

IV

(Paziņojumi)

EIROPAS SAVIENĪBAS IESTĀŽU UN STRUKTŪRU SNIEGTI PAZIŅOJUMI

PADOME

Padomes secinājumi par ekonomikas krīzi un veselību

(2014/C 217/02)

EIROPAS SAVIENĪBAS PADOME,

1. ATGĀDINA, ka Līguma par Eiropas Savienības darbību 168. pantā ir noteikts, ka, nosakot un īstenojot visu Savienības politiku un darbības, ir jānodrošina augsts cilvēku veselības aizsardzības līmenis, un Savienības rīcībai, ar kuru ir jāpapildina dalībvalstu politika, jābūt vērstai uz to, lai uzlabotu sabiedrības veselību, un tai ir arī jāveicina dalībvalstu sadarbība sabiedrības veselības aizsardzības jomā, vajadzības gadījumā atbalstot to rīcību, un pilnībā jārespektē dalībvalstu atbildība par veselības aprūpes pakalpojumu un medicīniskās aprūpes organizēšanu un sniegšanu;
2. ATGĀDINA Padomes 2006. gada 2. jūnijā pieņemtos secinājumus par ES veselības aizsardzības sistēmu kopīgām vērtībām un principiem⁽¹⁾, jo īpaši galvenajām vērtībām – universālumu, piekļuvi kvalitatīvai veselības aprūpei, taisnīgumu un solidaritāti;
3. ATGĀDINA mērķus, par kuriem vienošanos panāca Eiropadomes 2006. gada marta sanāksmē saistībā ar atvērto koordinācijas metodi sociālās aizsardzības un iekļaušanas jomā, lai nodrošinātu pieejamu augstas kvalitātes un ilgtspējīgu veselības aprūpi un ilgtermiņa aprūpi⁽²⁾;
4. ATGĀDINA Tallinas hartu par veselības aizsardzības sistēmām veselībai un pārticībai, kas parakstīta 2008. gada 27. jūnijā Pasaules Veselības organizācijas (PVO) aizbildnībā⁽³⁾;
5. ATGĀDINA Padomes 2010. gada 8. jūnija secinājumus “Taisnīguma un veselības aizsardzības jautājumi visās politikas jomās – solidaritāte veselības aizsardzībā”⁽⁴⁾;
6. ATGĀDINA Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīvu 2011/24/ES (2011. gada 9. marts) par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē⁽⁵⁾, tostarp IV nodaļu saistībā ar sadarbību veselības aprūpes jomā;
7. ATGĀDINA 2011. gada 6. jūnijā pieņemtos Padomes secinājumus par modernām, atsaucīgām un ilgtspējīgām veselības aizsardzības sistēmām⁽⁶⁾;
8. ATGĀDINA 2013. gada 10. decembrī pieņemtos Padomes secinājumus “Pārdomu process attiecībā uz modernām, reaģētspējīgām un ilgtspējīgām veselības aizsardzības sistēmām”⁽⁷⁾;

⁽¹⁾ OV C 146, 22.6.2006., 1. lpp.

⁽²⁾ Sociālās aizsardzības komitejas un Ekonomikas politikas komitejas kopīgais atzinums par EPSCO padomes 2006. gada 10. martā apstiprināto Komisijas paziņojumu “Strādāt kopā, strādāt labāk: jauna sistēma sociālās aizsardzības un integrācijas politikas atklātai koordinācijai Eiropas Savienībā”.

⁽³⁾ http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf

⁽⁴⁾ Dok. 9663/10.

⁽⁵⁾ OV L 88, 4.4.2011., 45. lpp.

⁽⁶⁾ OV C 202, 8.7.2011., 10. lpp.

⁽⁷⁾ OV C 376, 21.12.2013., 3. lpp.

