

Četrtek, 7. oktober 2010

65. meni, da se poslov kreditnih izmenjav ne sme uporabljati za izogibanje kapitalskim zahtevam;
66. poziva k temu, da mora biti kreditno tveganje nasprotne stranke sorazmerno s tveganjem, stroški kapitala za transakcije, ki niso vključene v centralni kliring, pa večji kot za transakcije prek centralne pogodbene stranke, pod pogojem, da slednja izpolnjuje zahteve na visoki ravni, ki jih mora opredeliti evropska zakonodaja ob upoštevanju standardov, dogovorjenih na mednarodni ravni, in ob upoštevanju morebitnih stroškov, ki jih ima lahko podjetniški sektor z uporabo izvedenih finančnih instrumentov za zavarovanje poslovnih dejavnosti; poziva, da se v primerih dvostranskega kliringa spodbujajo najvišji standardi;
67. opozarja, da je kriza pokazala, da je medsebojna povezanost finančnih ustanov večja od povezanosti finančnih ustanov in podjetij, ter meni, da bi morale biti kapitalske zahteve za kreditno tveganje nasprotne stranke strožje za izpostavljenost finančnih institucij drugim finančnim institucijam in da bi morale odražati tudi dinamično naravo tega tveganja v času; poudarja, da je treba podrobno spremljati medsebojno povezanost, da bi odkrili koncentracijo transakcij med velikimi akterji in posledično sprejeli regulativne ukrepe, povezane s kreditnim tveganjem nasprotne stranke;

*

* *

68. naroči svojemu predsedniku, naj to resolucijo posreduje Svetu in Komisiji ter vladam in parlamentom držav članic, evroskupini in Evropski centralni banki.

Sistem zdravstvenega varstva v podsaharski Afriki in svetovnem zdravju

P7_TA(2010)0355

Resolucija Evropskega parlamenta z dne 7. oktobra 2010 o sistemu zdravstvenega varstva v podsaharski Afriki in svetovnem zdravju (2010/2070(INI))

(2011/C 371 E/06)

Evropski parlament,

- ob upoštevanju člena 25 Splošne deklaracije o človekovih pravicah, ki priznava zdravje kot temeljno pravico,
- ob upoštevanju pravice vsakogar do najboljšega možnega fizičnega in mentalnega zdravja,
- ob upoštevanju pobude iz Bamaka leta 1987 in njenega cilja „zdravje za vse v letu 2000“,
- ob upoštevanju izjave iz Alme-Ate iz leta 1978, ki opredeljuje pojem osnovnega zdravstvenega varstva,
- ob upoštevanju listine iz Ottawe iz leta 1986 za spodbujanje zdravja,
- ob upoštevanju predloga Mednarodnega sklada za pomoč otrokom, ki ga je sprejela WHO leta 1987 in si prizadeva za oživitev politike osnovnih zdravstvenih storitev in boj proti smrtnosti otrok,
- ob upoštevanju platforme iz Abidžana iz leta 1998 na temo „Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique“ („Podporne strategije za zdravstvene zavarovalnice v Afriki“),

