącym jedynym ustanowionym na mocy traktatów organem doradczym reprezentującym szczebel lokalny i regionalny — ale także z różnymi sieciami i organizacjami, które łączą wiedzę i doświadczenia tego szczebla w dziedzinie zdrowia i przenoszą je na szczebel UE. Ważne jest, aby Komisja, wybierając te sieci, zapewniła ich szeroki zasięg regionalny i lokalny, aby wszystkie władze regionalne i lokalne miały równe możliwości uczestnictwa oraz aby nie było żadnych barier dla takiego uczestnictwa, np. w postaci wysokich składek członkowskich.

22. Zaleca Komisji, by z jednej strony opracowała zestawienie odpowiednich formalnych i nieformalnych sieci współpracy i organizacji działających w dziedzinie zdrowia, które spełniają wymienione wyżej kryteria, a z drugiej strony by stwarzała im możliwości kontaktu i wspólnie z nimi dyskutowała nad celowymi i efektywnymi formami współpracy.

23. Wskazując na inicjatywę na rzecz przejrzystości, zaleca Komisji przejrzysty sposób działania, tzn. publiczne informowanie o tym, z którymi partnerami współpracuje ona w dziedzinie zdrowia oraz którzy partnerzy mają we wczesnej fazie prac wejść w skład forów, komitetów i organów, które proponuje utworzyć.

24. Wzywa ponadto państwa członkowskie do ustalenia sposobu postępowania w celu wczesnego zaangażowania władz regionalnych lub lokalnych w dyskusję na szczeblu UE na temat zagadnień związanych ze zdrowiem.

Odniesienie do instrumentów finansowych

25. Podziela pogląd, że działania w ramach strategii powinny być wspomagane przez obecne instrumenty finansowe do końca aktualnego okresu finansowego (2013 r.). Ze względu m.in. na zobowiązania regionów i partnerów lokalnych powinno się to odbywać bez dodatkowych konsekwencji dla budżetu.

26. Wyraża zadowolenie, że Komisja dostrzega powiązanie między zdrowiem a strategią lizbońską na rzecz wzrostu i zatrudnienia. W związku z tym wzywa, by w przyszłości bardziej uwzględniać aspekty zdrowia publicznego w polityce spójności oraz we wspólnej polityce rolnej.

Zalecenia dla prezydencji Rady UE

27. Zwraca się do prezydencji Rady o zawarcie w konkluzjach Rady dotyczących strategii zdrowotnej UE treści punktów 7, 8, 15, 16, 19, 20 oraz 22–24 niniejszej opinii. Chodzi tu o następujące stwierdzenia:

27.1 Otwartość na rolę podmiotów regionalnych i lokalnych, ich interesy i doświadczenia jest warunkiem koniecznym do wprowadzenia w życie wartości, zasad i celów białej księgi (punkt 7).

27.2 Zmniejszanie nierówności zdrowotnych trzeba uznać za cel pierwszoplanowy. Należy także zwrócić uwagę na różnice w stanie zdrowia pomiędzy poszczególnymi grupami społeczeństwa. Państwa członkowskie, które mają problemy z opracowywaniem działań w zakresie ochrony zdrowia publicznego i poprawą zdrowotności społeczeństwa, powinny otrzymać pomoc (punkt 8).

27.3 Proponowany przez Komisję nowy mechanizm zorganizowanej współpracy na szczeblu WE powinien zapewnić wystarczające zaangażowanie i udział szczebla regionalnego i lokalnego na wczesnym etapie. Dotyczy to również zaangażowania na szczeblu lokalnym i regionalnym w ramach planowanej nowej struktury. Potrzebna jest jednak dalsza dyskusja nad takim mechanizmem zorganizowanej współpracy. Musi on być otwarty, przejrzysty oraz w żadnym wypadku nie może wykraczać poza koordynację, o której mowa w art. 152, ust. 2 akapit 2 TWE (punkt 15).

27.4 Zaangażowanie władz lokalnych i regionalnych w ramach nowego mechanizmu zorganizowanej współpracy na szczeblu WE mogłoby przybrać konkretną formę polegającą na obsadzeniu kilku miejsc w nowych komitetach ds. polityki zdrowotnej przedstawicielami szczebla lokalnego i regionalnego (punkt 16).

27.5 We współpracę powinien być zaangażowany przede wszystkim Komitet Regionów — będący jedynym ustanowionym na mocy traktatów organem doradczym reprezentującym szczebel lokalny i regionalny — ale także różne sieci i organizacje, które łączą wiedzę i doświadczenia tego szczebla w dziedzinie zdrowia i przenoszą je na szczebel UE (punkt 19).

27.6 Należy opracować zestawienie odpowiednich formalnych i nieformalnych sieci współpracy i organizacji działających w dziedzinie zdrowia, które spełniają wymienione wyżej kryteria, oraz stwarzać im możliwości kontaktu i wspólnie z

nimi dyskutować nad celowymi i efektywnymi formami współpracy (punkt 20).

27.7 Państwa członkowskie powinny ustalić sposoby postępowania w celu wczesnego zaangażowania władz regionalnych lub lokalnych w dyskusję na szczeblu UE na temat zagadnień związanych ze zdrowiem (punkt 22).

27.8 Działania w ramach strategii do końca aktualnego okresu finansowego (2013 r.) powinny być wspomagane przez obecne instrumenty finansowe. Ze względu m.in. na zobowiązania regionów i partnerów lokalnych powinno się to odbywać bez dodatkowych konsekwencji dla budżetu (punkt 23).

27.9 W przyszłości należy bardziej uwzględniać aspekty zdrowia publicznego w polityce spójności oraz we wspólnej polityce rolnej (punkt 24).

Bruksela, 9 kwietnia 2008 r.

Przewodniczący
Komitetu Regionów
Luc VAN DEN BRANDE