

Czwartek, 7 października 2010 r.

65. uważa, że swapy ryzyka kredytowego nie powinny być używane w celu obejścia wymogów kapitałowych;

66. wzywa do proporcjonalnego traktowania ryzyka kredytowego kontrahenta i do tego, aby wymogi kapitałowe dla transakcji rozliczanych poza systemami partnerów centralnych były wyższe od wymogów dla transakcji za pośrednictwem partnera centralnego, pod warunkiem, że partner centralny spełnia wysokiej jakości wymogi określone w prawodawstwie europejskim, przy jednoczesnym uwzględnieniu norm uzgodnionych na szczeblu międzynarodowym i biorąc pod uwagę potencjalne koszty ponoszone przez przedsiębiorstwa, a wynikające z wykorzystywania instrumentów pochodnych do zabezpieczania ich działalności handlowej; wzywa do zachęcania do stosowania najwyższych standardów w przypadku rozliczeń dwustronnych;

67. podkreśla fakt, że kryzys pokazał, iż powiązania między instytucjami finansowymi są większe niż powiązania między instytucjami finansowymi a spółkami, oraz jest zdania, że wymogi kapitałowe dotyczące ryzyka kredytowego kontrahenta powinny być surowsze w przypadku wierzycelności instytucji finansowych wobec innych instytucji finansowych, a także odzwierciedlać dynamikę tego ryzyka na przestrzeni czasu; podkreśla, że staranna kontrola powiązań jest konieczna do wykrywania koncentracji transakcji między wielkimi podmiotami i przyjmowania następnie środków regulacyjnych dotyczących ryzyka kredytowego kontrahenta;

*

* *

68. zobowiązuje swojego przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie, Komisji, rządowi i parlamentom państw członkowskich, Eurogrupie oraz Europejskiemu Bankowi Centralnemu.

Systemy opieki zdrowotnej w Afryce Subsaharyjskiej i zdrowia na świecie

P7_TA(2010)0355

Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 7 października 2010 r. w sprawie systemów opieki zdrowotnej w Afryce subsaharyjskiej i zdrowia na świecie (2010/2070(INI))

(2011/C 371 E/06)

Parlament Europejski,

- uwzględniając art. 25 Powszechnej deklaracji praw człowieka, który uznaje zdrowie za jedno z praw podstawowych,
- uwzględniając prawo każdego człowieka do korzystania z jak najlepszego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego osiągalnego w jego przypadku,
- uwzględniając inicjatywę z Bamako z 1987 r. i ustalony w niej cel, jakim jest „zdrowie dla wszystkich w 2000 r.”,
- uwzględniając oświadczenie z Alma-Aty z 1978 r., definiujące pojęcie podstawowej opieki zdrowotnej,
- uwzględniając ottawską kartę promocji zdrowia z 1986 r.,
- uwzględniając propozycję Funduszu Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF), przyjętą w 1987 r. przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i mającą na celu ożywienie polityki podstawowej opieki zdrowotnej oraz zwalczanie umieralności dzieci,
- uwzględniając platformę abidżańską z 1998 r., poświęconą strategiom wspierania wzajemnych ubezpieczeń zdrowotnych w Afryce,

Czwartek, 7 października 2010 r.