Četrtek, 7. oktober 2010

- ob upoštevanju razvojnih ciljev tisočletja OZN iz leta 2000, zlasti v zvezi s človekovim razvojem (zdravje in izobraževanje), vodo in energijo, razvojem podeželja, kmetijstvom in varnostjo hrane ter še posebej cilji 1, 4, 5, 6 in 8,
- ob upoštevanju sporazumov iz Cotonouja z dne 23. junija 2000, spremenjenih 25. junija 2005,
- ob upoštevanju prednostnih nalog Evropske unije, določenih decembra 2005 v okiru „Evropskega soglasja o razvoju“,
- ob upoštevanju mednarodne konference v Ouagadougouju leta 2008 o osnovnih zdravstvenih storitvah in zdravstvenih sistemih v Afriki ter prizadevanju sedanjih voditeljev držav, da bi dodeljena sredstva za zdravje dosegla vsaj 15-odstotno raven državnih proračunov,
- ob upoštevanju izjav Ekonomske in monetarne unije Zahodne Afrike (UEMOA) o izvajanju splošnega zdravstvenega zavarovanja v korist prebivalstva in njene uredbe (št. 7/2009) s 26. junija 2009 o prenosu shem socialnega vzajemnega zavarovanja v okvir UEMOA,
- ob upoštevanju 10. evropskega razvojnega sklada, ki krije obdobje 2008–2013, in sklepa Sveta iz decembra 2005,
- ob upoštevanju izjave iz Pariza leta 2007 po konferenci „Consortium“ (G8, ILO, WHO, Svetovna banka, MDS, OECD) o zdravstvenem zavarovanju,
- ob upoštevanju prednostnih nalog skrbniškega sklada EU-Afrika, opredeljenih aprila 2007, zlasti v zvezi z razvojem infrastrukturnih omrežij v Afriki,
- ob upoštevanju svetovne pobude „International Health Partnership“ iz Londona s 5. septembra 2007 za boljše usklajevanje zunanje pomoči na dvostranski in večstranski ravni,
- ob upoštevanju vrha G8 junija 2007 in začetka pobude „Providing for health“ za razvoj trajnostnih, pravičnih, „pro-poor“ sistemov financiranja, v katere so vključeni vsi državljani;
- ob upoštevanju novega instrumenta za financiranje razvojnega sodelovanja Evropske unije (ICD),
- ob upoštevanju posebnega poročila Računskega sodišča Evropske unije (10/2008) o evropski pomoči zdravstvenim storitvam v podsaharski Afriki,
- ob upoštevanju skupne strategije Afriška unija/Evropska unija za zdravje, opredeljene v Lizboni decembra 2007,
- ob upoštevanju skupnega neuradnega dokumenta predsedstva/Komisije, sprejetega na neformalnem srečanju ministrov za razvoj decembra 2008 v Bordeauxu, o zdravstvenem zavarovanju in financiranju zdravstvenih sistemov v državah v razvoju,
- ob upoštevanju izjave iz Alžira iz leta 2008 o raziskovanju na področju zdravja,
- ob upoštevanju izjave iz Ethekevinija iz leta 2008 o higieni in sanitarno-higienskih razmerah,
- ob upoštevanju izjave iz Librevilla avgusta 2008 o zdravju in okolju v Afriki,

Četrtek, 7. oktober 2010

- ob upoštevanju izjave z Balijskega iz leta 2008 o ravnanju z odpadki za človekovo zdravje,
 - ob upoštevanju sklepov konference v Oslu oktobra 2008 o vodilnih načelih, ki služijo kot sredstva za zagotavljanje spoštovanja pravic notranje razseljenih oseb, torej oseb ki so morale proti svoji volji zapustiti domove zaradi konfliktov, preganjanja, naravnih katastrof ali razvojnih projektov, ne glede na to, ali so pri tem prečkale mejo;
 - ob upoštevanju ciljev, ki jih je opredelila EuropAID za obdobje 2009–2013,
 - ob upoštevanju študije Mednarodnega odbora Rdečega križa o običajnem pravu, ki zdravstvo opredeljuje kot običajno določbo mednarodnega humanitarnega prava, ki jo je treba spoštovati,
 - ob upoštevanju izjave Mednarodnega združenja vzajemnih zavarovalnic (junij 2009) o vlogi vzajemnega zavarovanja v splošnih sistemih zdravstvenega varstva,
 - ob upoštevanju dejavnosti, ki se izvajajo v okviru programa STEP I in II (Strategije in tehnike proti socialni izključenosti in revščini) Mednarodne organizacije za delo, usmerjenih v boj proti socialni izključenosti, zmanjšanju revščine in spodbujanju dostojnega dela preko novih pristopov za razširitev socialnega varstva,
 - ob upoštevanju izjave iz Yaoundéja iz septembra 2009, ki so jo potrdili člani posvetovalne skupine akterjev razvoja vzajemnih zdravstvenih zavarovalnic v Afriki, ki obravnava vzajemne zdravstvene zavarovalnice kot ustrezen odgovor za uresničitev cilja, vzpostaviti splošno zavarovanje v državah z nizkimi in srednjimi dohodki,
 - ob upoštevanju, da je aprila 2009 „Svet glavnih sekretarjev“ vseh organizmov Združenih narodov sprejel „Svetovno pobudo za splošne temelje socialnega varstva“, ki temelji na skladni in razčlenjeni skupini bistvenih socialnih transferjev in temeljnih socialnih storitev, tudi zdravja, do katerih bi morali imeti dostop vsi državljani,
 - ob upoštevanju dejavnosti skupne parlamentarne skupščine EU-AKP 3. decembra 2009 in zlasti resolucije o kmetijskih težavah ter podnebnih spremembah, ki bodo lahko imele le negativen vpliv na javno zdravje, ter pobude „Podnebje za razvoj v Afriki“,
 - ob upoštevanju sporočila Komisije z dne 31. marca 2010 (KOM(2010)0128) o spodbujanju vloge Evropske unije na področju svetovnega zdravja,
 - ob upoštevanju sklepov 3011. Sveta za zunanje zadeve z dne 10. maja 2010 o vlogi Evropske unije na področju svetovnega zdravja,
 - ob upoštevanju člena 48 svojega Poslovnika,
 - ob upoštevanju poročila Odbora za razvoj (A7-0245/2010),
- A. ker se je zaradi vertikalnih skladov na področju zdravja zmanjšala smrtnost, povezana s pomembnimi boleznimi, kot so tuberkuloza, malarija itd., in ker se morajo prizadevanja nadaljevati v tej smeri,
- B. ker mora mednarodna skupnost, vključno z EU, podpreti države pri izvajanju njihove nacionalne zdravstvene politike, pri čemer mora biti jedro ukrepov zdravstvena oskrba, ki jo financirajo javni organi in ki je vsem dostopna;

