

Czwartek 28 kwiecień 2005

P6_TA(2005)0152

Unowocześnianie opieki społecznej i rozwój wysokiej jakości opieki zdrowotnej

Rezolucja Parlamentu Europejskiego w sprawie unowocześniania opieki społecznej i rozwoju wysokiej jakości opieki zdrowotnej (2004/2189(INI))

Parlament Europejski,

- uwzględniając komunikat Komisji w sprawie unowocześnienia opieki społecznej w celu rozwoju wysokowartościowej, dostępnej i przyszłościowej opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej: wsparcie krajowych strategii poprzez „otwartą metodę koordynacji” (COM(2004)0304),
 - uwzględniając swoją rezolucję z dnia 16 lutego 2000 r. w sprawie komunikatu Komisji dotyczącego uzgodnionej strategii unowocześnienia opieki społecznej ⁽¹⁾,
 - uwzględniając swoją rezolucję z dnia 15 stycznia 2003 r. w sprawie komunikatu Komisji dotyczącego przyszłości opieki zdrowotnej i opieki nad osobami starszymi: zagwarantowanie dostępności, jakości oraz finansowania ⁽²⁾,
 - uwzględniając posiedzenia Rady Europejskiej w dniach 20-21 marca 2003 r. w Brukseli i wnioski z poprzednich posiedzeń Rady Europejskiej w Lizbonie, Göteborgu i Barcelonie w sprawie opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej,
 - uwzględniając Białą Księgę Komisji w sprawie usług użyteczności publicznej (COM(2004)0374),
 - uwzględniając komunikat Komisji w sprawie „Wzmocnienia społecznego wymiaru strategii lizbońskiej: usprawnienie otwartej koordynacji w dziedzinie opieki społecznej” (COM(2003)0261),
 - uwzględniając swoją rezolucję z dnia 11 marca 2004 r. w sprawie projektu wspólnego sprawozdania dotyczącego „Opieki zdrowotnej i opieki nad osobami starszymi: wspieranie krajowych strategii w celu zapewnienia wysokiego poziomu opieki społecznej” ⁽³⁾,
 - uwzględniając art. 45 Regulaminu,
 - uwzględniając sprawozdanie Komisji Zatrudnienia i Spraw Socjalnych oraz opinię Komisji Ochrony Środowiska Naturalnego, Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności (A6-0085/2005),
- A. zważywszy, że prawo do zdrowia jest podstawowym prawem obywatelskim, jak stanowi art. II-95 Traktatu ustanawiającego Konstytucję dla Europy ⁽⁴⁾ będącą obecnie w fazie ratyfikacji, oraz zważywszy, że Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej ⁽⁵⁾ uznaje prawo każdej osoby do dostępu do opieki zdrowotnej i leczenia oraz prawo osób w podeszłym wieku do godnego i niezależnego życia oraz do uczestnictwa w życiu społecznym, kulturalnym i zawodowym,
- B. zważywszy, że zdrowie jest nieodłączną wartością dla każdego człowieka na wszystkich etapach życia i w każdej sytuacji oraz jednym z podstawowych warunków wstępnych, pozwalających na przyczynianie się do funkcjonowania społeczeństwa; uwzględniając także, że zdrowie publiczne jest jedną z wartości społecznych i jego utrzymanie należy do najważniejszych zadań społeczeństwa,
- C. zważywszy, że na zdrowie wpływ ma szereg czynników, łącznie z uwarunkowaniem genetycznym, stylem życia i sytuacją społeczną oraz mając na uwadze, że opieka zdrowotna tylko w ograniczonym stopniu przyczynia się (szacuje się często, iż tylko w 10 %) do ogólnego stanu zdrowia jednostki,
- D. zważywszy, że przekonanie co do faktu, iż opieka zdrowotna będzie zawsze dostępna w przypadku, gdy będzie konieczna, jest zasadnicze dla pomyślnego funkcjonowania każdej jednostki w społeczeństwie na wszystkich etapach jej życia i we wszystkich sytuacjach,

⁽¹⁾ Dz.U. C 339 z 29.11.2000, str. 154.

⁽²⁾ Dz.U. C 38 E z 12.2.2004, str. 269.

⁽³⁾ Dz.U. C 102 E z 28.4.2004, str. 862.

⁽⁴⁾ Dz.U. C 310 z 16.12.2004.

⁽⁵⁾ Dz.U. C 364 z 18.12.2000, str.1.

