

Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie komunikatu Komisji dla Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów — Modernizacja opieki społecznej w celu ukształtowania efektywnej, dostępnej i stabilnej opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej: wsparcie strategii krajowych przy użyciu „otwartej metody koordynacji”

COM(2004) 304 final

(2005/C 120/25)

Dnia 20 kwietnia 2004 r. Komisja zgodnie z art. 262 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską postanowiła zasięgnąć opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie wspomnianej powyżej

Sekcja ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa, której powierzono przygotowanie prac Komitetu w tej sprawie, przyjęła opinię dnia 22 września 2004 r. Sprawozdawcą był **Paolo Braghin**.

Na 412 sesji plenarnej (posiedzenie z dnia 28 października 2004 r.) Komitet Ekonomiczno-Społeczny stosunkiem głosów 104 do 0, przy 3 głosach wstrzymujących się, przyjął następującą opinię:

1. Istota komunikatu

1.1 Celem komunikatu, jak ogłoszono w raporcie wiosennym w 2004 r. ⁽¹⁾, jest zdefiniowanie wspólnych ram wsparcia Państw Członkowskich w reformowaniu i rozwijaniu opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej przy użyciu „otwartej metody koordynacji”.

1.2 Komisja wskazała trzy zasady ⁽²⁾, zatwierdzone przez Radę Europy w Barcelonie w marcu 2002 r., które mogłyby posłużyć jako podstawa dla reform: dostępność opieki dla wszystkich oparta na sprawiedliwości i solidarności; wysoka jakość opieki; zdolność do długoterminowego i systematycznego finansowania tej opieki w celu uzyskania najwyższej możliwej wydajności tego systemu.

1.3 Definicja opieki zdrowotnej jako usługi, w znaczeniu przewidzianym Traktatem, uporczywie nierówności w dostępie i problemy z nim, czasami nieodpowiednia jakość usług i trudności finansowe wskazują na potrzebę nasilenia koordynacji polityk krajowych, aby zapewnić modernizację i rozwój tego sektora, przy równoczesnym uwzględnieniu oddziaływania złożonych konsekwencji starzenia się demograficznego na spójność społeczną i zatrudnienie.

1.4 Aby sprostać tym wyzwaniom, należy w zintegrowany i skoordynowany sposób zreformować systemy opieki społecznej. Zdrowie i opieka długoterminowa stanowią jedną z

dziedzin, w których należy poprawić wydajność i przyspieszyć koordynację opieki społecznej ⁽³⁾. Otwarta metoda koordynacji idealnie odpowiada tej sytuacji, ponieważ stanowi elastyczne narzędzie uwzględniające specyficzne okoliczności i kompetencje poszczególnych państw ⁽⁴⁾.

1.5 Komunikat wskazuje następujące kroki:

- Osiągnięcie porozumienia co do wspólnych celów w roku 2004. Państwa Członkowskie powinny przedstawić wstępne sprawozdania z zadań, przed jakimi stają ich systemy krajowe, na następnym szczycie wiosennym.
- Opracowanie projektu wstępnej serii strategii rozwoju i reform w opiece zdrowotnej i opiece długoterminowej na lata 2006-2009, które zostaną przedstawione przez Komisję we wspólnym sprawozdaniu w sprawie opieki społecznej i integracji społecznej w roku 2007.
- Ustanowienie grupy wysokiego szczebla ds. usług zdrowotnych i opieki medycznej w celu stworzenia programu prac w koordynacji z innymi grupami wysokiego szczebla w dziedzinach związanych z ochroną zdrowia.
- Określenie wskaźników dla tych celów. Sprawozdania tymczasowe, które mają zostać sporządzone wiosną 2005 r., ułatwią przygotowanie wstępnej tabeli porównawczej różnych sytuacji krajowych i umożliwią ocenę postępów względem przyjętych celów.

⁽¹⁾ Realizacja Lizbony - Reformy dla rozszerzonej Unii, COM(2004) 29 final

⁽²⁾ COM(2001) 723 final

⁽³⁾ EKES wydał opinię popierającą usprawnienie – patrz Dz.U. C 32 dnia 3.02.2004 r. – sprawozdawca: **Wilfried Beirnaert**

⁽⁴⁾ Komunikat Komisji - Wzmocnienie wymiaru społecznego Strategii Lizbońskiej: Podniesienie wydajności i przyspieszenie otwartej koordynacji w dziedzinie opieki społecznej COM(2003) 261 final

2. Uwagi ogólne

2.1 Czynniki społeczno-ekonomiczne i demograficzne

2.1.1 EKES ustawicznie podkreśla swe pełne poparcie, wyrażone już w poprzednich opiniach, dla wspólnych celów dotyczących rozwoju systemów opieki zdrowotnej. W szczególności:

- Zapewnienie dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej w oparciu o zasady powszechnego dostępu, sprawiedliwości i solidarności; oraz zapewnienie zabezpieczenia przed ubóstwem lub wykluczeniem społecznym kojarzonymi ze złym stanem zdrowia, wypadkami, inwalidztwem lub podeszłym wiekiem, zarówno dla beneficjentów opieki, jak i ich rodzin.
- Promowanie wysokiej jakości opieki zdrowotnej w celu poprawy stanu zdrowia ludności oraz jakości życia.
- Zapewnienie zdolności do długoterminowego i systematycznego finansowania powszechnie dostępnej opieki wysokiej jakości.

