

3.11. Όταν θα καθορισθούν νέα εναρμονισμένα όρια, η Επιτροπή πρέπει να επιδιώξει την τήρηση των LMR του Κώδικα, σύμφωνα με τους κανόνες του ΠΟΕ που θεσπίστηκαν στα τέλη της δεκαετίας 1990. Πολλοί από τους κανόνες αυτούς δεν είναι αποδεκτοί από την Κοινότητα και θα πρέπει να εξεταστούν κατά

περίπτωση. Η ΕΟΚΕ επιθυμεί να τονίσει ότι η τήρηση των διεθνών κανόνων δεν πρέπει να οδηγήσει σε άμβλυση των κοινοτικών απαιτήσεων και ζητεί από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή να επιδιώξει τη διατήρηση του ίδιου υψηλού επιπέδου υγειονομικής προστασίας, που υπήρχε έως σήμερα.

Βρυξέλλες, 16 Ιουλίου 2003.

Ο Πρόεδρος

της Ευρωπαϊκής Οικονομικής και Κοινωνικής  
Επιτροπής

Roger BRIESCH

## Γνωμοδότηση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής με θέμα «Υγειονομική περιθαλψη»

(2003/C 234/11)

Στις 21 Ιανουαρίου 2003 και σύμφωνα με το άρθρο 29, παράγραφος 2, του Εσωτερικού Κανονισμού, η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή απεφάσισε να καταρτίσει γνωμοδότηση σχετικά με το ανωτέρω θέμα.

Το τμήμα «Απασχόληση, κοινωνικές υποθέσεις και δικαιώματα του πολίτη», στο οποίο ανατέθηκε η προετοιμασία των σχετικών εργασιών της ΕΟΚΕ, υιοθέτησε τη γνωμοδότησή του στις 30 Ιουνίου 2003 με βάση εισηγητική έκθεση του κ. Bedossa).

Κατά την 401η σύνοδο ολομέλειας της 16ης και 17ης Ιουλίου 2003 (συνεδρίαση της 16ης Ιουλίου), η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή υιοθέτησε με 61 ψήφους υπέρ, 5 κατά, και 6 αποχές την ακόλουθη γνωμοδότηση.

### 1. Εισαγωγή

1.1. Η ανακοίνωση της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων του Δεκεμβρίου 2001<sup>(1)</sup>, ύστερα από την πρωτοβουλία που εγκρίθηκε στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Λισαβόνας το Μάρτιο του 2000, και η προκαταρκτική έκθεση του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου του 2002 θέτουν σαφώς ένα από τα πιο δύσκολα θέματα, μετά το ζήτημα των συντάξεων, για την οικοδόμηση μιας κοινωνικής Ευρώπης σύμφωνης με τις αξίες της όπως αυτές περιγράφονται στο Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων.

1.1.1. Η υγεία ορίζεται συχνά ως υπέρτατο αγαθό στις κοινωνίες μας. Η διαπίστωση αυτή ισχύει τόσο στο επίπεδο κάθε πολίτη και της οικογένειάς του όσο και στο επίπεδο κάθε κράτους.

— Είναι σαφές ότι η έννοια αυτή έχει βιωθεί με διαφορετικό τρόπο από τον κάθε πολίτη, και ότι οι απαντήσεις των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης συχνά διαφέρουν τόσο ως προς την

οργάνωση της περιθαλψης όσο και στα επίπεδα ανάληψης των δαπανών.

— Υφίστανται ορισμένες προκλήσεις που θα πρέπει να απαντηθούν και οι οποίες επιβάλλονται στο σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επιβάλλουν, επίσης, καλή κατανόηση προκειμένου να τεθούν σε εφαρμογή κοινές και προσαρμοσμένες απαντήσεις, που θα σέβονται τις σημερινές διαφορές.

— Ο ορισμός της «Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας» επιβάλλει να θεωρείται η υγεία ως ένα σύνολο που αντιπροσωπεύεται ταυτόχρονα από την «σωματική διανοητική και κοινωνική υγεία» κάθε ατόμου.

— Η υγεία δεν περιορίζεται στην περιθαλψη που συνδέεται με παθολογίες αλλά θα πρέπει να λαμβάνει γενικότερα υπόψη τις προσπάθειες που καταβάλλονται στα θέματα της πρόληψης και της προώθησης των ατομικών και συλλογικών δεξιοτήτων και του κάθε είδους περιβάλλοντος.

— Η υγεία, ακριβώς επειδή αποτελεί υπέρτατο αγαθό, δεν μπορεί να αντιμετωπίζεται αποκλειστικά από τη σκοπιά των κοινωνικών δαπανών και των λανθάνουσών οικονομικών δυσκολιών.

<sup>(1)</sup> COM(2001) 723 τελικό, «Το μέλλον της υγειονομικής περιθαλψης και της περιθαλψης των ηλικιωμένων ατόμων: η ασφάλιση της πρόσβασης της ποιότητας και της δημοσιονομικής βιωσιμότητας».

Αποτελεί επένδυση και αντιπροσωπεύει έναν απαραίτητο, αποδοτικό και χρήσιμο τομέα της οικονομίας που δημιουργεί σημαντική προστιθέμενη αξία στην ανάπτυξη των κοινωνιών και καθιστά δυνατή την εξέλιξη.

1.1.2. Η χωρίς διακρίσεις πρόσβαση, η ποιότητα, και η δημοσιονομική βιωσιμότητα των συστημάτων περίθαλψης και, ειδικότερα, εκείνων που προορίζονται για τους ηλικιωμένους και τα κοινωνικά μειονεκτούντα άτομα, θέτουν μια σειρά προκλήσεων και κοινών προβλημάτων σε όλα τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης πριν τη διεύρυνση και, ακόμα περισσότερο μετά, που δεν έχουν δώσει την ίδια απάντηση, ενώ οι αρχές της αλληλεγγύης της ισότητας και της καθολικότητας έχουν υιοθετηθεί από όλους.

1.1.3. Είναι αληθές ότι η ζήτηση των Ευρωπαίων για τις υπηρεσίες που παρέχουν τα συστήματα περίθαλψης δεν έπαυσε να αυξάνει κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο δεκαετιών. Σε κάθε κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι απαντήσεις που δόθηκαν ελήφθησαν πάντοτε στα πλαίσια του κράτους, σε ένα συνεχώς και πιο δύσκολο εθνικό πολιτικό πλαίσιο. Οι προκλήσεις που τίθενται από την εξέταση των συστημάτων περίθαλψης, μολονότι είναι κοινές σε όλα τα κράτη μέλη, θα είναι ακόμη περισσότερο για τις υποψήφιες χώρες το 2004. Αδιαφιλονίκητα, οι προκλήσεις για κάθε κράτος είναι σημαντικές και, προπάντων, παρουσιάζουν αλληλεπίδραση.