- uwzględniając milenijne cele rozwoju przyjęte przez ONZ w 2000 r., dotyczące głównie rozwoju społecznego (zdrowie i edukacja), wody i energii, rozwoju obszarów wiejskich, rolnictwa i bezpieczeństwa żywnościowego, a w szczególności cel 1, 4, 5, 6 i 8,
- uwzględniając umowy z Kotonu z dnia 23 czerwca 2000 r., zmienione w dniu 25 czerwca 2005 r.,
- uwzględniając priorytety Unii Europejskiej określone w grudniu 2005 r. w europejskim konsensusie w sprawie rozwoju,
- uwzględniając konferencję międzynarodową, która odbyła się w 2008 r. w Wagadugu, poświęconą podstawowej opiece zdrowotnej i systemom służby zdrowia w Afryce, oraz podjęte przez obecne na niej głowy państw zobowiązanie do podniesienia poziomu zasobów przyznawanych na zdrowie do co najmniej 15 % budżetów krajowych,
- uwzględniając oświadczenia Unii Gospodarczej i Walutowej Afryki Zachodniej dotyczące wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego dla mieszkańców, a także jej rozporządzenie nr 7/2009 z dnia 26 czerwca 2009 r. w sprawie uregulowania wzajemnych ubezpieczeń społecznych w Unii Gospodarczej i Walutowej Afryki Zachodniej,
- uwzględniając X Europejski Fundusz Rozwoju (na lata 2008-2013) oraz decyzję Rady z grudnia 2005 r.,
- uwzględniając deklarację paryską z marca 2007 r., wydaną po konferencji „konsorcjum” (G8, Międzynarodowe Biuro Pracy, WHO, Bank Światowy, Międzynarodowy Fundusz Walutowy, OECD) poświęconej ubezpieczeniu od ryzyka zachorowania,
- uwzględniając priorytety funduszu powierniczego UE-Afryka określone w kwietniu 2007 r., a szczególnie część poświęconą rozwojowi sieci infrastruktury w Afryce,
- uwzględniając światową inicjatywę „międzynarodowe partnerstwo dla zdrowia”, przedstawioną w Londynie w dniu 5 września 2007 r. i mającą na celu lepszą koordynację pomocy zewnętrznej w wymiarze dwu- i wielostronnym,
- uwzględniając szczyt G8 z czerwca 2007 r. oraz rozpoczęcie realizacji inicjatywy „Providing for health” na rzecz tworzenia trwałych i sprawiedliwych systemów finansowania opieki zdrowotnej, powszechnych i nastawionych na potrzeby ludzi ubogich,
- uwzględniając nowy unijny instrument finansowania współpracy na rzecz rozwoju,
- uwzględniając sprawozdanie specjalne Trybunału Obrachunkowego Unii Europejskiej nr 10/2008 dotyczące europejskiej pomocy na rzecz usług zdrowotnych w Afryce subsaharyjskiej,
- uwzględniając wspólną strategię Unii Afrykańskiej i Unii Europejskiej na rzecz zdrowia, określoną w Lizbonie w grudniu 2007 r.,
- uwzględniając wspólny nieoficjalny dokument prezydencji i Komisji przyjęty na nieformalnym posiedzeniu ministrów ds. rozwoju, które odbyło się we wrześniu 2008 r. w Bordeaux, dotyczący ubezpieczenia od ryzyka zachorowania oraz finansowania systemów służby zdrowia w krajach rozwijających się,
- uwzględniając deklarację z Algieru z 2008 r. w sprawie badań naukowych w dziedzinie zdrowia,
- uwzględniając deklarację z Durbanu z 2008 r. w sprawie higieny i infrastruktury sanitarnej,
- uwzględniając deklarację z Libreville z sierpnia 2008 r. w sprawie zdrowia i środowiska naturalnego w Afryce,

Czwartek, 7 października 2010 r.

- uwzględniając deklarację z Bali z 2008 r. w sprawie gospodarowania odpadami w perspektywie zdrowia ludzi,
 - uwzględniając konkluzje konferencji, która odbyła się w Oslo w październiku 2008 r. i dotyczyła wytycznych jako narzędzi umożliwiających poszanowanie praw przesiedleńców wewnętrznych, tzn. osób przesiedlonych wbrew własnej woli wskutek konfliktów, prześladowań, klęsk żywiołowych oraz projektów rozwojowych, bez względu na to, czy przekroczyły one granicę państwową, czy nie,
 - uwzględniając cele wyznaczone przez EuropAID na okres 2009-2013,
 - uwzględniając przeprowadzone przez Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża badanie dotyczące prawa zwyczajowego, w którym zdrowie uznano za zwyczajową normę międzynarodowego prawa humanitarnego, której należy przestrzegać,
 - uwzględniając oświadczenie Międzynarodowego Stowarzyszenia Ubezpieczeń Wzajemnych (z czerwca 2009 r.) w sprawie miejsca ubezpieczeń wzajemnych w powszechnych systemach ochrony zdrowia,
 - uwzględniając prace prowadzone w ramach programu STEP I i STEP II (strategie i techniki przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu i ubóstwu) Międzynarodowego Biura Pracy, mające na celu zwalczanie wykluczenia społecznego, ograniczanie ubóstwa i propagowanie godnej pracy za pomocą nowatorskich strategii upowszechniania opieki społecznej,
 - uwzględniając deklarację z Jaunde z września 2009 r., zatwierdzoną przez członków sieci uzgodnień między podmiotami działającymi na rzecz tworzenia towarzystw wzajemnych ubezpieczeń zdrowotnych w Afryce (Concertation), w której uznano tworzenie towarzystw wzajemnych ubezpieczeń zdrowotnych za odpowiednią formę działań na rzecz upowszechniania ubezpieczeń w krajach o niskich i średnich dochodach,
 - uwzględniając przyjęcie w kwietniu 2009 r. przez radę szefów sekretariatów wszystkich organów ONZ „światowej inicjatywy na rzecz powszechnego fundamentu opieki społecznej” w oparciu o spójny i zorganizowany zestaw podstawowych świadczeń socjalnych i fundamentalnych usług społecznych, do których należy ochrona zdrowia i które powinny być dostępne dla wszystkich obywateli,
 - uwzględniając prace Wspólnego Zgromadzenia Parlamentarnego UE-AKP z dnia 3 grudnia 2009 r., a w szczególności jego rezolucję w sprawie problemów rolnictwa i zmian klimatu, które mogą przynieść tylko negatywne konsekwencje dla zdrowia publicznego, a także inicjatywę „klimat na rzecz rozwoju Afryki”,
 - uwzględniając komunikat Komisji z dnia 31 marca 2010 r. (COM(2010)0128) mający na celu propagowanie roli Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia na świecie,
 - uwzględniając wnioski z 3011. posiedzenia Rady do Spraw Zagranicznych, które odbyło się w dniu 10 maja 2010 r. i było poświęcone roli Unii Europejskiej w dziedzinie opieki zdrowotnej na świecie,
 - uwzględniając art. 48 Regulaminu,
 - uwzględniając sprawozdanie Komisji Rozwoju (A7-0245/2010),
- A. mając na uwadze, że fundusze pionowe w sektorze opieki zdrowotnej zdołały obniżyć wskaźniki umieralności na poważne choroby, np. gruźlicę, malarię itp., a także mając na uwadze, że należy kontynuować wysiłki w tej dziedzinie,
- B. mając na uwadze, że społeczność międzynarodowa, w tym UE, musi wspierać państwa w realizacji krajowej polityki zdrowotnej, zaś w centrum tych starań należy umieścić dostępne dla wszystkich świadczenia zdrowotne finansowane przez organy publiczne,