EKES zgadza się, że cele te są nader ważne i wzajemnie od siebie zależne oraz że ich rozwój i podnoszenie wydajności wymagają skutecznego rządzenia, opartego na zaangażowaniu i przekazywaniu odpowiedzialności zainteresowanym stronom, ponieważ partnerzy społeczni muszą przyczynić się do pracy nad reformą.

2.1.2 Co więcej, EKES argumentował w ostatniej opinii wydanej z własnej inicjatywy, że zdolność krajowych systemów opieki zdrowotnej do wywiązania się z tych zadań zależy od szeregu czynników społeczno-gospodarczych i demograficznych wymagających głębszej analizy, jeśli mamy osiągnąć lepsze zrozumienie złożoności tego problemu i przewidywać potencjalnie destrukcyjne trendy⁽¹⁾.

2.1.3 Czynniki te mają wpływ na obecne i przyszłe potrzeby oraz dostępne zasoby. Osiągnięcie skuteczności w systemie opieki zdrowotnej ma także zasadnicze znaczenie, ponieważ opieka zdrowotna wchodzi w interakcje z innymi elementami systemu opieki społecznej. Wymogi związane z finansowaniem tej dziedziny konkurują z wymogami innych obszarów ochrony społecznej, a równocześnie jej problemy oddziałują na nie i odwrotnie.

2.1.4 Podobna konkurencja o zasoby finansowe oraz interakcje mają miejsce wewnątrz samego sektora opieki zdrowotnej. Na przykład przy przeznaczaniu środków podnoszenie wydajności i przyspieszanie w jednym sektorze może powodować skutki odwrotne do pożądaných w innym sektorze. Przeniesienie personelu z jednego sektora do drugiego może

skutkować nieprzewidzianym pogorszeniem jakości. Środki takie należy starannie analizować przy każdym planie restrukturyzacyjnym w systemie opieki zdrowotnej.

2.1.5 EKES uważa, że zajęcie się jednym aspektem problemu bez uwzględnienia konsekwencji dla innych sektorów lub zaniedbanie monitorowania powiązanych wzajemnie trendów w różnych sektorach mogłoby zakłócać lub uniemożliwić osiągnięcie tych celów. Z tego powodu zasadniczo ważne jest, aby podzielać globalną wizję tych problemów i ich wzajemnych zależności oraz znaleźć realne rozwiązania poprzez wspólne strategie.

2.1.6 Jest pewien ważny społeczny i psychologiczny aspekt opieki zdrowotnej. W obliczu choroby, cierpienia lub śmierci ludzie zawsze oczekują możliwie najlepszej opieki i nie zastanawiają się nad jej wydajnością kosztową ani nad możliwością jej systematycznego i powszechnego stosowania. Stwarza to delikatny problem polityczny. Decydenci w sektorze publicznym muszą ustalać priorytety i zapewnić skuteczne oraz stabilne usługi zdrowotne. Jednakże wybory takie często sprzeciwiają się interesom sektorowym i są niezgodne z subiektywnym postrzeganiem, co niekiedy utrudnia zastosowanie niezbędnych środków restrukturyzacyjnych względem popytu na usługi i ich podaży.

2.1.7 Potrzeby ludności i oczekiwania dotyczące stanu zdrowia — oznacza to nie tylko konieczność zapewnienia odpowiedniej jakości życia, ale również jego godności — powinny być odpowiednio uwzględnione przy rachunku korzyści i kosztów i przy zapewnianiu stabilności finansowej, tak, aby wszystkie działania restrukturyzacyjne w dziedzinie opieki zdrowotnej prowadziły do podniesienia wydajności i stabilności na dłuższą metę. Należałoby również usprawnić proces podejmowania decyzji w sektorze publicznym, który powinien uwzględniać rzeczywiste potrzeby całej ludności oraz potrzeby pacjentów i osób o szczególnych potrzebach dotyczących opieki zdrowotnej.