Czwartek 28 kwiecień 2005

- E. zważywszy, że swobodny przepływ osób (łącznie z pracownikami) jest jedną z podstawowych zasad UE i jest zarówno tak samo istotny dla dalszego rozwoju poszczególnych Państw Członkowskich, jak i całej Unii oraz zaufanie obywateli do dostępności i jakości opieki zdrowotnej w wyniku ich poruszania się pomiędzy Państwami Członkowskimi może zostać wzmocnione dzięki otwartej koordynacji systemów opieki zdrowotnej,
- F. zważywszy, że zgodnie z orzecznictwem Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, mobilność pacjentów i korzystanie z usług przygranicznych będzie rosła, a rozwój ten wraz z rozszerzaniem się rynku wewnętrznego coraz bardziej wpływać będzie na krajowe systemy opieki zdrowotnej, których zasady i cele nie mogą być przez to zagrożone,
- G. zważywszy, że europejska karta ubezpieczenia chorobowego, w dziedzinie opieki zdrowotnej, jest właściwym instrumentem dla zapewnienia swobody przemieszczania się w UE, nawet jeśli struktura systemów krajowych różni się w znacznym stopniu,
- H. zważywszy, że Europejski Trybunał Sprawiedliwości niejednokrotnie uznawał roszczenia pacjentów o zwrot kosztów leczenia w innym Państwie Członkowskim, aczkolwiek rozróżniał leczenie szpitalne i ambulatoryjne, tym samym określając warunki zasadności takich roszczeń, które w szczególności zmierzają do zapewnienia zrównoważonego finansowania i zabezpieczenia społecznego, przy czym w każdym przypadku celem jest zapewnienie wysokich standardów ochrony zdrowia,
- I. zważywszy, że w powyższej rezolucji z dnia 11 marca 2004r. Parlament Europejski wezwał Państwa Członkowskie do wzmocnienia publicznej i prywatnej opieki oraz instytucji opieki społecznej poprzez wykorzystanie pełnego zakresu środków dostępnych w krajach pochodzenia pacjentów,
- J. zważywszy, że systemy zdrowia w Państwach Członkowskich oparte są na zasadach równości i solidarności, które stanowią, że wysokiej jakości opieka zdrowotna i opieka długoterminowa powinny być dostępne dla wszystkich, dopasowane do ich potrzeb, niezależnie od ich wieku lub sytuacji materialnej,
- K. zważywszy, że niezmiennym celem Unii jest promowanie wysokiego poziomu opieki społecznej oraz zważywszy, że bardziej efektywna współpraca w dziedzinie opieki zdrowotnej i długoterminowego leczenia przyczyni się do trwałego unowocześnienia europejskiego modelu socjalnego oraz większej spójności społecznej; zważywszy, że opieka zdrowotna i leczenie długoterminowe są usługami użyteczności publicznej, które priorytetowo powinny traktować zasadę solidarności,
- L. zważywszy, że systemy ochrony zdrowia stanowiące część systemów zabezpieczenia społecznego Państw Członkowskich napotykać na wyzwania wynikające z nowych technologii badawczych i terapeutycznych, starzejącego się społeczeństwa (tj. znacznego wzrostu liczby osób słabych w bardzo podeszłym wieku, wymagających specjalnej oceny ich stanu zdrowia i stosownej opieki), powszechny wzrost oczekiwań ogółu społeczeństwa oraz oczekiwanie zagwarantowania powszechnego dostępu wszystkim obywateli do tych systemów,
- M. zważywszy, że starzenie się pracowników opieki zdrowotnej, a także wielu osób zapewniających bezpłatną opiekę, stanowi wyzwanie w niektórych Państwach Członkowskich,
- N. zważywszy, że nowe technologie diagnostyczne i terapeutyczne nie tylko zagrażają stabilności finansowej systemów ochrony zdrowia, lecz także — w szczególności — wprowadzają nowe możliwości i wzbudzają nadzieję w ustawicznej walce ludzkości z chorobami i starością; zważywszy, że jednak pamiętać należy również o wzrastającym ubóstwie wśród osób w podeszłym wieku,
- O. zważywszy, że najbardziej skuteczną i wydajną formą opieki zdrowotnej jest profilaktyka oraz uwzględniając, że przystępna, wysokiej jakości i dostępna dla wszystkich opieka prewencyjna prowadzi do zwiększenia średniej długości życia, zmniejszenia częstotliwości zapadania na różne choroby i do zmniejszenia wydatków związanych z opieką zdrowotną, a także pomaga zapewnić trwałe, długoterminowe finansowanie opieki zdrowotnej,
- P. zważywszy, że chociaż znaczna większość starszych osób prowadzi zdrowe i niezależne życie, wysoka ich liczba cierpi na choroby i niepełnosprawność, a zatem potrzebuje dostępu do wysokowartościowych i wysoko zintegrowanych usług socjalnych i świadczeń zdrowotnych zapewniających stosowną (tj. interdyscyplinarną i kompleksową) ocenę geriatryczną, co stanowi jedyny środek mogący zmniejszyć stopień niepełnosprawności oraz zapobiec niepotrzebnej długoterminowej opiece nad osobami z tej grupy,