Četrtek, 7. oktober 2010

- C. ker morajo osnovni zdravstveni sistemi zagotoviti zdravljenje vseh bolezni in sta torej oba pristopa, horizontalen in vertikalni, potrebna in dopolnilna,
- D. ker dobro strukturiran horizontalni pristop omogoča načrtovanje sistemov zavarovanja (vzajemne zdravstvene zavarovalnice, mikro zdravstveno zavarovanje itd.), v katerih upravičenci postanejo akterji lastnega zdravja,
- E. ker zdravje ni blago, ne v Afriki niti drugje, in ker je treba poiskati nepridobitniški pristop do zdravstvenega zavarovanja, ki temelji na vrednotah solidarnosti in demokracije,
- F. ker so v Afriki v letih 90 nastale številne pobude za vzpostavitev sistemov zdravstvenega zavarovanja in ker je treba podpirati socialni zagon, ki je nastal na podlagi teh pobud,
- G. ker se izrazi po državah, kjer se govorijo angleščina, francoščina ali afriški jeziki, razlikujejo in ne pomenijo vedno istih pojmov, saj nekateri govorijo o „vzajemni zdravstveni zavarovalnici“ (ang. mutual health organisations), drugi o „zdravstvenem zavarovanju na ravni skupnosti“ (ang. Community Based Health insurance) ali pa o „mikro zdravstvenem zavarovanju“, in ker ti izrazi zajemajo širok spekter solidarnostnih sredstev, ki temeljijo na vzajemnosti glede tveganj pri delnem ali celotnem kritju stroškov zdravstvenih storitev,
- H. ker izraz „vzajemni“ nosi poudarek na socialnem gibanju in skupnem delovanju skupine, izraz „zavarovanje“ pa temelji na 1) predhodnem plačilu prispevkov, preden se pojavi tveganje, 2) delitvi tveganj in 3) pojmu poročstva; ker je pojem vzajemnosti po platformi iz Abidžana mogoče opredeliti kot neodvisno neprofitno združenje, ki temelji na solidarnosti in demokratični udeležbi, predvsem preko prispevkov njegovih članov, in katerega cilj je, istočasno s politiko zavarovanja in medsebojne pomoči, izboljšanje dostopa članov in njihovih družin do kakovostnih zdravstvenih storitev,
- I. ker prebivalci zaradi socialnih in humanitarnih razmer, v katerih živijo, vedno ne razumejo pojma zavarovanja in posledično koristnosti prispevkov za zavarovanje za bolezni, ki se morda ne bodo pojavile, še zlasti ker raznovrstne nevladne organizacije istočasno nudijo brezplačno zdravstveno nego in zdravila,
- J. ker je bila diaspora iz podsaharske Afrike v različnih državah gostiteljicah ozaveščena o uporabnosti in koristnosti vzajemnih zdravstvenih zavarovalnic, ki so v državah gostiteljicah zelo razvite, in ker diaspora pogosto vzdržuje posebne odnose z matičnimi državami,
- K. ker v Afriki ni mogoče imeti enotnega zdravstvenega sistema kot v Evropi, kjer obstajajo razlike med splošnimi sistemi socialne varnosti na eni strani in sistemi obveznega socialnega zavarovanja na drugi strani,
1. opozarja, da zdravje odraža socialno-gospodarsko raven, demokratičnost in dobro upravljanje držav;
 2. opozarja na vpliv zunanjih dejavnikov na gospodarstvo podsaharskih držav, na primer predpisov o mednarodnem trgovanju, politik sodelovanja, finančne krize, podnebnih sprememb, politike velikih farmacevtskih podjetij in politike velikih mednarodnih finančnih institucij;
 3. poudarja, da lahko ti zunanji dejavniki dramatično zmanjšajo manevrski prostor držav, ki si prizadevajo, da bi zagotovile dobro upravljanje, in lahko močno vplivajo na zdravje prebivalcev;