1.2. Το σχέδιο γνωμοδότησης αποσκοπεί στην επίλυση διάφορων στόχων:

- στην προώθηση μιας δράσης για την απόκτηση γνώσεων, των ανταλλαγών, και τη συγκρισιμότητα των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας·
- στη στήριξη της δράσης των οργάνων της ΕΕ, ιδίως της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, για την ανάληψη ειδικότερων και αποτελεσματικότερων πρωτοβουλιών στον τομέα της υγείας
- στην ενθάρρυνση των πρωτοβουλιών των κοινωνικοεπαγγελματικών κύκλων στα κράτη μέλη για τη βελτίωση των κοινών πολιτικών.

Πάντως, το παρόν σχέδιο γνωμοδότησης ενισχύει και συμπληρώνει τη δράση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής μέσω του προγράμματος δημόσιας υγείας 2003-2008.

1.3. Από άποψη εθνικού πλούτου, το μερίδιο της κατανάλωσης στον τομέα της υγείας, μετά τη συνθήκη της Ρώμης, παρουσίασε μέση ετήσια αύξηση υψηλότερη κατά 2 % σε σχέση με την αντίστοιχη του ΑΕγχΠ για το σύνολο των αναπτυσσόμενων χωρών και κυρίως της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πράγματι, σε σχέση με την αύξηση του ΑΕγχΠ, η αύξηση αυτή ανήλθε, από 4 % το 1960 σε περισσότερο από 8 % σήμερα (Πηγή: ΟΟΣΑ 2002) έστω και εάν σημείωσε επιβράδυνση τα τελευταία έτη.

1.3.1. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι, έστω και εάν διαπιστώνεται επιβράδυνση της αύξησης της αναλογίας Δαπανών υγείας/ΑΕγχΠ, το ύψος αυτού του κονδυλίου του προϋπολογισμού παραμένει υψηλό και αυξάνεται σταθερά. Το κοινό αίσθημα θέτει το ερώτημα κατά πόσο η συνεχής αυτή αύξηση διασφαλίζει το αναμενόμενο όφελος της καλύτερης συλλογικής και ατομικής υγείας. Η συνεχής αύξηση των δαπανών δεν συνοδεύεται, ωστόσο, από μείωση των ανισοτήτων, κοινωνικο-επαγγελματικού κυρίως χαρακτήρα, από την άποψη της ποιότητας και της διάρκειας ζωής. Ο στόχος της μείωσης των ανισοτήτων αυτών θα πρέπει να αποτελεί στο εξής τον κατ' εξοχήν δείκτη αξιολόγησης των ευρωπαϊκών πολιτικών για την υγεία και το μοχλό για την τροποποίηση των στρατηγικών, που απαιτούνται αναγκαστικά.

1.4. Οι καθοριστικοί παράγοντες στα τρέχοντα θέματα υγείας είναι πολυάριθμοι και ποικίλλουν από χώρα σε χώρα εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Μπορούν να απαριθμηθούν δέκα περίπου ουσιαστικοί παράγοντες που ασκούν σημαντική επίδραση:

#### 1.4.1. Οι δημογραφικές επιπτώσεις

1.4.1.1. Η ηλικία ή η γήρανση του πληθυσμού αποτελούν προφανώς καθοριστικά δεδομένα για τις δαπάνες υγείας.

1.4.1.2. Διάφορες πρόσφατες μελέτες, που πραγματοποιήθηκαν σε επτά βιομηχανικές χώρες, φαίνεται να επιβεβαιώνουν ότι την τελευταία δεκαετία η επίδραση της δημογραφίας στο ρυθμό αύξησης των δαπανών ανήλθε σε 1 % σε όγκο. Η αύξηση αυτή κατανέμεται ισομερώς μεταξύ της συνολικής αύξησης του πληθυσμού και της επίδρασης της γήρανσης.

1.4.1.3. Έστω και εάν το σχετικό βάρος των συνιστωσών του αντίκτυπου αυτού διαφέρει από χώρα σε χώρα, η επίδρασή του είναι συνεπώς ουσιαστική. Ωστόσο, οι παραδοσιακοί ποσοτικοί δημογραφικοί παράγοντες δεν είναι οι μόνοι που θα έπρεπε να ληφθούν υπόψη.

1.4.1.4. Για παράδειγμα, πρέπει να ληφθεί υπόψη αυτό που οι ειδικοί αποκαλούν «επίδραση της γενιάς». Διαπιστώνεται, συγκεκριμένα, ότι οι πρόσφατες γενιές των χρηστών της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης είναι συνηθισμένες σε πολύ σημαντικότερες υπηρεσίες υγείας σε σύγκριση με τις προηγούμενες που δεν είχαν όλες πρόσβαση σε ισοδύναμο επίπεδο περίθαλψης.

1.4.1.5. Μπορεί δικαιολογημένα να σκεφθεί κανείς ότι οι επιδράσεις αυτές μπορεί να έχουν μια επιταχυντική επίδραση στις δαπάνες της υγείας όταν οι γενιές αυτές φτάσουν σε προχωρημένη ηλικία, εάν η πρόσβαση στις φροντίδες προωθηθεί ορθά κατά τη διάρκεια του ενεργού βίου και ιδιαίτερα τα χρόνια της αρχικής εκπαίδευσης.

#### 1.4.2. Οι αντιλήψεις της υγείας

1.4.2.1. Οι διαφορετικές αντιλήψεις για την υγεία ασκούν, επίσης, μία μη αμελητέα επίδραση στις προσδοκίες και στη συμπεριφορά των δικαιούχων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Η υγεία θεωρείται απόλυτο αγαθό, δικαίωμα του πολίτη που οι αρμόδιες αρχές πρέπει να προστατεύουν. Αυτό συνεπάγεται αύξηση των δαπανών προκειμένου να ικανοποιηθεί αυτή η προσδοκία και τον κίνδυνο να απολεσθεί η πολιτική συναίνεση κάθε φορά που επιδιώκεται να μειωθούν οι δωρεάν ή σχεδόν δωρεάν ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες για δημοσιονομικούς λόγους.

#### 1.4.3. Η επιδημιολογία

1.4.3.1. Η προστασία της υγείας πρέπει να αντιμετωπίσει σήμερα νέες προκλήσεις, οι οποίες συνδέονται, επίσης, με τις νέες πανδημίες που εμφανίζονται στην περίπτωση ορισμένων μεταδοτικών ασθενειών ή στην περίπτωση νέων εκδηλώσεων γνωστών ασθενειών οι οποίες δεν πλέον εύκολο να θεραπευτούν, με αποτέλεσμα να μην είναι εύκολο να υπολογιστεί ποσοτικά η επίπτωσή τους από πλευράς κόστους και οργάνωσης των ιατροφαρμακευτικών φροντίδων.

#### 1.4.4. Η οικονομική ανάπτυξη

1.4.4.1. Πολυάριθμες μελέτες έχουν αποδείξει το σύνδεσμο μεταξύ οικονομικής ανάπτυξης και εξέλιξης των δαπανών στον τομέα της υγείας, δηλαδή όταν αυξάνεται το εισοδηματικό επίπεδο οι δαπάνες υγείας αυξάνονται δυσανάλογα. Πάντως, σε μακροοικονομικό επίπεδο ο συσχετισμός αυτός δεν απαντάται στην πορεία των συγκυριακών εξελίξεων: δεν παρατηρείται σημαντική μείωση των δαπανών στον τομέα της υγείας ακόμη και σε περιπτώσεις επιβράδυνσης της οικονομικής ανάπτυξης.