Czwartek 28 kwiecień 2005

- Q. zważywszy, że nadrzędnym celem wszystkiego, co dotyczy zdrowia jest jednostka — pacjent; ma on zapewnioną opiekę zdrowotną i płaci za nią bezpośrednio lub w formie ubezpieczenia bądź też podatków; przeciętny człowiek jest w najwyższym stopniu zainteresowany dostępnością, przystępnością, odpowiedniością oraz jakością opieki i dlatego musi mieć zapewnione wyczerpujące informacje oraz posiadać pełne prawa i wybór w podejmowaniu decyzji pod względem korzystania z opieki zdrowotnej oraz możliwości, jakie ona oferuje,
- R. zważywszy, że na jakość opieki medycznej szczególny wpływ wywiera poziom i możliwość ciągłego kształcenia pracowników służby medycznej, odpowiednie warunki pracy i jej ochrony, dostępność wysokiej jakości technologii badawczych i terapeutycznych, poziom organizacji służby zdrowia i jakość komunikowania się oraz przepływu informacji pomiędzy usługodawcami w zakresie opieki zdrowotnej i pacjentami,
- S. zważywszy, że w związku z ogromnym wzrostem liczby słabych starszych osób istnieje pilna potrzeba rozwinięcia i promowania edukacji w zakresie gerontologii i geriatrii w ramach licencjackich, magisterskich i podyplomowych programów kształcenia w celu przekazania wszystkim pracownikom opieki zdrowotnej szczególowej wiedzy i umiejętności potrzebnych do zapewnienia tej grupie lepszej i bardziej odpowiedniej opieki,
- T. zważywszy, że europejski program działań Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego (2003-2008) zapewnia zintegrowane podejście do polityki zdrowia i ochrony zdrowia, opierając się m.in. na promocji zdrowia i wczesnej profilaktyce, zapobieganiu zagrożeniom dla zdrowia, uwzględnianiu przy określaniu i realizacji wszystkich polityk sektorowych wysokiego poziomu ochrony zdrowia oraz stawieniu czoła nierównościom społecznym, jako źródłu problemów zdrowotnych,
- U. zważywszy, że zdrowie — tak jak ekonomia — jest bardzo ważną dziedziną nauki i badań; stanowi niezmiernie rozległy obszar rozwoju naukowego oraz badań naukowych i zarazem praktycznego, codziennego stosowania wyników badań naukowych; jako sektor gospodarki, zdrowie zapewnia wysoką liczbę miejsc pracy oraz ma duże znaczenie gospodarcze,
- V. zważywszy, że, oprócz podstawowych prac badawczych istnieje silna potrzeba badań klinicznych rozwiązujących problemy zdrowotne, których obecnie doświadcza powiększająca się liczba słabych starszych osób oraz zmierzających do rozwinięcia nowych działań w celu zapewnienia opieki o najwyższej skuteczności i efektywności, przyczyniając się tym samym do wysokiej jakości życia,
- W. zważywszy, że sektor ochrony zdrowia jest ściśle powiązany ze wzrostem gospodarczym i zrównoważonym rozwojem, a więc nie powinien być postrzegany jedynie pod względem kosztów, lecz również w kategoriach produktywnej inwestycji, której można dokonać za pomocą skutecznej polityki zdrowotnej,
- X. zważywszy, że współpraca w sektorze opieki zdrowotnej jest elementem tworzenia zdrowszej Europy, której organizacja zasadniczo związana jest z odpowiedzialnością Państw Członkowskich; zważywszy, że dla ulepszenia i rozwoju wysokowartościowej, dostępnej i przyszłościowej opieki zdrowotnej istotna jest wymiana doświadczenia pomiędzy Państwami Członkowskimi; zważywszy, że opieka zdrowotna powinna odgrywać znaczącą rolę w strategii lizbońskiej;
- Y. zważywszy, że wzrasta zapotrzebowanie na opiekę domową, która umożliwia pacjentowi leczenie w znajomym mu otoczeniu domowym i uwzględniając, iż ten rodzaj opieki stanowi korzystne uzupełnienie leczenia szpitalnego i istotną usługę stwarzającą duże możliwości zatrudnienia,
- Z. zważywszy, że komunikat Komisji dotyczący Agendy Polityki Społecznej (COM(2000)0379) stwierdza, że wprowadzenie społecznego ubezpieczenia zdrowotnego było zasadniczym elementem reform opieki zdrowotnej, podkreślając fakt, że z dziesięciu nowych Państw Członkowskich siedem z nich preferuje system oparty na ubezpieczeniach niż system opierający się na podatkach,
1. dostrzega, że Komisja zamierza wspierać — między innymi w ramach otwartej metody koordynacji — władze krajowe (i tam, gdzie jest to stosowne, regionalne) w rozwoju i reformie systemów ochrony zdrowia oraz domaga się pełnego poszanowania całkowitej suwerenności władz krajowych (i, tam gdzie jest to stosowne, regionalnych) w dziedzinie organizacji ochrony zdrowia, a zwłaszcza poszczególnych systemów finansowania, umożliwiając im osiągnięcie wspólnie określonych celów w zakresie unowocześnienia systemów opieki społecznej;

