

Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie wniosku dotyczącego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustanowienia programu „Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego”, trzeciego wieloletniego programu działań UE w dziedzinie zdrowia na lata 2014–2020

COM(2011) 709 final – 2011/0339 (COD)

(2012/C 143/19)

Sprawozdawca generalny: **Béatrice OUIN**

Parlament Europejski, w dniu 30 listopada 2011 r., oraz Rada, w dniu 12 grudnia 2011 r., postanowiły, zgodnie z art. 304 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE), zasięgnąć opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie:

wniosku dotyczącego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustanowienia programu „Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego”, trzeciego wieloletniego programu działań UE w dziedzinie zdrowia na lata 2014–2020

COM(2011) 709 final – 2011/0339 (COD)

Dnia 6 grudnia 2011 r. Prezydium Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego powierzyło przygotowanie opinii w tej sprawie Sekcji Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa (sprawozdawca generalny: Béatrice OUIN).

Mając na względzie pilny charakter prac, na 478. sesji plenarnej w dniach 22–23 lutego 2012 r. (posiedzenie z 23 lutego) Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny wyznaczył Béatrice OUIN na sprawozdawcę generalnego oraz stosunkiem głosów 169 do 1 – 4 osoby wstrzymały się od głosu – przyjął następującą opinię:

1. Wnioski i zalecenia

1.1 EKES z zadowoleniem przyjmuje inicjatywę Komisji, ponieważ utworzenie trzeciego programu w dziedzinie zdrowia niesie w czasach kryzysu pozytywne przesłanie dla obywateli Europy. Przyjmuje z zadowoleniem program specjalnie poświęcony zdrowiu i fakt, że zwiększono, choćby skromnie budżet mu przyznany.

1.2 EKES popiera ponowne skupienie się na ograniczonej liczbie priorytetów oraz podwyższeniu pułapu subwencji dla krajów, których produkt krajowy brutto na jednego mieszkańca nie przekracza 90% średniej UE ⁽¹⁾.

1.3 EKES podziela pogląd, że należy dążyć do lepszego wykorzystania zasobów finansowych i ludzkich, lecz ostrzega przed pokusą ograniczenia budżetu i publicznych usług zdrowotnych w dobie kryzysu.

1.4 EKES uważa, że w dziedzinie zdrowia europejska wartość dodana polega na zachęcaniu do wymiany sprawdzonych rozwiązań, powszechnego włączenia kwestii zdrowia do wszystkich obszarów polityki, zwalczania nierówności w zakresie zdrowia, a także przeciwdziałania ubóstwu i wykluczeniu społecznemu.

1.5 EKES podkreśla znaczenie profilaktyki dla utrzymania dobrego stanu zdrowia wśród obywateli: edukacji zdrowotnej, poprawy warunków pracy i życia oraz warunków mieszkaniowych. Przygotowanie do starzenia się w dobrym zdrowiu trwa przez całe życie.

1.6 EKES odnotowuje, że jeżeli w tym sektorze powszechny jest niedobór siły roboczej, konieczne jest poszukiwanie wspólnych rozwiązań: równości zawodowej, ponownej oceny kompetencji i oszacowania wynagrodzenia, uznania wysokiego poziomu specyficznych umiejętności, uwzględnienia umiejętności zdobytych podczas wykonywania różnych prac nieformalnych w środowisku rodzinnym, zawodowego równouprawnienia płci, poprawy warunków pracy i organizacji czasu pracy, uczenia się przez całe życie, organizacji końcowego okresu pracy zawodowej z uwzględnieniem obciążeń fizycznych i psychicznych pracowników opieki zdrowotnej.

1.7 EKES uważa, że przygotowanie bezrobotnych do tych zawodów jest lepszym rozwiązaniem niż zatrudnianie pracowników przeszkolonych w krajach trzecich lub w innych państwach członkowskich UE, tak by zapobiec pozabawieniu krajów pochodzenia pracowników posiadających te kompetencje.

1.8 EKES podkreśla potrzebę zapewnienia rodzinom i otoczeniu osób chorych i niesamodzielnych (przyjaciołom, sąsiadom itd.) środków umożliwiających opiekę, wraz z lepszym podziałem okresów aktywności zawodowej na przestrzeni całego życia.

1.9 EKES zachęca do wymiany doświadczeń w zakresie korzystania z systemów e-zdrowia zarówno przez profesjonalistów, jak i przez obywateli, i apeluje, by stworzono europejskie ramy prawne w celu:

— ochrony poufnych danych w wypadku transgranicznej wymiany dokumentacji medycznej pacjentów lub recept;

⁽¹⁾ Por. Estonia, Węgry, Łotwa itp.