1.4.4.2. Η διαπίστωση αυτή αποτελεί μορφή αποσύνδεσης της ζήτησης ιατροφαρμακευτικών φροντίδων από την κατάσταση της οικονομίας. Συντελεί στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι πολιτικές περιορισμού των υγειονομικών δαπανών στα κράτη που επιθυμούν να ευαισθητοποιήσουν περισσότερο τους επαγγελματικούς φορείς και τους καταναλωτές.

#### 1.4.5. Η κοινωνική οργάνωση

1.4.5.1. Η εξέλιξη του τρόπου ζωής, η οργάνωση της οικογενειακής ζωής, οι μεταλλαγές στον τομέα της εργασίας, και η αύξηση της αβεβαιότητας ανατρέπουν τα παραδοσιακά στοιχεία αναφοράς των συστημάτων υγείας.

1.4.5.2. Συνεπώς, παρατηρείται ενίοτε μια εντονότερη προβολή των κοινωνικών προβλημάτων από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Έστω και εάν η προσέγγιση αυτού του παράγοντα είναι πολύπλοκη και απαιτεί περαιτέρω εξέταση, δεν θα πρέπει να παραγνωρίζεται, πόσο μάλλον που η απαίτηση της αρχής της προφύλαξης καθίσταται ιδιαίτερα αισθητή στις ευρωπαϊκές κοινωνίες. Η κοινωνική ανασφάλεια κάθε τύπου (ανεργία, αβεβαιότητα, διακρίσεις, ρύπανση) έχει ολοένα μεγαλύτερες επιπτώσεις στα κράτη και τις δαπάνες του τομέα της υγείας και καθιστά επιτακτικότερη την απαίτηση της εφαρμογής της αρχής της προφύλαξης.

#### 1.4.6. Οι απαιτήσεις περιβάλλοντος και διατροφής

1.4.6.1. Ο θεμελιώδης ρόλος που διαδραματίζει το περιβάλλον, με την ευρύτερη έννοιά του, όσον αφορά την εξέλιξη των δαπανών υγείας, δεν χρειάζεται απόδειξη.

1.4.6.2. Ωστόσο, μπορεί από τώρα να τονιστεί βάσει μελέτης σε ευρωπαϊκό επίπεδο στα πλαίσια του προγράμματος «Ρύπανση της ατμόσφαιρας και υγεία» ότι ακόμη και μια ελάχιστη μείωση των επιπέδων ατμοσφαιρικής ρύπανσης έχει θετική επίδραση στη δημόσια υγεία και δικαιολογεί τη λήψη προληπτικών μέτρων.

1.4.6.3. Επίσης, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το φαινόμενο της κατανάλωσης επικίνδυνων προϊόντων όπως καπνού, ναρκωτικών, οινοπνεύματος κ.λπ.

1.4.6.4. Η ποιότητα της διατροφής αποτελεί μείζονα πρόκληση: οι κακές διατροφικές συνήθειες ευθύνονται για μία σειρά μηχανισμών οι οποίοι προκαλούν αύξηση της νοσηρότητας και ακόμη και της θνησιμότητας: αποτελούν, για παράδειγμα, την πρωταρχική αιτία των θανάτων από καρκίνο. Η πρόκληση αυτή είναι ακόμη πιο ανησυχητική επειδή πλήττει το σύνολο του πληθυσμού, ιδίως δε τους νέους (βλ. το φαινόμενο της παχυσαρκίας).

#### 1.4.7. Η τεχνική πρόοδος

1.4.7.1. Είναι γνωστός ο αμφιλεγόμενος χαρακτήρας της τεχνικής προόδου που μπορεί να έχει θετική ή αρνητική επίδραση στην εξέλιξη των δαπανών υγείας. Ωστόσο, η τεχνική πρόοδος αποτελεί απαραίτητο δεδομένο.

1.4.7.2. Μπορεί να παρατηρήσει κανείς ότι η εμφάνιση μιας θεραπευτικής, συχνά, ενδέχεται να προσδιορίσει ασθένεια που «δεν υπήρχε πριν» λόγω έλλειψης θεραπειών.

1.4.7.3. Το φαινόμενο αυτό είναι έκδηλο κυρίως τη στιγμή της καινοτομίας, είτε πρόκειται για το πεδίο των φαρμάκων ή για ορισμένες τεχνικές έρευνας.

1.4.7.4. Εννοείται ότι θα πρέπει να καταβληθεί προσπάθεια να αποτραπεί η επικάλυψη των νέων διαγνωστικών ή θεραπευτικών τεχνικών με τις παλαιές τεχνικές.

1.4.7.5. Πρέπει, συνεπώς, να διευκολυνθεί η εφαρμογή κατάλληλων τεχνικών ή η αντικατάσταση των παλαιών, παρατηρώντας ότι η αντικατάσταση αυτή συχνά αντιμετωπίζει κοινωνικοπολιτιστικά εμπόδια που συχνά δημιουργούνται από συντεχνιακές στάσεις των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.

1.4.7.6. Μπορούν να ληφθούν για παράδειγμα οι τεχνικές της ακτινολογίας που επιτρέπουν σήμερα να συνυπάρχουν οι παραδοσιακές ακτινοβολίες με την τομογραφία, την IRM (απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού) και πρόσφατα την PET (τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων).

1.4.8. Κοινωνικοπολιτιστικά πρότυπα συμπεριφορές

1.4.8.1. Τα κοινωνικοπολιτιστικά πρότυπα συμπεριφορές βραβιώνουν πολύ στην εξέλιξη των δαπανών της υγείας.

1.4.8.2. Οι συλλογικές και ατομικές δράσεις που σχετίζονται μ' αυτές, συνδέονται κατά κύριο λόγο με την πρωταρχική πρόληψη.

1.4.8.3. Τα αποτελέσματά τους που περιλαμβάνουν αδιαφιλονίκητα περιθώρια χειρισμού, έχουν βελτιωθεί αισθητά τα τελευταία χρόνια παράλληλα με την ανάπτυξη διαδικασιών αξιολόγησης.

1.4.8.4. Πέρα από το κάπνισμα, τα ναρκωτικά, την υπερβολική χρήση οινόπνευματώδη ποτών ή το υπερβολικό βάρος, πρέπει να σημειωθεί το σημαντικό μερίδιο των ατυχημάτων κυκλοφορίας, των οικιακών ατυχημάτων, των ασθενειών που μπορούν να προκαλέσουν αυτοκτονίες στους νέους, όπως τα εργατικά ατυχήματα και οι επαγγελματικές ασθένειες.

1.4.8.5. Οι συμπεριφορές αυτές συνδέονται με την αλληλεπίδραση ατομικών, οικογενειακών και κοινωνικών παραγόντων. Οι συμπεριφορές, αυτές οι οποίες συχνά προκαλούν το γνωστό ως επίπεδο πρόωρης θνησιμότητας, είναι σημαντικό να προσδιοριστούν με ακρίβεια, δεδομένου ότι μπορούν να συμβάλουν στη χάραξη στρατηγικών εξάλειψης των παραγόντων κινδύνου και των παραγόντων εκείνων αύξησης των δαπανών.