Czwartek 28 kwiecień 2005

2. wskazuje, że stosowanie otwartej metody koordynacji nie może ograniczać kompetencji Państw Członkowskich, ani podważać zasady subsydiarności; wskazuje, że w przyszłości każde Państwo Członkowskie musi w dalszym ciągu samodzielnie podejmować decyzje odnośnie do sposobu osiągnięcia wspólnie określonych celów unowocześnienia systemów opieki społecznej;
3. wzywa Komisję i Państwa Członkowskie do pełniejszego uwzględnienia znaczenia profilaktyki i zdrowia przy ustalaniu celów i wskaźników wspólnotowych;
4. krytykuje fakt, że otwarta metoda koordynacji mająca zastosowanie w dziedzinie opieki zdrowotnej, w szczególności poprzez komputerowy system gromadzenia danych, wyraźnie przewyższa możliwości administracyjne Państw Członkowskich; proponuje, aby gromadzenie danych ograniczało się początkowo do kilku szczególnie istotnych obszarów;
5. z zadowoleniem przyjmuje decyzję Rady o wykorzystaniu otwartej metody koordynacji w dziedzinie opieki zdrowotnej i długoterminowego leczenia; potwierdza swoje poparcie dla trzech podstawowych celów – powszechnego dostępu niezależnie od dochodów lub stopnia zamożności, wysokiej jakości i długoterminowego zrównoważonego finansowania; wzywa Państwa Członkowskie do wyraźnego sprecyzowania tych priorytetów oraz do zapewnienia powszechnego dostępu bez zbyt długich list oczekujących, a także zaznacza, że należy podejmować nieustające wysiłki, aby zapewnić wzajemną zgodność tych celów; uważa, że prawa obywateli do jednakowej opieki zdrowotnej we wszystkich Państwach Członkowskich wymagają wzmocnienia; wzywa każde Państwo Członkowskie do podjęcia niezbędnych kroków, aby zapewnić poszanowanie tych praw oraz aby w szczególności turyści nie byli zmuszani do korzystania z kosztownego leczenia prywatnego, wbrew ich woli i z naruszaniem ich praw;
6. wzywa Państwa Członkowskie do rozważenia aktywnych działań zmierzających do zaspokojenia potrzeb z zakresu ochrony zdrowia najuboższych członków społeczeństwa oraz zapewnienia im dostępu do opieki zdrowotnej; zwraca uwagę, że powszechna opieka zdrowotna musi być oparta na solidarności i zorganizowaniu sieci bezpieczeństwa na rzecz zwalczania ubóstwa i wykluczenia społecznego, z której korzystałyby w szczególności osoby o niskich dochodach oraz te, których stan zdrowia wymaga intensywnej, długotrwałej, kosztownej opieki, w tym opieki paliatywnej i nad osobami umierającymi;
7. ubolewa, że Komisja zamierza unowocześnić system opieki społecznej w zakresie opieki zdrowotnej przede wszystkim pod kątem wymogów paktu stabilności; wyraża ubolewanie, że Komisja nie odwołuje się w swoim tekście do kształtowania się wydatków na opiekę zdrowotną w różnych sektorach (leczenie, opieka szpitalna, itd.) oraz do efektów profilaktyki w różnych Państwach Członkowskich;
8. zgadza się z tym, że systemy ochrony zdrowia w Unii stoją w obliczu wspólnych wyzwań ze względu na postęp medyczny i techniczny, powodujący wzrost kosztów, zmiany demograficzne, a zwłaszcza powiększającą się liczbą słabych, starszych osób cierpiących na wielorakie choroby, do czego dochodzą często ograniczenia z powodu niekorzystnych warunków socjalnych, rosnące zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne i produkty medyczne oraz ze względu na zwiększoną mobilność mieszkańców Wspólnoty;
9. wyraża pogląd, że starzenie się ludności stanowi wyzwanie, które zarazem powinno zostać wykorzystane do włączenia w działalność społeczeństwa i przedsiębiorstw osób z długim i cennym doświadczeniem, jako część procesu aktywnego starzenia się;
10. wskazuje, że dla dalszego rozwoju infrastruktury socjalnej, zwiększająca się średnia długość życia wymaga lepszej koordynacji świadczeń medycznymi i usług z zakresu opieki;
11. uznaje, że wzrastająca mobilność ludności Wspólnoty oraz imigracja z innych krajów może stanowić wyzwanie pod względem administracyjnym;
12. podkreśla znaczenie profilaktyki i przystępności dbania o własne zdrowie jako najbardziej skutecznych metod walki z chorobami oraz wzywa rządy Państw Członkowskich do propagowania koordynacji programów profilaktyki zdrowotnej skierowanych do różnych grup wiekowych, a także do ujęcia promowania zdrowia, zdrowego stylu życia, zdrowych warunków życia oraz zdrowej diety w ich priorytetach; wzywa również do uznania profilaktyki za wyraźnie wyższy priorytet w ramach faktycznie świadczonych usług, łącznie z działaniami prewencyjnymi obejmującymi profilaktyczne badania medyczne i szczepienia zgodne z wiedzą naukową; wzywa ponadto do zapewnienia powszechnego dostępu do tych działań; zaleca poddanie słabych starszych osób stosownym geriatrycznym badaniom przesiewowym w celu poprawy jakości ich życia oraz uniknięcia niepotrzebnej długoterminowej hospitalizacji i pobytu w domach opieki, co w znacznym stopniu przyczyni się do zmniejszenia wydatków na opiekę zdrowotną;