9. PIENĒM ZINĀŠANAI 2013. gada 20. februārī pieņemto Komisijas paziņojumu "Sociālie ieguldījumi izaugsmei un kohēzijai, tostarp Eiropas Sociālā fonda īstenošana 2014.–2020. gadā", un jo īpaši tam pievienoto dienestu darba dokumentu par ieguldījumiem veselībā, kurā tiek uzsvērti dažādie veidi, kuros ieguldījumi veselībā var palīdzēt risināt esošas un nākotnē gaidāmas problēmas veselības aizsardzības sistēmās un sociālajā jomā kopumā ⁽¹⁾;
10. PIENĒM ZINĀŠANAI, ka Gada izaugsmes pētījumā par 2014. gadu ⁽²⁾ ir uzsvērtā nepieciešamība veselības aprūpes sistēmas padarīt efektīvākas un finansiāli ilgtspējīgākas, vienlaikus palielinot to spējas produktīvi un atbilstīgi apmierināt sociālās vajadzības un nodrošināt nepieciešamos sociālās drošības tīklus; 2014. gada GIP arī ir uzsvērts, ka būtu jāizstrādā aktīvas iekļaušanas stratēģijas, paredzot arī plaši pieejamus veselības aprūpes pakalpojumus, kas būtu cenas ziņā pieņemami un augsti kvalitatīvi;
11. APZINĀS, ka veselība ir vērtība pati par sevi un tā ir ekonomikas izaugsmes priekšnoteikums un ka ieguldīšana veselībā veicina labāku veselības stāvokli, ekonomisku labklājību un sociālu kohēziju;
12. UZSKATA, ka veselības aizsardzības sistēmas ir nozīmīga sastāvdaļa augsta līmeņa sociālai aizsardzībai Eiropā un sniedz būtisku ieguldījumu sociālajā kohēzijā, sociālajā taisnīgumā un ekonomikas izaugsmei;
13. ATZĪST, ka tādas problēmas veselības aizsardzības sistēmās kā sabiedrības novecošana un no tā izrietošais hronisko slimību un multimorbiditātes pieaugums, strauja tehnoloģiju izplatīšanās, veselības aprūpes speciālistu nepietiekamība un viņu nevienmērīgs sadalījums, iedzīvotāju arvien augstākas prasības un veselības aprūpes izmaksu paaugstināšanās saistībā ar budžeta ierobežojumiem, kuri radušies jo īpaši ekonomikas krīzes rezultātā, izraisa nepieciešamību īstenot tāda veida politiku un pasākumus, kas vērsti uz to, lai palielinātu izmaksu lietderīgumu un uzlabotu izmaksu ierobežošanu, vienlaikus nodrošinot veselības aprūpes sistēmu ilgtspējību, pacientu drošību un taisnīgu piekļuvi augstas kvalitātes veselības aprūpes pakalpojumiem;
14. PIENĒM ZINĀŠANAI, ka sabiedrības novecošana, intensīvāka aprūpes izmantošana un pieaugošās izmaksas saistībā ar budžeta ierobežojumiem ietekmē veselības aprūpes nozares darbaspēka pieprasījumu un piedāvājumu, un tāpēc svarīgs elements ilgtspējīgas veselības aizsardzības sistēmā ir veselības aprūpes nozares darbaspēka efektīva plānošana;
15. APZINĀS, ka vispārēja piekļuve veselības aprūpei ir sevišķi svarīga, lai risinātu nevienlīdzības problēmu veselības aizsardzības jomā;
16. UZSKATA, ka veselības veicināšana un slimību profilakse ir būtiski faktori, lai sasniegtu labāku veselību, un ATZĪST to, cik svarīgi ir ieguldīt veselības veicināšanā un slimību profilaksē, lai uzlabotu sabiedrības veselību;
17. ATZĪST, ka tādi modeļi, kuros ir integrēta primārā, sekundārā un stacionārā veselības aprūpe un savstarpēji ir integrēta veselības aprūpe un sociālā aprūpe, kopā ar IKT inovāciju un e-veselības risinājumu ieviešanu, var uzlabot veselības aizsardzības sistēmu noturīgumu, vienlaikus ņemot vērā pacientu drošību un augstas kvalitātes veselības aprūpi;
18. AR BAŽĀM ATZĪMĒ, ka finanšu krīze un budžeta ierobežojumi būtiski ietekmē galvenos ekonomikas rādītājus, tostarp ienākumus un bezdarbu, kuri ir veselības sociālie determinanti; un ka pārmērīgi samazināts veselības aprūpes piedāvājums var ietekmēt piekļuvi veselības aprūpei un izraisīt ilgtermiņa sekas attiecībā uz veselību un ekonomiku, jo īpaši visneaizsargātākajām sabiedrības grupām;
19. AR BAŽĀM ATZĪMĒ, ka dažās dalībvalstīs ir samazinājies sociālais budžets un ir palielinājies to iedzīvotāju skaits, kuri ir pakļauti nabadzības riskam un dzīvo mājāsaimniecībās, kurās ienākumu nav vai tie ir zemi, un tas veicina nevienlīdzību veselības jomā un apdraud sociālo kohēziju;