2.1.8 EKES uważa, że opieka zdrowotna to prawo i priorytet w polityce Wspólnoty. Twierdzi jednak, że w celu zapewnienia tego prawa na dłuższą metę musimy określić skuteczne narzędzia w celu zapewnienia powszechnie dostępnej opieki na rzetelnym poziomie, na miarę dostępnych zasobów. W związku z tym konieczne jest przeprowadzenie dogłębnych badań w celu ustalenia, które z potrzeb i oczekiwań ludności względem opieki zdrowotnej są zasadne. Konieczne jest także określenie narzędzi promowania odpowiedzialności, które zachęcą do właściwego użytkowania zasobów i wydajności systemu ochrony zdrowia, czym zapewnią mu finansową stabilność.

⁽¹⁾ Opinia EKES w sprawie opieki zdrowotnej – Dz.U. C 234 z dnia 30.09.2003 r. – sprawozdawca: **Adrien Bedossa**

2.2 Starzenie się demograficzne i nowa epidemiologia

2.2.1 Starzenie się demograficzne oznacza więcej niż tylko wzrost udziału w populacji osób w wieku powyżej 65 lat, nawet ostrzejszy wzrost liczby osiemdziesięciolatków oraz odpowiadający temu często, choć nie zawsze, wzrost liczby pacjentów z licznymi chorobami, zjawisko, które może z kolei prowadzić nie tyle do rozpowszechnienia się leczenia medycznego, co do bardziej holistycznego podejścia do leczenia. Skutkiem demograficznego starzenia się są pewne problemy, które czasami się lekceważy, choć należy stawić im czoła.

— Zmiany w piramidzie demograficznej bez korekt dotyczących wieku emerytalnego doprowadzą do jeszcze bardziej niekorzystnej relacji pomiędzy wnoszącymi wkład (populacją osób w wieku produkcyjnym) a beneficjentami (w szczególności ludność w wieku starszym), nie tylko w samym systemie ochrony zdrowia, ale także w innych usługach. Jest zatem najwyższym priorytetem wskazanie nowych sposobów realokacji i tworzenia specjalnych zasobów przeznaczonych na usługi świadczone na rzecz osób niesamodzielnych (przede wszystkim w podeszłym wieku)⁽¹⁾, bez wycofywania środków z innych usług społecznych.

— Demograficzne starzenie się zmienia nie tylko zapadalność na choroby, ale także ich rodzaj. Choroby wieku podeszłego są często nieuleczalne, ale można je kontrolować w perspektywie średnio- do długoterminowej poprzez paliatywne zabiegi medyczne lub chirurgiczne, które wszakże nigdy nie przywrócą pacjentom poprzedniego stanu zdrowia. Implikuje to inne podejście do opieki medycznej, które może integrować terapię i opiekę, a to ma wpływ na badania, środki farmakologiczne, narzędzia diagnostyczne oraz udoskonalenia technologiczne. To dalej wymaga zmiany rozłożenia akcentów z „ostrego” na „chroniczne” (czyli na powodzenie długoterminowego traktowania problemów medycznych, które same w sobie są nierozwiązywalne).

— W kategoriach epidemiologicznych obserwuje się stały wzrost zapadalności na choroby chroniczne lub długotrwałe, co po części wynika z sukcesów terapii medycznych, które, nawet jeśli nie prowadzą do całkowitego wyleczenia, znacznie przedłużają przewidywaną długość życia. W rezultacie nastąpił wzrost występowania inwalidztwa fizycznego i umysłowego, szczególnie w dziedzinie chorób urazowych i neuro-zwyrodnieniowych, z którymi poradzić sobie można tylko poprzez podniesienie poziomu integracji usług medycznych i społecznych i który wymaga znacznego zaangażowania ze strony personelu świadczącego opiekę rodzinną⁽²⁾.

(1) Terminologia WHO definiuje osobę niesamodzielną jako częściowo lub zupełnie niezdolną do samodzielnego funkcjonowania na poziomie organicznym, kognitywnym, behawioralnym lub interpersonalnym albo do wchodzenia w interakcje ze środowiskiem (patrz: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Inwalidztwa i Zdrowia, 2001 (ICF)).

(2) Najnowsze statystyki pokazują, że Europa liczy ok. 60 mln populacji osób niesamodzielnych i oczekuje się jej wzrostu do 75 mln w roku 2003 (źródło informacji: EUROSTAT, Sytuacja społeczna w Unii Europejskiej 2003, Komisja Europejska, DG Zatrudnienia i Spraw Socjalnych, 2003)

— Pojęcia „zdrowia” nie należy ograniczać do jego aspektów fizycznych i trzeba uwzględniać także aspekty psychologiczne i społeczne, co jasno wynika z definicji WHO⁽³⁾. Definicja ta zakłada potrzebę analizy kontekstu społecznego osoby w podeszłym wieku, tak aby zaspokoić nie tylko jej podstawowe potrzeby, ale także uwzględnić bezpieczeństwo, okoliczności i relacje społeczne, poczucie własnej wartości, samorealizację, itp.