Četrtek, 7. oktober 2010

4. opozarja, da je splošna pravica do zdravja transversalna pravica, ki je neločljivo povezana z drugimi pravnimi sektorji, kot so zdravstvena in socialna zakonodaja, delovna zakonodaja in civilna zakonodaja;
5. opozarja mednarodno skupnost na njene obveznosti pri uresničevanju razvojnih ciljev tisočletja in Evropsko unijo na njene zaveze o okrepitevi pomoči zdravstvenim službam v državah podsaharske Afrike;
6. opozarja na pravico žensk, da brez pritiskov obvladujejo vprašanja v zvezi s svojim reproduktivnim zdravjem, naj bo to reprodukcija, kontracepcija, prekinitev nosečnosti ali spolno prenosljive bolezni; obsoja pohabljanje ženskih spolnih organov in nezaslišano nasilje, katerega žrtve so še vedno ženske, saj posilstvo ostaja vojno orožje; zato se zavzema za to, da bi ženske v teh primerih s horizontalnim pristopom imele pravico dostopati do zdravstvene oskrbe in poziva k diagonalnemu pristopu, ki bo dajal prednost temu področju zdravstva;
7. opozarja, da ima vsak otrok pravico do dostopa do programov cepljenja in imunizacije; prav tako opozarja, da zaradi bolezni, ki bi jih bilo mogoče preprečiti in pozdraviti, vsako leto še vedno umre 8,8 milijona otrok, mlajših od pet let (od tega polovica v podsaharski Afriki);
8. opozarja, da sta glavna vzroka smrti otrok v podsaharski Afriki pljučnica in driska;
9. je zaskrbljen, da bi zasebne organizacije, ki pridobivajo evropska sredstva in zagotavljajo zdravstveno oskrbo afriškega prebivalstva, lahko pod vplivom verskih gibanj omejile nekatere prakse zdravljenja ali preprečevanja na področju reproduktivnega zdravja;
10. poudarja, da morajo zasebne organizacije, ki prejema evropska sredstva, na področju reproduktivnega zdravja nuditi storitve ob spoštovanju temeljnih pravic, dostojanstva in osebne svobode;
11. obsoja širjenje sektaških organizacij, ki zlorabljajo lahkovernost najbolj izpostavljenega prebivalstva in nudijo lažno zdravljenje, ne da bi se lokalne oblasti na to odzvale;
12. je zaskrbljen zaradi naraščajočega pojavljanja trgovanja z zdravjem in medicine dveh hitrosti v državah, ki poznajo politične težave in pomanjkljivosti v smislu dobrega upravljanja;
13. podpira delo, pogosto občudovanja vredno, nevladnih organizacij, ki se odpirajo v regijah, prizadetih zaradi konfliktov, a opozarja, da takšno delo v izrednih razmerah ne more dolgo trajati, niti nadomestiti trajnostnih sistemov zdravstva in zavarovanja;
14. izpostavlja zelo pomembno vlogo, ki jo imajo pri zviševanju ravni zdravja prebivalstva in spodbujanju zdravstvene vzgoje nedržavni akterji, verske organizacije, med njimi zasebne neprofitne bolnice;
15. poziva Komisijo, naj za doseg trdnih in trajnih rezultatov podpre krepitev nacionalnih zdravstvenih sistemov, še zlasti z metodo, ki namenja osrednje mesto javnemu interesu in upošteva pomen, ki ga ime za zdravstveni sektor javno-zasebno partnerstvo, med drugim njegov neprofitni vidik, v skladu z merili učinkovitosti in pravičnosti;
16. ugotavlja, da velik del prebivalstva podsaharske Afrike, zlasti na podeželskih območjih, ne more kriti niti splošnih stroškov zdravljenja in zdravlil;