Czwartek, 7 października 2010 r.

- C. mając na uwadze, że systemy opieki zdrowotnej muszą zapewniać pokrywanie kosztów leczenia wszystkich chorób, w związku z czym oba podejścia, zarówno poziome, jak i pionowe, są niezbędne i wzajemnie się uzupełniają,
- D. mając na uwadze, że podejście poziome o dobrze ustalonej strukturze pozwala na rozważenie wprowadzenia systemów ubezpieczeń (wzajemnych ubezpieczeń zdrowotnych, mikroubezpieczeń zdrowotnych itp.), w których ubezpieczeni stają się podmiotami działań na rzecz własnego zdrowia,
- E. mając na uwadze, że zdrowie nie jest towarem ani w Afryce, ani nigdzie indziej, w związku z czym należy poszukiwać nienastawionych na zysk podejść do ubezpieczeń zdrowotnych, opierających się wartościach solidarności i demokracji,
- F. mając na uwadze, że w latach 90. w Afryce podejmowano liczne inicjatywy mające na celu wprowadzenie systemów ubezpieczeń od ryzyka zachorowania, a także mając na uwadze, że należy podtrzymywać powstałą dzięki nim dynamikę społeczną,
- G. mając na uwadze, że terminologia stosowana przez państwa anglojęzyczne, francuskojęzyczne oraz te, w których używa się języków afrykańskich, różni się i nie zawsze obejmuje to samo pojęcie: jedni mówią o „towarzystwach wzajemnych ubezpieczeń zdrowotnych” (mutual health organisations), drudzy o „społecznościowych ubezpieczeniach zdrowotnych” (community based health insurance), jeszcze inni o „mikroubezpieczeniach zdrowotnych”, a terminy te obejmują szeroki wachlarz środków solidarnościowych opartych na wspólnym ponoszeniu ryzyka w celu pokrycia części lub całości kosztów usług zdrowotnych,
- H. mając na uwadze, że termin „towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych” kładzie nacisk na ruch społeczny oraz wspólne działanie grupy członków oraz że termin „ubezpieczenie” opiera się na: 1) uprzednim opłaceniu składek (przed wystąpieniem ryzyka), 2) wspólnym ponoszeniu ryzyka oraz 3) pojęciu gwarancji, mając na uwadze, że według platformy abidżańskiej z 1998 r. towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych można zdefiniować jako niezależne stowarzyszenie typu non-profit oparte na solidarności i demokratycznym uczestnictwie, którego celem jest poprawa dostępu członków i ich rodzin do usług zdrowotnych dobrej jakości głównie dzięki składkom członków, a jednocześnie prowadzi działania z zakresu opieki społecznej i wzajemnej pomocy,
- I. mając na uwadze, że z racji warunków społecznych i humanitarnych, w jakich żyją niektóre społeczeństwa, obywatele nie zawsze rozumieją pojęcie przeczności i związaną z nim konieczność opłacania składek, by ubezpieczyć się na wypadek choroby, która może nie nadejść, tym bardziej, że różnego rodzaju organizacje pozarządowe mogą jednocześnie świadczyć darmowe usługi medyczne i dostarczać lekarstw,
- J. mając na uwadze, że afrykańska diaspora subsaharyjska została wyczulona na kwestię przydatności i znaczenia wzajemnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach przyjmujących, w których są one dobrze rozwinięte, oraz fakt, że diaspora często utrzymuje ścisłe kontakty z krajem pochodzenia,
- K. mając na uwadze, że nie istnieje uniwersalny system opieki zdrowotnej, który można by zastosować w Afryce, podobnie jak ma to miejsce w Europie, gdzie występują różne powszechne systemy opieki społecznej i obowiązkowe systemy ubezpieczeń społecznych,
1. przypomina, że sektor zdrowia odzwierciedla poziom społeczno-gospodarczy oraz stan demokracji i dobrych rządów w poszczególnych państwach;
 2. przypomina o wpływie czynników zewnętrznych, np. zasad obowiązujących w handlu międzynarodowym, polityki na rzecz współpracy, kryzysu finansowego, zmian klimatu, polityki koncernów farmaceutycznych, polityki dużych międzynarodowych instytucji finansowych, na gospodarkę krajów subsaharyjskich;
 3. podkreśla, że wspomniane czynniki zewnętrzne mogą drastycznie ograniczać pole manewru państw chcących dobrze sprawować rządy, a także mogą mieć poważny wpływ na zdrowie mieszkańców;