1.4.8.6. Η εκπαίδευση και η πρόληψη αποτελούν απαραίτητη επένδυση. Εάν οι πρακτικές αυτές ασκούνται με ένα συμμετοχικό πνεύμα, έτσι ώστε τα άτομα και ο πληθυσμός, ιδιαίτερα τα πλέον ευάλωτα και τα πλέον εκτεθειμένα σε κινδύνους άτομα, να μπορούν να συμμετέχουν πλήρως στην κατάρτιση των πρακτικών αυτών, τα οικονομικά οφέλη και το όφελος από απόψεως υγείας είναι βέβαια.

1.4.9. Η ζήτηση και προσφορά ιατροφαρμακευτικών φροντίδων

1.4.9.1. Πρόκειται για αναμφισβήτητους παράγοντες που έχουν όμως διαφορετική επίδραση στα κράτη μέλη.

1.4.9.2. Επίσης, μολονότι η ζήτηση υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικών φροντίδων αυξάνεται συνεχώς, δεν προέρχεται πάντα από αντικειμενική ανάγκη και επηρεάζεται από την ποιοτική και ποσοτική σημασία της προσφοράς των εν λόγω υπηρεσιών.

1.4.10. Η επίδραση της κοινωνικής προστασίας

1.4.10.1. Η αυξανόμενη ζήτηση κοινωνικής και ιατρικής κάλυψης ασκεί συνεχή πίεση στη δυναμική του συστήματος κοινωνικής προστασίας. Αυτός ο παράγοντας, που συνδέεται σημαντικά με τον προηγούμενο, έχει να κάνει περισσότερο με τη ζήτηση περίθαλψης, την οποία λίγο ως πολύ καλύπτει, παρά με την προσφορά περίθαλψης.

1.4.10.2. Κάθε κράτος οργανώνει το δικό του σύστημα κοινωνικής προστασίας σε συνάρτηση με τα δικά του κριτήρια.

1.4.10.3. Το ζήτημα πλέον που έχει τεθεί από την αύξηση των μετακινήσεων στο εσωτερικό της Ευρωπαϊκής Ένωσης επιβάλλει την πλήρη γνώση κάθε συστήματος κοινωνικής προστασίας και οδηγεί, είτε το θέλουμε ή είτε όχι, σε σύγκριση.

1.4.10.4. Πολυάριθμα ερωτήματα συνδέονται πλέον με την ελεύθερη διακίνηση των ασθενών και κυρίως με τη γνώση της υπάρχουσας κατάστασης και των προοπτικών εξέλιξης.

## 2. Γενικές παρατηρήσεις

2.1. Βάσει των διαπιστώσεων που γίνονται στο σημείο 1, η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή επιθυμεί να συνειδητοποιηθούν επειγόντως και σοβαρά οι πολλαπλές πτυχές των πολιτικών υγειονομικής περίθαλψης. Κρίνει ότι αυτή η ανάγκη ενίσχυσης της εμπειρογνομosύνης και της αναζήτησης κοινών στόχων πρέπει να συμπληρώσει τη συζήτηση για την Ευρωπαϊκή Συνέλευση λαμβάνοντας υπόψη τη δυναμική της διεύρυνσης της Ένωσης.

2.2. Η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή υποστηρίζει ένα φιλόδοξο και αναγκαίο πρόγραμμα εργασίας στα ακόλουθα εγκάρσια θέματα:

- την αξιολόγηση της επίδρασης των διαφόρων παραγόντων επί της υγείας,
- την υγεία στις υποψήφιες χώρες,
- τις ανισότητες όσον αφορά την πρόσβαση στις ιατροφαρμακευτικές φροντίδες,
- την γήρανση και το ζήτημα της υγείας,
- την πρόωθηση ορθών πρακτικών και της αποτελεσματικότητας στον τομέα της υγείας.

Στο πλαίσιο αυτό, η ΕΟΚΕ υποστηρίζει τις προσπάθειες που έχει αναλάβει η Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

2.3. Τα θέματα αυτά που προώθησε η Επιτροπή και το πρόγραμμα δημόσιας υγείας παρουσιάζουν ειδικότερα ενδιαφέρον για τη μελλοντική συζήτηση σχετικά με την χάραξη της διατομεακής πολιτικής, την κινητικότητα των ασθενών, και το μέλλον της περίθαλψης των ηλικιωμένων ατόμων.

2.4. Η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή παρατηρεί ότι η συγκριτική ανάλυση των συστημάτων περίθαλψης επιφέρει πολυσύνθετες στρατηγικές θεωρήσεις όπως, για παράδειγμα, το ζήτημα της γήρανσης: σε κάθε χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η αντιμετώπιση του ζητήματος αυτού εξαρτάται από την οικογενειακή διάθρηση, την κινητικότητα των ηλικιωμένων, τις τυπολογίες ιατρικών καταναλώσεων, την συνεχιζόμενη αύξηση της τιμής των τεχνολογιών.

2.5. Η ποιότητα και η δυνατότητα καθολικής πρόσβασης στα συστήματα απαιτούν την εφαρμογή συστημάτων ελέγχου προκειμένου να διασφαλισθεί η δημοσιονομική βιωσιμότητα.

2.6. Η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή θεωρεί, επίσης, ότι αυτό αφορά όλες τις πολιτικές, κυρίως τις οικονομικές και κοινωνικές, και ότι σε αυτό το πλαίσιο θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η στενή σχέση μεταξύ της κατάστασης της υγείας και της απασχολησιμότητας καθώς και άλλες πτυχές όπως η ηλικία και οι συντάξεις και τονίζει ότι συχνά οι προσδοκίες δεν βρίσκουν ανταπόκριση.

Όλες βασίζονται σε τρεις αρχές: στη στήριξη μιας ορθά ενημερωμένης οργανωμένης κοινωνίας των πολιτών, στην αρχή της αλληλεγγύης, που αποτελεί ουσιαστική ευρωπαϊκή αξία και, τέλος, σε μια ευφυή και αποτελεσματική πολιτική πρόληψης.

2.7. Ο συντονισμός των πολιτικών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, όπως και στην περίπτωση των συντάξεων, οδηγεί σε πολλά ερωτήματα:

- προσδιορισμό του συστήματος περίθαλψης,
- ρόλος και σημασία των συμπληρωματικών συμβατικών συστημάτων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης,
- αναγκαιότητα διαφοροποίησης της περίθαλψης της υγείας και της άνεσης.