Četrtek, 7. oktober 2010

17. je zelo zaskrbljen, ker po afriškem trgu krožijo zdravila s preteklim rokom ali pokvarjena in ponarejena zdravila, na kar se nacionalne oblasti in mednarodna skupnost ne odzivajo dovolj resno;
18. je zaskrbljen nad hudim pomanjkanjem ustrezno usposobljenih zdravstvenih delavcev in nad dejstvom, da veliko zdravnikov ne ostane v svoji državi; predlaga, da se jim ponudijo vizumi za večkratni vstop, da bodo lahko nadaljevali svoje izobraževanje v Evropi, vendar pa bodo ostali v Afriki;
19. obžaluje dejstvo, da v številnih afriških državah primanjkuje usposobljenih zdravstvenih delavcev, zdravnikov, medicinskih sester in farmacevtov, ter da mnoge izmed njih zaposlijo evropske države, s čimer afriške države ostajajo brez pomembnega vira za razvoj;
20. poudarja, da je v državah v razvoju še vedno razširjena pogubna bolezen, kot je rak pri otrocih, in poziva Komisijo, naj spodbuja kampanje obveščanja, ki bodo promovirale zgodnje diagnosticiranje in učinkovito zdravljenje;
21. pozdravlja, da kljub tem socialnim, gospodarskim in političnim težavam nekatere podsaharske države poskušajo izvesti politike, primerne za izboljšanje ali omogočanje dostopa svojih državljanov do zdravstvene oskrbe, četudi osnovne; zahteva od Komisije, naj natančno oceni rezultate v zvezi z napredkom na področju zdravja (umrljivost mater in otrok), ki je bil dosežen zahvaljujoč mehanizmu finančne pomoči splošnim proračunom držav; zahteva, da se preučijo tudi drugi mehanizmi financiranja;
22. opozarja na pomen vzgoje o zdravju in higieni v zdravstvenih politikah;
23. meni, da je potrebno, da države organizirajo funkcionalne zdravstvene storitve, družbeno učinkovite in finančno dostopne, pri tem pa vključijo organizacijska vprašanja povpraševanja po zdravstvenih storitvah in torej vloge vzajemnih zdravstvenih zavarovalnic v zdravstvenem sistemu; meni, da je za tako delovanje potrebna vzpostavitev registra matičnih podatkov o prebivalstvu;
24. poudarja bistveno vlogo, ki jo imajo lahko lokalne oblasti pri izboljševanju preventive in dostopa do zdravstvenih storitev;
25. pozdravlja uspeh, ki so ga dosegli vertikalni skladi glede privlačnosti za donatorje in napredka na področju nazadovanja pomembnih bolezni, kot so aids, tuberkuloza, malarija, otroška paraliza in druge hude bolezni; vendar vztraja pri dejstvu, da takšen vertikalni pristop ne more v nobenem primeru nadomestiti horizontalnega in trajnostnega pristopa na področju osnovne zdravstvene oskrbe;
26. opozarja, da lahko le horizontalen pristop v smislu osnovnih zdravstvenih storitev s sodelovanjem javnih oblasti, a tudi številnih drugih udeležencev, dokončno privede do trajnega izboljšanja življenjskih in zdravstvenih razmer prebivalstva;
27. opozarja, da je malo verjetno, da bi te države lahko kratkoročno financirale izključno na podlagi proračunskih prihodkov državne zdravstvene sisteme in da je treba poiskati mešano obliko financiranja; nadalje poudarja, da predstavlja sofinanciranje pomemben vzvod za partnerske države pri prevzemanju projektov;
28. pozdravlja diagonalni pristop nekaterih vertikalnih skladov, ki so sklenili, da bodo namenili del svojih sredstev za utrditev zdravstvenih sistemov v državah, prizadetih zaradi omenjenih bolezni; vendarle poudarja, da je treba spodbujati zdravstveno sodelovanje, zlasti prek telemedicine, ki bo temeljilo na rednem povezovanju in izmenjavah med bolnicami ter javnimi in zasebnimi zdravstvenimi delavci s severne in južne poloble, pri čemer naj se posebna pozornost nameni usposabljanju lokalnih zdravstvenih delavcev;