Czwartek, 7 października 2010 r.

4. przypomina, że powszechne prawo do zdrowia to prawo przekrojowe, powiązane z innymi dziedzinami prawa, np. prawem sanitarnym i socjalnym, prawem pracy i prawem cywilnym;
5. przypomina wspólnocie międzynarodowej o zobowiązaniach podjętych na rzecz osiągnięcia milenijnych celów rozwoju, a Unii Europejskiej o zobowiązaniu do usprawnienia pomocy świadczonej w zakresie służby zdrowia w Afryce subsaharyjskiej;
6. przypomina o prawie kobiet do decydowania bez ograniczeń w sprawach dotyczących ich zdrowia reprodukcyjnego, które obejmuje kwestie prokreacji, antykoncepcji, aborcji, a także chorób przenoszonych drogą płciową; potępia okaleczenia narządów płciowych i niesłychane okrucieństwa wciąż jeszcze popełniane wobec kobiet, zważywszy że gwałt nadal wykorzystywany jest jako narzędzie walki; opowiada się w związku z tym za prawem kobiet do dostępu do opieki zdrowotnej w tym zakresie, zapewnianej w podejściu horyzontalnym, i apeluje o przekrojowe podejście pozwalające na priorytetowe wsparcie tej dziedziny zdrowia;
7. przypomina, że dostęp do programów szczepień i podnoszenia odporności jest prawem każdego dziecka; przypomina też, że co roku na choroby, którym można zapobiec i które można wyleczyć, nadal umiera 8,8 mln dzieci w wieku poniżej 5 lat, z czego połowa w Afryce subsaharyjskiej;
8. przypomina, że głównymi przyczynami umieralności dzieci w Afryce subsaharyjskiej są zapalenie płuc i biegunka;
9. wyraża zaniepokojenie faktem, że prywatne organizacje korzystające z funduszy europejskich i zapewniające mieszkańcom Afryki opiekę zdrowotną mogą ograniczać – pod wpływem ruchów religijnych – niektóre zabiegi lub formy profilaktyki w zakresie zdrowia reprodukcyjnego;
10. podkreśla, że prywatne organizacje korzystające z funduszy europejskich muszą świadczyć usługi z zakresu zdrowia reprodukcyjnego przy poszanowaniu praw podstawowych, godności człowieka i wolności osobistej;
11. potępia mnożące się organizacje sekciarskie, które wykonują pseudozabiegi, korzystając z łatwości mieszkańców znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji, na co nie reagują istniejące władze;
12. wyraża zaniepokojenie coraz powszechniejszym traktowaniem zdrowia jak towaru oraz występowaniem medycyny „dwóch prędkości” w krajach przechodzących trudności polityczne i doświadczających niedostatków w zakresie dobrych rządów;
13. popiera godną podziwu pracę organizacji pozarządowych działających w regionach ogarniętych konfliktami, przypomina jednak, że praca ta, wykonywana w sytuacjach nagłych, nie może przekształcić się w zjawisko trwałe ani zastępować trwałych systemów opieki zdrowotnej i ubezpieczeń;
14. podkreśla bardzo istotną rolę, jaką w poprawie zdrowia ludności i propagowaniu edukacji zdrowotnej odgrywają podmioty niepaństwowe, a wśród nich organizacje religijne, w tym prywatne szpitale nienastawione na zysk;
15. zwraca się do Komisji o wspieranie doskonalenia krajowych systemów opieki zdrowotnej, zwłaszcza z wykorzystaniem metody, która w centrum uwagi stawia interes publiczny i uznaje znaczenie partnerstwa publiczno-prywatnego – w tym nienastawionego na zysk – dla sektora opieki zdrowotnej, opierając się przy tym na kryteriach skuteczności i równości, gdyż tylko tak można osiągać zrównoważone i trwałe rezultaty;
16. stwierdza, że znaczna część mieszkańców Afryki subsaharyjskiej, zwłaszcza na obszarach wiejskich, nie jest w stanie ponosić kosztów opieki zdrowotnej i leków, nawet generycznych;