Czwartek 28 kwiecień 2005

13. zauważa, że choroby powodujące dużą liczbę zgonów (np. nowotwory, choroby układu krążenia) oraz dużą ilość kalectw (np. choroby układu mięśniowo-szkieletowego i inne choroby chroniczne związane z pracą, problemy zdrowotne wynikające np. z niezdrowej diety, nadużywania narkotyków, degradacji środowiska naturalnego i zmniejszonej aktywności fizycznej), mogą zostać w znacznej mierze ograniczone za pomocą ogólnej, międzysektorowej i indywidualnej polityki dotyczącej profilaktyki i poprawienia działań zmierzających do usunięcia czynników wywołujących chorobę występujących w środowisku pracy i życia; podkreśla zatem znaczenie rozwijania opieki zdrowotnej w miejscu pracy w celach profilaktycznych oraz wczesnego wykrywania chorób i problemów zdrowotnych;
14. podkreśla fakt, że główna rola w systemie opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej przypadają musi pojedynczemu człowiekowi, będącemu beneficjentem usług i konsumentem teŝe opieki; prawa jednostki są najważniejsze, a pierwszym z nich jest prawo do obszernej informacji o własnym stanie zdrowia, o możliwościach opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej oraz wyborze opieki oferowanej na rynku przez poszczególnych usługodawców;
15. wzywa Państwa Członkowskie i Komisję, aby, w szczególności za pomocą programu działań w zakresie ochrony zdrowia, zapewniły ujednoczenie sposobów gromadzenia danych oraz poprawę sytuacji dotyczącej danych, a także, aby umożliwiły one obywatelom i usługodawcom dostęp do informacji dotyczących opieki zdrowotnej i polityki zdrowotnej innych Państw Członkowskich dzięki obecnie tworzonemu portalowi mającemu dotyczyć aspektów zdrowotnych UE;
16. pozytywnie odnosi się do znaczenia, jakie Komisja przywiązuje do usprawnienia komunikowania się i współpracy interdyscyplinarnej i międzyagencyjnej w dziedzinie prewencji, diagnostyki i leczenia pomiędzy poszczególnymi usługodawcami z zakresu opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej; uważa, że w dziedzinie komunikowania się i współpracy kluczową rolę odgrywa lekarz pierwszego kontaktu, a dzielenie się dostępnymi informacjami prowadzi do wyższej jakości i efektywności udzielanej opieki, zmniejszenia ryzyka poniesienia przez pacjenta uszczerbku na zdrowiu, a także do większej skuteczności przy wykorzystaniu zasobów ludzkich i dostępnych środków;
17. wyraża zaniepokojenie z istniejących poważnych różnic pomiędzy starymi Państwami Członkowskimi a większością nowych Państw Członkowskich dotyczących stanu zdrowia ich ludności oraz dostępu, jakości i przyznanych środków w dziedzinie ochrony zdrowia i opieki długoterminowej; wzywa Komisję i stare Państwa Członkowskie do wspierania nowych Państw Członkowskich w ich wysiłkach służących poprawie ochrony zdrowia i opieki długoterminowej za pomocą programu działań w zakresie zdrowia oraz innych stosownych instrumentów, w szczególności otwartej metody koordynacji;