Četrtek, 7. oktober 2010

29. ocenjuje, da bi bilo treba vzpostaviti strateška partnerstva med glavnimi akterji na lokalni, nacionalni in mednarodni ravni ter da mora potekati institucionalni dialog med vlado, izvajalci zdravstvenih storitev in vzajemnimi zavarovalnicami, da bi lahko oblikovali zdravstveno politiko in vodili njeno vzpostavitve;
30. ocenjuje, tako kot Mednarodna zdravstvena organizacija, da mora razširitev zdravstvenih storitev spremljati socialno varstvo, ki bo temeljilo na predplačilu in razporeditvi sredstev, in ne na neposrednemu plačilu uporabnikov, ter da so reforme, katerih cilj je vzpostavitev univerzalnega kritja, nujen pogoj za izboljšanje enakosti na področju zdravja;
31. meni, da lahko sistem zdravstvenega zavarovanja prispeva k finančni utrditvi zdravstvenega sistema in da je treba vsa prizadevanja usmeriti v njegovo učinkovito strukturo na lokalni ravni;
32. ugotavlja, da obstajata dva glavna sistema, ki lahko zagotavljata brezplačno zdravstveno varstvo tam, kjer je to potrebno, in sicer splošni sistem socialne varnosti, ki se financira z davki, in sistem obveznega socialnega zavarovanja;
33. meni, da mora sistem zdravstvenega zavarovanja biti solidarnosten in prilagojen kulturnemu, socialnemu in političnemu okviru, v katerega sodi; ne more biti torej preprost prenos uvoženega modela in niti nespremenjena dediščina kolonialne preteklosti;
34. meni, da mora sistem zdravstvenega zavarovanja omogočati dostop do oskrbe vsem, ne sme biti dobičkonosen in mora biti participativen;
35. meni, da lahko sistem zdravstvenega zavarovanja pomaga usmerjati in vpliva na zdravstveno politiko države, v kateri se izvajajo njegove dejavnosti, v korist svojih upravičencev;
36. meni, da so vzajemne zavarovalnice najboljša rešitev za oblikovanje socialne dinamike na osnovi vrednot solidarnosti in omogočanje dostopa do storitev za vse;
37. meni, da imajo vzajemne zdravstvene zavarovalnice pomembno vlogo pri izboljševanju socialne kohezije, so sposobne delovati za dostop do kakovostnih storitev in resnično udeležbo državljanov pri usmerjanju in izvajanju zdravstvenih politik, v sočasni povezavi s formalnimi sistemi socialnega varstva;
38. trdi, da so vzajemne zdravstvene zavarovalnice znale prilagoditi zavarovalniške poklice socialno-gospodarskim značilnostim prebivalstva v neformalnem gospodarstvu, ki ostaja izključeno iz formalnih režimov in komercialnih zavarovanj; zato pomeni ustrezen odgovor, da bi dosegli cilj splošnega zavarovanja v državah z nizkimi in srednjimi dohodki;
39. trdi, da vzajemne zavarovalnice nimajo glavnega cilja nadomestiti države, ampak pomenijo alternativno možnost za preseganje ovir za dostop do zdravstvenih storitev in omogočanje boljšega dostopa do kakovostnih storitev za vse državljane ne glede na njihove prihodke, sočasno pa spodbujajo države, da ponovno vlagajo v to področje;
40. spodbuja napore nekaterih držav, ki se zavedajo lokalnih razmer in potreb ter podpirajo pobude na sektorski ravni (kmetje, pridelovalci kave, skupine žensk, prebivalci skupne četrti), na ravni etničnih skupin ali skupnosti ali tradicionalne oblike, kot na primer tontine;
41. ugotavlja, da različne države, kot so Burundi, Burkina Faso, Zelenortske otoki, Senegal, Benin, Ruanda, Tanzanija, Gana, Nigerija, Gvineja ali Kamerun izvajajo sisteme, ki se včasih zelo razlikujejo, a so uspešni;