⁽¹⁾ COM(2013) 83 final.

⁽²⁾ COM(2013) 800.

20. AR BAŽĀM ATZĪMĒ, ka kopš 2009. gada daudzās dalībvalstīs ir samazināti sabiedrības veselībai paredzētie izdevumi, un ATGĀDINA, ka ieguldījumi veselības veicināšanā un slimību profilaksē, īpašu uzmanību pievēršot mazaizsargātām grupām, būtu jāsauglabā, jo īpaši ekonomikas krīzes apstākļos, jo ar šiem ieguldījumiem gan īstermiņā, gan ilgtermiņā tiek veicināts tas, lai uzlabotu sabiedrības veselību un samazinātu nevienlīdzību veselības jomā;
21. AR BAŽĀM ATZĪMĒ, ka daudzu jaunu inovatīvu zāļu cenas salīdzinājumā ar lielākās daļas dalībvalstu spējam sabiedrības veselības izdevumu jomā ir ļoti augstas un ka šī cenu noteikšanas situācija varētu destabilizēt veselības aizsardzības sistēmas dalībvalstīs, kuras jau ir novājinājusi finanšu krīze;
22. AR BAŽĀM ATZĪMĒ – lai gan lielākajā daļā dalībvalstu ir vispārējs segums, patiesībā daudziem iedzīvotājiem ir problemātiski piekļūt veselības aprūpes pakalpojumiem, kad viņiem tie ir vajadzīgi⁽¹⁾, un ekonomikas krīzes laikā vairākās dalībvalstīs ir pieaudzis to iedzīvotāju īpatsvars, kuri ir ziņojuši par neapmierinātām vajadzībām veselības aizsardzības jomā tādu iemeslu dēļ kā izmaksas, attālums līdz veselības aprūpes saņemšanas vietai vai rindas⁽²⁾;
23. ATZĪST, ka ekonomikas krīzes ietekmē iedzīvotāju veselības stāvokli, jo īpaši viņu garīgo veselību; un
24. ATZĪMĒ, ka ekonomikas krīzes ietekme uz veselības aizsardzību un sabiedrības veselībai atvēlēto izdevumu samazinājums visā pilnībā var kļūt redzami tikai turpmākajos gados;
25. ATZINĪGI VĒRTĒ Komisijas 2014. gada 4. aprīļa Paziņojumu par efektīvām, pieejamām un noturīgām veselības aizsardzības sistēmām⁽³⁾;
26. ATGĀDINA par diskusijām, kas notika veselības aizsardzības ministru neoficiālajā sanāksmē Atēnās 2014. gada 28. un 29. aprīlī, kuras temats bija “Ekonomikas krīze un veselības aprūpe”, un kurās tika uzsvērts, ka ir svarīgi veikt reformas veselības aizsardzības jomā, lai pārvarētu krīzi, un apmainīties ar paraugpraksi un dalīties informācijā starp dalībvalstīm kopīgu interešu jomās, tostarp par veselības aprūpes izmaksām, veselības aprūpes pakalpojumu kopumu, zālēm, veselības aizsardzības sistēmu snieguma izvērtējumu un ieguldījumiem profilaksē ar mērķi nodrošināt veselības aizsardzības sistēmu noturīgumu, tika panākta plaša vienošanās turpināt uzlabot veselības aprūpes pieejamību, jo īpaši visneaizsargātākajām iedzīvotāju grupām, un vienlaikus tika izvirzīts jautājums par veselības aizsardzības ministru iesaistīšanos Eiropas pusgada procesā;