Czwartek, 7 października 2010 r.

17. jest wyraźnie zaniepokojony obrotem przeterminowanymi, sfałszowanymi lub podrobionymi lekarami na afrykańskim rynku, a także słabą reakcją organów krajowych i wspólnoty międzynarodowej;
18. jest zaniepokojony ogromnym niedoborem dobrze wykształconego personelu medycznego i faktem, że wielu lekarzy wyjeżdża z kraju pochodzenia; proponuje dać im możliwość uzyskania wizy wielokrotnego wjazdu, by mogli kontynuować naukę w Europie, nie odcinając się przy tym od swych korzeni w Afryce;
19. ubolewa nad niedoborem wykwalifikowanego personelu medycznego – lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów – w wielu krajach afrykańskich oraz nad zatrudnianiem szeregu tych osób przez państwa europejskie, które tym samym pozbawiają te kraje zasobów cennych dla ich rozwoju;
20. podkreśla, że w krajach rozwijających się coraz częściej występują zabójcze choroby, jakimi są nowotwory u dzieci, i zwraca się do Komisji o zachęcanie do kampanii informacyjnych na rzecz wczesnego diagnozowania i skutecznego leczenia;
21. z zadowoleniem przyjmuje fakt, że mimo trudności społecznych, gospodarczych i politycznych wiele krajów subsaharyjskich stara się realizować politykę mogącą zwiększyć lub umożliwić dostęp mieszkańców przynajmniej do podstawowej opieki zdrowotnej; zwraca się do Komisji Europejskiej, aby w odniesieniu do sektora zdrowia szczegółowo oceniła wyniki osiągnięte w zakresie poprawy sytuacji zdrowotnej (umieralność matek i dzieci) za sprawą mechanizmu finansowania wsparcia na rzecz budżetu ogólnego państw; wnosi ponadto o uwzględnienie innych mechanizmów finansowania;
22. przypomina o znaczeniu edukacji zdrowotnej i nauki o higienie w polityce zdrowotnej;
23. uważa, że państwa muszą organizować funkcjonalną, skuteczną, dostępną społecznie i przystępną finansowo służbę zdrowia przy uwzględnieniu kwestii organizacji popytu na usługi zdrowotne, a tym samym miejsca wzajemnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie służby zdrowia; jest zdania, że wymaga to utworzenia systemu ewidencji ludności;
24. podkreśla kluczową rolę władz lokalnych w poprawie profilaktyki i dostępu do opieki zdrowotnej;
25. z zadowoleniem przyjmuje sukcesy osiągnięte przez fundusze pionowe pod względem atrakcyjności dla darczyńców oraz pod względem postępów w zakresie zwalczania poważnych chorób, np. AIDS, gruźlicy, malarii, choroby Heinego-Medina i innych; podkreśla jednak z naciskiem, że podejście pionowe nie może w żadnym wypadku zastępować trwałego podejścia poziomego w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
26. przypomina, że podejście poziome dotyczące systemów podstawowej opieki zdrowotnej, obejmujące wkład ze strony organów publicznych, ale również wielu innych podmiotów, to jedyne podejście mogące przynieść docelowo poprawę warunków życia i zdrowia mieszkańców;
27. podkreśla, że w krótkiej perspektywie mało prawdopodobne jest, by państwa te mogły finansować krajowe systemy opieki zdrowotnej wyłącznie z wpływów z podatków, dlatego też poszukiwać należy mieszanych systemów finansowania; przypomina też, że współfinansowanie służy przyjmowaniu na siebie odpowiedzialności za projekty przez kraje partnerskie;
28. z zadowoleniem przyjmuje przekrojowe podejście niektórych funduszy pionowych, które zdecydowały przeznaczyć część swoich zasobów na umocnienie systemów opieki zdrowotnej krajów, w których występują choroby, na jakie ukierunkowana jest ich działalność; zauważa jednak konieczność propagowania współpracy zdrowotnej obejmującej jednostki bliźniacze i stałe wymiany (zwłaszcza w postaci telemedycyny) między szpitalami oraz państwowymi i niepaństwowymi podmiotami służby zdrowia, zarówno z Północy, jak i z Południa, przy priorytetowym traktowaniu szkolenia miejscowych pracowników służby zdrowia;