Četrtek, 7. oktober 2010

42. vztraja, da je treba sisteme prilagoditi vrednotam solidarnosti in afriške kulture, saj je pojem družine v Afriki širši, zaradi česar se postavlja vprašanje glede števila upravičencev do vzajemne pomoči, če je prilagojena zahodnemu modelu;
43. poudarja vlogo, ki jo ima lahko diaspora iz podsaharske Afrike pri ozaveščanju svojih rojakov o koristih uvedbe zdravstvenih zavarovalnic v njihovih državah;
44. vztraja pri medsebojni odvisnosti sistemov zavarovanja in strukturiranju horizontalne zdravstvene oskrbe, saj prebivalci ne vidijo koristi vplačevanja prispevkov, če dostop do oskrbe in zdravil ni zajamčen;
45. prepričan je, da pristop v smislu zavarovanja zahteva široko ozaveščanje prebivalstva prek prilagojenih programov;
46. zahteva, da Komisija nadaljuje poudarek v svojih programih na konkretnih projektih, usmerjenih v socialno-ekonomske dejavnike zdravja – pitna voda, cestna infrastruktura, varnost hrane, dostojni življenjski in delovni pogoji, zaščita okolja, boj proti podnebnim spremembam;
47. poziva države članice in evropske laboratorije, naj se v skladu z določbami sporazuma o trgovinskih vidikih pravic intelektualne lastnine dogovorijo o partnerskem pristopu, ki bo zagotavljal zaščito patentov za razvite trge in vseboval prostovoljne licenčne sporazume, podporo zdravstvenim programom, prenos tehnologij in povečanje zmogljivosti lokalne proizvodnje, da bi v državah z nizkimi dohodki omogočili znižanje cen zdravil (cene po stopnjah ali različne cene);
48. poziva Evropsko unijo, naj v sporazume o gospodarskem partnerstvu ne vključi določb o pravicah intelektualne lastnine, saj bi te dodatno ovirale dostop do osnovnih zdravil; v zvezi s tem opominja, da se je EU v skladu z deklaracijo iz Dohe iz leta 2001 o sporazumu o trgovinskih vidikih pravic intelektualne lastnine in javnem zdravju zavezala, da bo javnemu zdravju namenila prednost pred svojimi trgovinskimi interesi, in poziva EU, naj okvir sporazumov o gospodarskem partnerstvu uporabi za pomoč državam AKP pri uporabi prožnosti, predvidenih z deklaracijo iz Dohe;
49. zahteva, da Komisija uvede pregledne zdravstvene kazalnike financiranja za različne države: stroški bolezni v smislu oskrbe in nezmožnosti za delo, stopnja smrtnosti otrok in mater, število prebivalstva, raven dohodkov v državi itd.;
50. zahteva, da Komisija podpre horizontalni model zdravstva in v svojih načelih zdravstvene politike upošteva vlogo vzajemnih zdravstvenih zavarovalnic kot mehanizma varovanja zdravja, v kombinaciji z drugimi načini, da bi prispevali k širitvi zdravstvenega zavarovanja;
51. poziva Komisijo, naj zagotovi dostop do sistema zdravstvenega varstva skupinam, ki težko dostopajo do zdravstvene oskrbe, na primer živinorejcem;
52. zahteva, da Komisija sprejme odločno stališče na srečanju Svetovnega sklada za boj proti aidsu, tuberkulozi in malariji, ki bo potekalo v New Yorku oktobra 2010, in začne konkretne projekte za obdobje 2011–2013;
53. zahteva, da Komisija dopolni svojo pomoč vertikalnimi skladom s priporočili za vzpostavitev „diagonalnega“ prizadevanja za podporo osnovni oskrbi v ustreznih državah; prav tako poziva Komisijo, naj za vertikalne sklade oblikuje priporočila za oblikovanje srednjeročnih izhodnih strategij, namenjenih partnerskim državam, in sicer sorazmerno s tem, kako te izpolnjujejo zastavljene cilje;