2.2.2 Należy na nowo zastanowić się nad tkanką społeczną, która tworzy się pod wpływem różnych okoliczności i potrzeb demograficznych, aby przeciwstawić się brakowi elastyczności i oporowi względem zmian, charakterystycznemu dla instytucji, sektorów zatrudnienia oraz kulturowych postaw mentalnych. EKES uważa, że można to osiągnąć poprzez ocenę stanu zdrowia i potrzeb ludności, które różnią się znacznie w poszczególnych Państwach Członkowskich i pomiędzy nimi oraz poprzez przewidywanie wstrząsów demograficznych. Przemiany te już się rozpoczęły i prawdopodobnie przybiorą na sile, aczkolwiek w sposób dość przewidywalny.

2.2.3 Co więcej, należy znaleźć rozwiązania w celu poprawy sytuacji w związku z podażą usług i popytem na nie poprzez usprawnienie dostępu do opieki, zaspokojenie popytu, pomaganie osobom w trudniejszej sytuacji w pełnym korzystaniu ze świadczonych usług, zapewnianie zintegrowanej analizy potrzeb i spersonalizowanych programów opieki, ciągłość opieki i systematyczną ocenę jej rezultatów. Otwarta metoda koordynacji obejmować powinna także te aspekty, a zatem promować bardziej jednolite podejście i wzmocnienie mechanizmów spójności społecznej.

2.2.4 Drugi z przytoczonych w komunikacie aspektów zmiany demograficznej, czyli zmiany w życiu rodzinnym i wyższy stopień zatrudnienia kobiet, zmniejsza zdolność rodziny do zapewniania opieki nieformalnej. Fakt ten z kolei implikuje, że należy na nowo zastanowić się nad potrzebami opieki domowej, ponieważ nie można pozostawić jej w całości profesjonalnym opiekunom ze względu na koszty i trudności w rekrutacji personelu, ryzyko utraty opieki 24-godzinnej oraz, w wielu przypadkach, potrzebę uwzględnienia także innych ludzkich potrzeb pacjentów. Niezbędne jest zatem rozważenie nowych zasad wsparcia społecznego dla opieki rodzinnej, w tym możliwości świadczenia pewnej formy wynagrodzenia dla opiekunów rodzinnych, zapewnienia właściwych warunków życia, możliwości transportu i podobnych usług wspierających.

(3) Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Inwalidztwa i Zdrowia 2001 (ICF)

2.2.5 Obecnie domowa opieka zdrowotna zapewniana jest w wielu różnych formach przez władze krajowe i lokalne, krajową służbę zdrowia i plany ubezpieczeniowe oraz organizacje i stowarzyszenia społeczne świadczące usługi socjalne dla ludności. Ogólnie obserwuje się, że w niektórych krajach takie usługi nie są wystarczająco rozwinięte. Konieczne są tutaj usprawnienia w celu uwzględnienia zmieniających się potrzeb wynikających z wyższej epidemiologicznej zapadalności na demencję starczą, chorobę nerwowo-naczyniową oraz, bardziej ogólnie, polipatologię skutkującą utratą samodzielności, co dotyka ponad 30 % populacji w wieku ponad 75 lat.

2.2.6 EKES zaleca porównanie i dogłębną analizę bieżących inicjatyw wsparcia dla opiekunów nieformalnych w Państwach Członkowskich. Mogą to być ulgi podatkowe, ubezpieczenie emerytalne i społeczne dla opiekunów, prawo do urlopu z pracy w celu opieki nad krewnym, zapewnienie zastępstwa w okresach wycieczki, zapewnienie ośrodków opieki dziennej itp. ⁽¹⁾.

2.2.7 Tego rodzaju rozwiązania zapowiadają oszczędności dla usługodawców i większe zadowolenie beneficjentów w podeszłym wieku o tyle, że umożliwiają integrację środków profesjonalnych z nieformalnymi, oferując solidarność z osobami w podeszłym wieku przy równoczesnym znacznym zmniejszeniu kosztów opieki. Innymi słowy, powstaje sytuacja, w której wszyscy zyskują, ponieważ koszty byłyby znacznie wyższe, gdyby opiekę na równoważnym poziomie świadczone wyłącznie w domach spokojnej starości, podczas gdy zapewniona jest tak czy inaczej opieka nieformalna.