Czwartek, 7 października 2010 r.

29. uważa, że najważniejsi partnerzy na szczeblu lokalnym, krajowym i międzynarodowym powinni zawrzeć strategiczne przymierza oraz że konieczne jest prowadzenie dialogu instytucjonalnego między rządem, usługodawcami i podmiotami sektora ubezpieczeń wzajemnych, aby określić ramy polityki zdrowotnej i pilotować jej wdrażanie;
30. podobnie jak Światowa Organizacja Zdrowia uważa, że rozszerzenie opieki zdrowotnej musi iść w parze z opieką społeczną opartą raczej na składkach wpłacanych z góry i podziale kosztów niż na opłatach wnoszonych bezpośrednio przez użytkowników oraz że reformy mające na celu zapewnienie powszechnego ubezpieczenia stanowią warunek niezbędny do poprawy równego dostępu do opieki zdrowotnej;
31. uważa, że system ubezpieczeń zdrowotnych może przyczynić się do finansowego umocnienia systemu opieki zdrowotnej i że należy dołożyć wszelkich starań o skuteczne ustrukturyzowanie tych ubezpieczeń na szczeblu lokalnym;
32. zauważa, że istnieją dwa główne systemy, które mogą gwarantować darmową opiekę zdrowotną tam, gdzie jest ona potrzebna, tj. powszechne systemy zabezpieczenia społecznego finansowane z podatków oraz obowiązkowe systemy ubezpieczeń społecznych;
33. uważa, że system ubezpieczeń zdrowotnych musi być solidarny i przystosowywać się do kontekstu kulturowego, społecznego i politycznego, w jakim funkcjonuje: nie może być zatem ani prostym odzwierciedleniem jednego z modeli „zainportowanych” z zewnątrz, ani niezmiennym dziedzictwem kolonialnej przeszłości;
34. uważa, że system ubezpieczeń zdrowotnych musi dawać możliwość dostępu do opieki wszystkim mieszkańcom, być nienastawiony na zysk i partycypacyjny;
35. uważa, że system ubezpieczeń zdrowotnych może pomóc w ukierunkowywaniu polityki zdrowotnej państw, w których funkcjonuje, i we wpływniu na nią, z korzyścią dla ubezpieczonych;
36. uważa, że towarzystwa wzajemnych ubezpieczeń zdrowotnych mają najlepsze możliwości pobudzania dynamiki społecznej opartej na wartościach solidarności oraz umożliwiania powszechnego dostępu do opieki;
37. uważa, że towarzystwa wzajemnych ubezpieczeń zdrowotnych odgrywają ważną rolę w podnoszeniu spójności społecznej, zdolności do apelowania o dostęp do opieki zdrowotnej dobrej jakości i autentycznego udziału obywateli w ukierunkowywaniu i wdrażaniu polityki sanitarnej, uzupełniając się zarazem z formalnymi systemami opieki społecznej;
38. stwierdza, że towarzystwa wzajemnych ubezpieczeń zdrowotnych umiały dostosować techniki ubezpieczeniowe do sytuacji społeczno-gospodarczej mieszkańców funkcjonujących w gospodarce nieformalnej, którzy są nadal wykluczeni z systemów formalnych i ubezpieczeń rynkowych, w związku z czym stanowią one odpowiednią formę działań na rzecz upowszechnienia ubezpieczeń w krajach o niskich i średnich dochodach;
39. stwierdza, że głównym celem towarzystw wzajemnych ubezpieczeń zdrowotnych nie jest zastępowanie państwa, ale tworzenie alternatywy w przezwyciężaniu barier w dostępie do opieki zdrowotnej i umożliwianiu wszystkim obywatelom bez względu na dochody lepszego dostępu do opieki dobrej jakości, a przy tym stymulowanie państw do inwestowania w sektor opieki zdrowotnej;
40. pochwała starania niektórych państw, które mając świadomość okoliczności i zapotrzebowania lokalnego, wspierają inicjatywy sektorowe (rolnicy, producenci kawy, grupy kobiet, mieszkańcy danej dzielnicy), etniczne, społecznościowe lub tradycyjne, np. tontyny;
41. stwierdza, że różne kraje, np. Burundi, Burkina Faso, Wyspy Zielonego Przylądka, Senegal, Benin, Ruanda, Tanzania, Ghana, Nigeria, Gwinea czy Kamerun, wprowadzają systemy czasem bardzo odmienne, ale przynoszące owoce;

Czwartek, 7 października 2010 r.