18. podkreśla znaczenie opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej oraz opieki społecznej w gospodarkach krajowych dzięki duŝej liczbie osób, którym dają one obecnie zatrudnienie, oraz możliwości tworzenia wielu miejsc pracy w przyszłości wraz z usługodawcami z zakresu opieki, sprzyjając w ten sposób większej konkurencji, a tym samym większemu potencjałowi wzrostu gospodarek krajowych; uważa, iż stopniowe starzenie się ludności UE będzie wymagało przeznaczenia większych zasobów finansowych i ludzkich na pomoc starszym osobom; stwierdza również, że w wielu Państwach Członkowskich istnieje pilna potrzeba podjęcia aktywnych działań w celu rekrutacji i kontynuacji zatrudnienia pracowników opieki zdrowotnej;
19. wskazuje, że rosnące zapotrzebowanie na usługi w sektorze zdrowotnym i opieki tworzy dodatkowe miejsca pracy o coraz wyższej jakości;
20. wzywa rządy Państw Członkowskich do przyjęcia efektywnych środków mających na celu polepszenie sytuacji osób korzystających z opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej, do wspierania usprawnionego dostępu ogółu społeczeństwa do informacji i do poprawy warunków na jakich pojedynczy człowiek może swobodnie podejmować decyzje dotyczące korzystania z opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej; uważa, iż aby stało się to możliwe, niezbędna jest różnorodność usługodawców z zakresu opieki oraz dostęp do informacji dotyczących zdrowego stylu życia oraz możliwości profilaktycznych, diagnostycznych i terapeutycznych, a dostęp do tego typu informacji nie może być ograniczany, szczególnie, gdy w grę wchodzi oszczędzanie środków publicznych;
21. wskazuje, że niektóre Państwa Członkowskie podnoszą udział kosztów ochrony zdrowia ponoszonych przez pacjentów i w związku z tym wzywa do umożliwienia grupom znajdującym się w niekorzystnym położeniu dalszego korzystania z dostępu do odpowiedniej opieki zdrowotnej;
22. wyraża zaniepokojenie, że w wielu Państwach Członkowskich czas oczekiwania na leczenie – zarówno w pilnych, jak i w mniej nagłych przypadkach – jest zbyt długi; wzywa te Państwa Członkowskie do podjęcia wysiłków zmierzających do skrócenia czasu oczekiwania; wzywa Państwa Członkowskie do ścisłej współpracy we wszelkich przypadkach długiego czasu oczekiwania, w których nie jest możliwe ter-

Czwartek 28 kwiecień 2005

minowe podjęcie porównywalnie lub równie skutecznego leczenia pacjentów w kraju, w celu zapewnienia wszystkim obywatelom UE wysokiego poziomu ochrony zdrowia i zabezpieczenia społecznego, przy jednoczesnym należyтым poszanowaniu zasady subsydiarności, równowagi systemów krajowych oraz równowagi finansowej;