2.3 Zatrudnienie

2.3.1 Sektor opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej zatrudnia znaczny procent siły roboczej w Unii Europejskiej. Jest to drugi co do wielkości pracodawca. W latach 1997-2002 w UE-15 utworzono 1,7 mln miejsc pracy. Niemniej jednak zachodzi obawa, że starzenie się personelu opieki zdrowotnej i trudności w zapewnieniu wysokiej jakości usług mogą doprowadzić do poważnego kryzysu w tym sektorze.

2.3.2 Aby sprostać pojawiającym się potrzebom, utrzymać jakość usług oraz zapewnić zawodową aktywność pracowników, należy zreformować szkolenie zawodowe i ustawiczne.

— Szkolenie personelu medycznego nie może ograniczać się do leczenia objawów i ostrych stanów, ale musi także uwzględniać wielostronne aspekty zdrowia osób starszych.

⁽¹⁾ Patrz: Wspólne sprawozdanie pt. *Opieka zdrowotna i opieka nad osobami starszymi: Wsparcie strategii krajowych dla zapewnienia wysokiego poziomu opieki społecznej*, COM(2002) 774 final z dnia 3 stycznia 2003 r., s. 9

Szkolenia dotyczące opieki nad osobami starszymi muszą być dostosowane do tych potrzeb.

— Personel pielęgniarstwa powinien być w stanie przystosować się do specyficznych dziedzin swego działania, tzn. różnych szczebli systemu opieki (opieka intensywna, opieka szpitalna, opieka podstawowa, opieka długoterminowa, opieka domowa itd.).

— Szkolenie personelu opiekuńczego należy rozszerzyć, włączając usługi socjalno-zdrowotne dla umiarkowanie samodzielnych osób w podeszłym wieku, których potrzeby i godność należy szanować.

— Spójność społeczna oznacza postępujące zacieranie granicy pomiędzy opieką zdrowotną i opieką społeczną. Podobnie role zawodowe będzie trzeba przystosować do struktury demograficznej i demograficznego składu społeczeństw, bardzo różnych od dzisiejszych.

2.3.3 EKES uważa, że poza opisanym powyżej udoskonaleniem szkolenia dla różnych kategorii personelu opiekuńczego należy rozwinąć następujące, nowe dziedziny:

— zbieranie, dostarczanie i wymiana informacji poprzez sieci oraz rozsądne korzystanie z nowych technologii;

— praca w grupach, umiejętności komunikacji interpersonalnej, dialog z przedstawicielami innych zawodów i instytucjami;

— działania służące opiece profilaktycznej oraz promowanie nowego podejścia do pojawiających się potrzeb;

— praca nad przedsięwzięciami na rzecz konkretnych segmentów społeczeństwa, przekraczanie wąskich granic tradycyjnych dyscyplin;

— świadomość mechanizmów finansowych rządzących świadczonymi usługami; ocena rezultatów w celu poprawy alokacji środków.

2.3.4 EKES opowiada się za wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego na programy szkoleniowe w celu podniesienia poziomu umiejętności w sektorach opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej, zapobiegania przedwczesnej utracie personelu w tym sektorze oraz podniesienia jakości, elastyczności oraz, w konsekwencji, wydajności systemu opieki. Podejście to jest szczególnie istotne dla nowych Państw Członkowskich, gdzie proces modernizacji przebiega szybciej i bardziej intensywnie, i gdzie potrzeby szkolenia zawodowego są odpowiednio większe.

2.3.5 Aby osiągnąć dobre rezultaty, trzeba na nowo, w pozytywnych kategoriach, zastanowić się nad współpracą między sektorami publicznym a prywatnym. Należy czynnie zabiegać o współpracę nie tylko w celu uniknięcia konkurencji pomiędzy usługodawcami w świecie, gdzie prognozuje się stały spadek procentowego udziału czynnej części populacji (z wynikającymi stąd problemami z obsadą stanowisk oraz rosnącymi kosztami pracy), ale także w celu pełnej integracji wydajności i wrażliwości na potrzeby w systemach opieki zdrowotnej; cele, o które obecnie te dwa sektory zabiegają raczej oddzielnie niż we współpracy.

2.4 Stabilność finansowa

2.4.1 Kontynuacja świadczenia dostępnej i wysokiej jakości opieki zdrowotnej bez pozbawiania funduszy innych sektorów lub priorytetów politycznych to główne wyzwanie dla wszystkich obecnych i przyszłych Państw Członkowskich. Wymaga to strategii, która zwraca uwagę na trendy długoterminowe oraz zarówno na podaż, jak i popyt. Działania nie uwzględniające obu tych czynników nie przyniosły sukcesu w postaci średnio-terminowego ograniczenia kosztów.