— zapewnienia ścisłości informacji zamieszczanych na stronach internetowych dla wszystkich odbiorców za pośrednictwem systemu akredytacji przez właściwe organy służby zdrowia.

1.10 EKES uważa, że do priorytetów (tytoń, alkohol, otyłość i HIV) należy dołączyć nowe czynniki ryzyka związane z:

— zmianą klimatu, zanieczyszczeniem, rozpowszechnieniem produktów chemicznych i nanotechnologiami;

— bezpieczeństwem leków i protez oraz nadmiernym przyjmowaniem leków;

— zmianami trybu życia i diety i ich konsekwencjami dla rozrodczości u ludzi;

— zdrowiem psychicznym, w tym ze stresem, depresją i chorobą Alzheimera.

1.11 EKES uważa, że należy jeszcze bardziej zachęcać do wdrażania nowych technologii w opiece zdrowotnej, tak by zmniejszyć obciążenie pracą personelu w tym sektorze, podnieść jakość świadczonej pacjentom opieki i pomocy oraz poprawiać i pomagać zachować mobilność osób starszych.

2. Kontekst

2.1 Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny wydał w ostatnich dwóch latach szereg opinii dotyczących ochrony zdrowia – począwszy od opinii dotyczących walki z nierównościami zdrowotnymi, alkoholizmu, choroby Alzheimera, chorób nowotworowych, a skończywszy na opinii w sprawie walki z paleniem tytoniu oraz bezpieczeństwa pacjentów⁽²⁾.

2.2 Chociaż sektor opieki zdrowotnej może znacząco przyczynić się do wzrostu gospodarczego, ochrona zdrowia nie może się do tego sprowadzać. W drodze do zwiększenia stabilności systemów opieki zdrowotnej, które wspierają ludzi w walce z chorobami, należy przede wszystkim utrzymać populację w dobrym zdrowiu za pomocą środków w zakresie profilaktyki i zdrowia publicznego oraz włączyć kwestię ochrony zdrowia do wszystkich strategii politycznych. Pomocne byłoby zapewnienie większej liczby danych statystycznych na temat działania systemów opieki zdrowotnej.

2.3 Kryzys gospodarczy prowadzi do ostrych cięć budżetowych, które zagrażają jakości publicznej opieki zdrowotnej oraz powszechnemu do niej dostępowi. W kontekście przemian demograficznych i zmiany klimatu utrzymanie ludności w dobrym zdrowiu wymaga przeznaczenia na te cele wystarczających środków.

⁽²⁾ Zob. następujące opinie EKES-u:

Dz.U. C 18/74 z 19.1.2011;

Dz.U. C 339/1 z 14.12.2010;

Dz.U. C 255/72 i 76 z 22.9.2010;

Dz.U. C 128/89 z 18.5.2010;

Dz.U. C 228/113 z 22.9.2009;

Dz.U. C 318/10 z 23.12.2009;

Dz.U. C 306/64 z 16.12.2009;

Dz.U. C 317/105 z 23.12.2009;

Dz.U. C 218/91 z 11.9.2009;

Dz.U. C 175/116 z 28.7.2009;

Dz.U. C 77/115 z 31.3.2009;

Dz.U. C 224/88 z 30.8.2008;

Dz.U. C 77/96 z 31.3.2009.

2.4 Utrzymanie dobrego stanu zdrowia wymaga udzielania edukacji zdrowotnej od okresu dziecięcego (prowadzonej przez rodzinę, placówki oświatowe i media), zdrowej diety we wszystkich grupach wiekowych, ograniczenia narażenia na niebezpieczne substancje, godnych warunków życia i pracy itp. Należy w sposób szczególnie podkreślić znaczenie dobrego stanu zdrowia osób starszych, ponieważ – obok noworodków – są one najliczniejszą grupą korzystającą z systemów opieki. Przygotowanie do starzenia się w dobrym zdrowiu powinno rozpoczynać się wcześniej.

2.5 Poprawa warunków życia i pracy oraz profilaktyka są najlepszymi środkami na utrzymanie dobrego stanu zdrowia społeczeństwa, a tym samym na zmniejszenie nieobecności w pracy oraz kosztów ochrony zdrowia.