AICINA DALĪBVALSTIS:

27. turpināt uzlabot augstas kvalitātes veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību visiem iedzīvotājiem, īpašu uzmanību veltot visneaizsargātākajām iedzīvotāju grupām;
28. turpināt stiprināt veselības veicināšanas un slimību novēršanas politiku un stratēģiju, lai uzlabotu iedzīvotāju veselību un tādējādi samazinātu nepieciešamību pēc ārstēšanas;
29. apsvērt inovatīvus veidus, kā integrēt primāro veselības aprūpi un stacionāro aprūpi, veselības aprūpi un sociālo aprūpi;
30. veicināt IKT inovāciju un e-veselības risinājumu ieviešanu, lai nodrošinātu kvalitatīvu aprūpi un zināšanas par veselību un uzlabotu veselības aizsardzības sistēmu un izdevumu kontroles efektivitāti un lietderību;
31. labāk izmantot veselības aizsardzības sistēmu snieguma novērtējumu (HSPA) gan politikas veidošanā, gan pārredzamības un pārskatatbildības palielināšanā valsts līmenī;

⁽¹⁾ Eurofound (2013). Krīzes ietekme uz veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību ES (*Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU*), Dublinā.

⁽²⁾ http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_03&lang=en

⁽³⁾ COM(2014) 215.

32. turpināt sadarboties tādos jautājumos kā dalīšanās informācijā par stratēģijām, ko izmantot, lai efektīvi pārvaldītu zālēm un medicīniskām ierīcēm paredzētus izdevumus, vienlaikus nodrošinot taisnīgu piekļuvi efektīvām zālēm ilgspējīgu valsts veselības aprūpes sistēmu ietvaros, un, attiecīgos gadījumos izmantojot esošās grupas, turpināt apspriest jautājumus, kas ir saistīti ar pieejamu cenu noteikšanu, ģenērisku zāļu lietošanu, zālēm retu slimību ārstēšanai, medicīniskām ierīcēm un maziem tirgiem;
33. gūt mācību no krīzes un veicināt vispārēju piekļuvi augstas kvalitātes veselības aprūpei, vienlaikus ņemot vērā tās dažādos elementus, lai vajadzīgās reformas veselības aizsardzības jomā varētu īstenot, neapdraudot veselības aizsardzības sistēmas kā sociālās drošības sistēmas daļas funkcionēšanu;
34. apmainīties ar informāciju par veselības aprūpes pakalpojumiem, kuri ir ietverti dalībvalstu veselības aprūpes sistēmās, tostarp saistībā ar Sabiedrības veselības aizsardzības jautājumu darba grupu augstāko amatpersonu līmenī;

AICINA DALĪBVALSTIS UN KOMISIJU:

35. veicināt to, lai, nosakot un īstenojot visu Savienības politiku un darbības, tiktu sekmīgi īstenots ES mērķis – cilvēkiem nodrošināt augstu veselības aizsardzības līmeni;
36. turpināt dialogu, kura mērķis ir palielināt Eiropas strukturālo un investīciju fondu (ESIF) efektīvu izmantošanu ieguldījumos veselībā atbalsttiesīgajos dalībvalstu reģionos; īstenot turpmākus centienus, lai veicinātu Savienības finanšu instrumentu, tostarp ESIF, izmantošanu ieguldījumos veselībā, lai sasniegtu jo īpaši tos mērķus, kas minēti šajos secinājumos;
37. izvērtēt esošo informāciju, lai izsvērtu, kāda ir veselības aprūpes pabalstu loma tādās jomās kā nevienlīdzības mazināšana veselības aprūpes jomā un iedzīvotāju riska ieslīgt nabadzībā mazināšana;
38. tiekties panākt kopīgu izpratni par visefektīvākajiem ar noturīgumu saistītajiem faktoriem, tostarp tiem, kurus Komisija ierosinājusi savā nesējā paziņojumā par efektīvām, pieejamām un noturīgām veselības aizsardzības sistēmām, un lūgt, lai Sabiedrības veselības aizsardzības jautājumu darba grupa augstāko amatpersonu līmenī informētu par paraugpraksi attiecībā uz to, kā šos faktoros īstenot dažādās veselības aizsardzības sistēmās;
39. stiprināt sadarbību turpmāk uzskaitītājās jomās, par kurām ir panākta vienošanās Direktīvā par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē: pārrobežu sadarbība reģionālā līmenī, Eiropas references tīkli, e-veselība, veselības aprūpes tehnoloģijas novērtējums (*HTA*);
40. balstoties uz rezultātiem, kas izriet no Rīcības plāna attiecībā uz ES veselības nozares darbaspēku, un īpašu uzmanību veltot Kopīgajā rīcībā par veselības nozares darbaspēka plānošanu un prognozēšanu iekļautajiem ieteikumiem, turpināt sadarbību saistībā ar paņēmieniem, kā stiprināt veselības nozares darbaspēka politiku dalībvalstīs ar mērķi palīdzēt tām veselības nozarē nodrošināt ilgspējīgu darbaspēku ar vajadzīgajām prasmēm, lai garantētu aprūpes pieejamību, drošību un kvalitāti;
41. turpināt nostiprināt veselības aizsardzības sistēmu efektivitāti, apzinot veselības aizsardzības sistēmu snieguma novērtējumam (*HSPA*) nepieciešamos līdzekļus un metodes, apmainoties ar paraugpraksi un labāk izmantojot esošos datus, piemēram, *Eurostat* un *ESAO* statistiku;
42. pastiprināt Sociālās aizsardzības komitejas un Sabiedrības veselības aizsardzības jautājumu darba grupas augstāko amatpersonu līmenī (*WPPHSL*) sadarbību, lai veselības aizsardzības ministrijas varētu aktīvi dot savu ieguldījumu Eiropas pusgada ietvaros;

AICINA KOMISIJU:

43. veicināt informācijas un paraugprakses apmaiņu piekļuves jomā, ņemot vērā tās dažādos elementus, un atbalstīt projektus, lai veicinātu un attīstītu periodisku informācijas apkopošanu un iegūtu zinātniskus pierādījumus attiecībā uz taisnīgu piekļuvi aprūpei, lai risinātu problēmas, kas apgrūtina vispārēju un taisnīgu piekļuvi;

44. vajadzības gadījumā atbalstīt to, lai dalībvalstis apmainītos ar informāciju par politiku, kas ir saistīta ar zālēm un medicīniskām ierīcēm, īpašu uzmanību veltot maziem tirgiem;
 45. mudināt uz sadarbību, lai uzlabotu veselības aprūpes pakalpojumu papildināmību tiem iedzīvotājiem, kuri mīt dalībvalstu robežu tuvumā un kuriem var būt nepieciešama piekļuve pārrobežu veselības aprūpei;
 46. sniegt informāciju par dalībvalstu veselības aprūpes sistēmās ietvertajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, izmantojot informāciju, ko snieguši valstu kontaktpunkti, kas izveidoti saskaņā ar Direktīvu par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē.
-