2.4.1.1 Ograniczenia budżetowe, które po części wynikają z Paktu na rzecz stabilności, uniemożliwiają podwyższenie wydatków na opiekę społeczną proporcjonalnie do rosnącego popytu na usługi socjalne. Możliwa jest jednak systematyczna poprawa świadczenia usług poprzez restrukturyzację obecnych służb oraz skupienie się na usługach, które okazały się efektywne, przy równoczesnej eliminacji nieuzasadnionego korzystania z usług zdrowotnych. Ponadto, skuteczna ochrona polityka ochrony zdrowia oznacza, że należy ponownie przeanalizować interakcje między opieką zdrowotną a pomocą socjalną, tak, aby wyłonić te struktury i rodzaje leczenia oraz usług, które lepiej odpowiadają obecnej i przyszłej sytuacji i potrzebom społecznym.

2.4.1.2 W celu kontroli eskalacji kosztów, próbowano różnych podejść, w tym przeniesienia części kosztów na użytkownika (to nie tylko przenosi ciężar finansowania na poszczególne jednostki, lecz także ogranicza popyt); ilościowego i cenowego ograniczania podaży i popytu; wreszcie reformy, która miałaby na celu efektywne korzystanie z zasobów i przenoszenie środków z opieki szpitalnej i społecznej na opiekę domową.

2.4.1.3 Rezultatem zalecanego w niniejszej analizie zastosowania otwartej metody koordynacji będzie lepsze zrozumienie niewspółmiernych uwarunkowań podstawowych oraz ich ewentualnego wpływu na inne sektory usług socjalnych i tym samym umożliwienie oceny, które środki okazały się najbardziej skuteczne i jaki zestaw środków ma największe szanse powodzenia.

2.4.2 Choć polityka zapobiegawczej opieki zdrowotnej jest niewątpliwie ważna i niezbędna, niestety często bywa zaniedby-

wana. Konkretny plan środków zapobiegawczych (najlepiej dalekosiężnych i uniwersalnie stosowalnych) powinien odegrać główną rolę w proponowanej strategii systematycznego rozwoju i reformy opieki zdrowotnej. Należy poddać gruntownym testom za pomocą otwartej metody koordynacji różne środki zapobiegawcze, a w szczególności te sprawdzone już na szczeblu krajowym, aby zapewnić podjęcie konkretnych działań. EKES zdaje sobie sprawę z tego, jak trudne jest wdrażanie środków zapobiegawczych, ponieważ wymaga to koordynacji polityki, co nadal pozostaje dalekie od spełnienia, oraz programów edukacyjnych promujących zdrowszy styl życia (zdrowsza dieta, większa aktywność fizyczna i umysłowa). Takie programy powinny szczególnie uwzględniać grupy społeczne, które są bardziej narażone na utratę zdrowia i są w gorszej pozycji społeczno-ekonomicznej, ich celem powinno być również stworzenie zdrowszych warunków pracy. Takie działania wymagają czasu i wysiłku, lecz nie dają gwarancji powodzenia.

2.4.3 Zróżnicowanie wydatków stosownie do usług opiekuńczych, procedur kierowania do specjalistów oraz terapii stanowi godne pochwały podejście do oszczędności kosztów. Zatem każda inwestycja, która poprawi zdolność systemu ochrony zdrowia do reagowania na potrzeby albo ułatwi jego modernizację, musi być traktowana jako środek poprawy długoterminowej systematyczności opieki zdrowotnej. Jednakże tego rodzaju inwestycje poświęca się czasem na rzecz pilnych potrzeb gospodarczych. EKES uważa, że inwestycje w podnoszenie wydajności i sprawności systemu opieki zdrowotnej należy łączyć ze środkami oddziaływania na popyt (kryteria skierowania do specjalisty, limit, powyżej którego koszty ponosi zainteresowana osoba, opłaty itp.), a także na podaż (infrastruktura opieki zdrowotnej, koszt nowatorskich technologii i farmaceutyków, gdzie relacja koszt/korzyść nie zawsze jest oczywista, kryteria i procedury przyjęć, podnoszenie świadomości kosztów opieki zdrowotnej wśród personelu służby zdrowia itp.).

2.4.3.1 Należy starannie przeanalizować strukturę i zasady działania systemu opieki zdrowotnej, a także przeniesienia z jednej instytucji do innej, aby zapewnić wydajne i skuteczne funkcjonowanie i koordynację. Powinno to być priorytetem otwartej metody koordynacji.

2.4.3.2 Nowe Państwa Członkowskie usilnie pracują nad modernizacją swych systemów opieki zdrowotnej, a EKES zdecydowanie zaleca wykorzystanie funduszy strukturalnych, a w szczególności Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Funduszu Spójności do wsparcia poprawy infrastruktury systemów opieki zdrowotnej. Ponadto EKES uważa, że analiza doświadczeń otwartą metodą koordynacji może być szczególnie wartościowa dla nowych Państw Członkowskich, ponieważ może uchronić je od przyjmowania systemów, które zapewne szybko staną się przestarzałe.