23. wzywa rządy Państw Członkowskich do zapewnienia praktycznego wsparcia dla przepływu informacji (także pomiędzy poszczególnymi agencjami i specjalizacjami zaangażowanymi w opiekę nad pacjentami) i wykorzystywania elektronicznych technologii komunikowania się w opiece zdrowotnej i opiece długoterminowej; wzywa Komisję i rządy Państw Członkowskich do zapewnienia większego i bardziej systematycznego wsparcia dla rozwoju tzw. elektronicznej opieki zdrowotnej;

24. wyraża zaniepokojenie, że w wielu Państwach Członkowskich, chociaż w różnym stopniu, pogłębia się niedobór dobrze wyszkolonych lekarzy oraz personelu medycznego i opiekuńczego; wzywa Państwa Członkowskie do podjęcia wysiłków zmierzających do poprawy jakości pracy, zwiększenia atrakcyjności tych zawodów oraz usunięcia obecnych braków personelu; podkreśla potrzebę promowania szkolenia oraz dokształcania ochotników i pracowników posiadających kwalifikacje w tej dziedzinie;

25. wyraża ubolewanie, że w kwestiach podlegających wzmocnionej koordynacji nie przywiązuje się należytej uwagi do sprzężenia zwrotnego w relacji z podmiotami tworzącymi bazę; zwraca dlatego też uwagę, że w obrębie funkcjonujących modeli zarządzania istotną pozycję zajmuje przepływ informacji z dołu do góry;

26. ubolewa, że nie przywiązuje się ogólnie większej uwagi do naukowych analiz zapotrzebowania; przypomina, że dane naukowe innych organizacji nie mogą zostać przejęte bez uprzedniego ich zweryfikowania; zaleca, by opracowywanie własnych danych następowało w większej mierze poprzez istniejące programy badawcze;

27. wzywa rządy Państw Członkowskich do ściślejszego ujednoczenia systemów edukacji i szkolenia pracowników opieki zdrowotnej, do poczynienia postępów w zakresie wzajemnego uznawania kwalifikacji zawodowych ułatwiających mobilność specjalistów opieki zdrowotnej oraz koordynowania i ujednoczenia w większym stopniu wymogów związanych z wyposażeniem placówek opieki medycznej, oraz wykorzystywania nowych technologii terapeutycznych i badawczych a tym samym promowania porównywalnego poziomu jakości opieki medycznej we wszystkich Państwach Członkowskich;

28. podkreśla, że długoterminowe zrównoważone finansowanie można jedynie zapewnić poprzez optymalne wykorzystanie istniejących zasobów; wskazuje, że cel ten można osiągnąć jedynie pod warunkiem większej niż aktualnie przejrzystości jakości opieki zdrowotnej, jeżeli Państwa Członkowskie wprowadzą systematyczne programy na rzecz zapewnienia jakości oraz wytyczne w zakresie leczenia oparte na dowodach naukowych oraz jeżeli wykorzystają one fundusze publiczne wyłącznie na produkty i technologie medyczne przynoszące stwierdzone korzyści;

29. podkreśla potrzebę prowadzenia przez Państwa Członkowskie bliższych obserwacji postępu medycznego i technicznego w świetle skuteczności, korzyści i opłacalności ekonomicznej; zdecydowanie opowiada się za zbadaniem przez Komisję możliwości połączenia w sieć i koordynacji oceny technologii zdrowotnej oraz wytycznych medycznych podjętych przez Państwa Członkowskie;

30. wzywa Państwa Członkowskie do przedstawienia wstępnych raportów krajowych przed kolejnym posiedzeniem Rady Europejskiej;

31. uważa, że opieka zdrowotna nad słabymi starszymi osobami stanowi odpowiedni obszar badań naukowych na poziomie europejskim;

32. wzywa Komisję do przedłożenia do końca 2005 r. propozycji dotyczących kierunków polityki, wspólnych celów, metod działań i szczegółowych harmonogramów; podkreślając równocześnie, iż odpowiedzialność za opiekę zdrowotną nad obywatelami ponoszą poszczególne Państwa Członkowskie;

33. podkreśla, że należy wykazać dużą rozwagę przy określaniu wskaźników i interpretacji wyników oraz że należy respektować różnice występujące pomiędzy systemami ochrony zdrowia; wzywa w szczególności do określenia wskaźników w celu dokonywania pomiarów równości dostępu, jakości i skuteczności opieki;