42. podkreśla konieczność dostosowywania systemów do wartości solidarności i do kultury afrykańskiej, w której pojęcie rodziny jest szerokie, co wprowadza kwestię liczby osób korzystających z ubezpieczeń wzajemnych pojmowanych na sposób zachodni;
43. podkreśla pomocną rolę, jaką mogłaby odegrać diaspora z Afryki subsaharyjskiej w zakresie uświadamiania swym rodakom korzyści z przyjęcia systemu wzajemnych ubezpieczeń zdrowotnych w ich krajach;
44. podkreśla współzależność systemów ubezpieczeń i strukturyzacji poziomej opieki zdrowotnej, gdyż mieszkańcy nie widzą sensu opłacania składek, jeżeli nie ma gwarancji dostępu do opieki i leków;
45. jest przekonany, że podejście ubezpieczeniowe wymaga powszechnego podnoszenia świadomości mieszkańców poprzez odpowiednio dostosowane programy;
46. wzywa Komisję, by swoich programach dalej kładła nacisk na konkretne projekty skupiające się na społeczno-gospodarczych czynnikach warunkujących zdrowie: wodzie pitnej, infrastrukturze drogowej, bezpieczeństwie żywnościowym, godnych warunkach życia i pracy, ochronie środowiska i zwalczaniu zmian klimatu;
47. zgodnie z postanowieniami porozumienia w sprawie handlowych aspektów praw własności intelektualnej (TRIPS) wzywa państwa członkowskie i europejskie laboratoria do wynegocjowania „podejścia opartego na partnerstwie”, które uznają ochronę patentową na rynkach rozwiniętych i uwzględnia dobrowolne umowy licencyjne, wsparcie dla programów ochrony zdrowia, przekazywanie technologii oraz wzrost lokalnych możliwości produkcyjnych, aby obniżyć ceny leków (ceny rozłożone w czasie lub zróżnicowane) dla krajów o niskim dochodzie;
48. wzywa UE do wyłączenia z umów o partnerstwie gospodarczym postanowień dotyczących praw własności intelektualnej, które stanowią dodatkowe bariery w udostępnianiu podstawowych leków; przypomina w związku z tym, że na mocy deklaracji dauhańskiej w sprawie porozumienia TRIPS i zdrowia publicznego z 2001 r. UE zobowiązała się do uznania kwestii zdrowia publicznego za ważniejszą od swych interesów handlowych, i zachęca UE do wykorzystania ram umów o partnerstwie gospodarczym do pomocy krajom AKP we wdrażaniu zasad elastyczności przewidzianych przez deklarację dauhańską;
49. wzywa Komisję do opracowania przejrzystych wskaźników finansowania opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach: koszt chorób (leczenie i niezdolność do pracy), wskaźniki umieralności dzieci i matek, liczba mieszkańców, poziom dochodów kraju itd.;
50. wzywa Komisję do popierania poziomego modelu służby zdrowia i do uwzględnienia w zasadach polityki zdrowotnej faktu, że towarzystwa wzajemnych ubezpieczeń zdrowotnych w powiązaniu z innymi systemami mają do odegrania ważną rolę jako mechanizm ochrony zdrowia przyczyniający się do upowszechnienia ubezpieczeń zdrowotnych;
51. wzywa Komisję do zapewnienia dostępu do systemów opieki zdrowotnej pewnym grupom (np. pasterzy), które mają trudności w dotarciu do opieki zdrowotnej;
52. wzywa Komisję do zajęcia zdecydowanego stanowiska na posiedzeniu Światowego Funduszu Walki z AIDS, Gruźlicą i Malarią, które odbędzie się w Nowym Jorku w październiku 2010 r., oraz do zaangażowania się w konkretne projekty na lata 2011-2013;
53. wzywa Komisję do łączenia pomocy dla funduszy pionowych z zaleceniami dotyczącymi wysiłków „przekrojowych” w dziedzinie wspierania podstawowej opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach; wzywa też Komisję do sformułowania zaleceń dla funduszy pionowych, aby opracowały one średniookresowe strategie wyjścia przeznaczone dla krajów partnerskich w miarę postępów w realizacji wyznaczonych celów;

Czwartek, 7 października 2010 r.