2.4.4 Wzmocnienie współpracy pomiędzy podmiotami świadczącymi opiekę obecnie działającymi w izolacji (opieka intensywna, podstawowa opieka zdrowotna, usługi socjalne), co zaleca się w komunikacie, jest z pewnością właściwe, jako że osoby o większych potrzebach wynikających z ich niesamodzielności generalnie wymagają różnorodnych usług, z których nie wszystkie są usługami medycznymi. Pozytywna współpraca pomiędzy rodzinami, personelem opiekuńczym oraz personelem medycznym daje lepsze rezultaty przy niższych kosztach. EKES żywi nadzieję, że ustanowiona niedawno grupa wysokiego szczebla ds. usług zdrowotnych i opieki medycznej uzyska wyraźny mandat obejmujący zadanie polecenia konkretnych rozwiązań dotyczących współpracy.

2.4.5 Postęp techniczny i większa świadomość po stronie pacjentów niewątpliwie stwarzają możliwości ograniczenia wydatków, jako że obniżają koszty leczenia konkretnych chorób i ograniczają zapadalność na nie. Jednakże tworzą one także nowe potrzeby i prawo ich zaspokojenia. W rezultacie odchodzi się od ogólnie przyjętych, wydajnych kosztowo i ogólnie adekwatnych procedur diagnostycznych i terapeutycznych. Jest prawdopodobne, że innowacyjne działania będą mieć długoterminowo negatywny raczej niż pozytywny wpływ na wydatki na opiekę zdrowotną, chyba że będą opracowane specjalnie z myślą o lepszej opiece zdrowotnej nad osobami w podeszłym wieku. Naciski ze strony lepiej wykształconej i bardziej uświadomionej w sprawach zdrowotności części społeczeństwa mogą doprowadzić do dalszego pogorszenia usług dla grup w gorszym położeniu, których dostęp do opieki zdrowotnej i tak jest już ograniczony.

3. Uwagi szczegółowe

3.1 Zważywszy, że nie jest możliwe uchwalenie prawodawstwa europejskiego w sprawie długoterminowej opieki zdrowotnej, EKES uważa, że otwarta metoda koordynacji ma pierwszorzędne znaczenie dla skutecznej modernizacji i rozwoju dostępnej, stabilnej, długoterminowej opieki zdrowotnej wysokiej jakości i dla zapewnienia ochrony zdrowia publicznego w różnych kontekstach oraz w obliczu narastających nacisków i wyzwań.

3.1.1 Analiza i wymiana doświadczeń powinna skupiać się na:

- strukturze i koordynacji systemów opieki zdrowotnej i instytucji (od podstawowej opieki zdrowotnej po opiekę długoterminową, w tym opiekę w miejscu zamieszkania);
- procedurach i okresach oczekiwania na dostęp lub przeniesienie z jednej instytucji do innej;

- wewnętrznych procedurach i rezultatach (monitorowanie i ocena jakości usług związanych z ochroną zdrowia);
- ilości i rodzajach świadczonych usług, a w szczególności na efektywnym wykorzystaniu nowych technologii;
- metodach stosowanych w celu bardziej efektywnego wykorzystania środków oraz na najbardziej skutecznych mechanizmach ograniczania kosztów;
- zaangażowaniu personelu medycznego i opieki zdrowotnej w gospodarowanie środkami;
- szacunku dla praw pacjentów, ich dostępu do istotnych informacji, a także różnych możliwości terapii i do dokumentacji medycznej;
- przejrzystości świadczonych usług.

3.2 Zastosowanie otwartej metody koordynacji pociąga za sobą określenie wskaźników, które służą do oceny obecnych braków wiedzy, biorąc równocześnie pod uwagę panującą sytuację i długoterminową dynamikę społeczną oddziałującą na system opieki zdrowotnej. Taki zestaw wskaźników musi obejmować wszelkie uwarunkowania strukturalne (sieć usług, dostępność sprzętu i personelu, poziom wyszkolenia i doświadczenia zawodowego itp.). Musi także obejmować nieodłączne cechy charakterystyczne opieki zdrowotnej (metody świadczenia usług i zasady działania, wytyczne dotyczące działania, przepisy i praktykę medyczną, ochronę praw pacjenta, itp.). Wreszcie, musi obejmować jakość konkretnych rezultatów działania systemu opieki zdrowotnej, zgodnie z jej rodzajem i oczekiwaniami społecznymi.