Czwartek 28 kwiecień 2005

34. wzywa Radę Europejską do przyjęcia wiosną 2006 r. zintegrowanych ram w dziedzinie opieki społecznej oraz przyjęcia standardowego wykazu wspólnych celów w obszarach integracji społecznej, emerytur, opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej w celu racjonalizacji otwartej metody koordynacji;
35. wzywa Radę i Komisję do poinformowania Parlamentu Europejskiego o swoich propozycjach;
36. wzywa Państwa Członkowskie i Komisję do większego niż dotychczas zaangażowania organizacji pacjentów w decyzje dotyczące polityki zdrowotnej oraz do udzielenia odpowiedniego wsparcia ich działaniom;
37. wzywa Komisję i Państwa Członkowskie do zwrócenia należytej uwagi na aspekty charakterystyczne w opiece zdrowotnej nad kobietami; wzywa Komisję do przedstawienia nowego sprawozdania w sprawie sytuacji zdrowotnej kobiet w Unii Europejskiej;
38. zobowiązuje swojego Przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie oraz Komisji, jak również komitetowi ds. opieki społecznej oraz parlamentom Państw Członkowskich.

P6_TA(2005)0153**Rynki finansowe****Rezolucja Parlamentu Europejskiego w sprawie aktualnego stanu integracji rynków finansowych UE (2005/2026(INI))**

Parlament Europejski,

- uwzględniając implementację Planu działania w zakresie usług finansowych (FSAP) (COM(1999)0232) przyjętego przez Komisję, w szczególności dyrektywę 2003/71/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. w sprawie prospektu emisyjnego publikowanego w związku z publiczną ofertą lub dopuszczeniem do obrotu papierów wartościowych⁽¹⁾, dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2003/6/WE z dnia 28 stycznia 2003 r. w sprawie wykorzystywania poufnych informacji i manipulacji na rynku (nadużyć na rynku)⁽²⁾, dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/39/WE z dnia 21 kwietnia 2004 w sprawie rynków instrumentów finansowych⁽³⁾ i dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/109/WE z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie ujednoczenia wymogów przejrzystości informacji dotyczących emitentów, których papiery wartościowe zostały dopuszczone do obrotu na rynku regulowanym⁽⁴⁾,
- uwzględniając dyrektywy 2001/107/WE⁽⁵⁾ i 2001/108/WE⁽⁶⁾ Parlamentu Europejskiego i Rady 2001/107/WE z dnia 21 stycznia 2002 r. zmieniające dyrektywę Rady 85/611/EWG w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych dotyczących przedsiębiorstw zbiorowego inwestowania w zbywalne papiery wartościowe (UCITS)⁽⁷⁾,
- uwzględniając trzecie sprawozdanie Międzyinstytucjonalnej Grupy Monitoringu dotyczące Procesu Lamfalussy'ego,
- uwzględniając cztery sprawozdania czterech niezależnych grup ekspertów w sprawie stanu integracji finansowej w sektorach bankowym, ubezpieczeniowym, papierów wartościowych i zarządzania aktywami opublikowane przez Komisję w maju 2004 r. oraz komentarze uczestników rynków finansowych na temat tychże sprawozdań,
- uwzględniając rezolucję z dnia 21 listopada 2002 r. w sprawie zasad nadzoru ostrożnościowego w Unii Europejskiej⁽⁸⁾,
- uwzględniając rezolucję z dnia 15 stycznia 2004 r. w sprawie przyszłości funduszy podwyższonego ryzyka (hedge funds) i instrumentów pochodnych⁽⁹⁾,

⁽¹⁾ Dz.U. L 345 z 31.12.2003, str. 64.

⁽²⁾ Dz.U. L 96 z 12.4.2003, str. 16.

⁽³⁾ Dz.U. L 145 z 30.4.2004, str. 1.

⁽⁴⁾ Dz.U. L 390 z 31.12.2004, str. 38.

⁽⁵⁾ Dz.U. L 41 z 13.2.2002, str. 20.

⁽⁶⁾ Dz.U. L 41 z 13.2.2002, str. 35.

⁽⁷⁾ Dz.U. L 375 z 31.12.1985, str. 3.

⁽⁸⁾ Dz.U. C 25 E z 29.1.2004, str. 394.

⁽⁹⁾ Dz.U. C 92 E z 16.4.2004, str. 407.