Četrtek, 7. oktober 2010

54. poziva Komisijo, naj zagotovi večjo skladnost politik zunanjih odnosov in pripravi Sporočilo o socialnem varstvu v razvojnem sodelovanju, kot je predlagano v sklepih Sveta o spodbujanju zaposlovanja s pomočjo razvojnega sodelovanja EU (21. junij 2007). To sporočilo mora biti vezano na konkreten in časovno omejen akcijski načrt, za katerega se namenijo sredstva;
55. poziva Komisijo, naj podpre uvedbo zdravstvenih izkaznic v partnerskih državah Evropske unije in naj glede na potrebe na regionalni ravni skupaj s temi državami vzpostavi ravnotežje med potrebami in sredstvi na tem področju;
56. poziva Komisijo, naj k okrepitvi horizontalnih sistemov zdravstvenega varstva doda tudi ukrepe v okviru humanitarne pomoči za zdravje, upoštevajoč pristop LRRD (povezovanje nujnega ukrepanja, rehabilitacije in razvoja);
57. zahteva, da Evropska unija ovrednoti potencial, ki ga pomenijo vzajemne zdravstvene zavarovalnice v organizaciji povpraševanja po zdravstvu, in da podpre številne obstoječe pobude vzajemnega zavarovanja, katerih cilj je olajšati dostop do zdravstvene oskrbe;
58. poziva države članice EU, naj v okviru različnih strokovnih področij vladam držav v razvoju nudijo večjo tehnično in finančno pomoč pri izvajanju in širitvi sistemov socialnega varstva;
59. odločno poziva Komisijo, države članice in mednarodne finančne institucije, kot je Evropska investicijska banka, naj podprejo razvoj sistemov vzajemnega zdravstvenega zavarovanja in njihovo financiranje, na primer s kreditnimi garancijami, (so)financiranjem naložb v klinike ali s financiranjem plač (v celoti ali delno) zdravstvenega osebja;
60. poziva evropske zavarovalnice, banke in vzajemne zavarovalnice, naj dajo pobudo za prenos svojega širokega znanja in številnih izkušenj, pridobljenih v več kot dvestoletni zgodovini zavarovalništva, v nove sisteme zavarovanja v državah v razvoju; poziva Komisijo, naj takšne pobude dejavno podpre in olajša njihovo izvajanje;
61. poziva EU, naj dejavno podpira razvoj trajne osnovne zdravstvene infrastrukture – bolnice, dispanzerji in lekarne, usposabljanje zdravstvenih delavcev in dostop do zdravil;
62. zahteva, da Komisija zagotovi, da se evropske politike na področju reproduktivnega zdravja odločno spodbujajo pri vseh združenjih, ki pridobivajo evropska sredstva;
63. zahteva, da Svet izvaja pritisk na države članice, da bodo spoštovale svoje finančne zaveze v zvezi s pomočjo razvojnemu sodelovanju; še zlasti obžaluje dejstvo, da nekatere države članice mednarodnemu sodelovanju ne namenijo 0,56 % BDP;
64. poziva vse države članice in Komisijo, naj vsaj 20 % vseh izdatkov za razvoj namenijo osnovnim zdravstvenim storitvam in izobraževanju, zvišajo prispevke v svetovni sklad za boj proti HIV/AIDSu, tuberkulozi in malariji ter povečajo financiranje drugih programov, namenjenih krepitevi zdravstvenih sistemov, in prednostno obravnavajo zdravje mater in boj proti umrljivosti otrok;
65. zahteva, da Komisija spoštuje opombe in priporočila, ki jih je nanjo naslovilo Evropsko računsko sodišče (dokument 10/2008) v zvezi s pomočjo za razvoj, ki jo Komisija nudi zdravstvenim službam v podsaharski Afriki v okviru svojih zavez za doseg ciljev tisočletja, ki jih je treba nujno uresničiti do leta 2015;
66. naroči svojemu predsedniku, naj to resolucijo posreduje Svetu in Komisiji.