3.2.1 Należy podjąć specjalne starania, aby wskaźniki te umożliwiły monitorowanie i analizę trendów odnoszących się szczególnie do osób starszych i otrzymywanej przez nie opieki, co stanowi niedostatek wskaźników obecnie określanych lub stosowanych. Praca nad opracowaniem wskaźników będzie się łączyć z pracą nad określaniem wspólnych celów. Tymczasem można by skorzystać z danych już dostępnych z licznych źródeł, w tym ze Światowej Organizacji Zdrowia, z OECD i ECHI (Europejskich Wspólnych Wskaźników Zdrowia). Dane, które mają się pojawić roku 2004 w ramach EU SILC, powinny być również uwzględniane.

3.3 Proponowane w komunikacie „następne kroki” dotyczą niezwykle istotnych aspektów tego problemu i rozszerzają debatę na odnośne sfery interesów. Jednakże propozycje te są natury ogólnej, a zatem są narażone na ryzyko, że nie uda się im znacząco rozwinąć otwartej metody koordynacji.

3.3.1 EKES wyraża nadzieję, że stworzone zostaną precyzyjniejsze „wspólne cele”, pod warunkiem, że nie są one z nadto nakazowe i nie mają negatywnego wpływu na organizację systemów krajowych. Ponadto, proponowane raporty wstępne powinny pełnić rolę pożytecznych narzędzi, które nie pociągają za sobą dodatkowych kosztów administracyjnych i nie obciążają nadmiernie ograniczonych zasobów nowych Państw Członkowskich.

3.4 Z tego względu EKES żywi nadzieję, że Komisja podejmie natychmiastowe działania w celu:

- zapewnienia precyzyjnej definicji terminów takich jak opieka społeczna, opieka zdrowotna, opieka socjalno-zdrowotna, opieka domowa i innych wyrażen, które występują w komunikacie i których często używa się różnie w różnych Państwach Członkowskich — ze względów historycznych oraz z powodu specyfiki działania różnych systemów pomocy społecznej;
- zaproponowania modelu przygotowania „raportów wstępnych”, aby zapewnić objęcie nimi tych samych tematów i umożliwić porównania; Nie powinny się one odnosić do całości celów cząstkowych, lecz raczej skupiać na środkach najodpowiedniejszych do określenia i zilustrowania wytycznych i wyzwań związanych z polityką krajową.
- powołania grupy ekspertów (z udziałem instytucji krajowych i wyspecjalizowanych organów ze znajomością tej dziedziny) w celu określenia wskaźników dla opieki długoterminowej w celu zapewnienia efektywnej oceny makrosocjalnych i makroekonomicznych czynników oddziałujących na opiekę zdrowotną i opiekę długoterminową. Eksperti tacy powinni mieć kwalifikacje do oceny wszelkich aspektów perspektywy globalnej oraz, w szczególności, do oceny wartości wskaźników jako narzędzi prognostycznych;

Bruksela, 28 października 2004 r.

- opracowania europejskiego modelu oceny efektów społeczno-zdrowotnych opartego na wskaźnikach dla inwestycji/finansowania (wkład), reakcji (informacja zwrotna) i efektywności podjętych działań (efekt). Umożliwiłoby to zastosowanie wiarygodnych wskaźników do oceny standardów pomocy społecznej osiągniętych w różnych krajach⁽¹⁾;
- ustosunkowania się do kwestii związanych z płcią, jak na przykład uwzględnienia tego, że kobiety żyją przeciętnie pięć lat dłużej niż mężczyźni, a ich charakterystyki biologiczne i fizjologiczne wpływają na znaczne różnice w ich potrzebach z zakresu opieki zdrowotnej;
- ułatwienia wspólnego przygotowania wytycznych opieki zdrowotnej, które nie ograniczyłyby się do terapii farmakologicznej, ale uwzględniały także czynniki społeczne i organizacyjne. Wytyczne takie posłużyłyby jako punkt odniesienia dla operatorów w różnych systemach opieki zdrowotnej.

3.5 Szczególnie ważną i pilną potrzebę stanowi promocja działań na rzecz podniesienia umiejętności operatorów i specjalistów poprzez opracowanie stosownych systemów szkolenia pokrywających wspólną płaszczyznę opieki zdrowotnej i związanej z działalnością społeczną związaną z ochroną zdrowia. Sięga to poza aspekty techniczne i wymaga nabycia nowych umiejętności, takich jak zarządzanie informacjami, w szczególności korzystanie z sieci komputerowych, oraz szeroko zakrojona administracja finansowa. Takie nowe systemy szkoleniowe powinna wspierać i promować Wspólnota w celu wykorzystania doświadczeń wymienianych w ramach otwartej metody koordynacji.

Przewodniczący
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego
Anne-Marie SIGMUND

⁽¹⁾ por. opinia EKES: Dz.U. C 80 z dnia 30.03.04 r., punkt 4.5.2 – sprawozdawca: **Luca Jahier**