2.8. Η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή αναφέρει και τους ακόλουθους λόγους:

- για ορισμένους, το ζήτημα που τίθεται από την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και τις υπηρεσίες γενικού συμφέροντος προκαλεί αναπόφευκτα προβληματισμό σχετικά με τον προσδιορισμό των «υπηρεσιών γενικού συμφέροντος» στον τομέα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, κυρίως με την οριοθέτηση των πρακτικών συνεπειών αυτού του προσδιορισμού.
- η περίθαλψη απαιτεί ειδικευμένο προσωπικό με υψηλά προσόντα ενώ η σημασία των επαγγελματιών παροχής υπηρεσιών, ιδίως στα ηλικιωμένα άτομα, απαιτεί την υιοθέτηση προγραμμάτων δια βίου κατάρτισης.

- η δημοσιονομική βιωσιμότητα αυτών των πολιτικών υγειονομικής περίθαλψης οδηγεί, σε συνεχή ή τακτική βάση, στη διεύρυνση του πεδίου προβληματισμού, στο άμεσο μέλλον, κυρίως σε ό,τι αφορά τη διάθεση των πόρων και τον προορισμό τους.

2.9. Τα ερωτήματα αυτά εκφράζονται με διαφορετικό τρόπο στα διάφορα κράτη, ανάλογα με τις πολιτικές και κοινωνικοπολιτιστικές παραδόσεις. Η διαπίστωση των διαφορών αυτών δεν αναιρεί τη σημασία των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα κράτη μέλη και δεν αποτρέπει την αναζήτηση κοινών τρόπων ανταλλαγών, απόκτησης γνώσεων, και εξεύρεσης λύσεων.

### 3. Προκλήσεις και προβληματικές

Πρέπει να τονιστεί το ενδιαφέρον του θέματος «υγειονομική περίθαλψη και περίθαλψη ηλικιωμένων ατόμων: υποστήριξη των εθνικών στρατηγικών που αποβλέπουν σε υψηλό επίπεδο προστασίας».

Φυσικά, το θέμα αυτό είναι επίκαιρο και δικαιολογεί ένα στρατηγικό προβληματισμό των θεσμικών οργάνων της ΕΕ.

3.1. Η σκοπιμότητα του προβληματισμού αυτού στηρίζεται σε πολλές στρατηγικές επιταγές:

- οι συνεχείς δυσκολίες των εθνικών δημόσιων αρχών προκειμένου να μειώσουν τις υγειονομικές ανισότητες μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών του πληθυσμού και των διαφόρων περιφερειών, να ελέγξουν τις δαπάνες υγείας, όποια και εάν είναι η φύση, η οργάνωση, και η λειτουργία των συστημάτων υγείας
- η απουσία πραγματικών κοινοτικών αρμοδιοτήτων σχετικά με τα καθεστώτα κοινωνικής ασφάλισης (εκτός από τους κανονισμούς συντονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 και υπόλοιπους) όπως, επίσης, και σχετικά με τις πολιτικές υγείας που προωθούνται στους κόλπους κάθε κράτους μέλους που δεν δικαιολογούν τη συνέχιση της πολιτικής αδιαφορίας για τις προβληματικές αυτές λόγω ακριβώς των παρατηρήσεων που αναφέρθηκαν πιο πάνω
- η προοπτική της προσχώρησης το 2004 10 νέων κρατών μελών θα πρέπει να ωθήσει τις σημερινές 15 χώρες μέλη στη γνώση και στην πιο αυστηρή παρακολούθηση της προβληματικής στα θέματα της υγείας
- η εξέλιξη της νομολογίας του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου διευκολύνει με την πάροδο του χρόνου μια μεγαλύτερη ελευθερία πρόσβασης στην περίθαλψη σύμφωνα με υπερεθνικά κριτήρια

— η ανάπτυξη της ελεύθερης διακίνησης των ατόμων, των ασθενών, των επαγγελματιών, που διευκολύνεται από την οικονομική ανάπτυξη και την αυξανόμενη ολοκλήρωση των εθνικών αγορών, προς όφελος μιας ενιαίας ευρωπαϊκής αγοράς δικαιολογεί επίσης τον προβληματισμό αυτό.

3.2. Το νέο άρθρο 137 ΕΚ (της συνθήκης της Νίκαιας) επιτρέπει στις αρχές της ΕΕ να υιοθετούν κοινοτικές οδηγίες μόνο σχετικά με ελάχιστες προδιαγραφές στα θέματα κοινωνικής προστασίας και σύμφωνα με τον κανόνα της ομοφωνίας.

Ενώπιον των σημαντικών προκλήσεων που αποτελούν για την Ευρωπαϊκή Ένωση τα προβλήματα υγείας, η συνοχή της, η ικανότητά της να καταστεί η πλέον ανταγωνιστική οικονομία η οποία βασίζεται στη γνώση, ο ρόλος της Ευρωπαϊκής Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής έγκειται στην προώθηση της συνειδητοποίησης των προκλήσεων αυτών.

3.2.1. Όσον αφορά την προβληματική της ελεύθερης διακίνησης των ασθενών, η νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου εξελίσσεται σημαντικά με την πάροδο του χρόνου οργανώνοντας στην πράξη το δίκαιο της ελεύθερης διακίνησης των ασθενών από την οπτική των θεμελιωδών δικαιωμάτων που θεσπίζονται από τις κοινοτικές συνθήκες ξεπερνώντας έτσι τις έντονες αντιφάσεις των εθνικών συστημάτων περίθαλψης και ασφάλισης υγείας.

3.2.2. Η λογική αυτή απεικονίζεται από το γεγονός ότι η Ευρωπαϊκή Κοινότητα έχει προωθήσει εδώ τρία χρόνια μια μεταρρύθμιση του κοινοτικού κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 (άρθρο 22 του Κανονισμού) και προτίθεται να εγγράψει το πεδίο της υγείας στα άρθρα 49 και 50 της Συνθήκης ΕΚ σχετικά με την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών.

3.2.3. Άλλη παράδειγμα της νέας κατάθεσης πραγμάτων είναι η πρόσφατη απόφαση του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου (υπόθεση C-326/00 IKA κατά Βασιλείου Ιωαννίδη). Όσον αφορά την υποχρέωση ενός κράτους μέλους να αναλάβει τα ιατρικά έξοδα ενός συνταξιούχου που επισκέπτεται άλλο κράτος μέλος χωρίς αυτή η ανάληψη να υποβάλλεται σε διαδικασίες έγκρισης και σε όρους Οι συνέπειες της απόφασης είναι σαφείς: ένας ασθενής έστω και εάν πάσχει από χρόνια ασθένεια μπορεί να τύχει περίθαλψης σε ένα κράτος με την ευκαιρία της μετακίνησής του.

3.3. Η κινητικότητα δεν αφορά μόνο τους ασθενείς αλλά και τους επαγγελματίες της υγείας. Η εξέλιξη των συστημάτων περίθαλψης επιτρέπει να εμφανιστούν κίνδυνοι έλλειψης επαγγελματιών της υγείας σε ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό.

3.3.1. Αυτός ο κίνδυνος έλλειψης αυξάνει συνεχώς. Ορισμένα κράτη κατορθώνουν να διατηρήσουν μια προσφορά ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης προσφεύγοντας ολοένα και περισσότερο σε επαγγελματίες (ιατρούς, νοσοκόμους) που προέρχονται από χώρες όπου αυτό το εργατικό προσωπικό πλεονάζει ακόμη.