54. wzywa Komisję do zapewnienia większej spójności polityki stosunków zewnętrznych przez opracowanie komunikatu dotyczącego ochrony społecznej we współpracy na rzecz rozwoju, jak zasugerowano w konkluzjach Rady w sprawie wspierania zatrudnienia w ramach unijnej współpracy na rzecz rozwoju (z dnia 21 czerwca 2007 r.); uważa, że komunikatowi temu powinien towarzyszyć konkretny plan działania wraz z harmonogramem, na który to plan zostaną przeznaczone odpowiednie środki;
55. zachęca Komisję, aby wspierała opracowanie map zdrowotnych krajów partnerskich Unii Europejskiej oraz zorganizowała wraz z zainteresowanymi państwami – w razie potrzeby na skalę regionalną – dopasowanie potrzeb i zasobów w tym zakresie;
56. zwraca się do Komisji, aby włączyła działania prowadzone w ramach pomocy humanitarnej na rzecz opieki zdrowotnej w umacnianie horyzontalnego systemu opieki zdrowotnej, przy uwzględnieniu podejścia LRRD (powiązanie działań w sytuacjach nagłych, odbudowy i rozwoju);
57. wzywa Komisję do lepszego wykorzystywania potencjału towarzystw wzajemnych ubezpieczeń zdrowotnych w organizacji popytu na usługi zdrowotne oraz do wspierania licznych inicjatyw istniejących systemów ubezpieczeń wzajemnych, mających na celu sprzyjanie dostępowi do opieki zdrowotnej;
58. zwraca się do państw członkowskich UE, by stosownie do swojego doświadczenia w poszczególnych dziedzinach dostarczyły większe wsparcie techniczne i finansowe rządów krajów rozwijających się w celu wdrożenia i rozszerzenia systemów opieki społecznej;
59. wzywa Komisję i międzynarodowe instytucje finansowe, takie jak EBI, do wsparcia rozwoju systemów wzajemnych ubezpieczeń zdrowotnych i ich finansowania, np. poprzez gwarancje kredytowe, (współ)finansowanie inwestycji w kliniki oraz pełne lub częściowe finansowanie wynagrodzeń pracowników służby zdrowia;
60. zwraca się do europejskich towarzystw ubezpieczeniowych, banków i towarzystw ubezpieczeń wzajemnych o wystąpienie z inicjatywą przekazania ich rozległej wiedzy i umiejętności – zgromadzonych przez ponad dwa stulecia historii ubezpieczeń – nowym systemom ubezpieczeń w krajach rozwijających się; apeluje do Komisji o czynne wspieranie i ułatwianie takich inicjatyw;
61. wzywa Unię Europejską do aktywnego wspierania rozwoju trwałych podstawowych infrastruktur zdrowotnych – szpitali, przychodni, aptek – szkolenia wykwalifikowanego personelu służby zdrowia oraz dostępu do leków;
62. wzywa Komisję, by upewniła się, czy europejska polityka w zakresie zdrowia reprodukcyjnego jest odpowiednio propagowana we wszystkich organizacjach korzystających z funduszy europejskich;
63. wzywa Radę do wywarcia nacisku na państwa członkowskie, by honorowały swoje zobowiązania finansowe w zakresie pomocy na rzecz współpracy; ubolewa w szczególności, że niektóre państwa członkowskie nie przeznaczają 0,56 % PKB na współpracę międzynarodową;
64. wzywa wszystkie państwa członkowskie i Komisję do przeznaczenia przynajmniej 20 % wszystkich funduszy rozwojowych na podstawową opiekę zdrowotną i edukację, do zwiększenia wkładu do Światowego Funduszu na rzecz Zwalczenia AIDS, Gruźlicy i Malariai, zwiększenia środków na inne programy wzmacniania systemów opieki zdrowotnej oraz do priorytetowego traktowania kwestii zdrowia matek i starań o ograniczenie umieralności noworodków;
65. wzywa Komisję, by zastosowała się do uwag i zaleceń przekazanych jej przez Europejski Trybunał Obrachunkowy (sprawozdanie nr 10/2008) w kwestii pomocy na rzecz rozwoju udzielanej przez nią służbie zdrowia w Afryce subsaharyjskiej w ramach zobowiązań do realizacji milenijnych celów rozwoju, które muszą być bezwzględnie osiągnięte do 2015 r.;
66. zobowiązuje swojego przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie i Komisji.
-