3.3.2. Υπάρχουν ενδείξεις πως η ισορροπία αυτή είναι ασταθής και ότι στην Ευρώπη των 15 πρόκειται να αναπτυχθεί δημογραφική κρίση των επαγγελματιών της υγείας. Ένα θέμα που δεν έχει ακόμα εξεταστεί επαρκώς είναι το ερώτημα ποια θα είναι η κατάσταση που θα προκύψει στο θέμα αυτό μετά τη διεύρυνση σε μια Ευρώπη των 25.

3.4. Η προοπτική αυτή τείνει να υποστηρίξει μια συντονισμένη και οργανωμένη στρατηγική, που αποβλέπει στην ανάλυση και πρόβλεψη των προβλημάτων, στη διευκόλυνση της επαγγελματικής κινητικότητας των παραγόντων χωρίς ταυτόχρονα να αποσταθεροποιεί τα εθνικά συστήματα των νέων κρατών μελών της Ένωσης.

Πάντως, η προώθηση της διασυνοριακής κινητικότητας δεν θα επιτρέψει από μόνη της σε καμία περίπτωση να καταπολεμηθεί η προβλεπόμενη έλλειψη καταρτισμένου προσωπικού ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί σε μόνιμη βάση η ζήτηση εργατικού δυναμικού στον τομέα των ιατροφαρμακευτικών φροντίδων, πρέπει να ληφθούν μέτρα τα οποία θα εγγυηθούν την ελκυστικότητα των εν λόγω επαγγελμάτων και θα ενθαρρύνουν τους εργαζόμενους να παραμείνουν στον τομέα, προσφέροντας κυρίως μια θετική εικόνα της ποιότητας των εν λόγω θέσεων απασχόλησης και πρωτοβουλίες κατάρτισης και προώθησης της διαφάνειας της επαγγελματικής εξέλιξης.

3.4.1. Τα προβλήματα του τομέα των ιατροφαρμακευτικών φροντίδων που συνδέονται με τη διεύρυνση της ΕΕ προκύπτουν από τον κίνδυνο ορισμένα κράτη να μην επιδώσουν να αντιμετωπίσουν την ανάπτυξη των συστημάτων υγείας ως εθνική προτεραιότητα.

3.4.2. Υφίσταται επίσης κίνδυνος κορεσμού των επιπέδων των κοινωνικών και υγειονομικών εγγυήσεων. Θα μπορούσε να υπάρξει φυγή επαγγελματιών και ασθενών προς τα κράτη μέλη που διαθέτουν καλύτερη υγειονομική οργάνωση. Τα παραδείγματα του τύπου αυτού αφθονούν. Χωρίς να αντιστρατεύεται κανείς την αρχή της ελεύθερης κυκλοφορίας προσώπων, θα πρέπει τα κράτη μέλη που διαθέτουν λιγότερο αναπτυγμένα ή λιγότερο αποτελεσματικά συστήματα υγείας σε σχέση με τα άλλα, να καταβάλλουν δημοσιονομικές οργανωτικές και ποιοτικές προσπάθειες προκειμένου να πετύχουν την αύξηση του επιπέδου της πολιτικής όσον αφορά την εθνική υγεία σε σχέση με το κοινοτικό σύνολο.

3.5. Ενώπιον των προκλήσεων αυτών, οι δημόσιες αρχές και οι υπεύθυνοι για τη διαχείριση των συστημάτων φαίνονται ανίσχυροι λόγω της ιδιαίτερης πολυπλοκότητας των προβλημάτων και των οικονομικών πιέσεων.

3.5.1. Καμία χώρα της Ένωσης δεν ισχυρίζεται ότι έχει επιλύσει τα προβλήματα αυτά. Ωστόσο, όλες οι χώρες μέλη πρέπει να επιδώσουν ένα κοινό στόχο, δηλαδή την ανάπτυξη μιας μεθόδου διαχείρισης και εκτίμησης των αναγκών υγείας που να είναι συνεκτική στις αρχές της, και να διαθέτει ευέλικτες μεθόδους.

3.5.2. Η δημογραφική γήρανση αποτελεί αμετάκλητο δεδομένο. Σύμφωνα με τους εμπειρογνώμονες, αντιπροσωπεύει μια μη δυνάμενη να μειωθεί ετήσια άνοδο των δαπανών υγείας μεταξύ 0,4 και 1,5 % ετησίως ανάλογα με τις εθνικές καταστάσεις και τους τύπους ανάληψης των δαπανών υγείας και γήρανσης. Θα πρέπει να χαρακτηθούν προσαρμοσμένες πολιτικές για την αντιμετώπιση των κινδύνων ανικανότητας και εξάρτησης του πληθυσμού.

3.6. Η ιατρική κατανάλωση υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ιατρικών προϊόντων παραμορφώνεται βαθμιαία και αυξάνει τη δημοσιονομική της πίεση στο συνολικό κόστος.

Για το λόγο αυτό οι μεταρρυθμίσεις της υγείας που θα πρέπει να υποστηριχθούν στο μέλλον πρέπει να εστιαστούν στην πρόληψη, στην προώθηση της υγείας, και στην ανάπτυξη της βασικής ιατρικής.

3.6.1. Για την αντιμετώπιση των πολυσύνθετων και δαπανηρών προβλημάτων αυτών, οι προσπάθειες πρέπει να στραφούν προς μία πιο ορθολογική χρήση των πόρων και την υιοθέτηση νέων προσεγγίσεων της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Θα πρέπει να προωθηθούν οι πολυλειτουργικές και συντονισμένες υπηρεσίες εγγύτητας στο σύνολο της επικράτειας. Απαιτείται ένα πνεύμα συντονισμού παραγόντων και υπευθύνων της υγείας. Επίσης, η κατ' οίκον περίθαλψη — νοσοκόμοι, γηριατρικές υπηρεσίες, κατ' οίκον νοσηλεία — είναι τρεις πρωταρχικοί τομείς μεταξύ άλλων.

3.6.2. Οι παραδοσιακές νοσοκομειακές διαρθρώσεις θα πρέπει να μεταρρυθμιστούν. Πρέπει, συνεπώς, να διευκολυνθεί ένα βαθμιαίο δίκτυο παροχής υπηρεσιών που κυμαίνεται από το γενικό νοσοκομείο ως τις πιο ειδικές περιθαλψεις. Στο πνεύμα αυτό, είναι απαραίτητες οι διασυνοριακές και διαπεριφερειακές συνεργασίες. Υφίστανται πειραματικές εμπειρίες που θα πρέπει να ενθαρρυνθούν.

3.6.3. Τέλος, η εξέλιξη των συστημάτων υγείας διέρχεται από μια δυναμική των επαγγελματιών και των ικανοτήτων. Η αναγνώριση νέων ιατρικών ειδικοτήτων δεν μπορεί να γίνει χωρίς προηγούμενη ορθολογική οργάνωση των ιατρικών κλάδων και αξιοποίηση των παραϊατρικών επαγγελματιών.

3.7. Όσον αφορά το πρόβλημα της δημοσιονομικής βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας, πρέπει να σημειωθεί η συνέχιση των σημαντικών ποσοτικών και ποιοτικών εννοιολογικών διαφορών μεταξύ των συστημάτων.

3.7.1. Ο καθορισμός και η εφαρμογή της έννοιας του εγγυημένου κατώτερου ορίου ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ιατρικών αγαθών βαθμιαίως καθίσταται πραγματικότητα.

3.7.2. Συνεπώς, θα ήταν σκόπιμο να προωθηθεί μια ευρωπαϊκή πρωτοβουλία που θα αποβλέπει στον προσδιορισμό των παροχών, των προϊόντων υγείας, και των θεραπευτικών πρωτοκόλλων που συνδέονται με τις κυριότερες γνωστές παθολογίες σε μια προσπάθεια αξιοποίησης και «αμοιβαίας αναγνώρισης». Με τον τρόπο αυτό, η δημόσια χρηματοδότηση θα έχει περισσότερη προτεραιότητα και τα συστήματα περίθαλψης θα είναι πιο αποτελεσματικά.

3.7.2.1. Αυτή η επιταγή διασφάλισης στο σύνολο του πληθυσμού μιας ευρύτατης πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για όλους, ενός κατώτατου ορίου δικαιωμάτων και παροχών, σημαίνει ότι πρέπει να προχωρήσουμε πέρα από την απλή μεταρρύθμιση των ελάχιστων επιπέδων που έχει εξαγγελθεί σήμερα από την ευρωπαϊκή νομοθεσία. Σχετίζεται με την αξιοπιστία της ανάπτυξης της ΕΕ, τη διεύρυνσή της, και τη σταθερότητα των εθνικών συστημάτων.

3.7.3. Αυτή η μέθοδος αξιολόγησης για την ανάληψη των αναγκών υγείας είναι συμβατή με τη διατήρηση μιας λογικής αλληλεγγύης και θα προσφέρει περισσότερο στην άμεση αίσθηση ευθύνης των επαγγελματιών και των ασθενών.

3.7.4. Όσον αφορά την μικρότερης προτεραιότητας περίθαλψη που δεν σχετίζεται με τη λογική δημόσιας υγείας, μπορεί να προσφύγει κανείς σε τύπους επικουρικής ασφάλισης<sup>(1)</sup>.

3.8. Θεωρούμε ότι η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή πρέπει να υποδείξει τη δημιουργία ενός οργάνου παρατήρησης, ανάλυσης, και ανταλλαγής απόψεων για τις εθνικές πολιτικές υγείας όσον αφορά τις πολυάριθμες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα συστήματα περίθαλψης. Αυτό το εγχείρημα σέβεται πλήρως τις θεμελιώδεις αρχές των συνθηκών, κυρίως την αρχή της επικουρικότητας και της εθνικής αρμοδιότητας. Η προσέγγιση αυτή συμπληρώνει τη δράση που προέβλεψε πρόσφατα η Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

3.9. Όσον αφορά τη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης, μπορεί να αντιμετωπισθεί ένα εγχείρημα τύπου «σύγκρισης των επιδόσεων». Οι περισσότερες από τις μεταρρυθμίσεις που έχουν αρχίσει στα πλαίσια της ΕΕ καθιστούν έκδηλη την προσπάθεια των δημόσιων αρχών και των οργάνων διαχείρισης να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα των νοσοκομειακών συστημάτων καθώς και την προσφυγή στις διαδικασίες βεβαίωσης και πιστοποίησης της ποιότητας της περίθαλψης.

3.9.1. Αυτή η πρωτοβουλία ξεπερνά τις διαφορές αντίληψης και οργάνωσης των εθνικών συστημάτων υγείας.

3.9.2. Θα μπορούσαν να προωθηθούν ευφυή κοινοτικά μέσα για τη σήμανση και τις πρωτοβουλίες βελτίωσης καινοτόμων θεραπευτικών τεχνολογιών βάσει ιατρικο-οικονομικά κριτήρια.

3.9.3. Στο ίδιο πνεύμα, η Ένωση θα πρέπει να διασφαλίσει στον πληθυσμό της υγειονομικά και νοσοκομειακά κέντρα αριστείας που δεν θα πρέπει να χαρακτηρίζουν μόνο τα πιο πλούσια κράτη.

<sup>(1)</sup> Βλέπε γνωμοδότηση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής σχετικά με τη «Συμπληρωματική ασφάλιση ασθενείας» — ΕΕ C 204 της 18.7.2000.

#### 4. Οι πολιτικές ευθύνες

4.1. Μολονότι η οργάνωση και η χρηματοδότηση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης εξαρτάται από τις εσωτερικές πολιτικές των κρατών, υφίστανται τρεις προβληματικές σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης:

4.2. Το άρθρο 152 της Συνθήκης ΕΚ σχετικά με τη δημόσια υγεία εγγυάται ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας. Ωστόσο, το άρθρο αυτό, μολονότι σχετίζεται με τη δημόσια υγεία και ειδικότερα με αυτή που συνδέεται με όλα τα προβλήματα πρόληψης, έχει λιγότερη ισχύ από άποψη πολιτικής της υγείας.

4.3. Μολονότι οι κανόνες της εσωτερικής αγοράς επιβάλλουν στις εθνικές πολιτικές να συμμορφώνονται με τους εσωτερικούς κανόνες, υφίστανται συχνά δικαιολογημένα όρια στα κράτη που δεν έχουν αναγνωρίσει ακόμη στο πεδίο αυτό την ελεύθερη κυκλοφορία των ατόμων, των αγαθών και των υπηρεσιών.

4.4. Η βιωσιμότητα των δημόσιων οικονομικών και ο αντίκτυπος των δαπανών στον τομέα της περίθαλψης που έχουν συνέπειες στις δημόσιες δαπάνες των κρατών έχουν πλαισιωθεί από το σύμφωνο σταθερότητας και σύγκλισης.

#### 5. Προτάσεις της Ευρωπαϊκής Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής

5.1. Λαμβάνοντας υπόψη τις αντίστοιχες αρμοδιότητες των κρατών και της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τις προβληματικές που έχουν τεθεί, καθώς και την παρέμβαση πολυάριθμων παραγόντων, η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή προτείνει σειρά μέτρων που προέρχονται από την εφαρμογή της ανοικτής μεθόδου συντονισμού με την οποία μπορούν να οριστούν οι προαναφερόμενοι στόχοι και οι αρχές σε μια προσέγγιση σχετική με την υγειονομική περίθαλψη καθώς και τη μακροχρόνια περίθαλψη των ηλικιωμένων:

5.1.1. Συνεχής ανταλλαγή πληροφοριών και κατάρτιση πινάκων δραστηριότητας, στόχων και αρχών σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

5.1.2. Ισχυρή και υποστηριζόμενη πολιτική απασχόλησης: η ιατρική δημογραφία εμφανίζεται ήδη σποραδικά, και θα πρέπει να αναληφθούν τοπικές και εθνικές πρωτοβουλίες προκειμένου να πολλαπλασιαστεί η προσφορά χωρίς να περιμένουμε τη ζήτηση. Είναι, κυρίως, επιτακτικό να επιτευχθεί η οριστική σύνταξη της οδηγίας για την αμοιβαία αναγνώριση των διπλωμάτων και των ικανοτήτων.

5.1.3. Γενικευμένη προώθηση των δεικτών ποιότητας της περίθαλψης: ορθές πρακτικές τεχνικών, πιστοποίηση του προσωπικού, έγκριση των εγκαταστάσεων.

5.1.4. Υποστήριξη μιας γενικευμένης πολιτικής ενημέρωσης και επικοινωνίας για τα σημερινά συστήματα, τις σημερινές διαρθρώσεις και τις πολιτικές που εφαρμόζονται.

5.1.5. Δημιουργία ευρωπαϊκού χάρτη ασφάλισης κατά ασθενειών, που θα επιτρέπει την ελεύθερη διακίνηση και την αναγνώριση των κεκτημένων δικαιωμάτων, κυρίως όσον αφορά τις ευάλωτες κατηγορίες του πληθυσμού ή τα ηλικιωμένα άτομα <sup>(1)</sup>.

5.2. Στην περίπτωση αυτή, δεν προβλέπεται ακόμη η εφαρμογή της ανοικτής μεθόδου συντονισμού για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

5.2.1. Η ταχεία εφαρμογή της είναι απαραίτητη.

Οι φιλοδοξίες της πρέπει να είναι οι ακόλουθες:

- Εκσυγχρονισμός των εθνικών συστημάτων, μέσω της ανάπτυξης ενός προγράμματος ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης.
- Καλύτερη συνεργασία των κρατών μελών.

Η συνεργασία αυτή θα επιτρέψει τον προσδιορισμό κοινών στόχων, εάν είναι δυνατόν στα θέματα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και της φροντίδας των ηλικιωμένων, στόχοι που θα πρέπει να οδηγήσουν σε εθνικά προγράμματα δράσης που θα επιτρέψουν την τακτική κατάρτιση συνθετικών εκθέσεων.

5.2.2. Στα πλαίσια αυτά, η επιλογή αξιόπιστων δεικτών θα επιτρέψει την καταμέτρηση των ακολουθούμενων πολιτικών, των προκλήσεων που τέθηκαν το 2001 – δυνατότητα πρόσβασης, ποιότητα, και δημοσιονομική βιωσιμότητα – και θα πρέπει να λάβουν υπόψη τις προβλέψεις για τη δημογραφική εξέλιξη, την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων, την προοδευτική μείωση του χρόνου εργασίας.

5.2.3. Η Ανοικτή Μέθοδος Συντονισμού, εάν εφαρμοστεί σωστά, μπορεί να απαντήσει στον αντίκτυπο του κοινωνικού δικαίου στα εθνικά συστήματα ασφάλισης, ασθενείας και κυρίως στον συνυπολογισμό των νέων δικαστικών προόδων που ενδεχόμενα λαμβάνονται μέρα με την ημέρα από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο κατά τη συζήτηση των διαφόρων υποθέσεων.

5.2.4. Η ανοικτή μέθοδος συντονισμού θα πρέπει να απαντήσει στα ακόλουθα ερωτήματα:

- α) Ποια μπορεί να είναι τα προσεχή στάδια της διαδικασίας αυτής στα θέματα της ασφάλισης ασθενείας;
- β) Μπορεί να προβλεφθεί η ανταλλαγή ορθών πρακτικών στα θέματα διαπίστευσης, αξιολόγησης, ή προδιαγραφών, η εφαρμογή ποιοτικών προδιαγραφών, ο προσδιορισμός των όρων πραγματικής ισοδυναμίας των προσόντων, η αμοιβαία αναγνώριση των πρακτικών;

<sup>(1)</sup> Βλέπε ανακοίνωση της Επιτροπής σχετικά με την εισαγωγή της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Υγείας — COM(2003) 73 τελικό.



- γ) Στα θέματα μείωσης του κόστους, ποια μπορεί να είναι τα οφέλη από τις ανταλλαγές ορθών πρακτικών, λαμβανομένης υπόψη της διαφοράς των εθνικών συστημάτων;
- δ) Ποια είναι η πορεία της διαδικασίας του δείκτη ποιότητας σχετικά τόσο με τις διαρθρώσεις όσο και τις πρακτικές;
- ε) Με ποιο τρόπο μπορεί να βελτιωθεί η πολιτική διάθεσης των προϊόντων υγείας, με καλύτερη συνεκτίμηση της επιταγής της καινοτομίας, την απαίτηση των αναπτυσσόμενων χωρών για πρόσβαση στα προϊόντα που είναι απαραίτητα για την καταπολέμηση μαστιγών όπως το έιτς (βλ. μελλοντικές συζητήσεις του ΔΟΕ και εφαρμογή των συμφωνιών της Ντόχα) και την αποτελεσματικότερη καταπολέμηση της σπατάλης;
- στ) Ο συντονισμός των εθνικών ρυθμίσεων στον τομέα του διασυνοριακού εμπορίου φαρμάκων δεν θα πρέπει να έχει ως συνέπεια μείωση του επιπέδου των παροχών όσον αφορά τη διάθεσή τους και την παροχή συμβουλών στα κράτη μέλη της ΕΕ.

Για να τεθεί σε εφαρμογή αυτή η ανοιχτή μέθοδος συντονισμού, να καταστεί ευκρινής και αξιόπιστη, και να αποκτήσει σταθερό

περιεχόμενο, η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή θεωρεί απαραίτητη τη δημιουργία μιας ελαφράς, ευέλικτης, και αποτελεσματικής διάρθρωσης η οποία θα είναι αρμόδια για μια σειρά προτεραιοτήτων δράσης που αναφέρονται στην παρούσα γνωμοδότηση.

## 6. Συμπεράσματα

Η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή επιθυμεί να καταστούν οι προκλήσεις της υγείας τομέας παρέμβασης σύμφωνα με το υφιστάμενο πολιτικό και νομικό πλαίσιο της ΕΕ. Η ΕΟΚΕ κρίνει ότι πρέπει να αναπτυχθούν σε ευρωπαϊκό επίπεδο «ευφυή» συλλογικά συστήματα πέραν των συζητήσεων για το «γίνεσθαι» των εθνικών συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης. Η ΕΟΚΕ διαπιστώνει την ανάγκη για πολιτική βούληση προκειμένου να διευκολυνθεί η γνώση των υγειονομικών πραγματικοτήτων και να αξιοποιηθούν οι άριστες καινοτόμες πρακτικές στον ιατροφαρμακευτικό και κοινωνικό τομέα. Για το λόγο αυτό, προτίθεται να προτείνει τη δημιουργία αποτελεσματικών οργάνων για να διασφαλιστεί σε όλους τους πολίτες της ΕΕ το θεμελιώδες δικαίωμα σε μια καλύτερη υγεία.

Βρυξέλλες, 16 Ιουλίου 2003.

Ο Πρόεδρος

της Ευρωπαϊκής Οικονομικής και Κοινωνικής  
Επιτροπής

Roger BRIESCH