2.6 Zasadnicze znaczenie ma walka z ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Chłód, głód, niezrównoważona dieta, brak higieny, złe warunki mieszkaniowe – często w powiązaniu z samotnością – brak profilaktyki itp. sprzyjają powstawaniu chorób, zwłaszcza o charakterze przewlekłym, których leczenie wiąże się z bardzo wysokimi kosztami dla systemów opieki społecznej, czyli dla wszystkich obywateli uczestniczących w ich finansowaniu.

2.7 Komitet popiera cel zwiększania innowacyjności i stabilności systemów opieki zdrowotnej, co wymaga opracowania wspólnych narzędzi i mechanizmów w celu rozwiązania problemu niedoboru zasobów, zarówno ludzkich, jak i finansowych. Należy zainwestować większe środki w opiekę domową i ambulatoryjną, przekierowując na ten cel wydatki na opiekę szpitalną, co umożliwi uznanie istotnej roli rodziny w utrzymaniu dobrego stanu zdrowia społeczeństwa, a także zwiększaniu stabilności systemu opieki zdrowotnej.

2.8 Edukacja zdrowotna rozpoczyna się w rodzinie od najmłodszego wieku i obejmuje kwestie higieny, zrównoważonej diety, zachowania; rodzina zapewnia także stabilne emocjonalnie środowisko. W rodzinie przekazywane są pierwsze zasady ochrony zdrowia. Rodzina także zapewnia choremu opiekę – z jednej strony wielu chorych nie potrzebuje leczenia szpitalnego i może zostać w domu pod opieką rodziny, a z drugiej strony, podczas pobytu w szpitalu odwiedziny rodzin i osób bliskich zapewniają choremu wsparcie psychiczne i materialne, uzupełniające opiekę personelu szpitalnego. Ta zasadnicza rola rodziny i otoczenia musi zostać utrzymana, ponieważ w przypadku, gdy choroba obniża sprawność chorego, potrzebuje on przede wszystkim obecności i wsparcia bliskich.

2.9 Zmiany w strukturze rodziny wywierają wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne, więc należy działać profilaktycznie, by rodzina pozostała środowiskiem zapewniającym bezpieczeństwo.

2.10 Zmniejszenie dostępności „opieki niezinstytucjonalizowanej w otoczeniu rodziny” nie jest nieuniknioną koleją rzeczy. Chorzy pragną, by zajmował się nimi nie tylko zawodowy personel medyczny. Rodzina nie może zastąpić profesjonalistów w opiece wymagającej specjalistycznych kompetencji, jednak chorzy i ich rodziny powinni móc wybrać, czy chcą uczestniczyć we wszystkich czynnościach związanych ze wsparciem

i opieką w domu. Z tego wynika potrzeba zapewnienia wszystkim pracującym możliwości tymczasowej nieobecności w pracy, gdy członek ich rodziny wymaga opieki.

2.11 Należy wykorzystać konieczność reformy wszystkich systemów emerytalnych, by zrównoważyć czas pracy w ciągu całego życia. Dłuższe życie sprawia, że dłuższa aktywność zawodowa staje się możliwa. Jednak zarówno mężczyźni, jak i kobiety, powinni podczas swej działalności zawodowej mieć możliwość korzystania z dłuższych urlopów, w trybie pełnego etatu lub pół etatu, finansowanych na podobnych zasadach co emerytura, by móc zająć się bliskimi, którzy są chorzy, i osobami starszymi pod ich opieką. Należałoby wprowadzić większą wolność wyboru, by pracujący mogli dysponować według swoich potrzeb czasem opłacanym ze środków pozyskanych z ich pracy, nie tylko na emeryturze. Europejscy partnerzy społeczni, którzy wynegocjowali już urlop rodzicielski lub ze względów rodzinnych, mogliby nadal dążyć do wynegocjowania tych urlopów i kont czasu pracy w celu zaspokojenia potrzeby lepszego pogodzenia życia rodzinnego i zawodowego.

2.12 By rodzina pozostała podstawową jednostką społeczną, potrzebne są odpowiednie środki. Już od dziś należy uwzględnić czas poświęcony na wsparcie dla chorego lub niesamodzielnego członka rodziny przy obliczaniu prawa do opieki społecznej i emerytury.

2.13 Należy również zapewnić system usług, by pomóc osobom niesamodzielnym w zaspokajaniu codziennych potrzeb, obejmujący pomoc w utrzymywaniu higieny osobistej, sprzątaniu, przygotowaniu posiłków czy dyżury nocne przy chorym. Sektor pomocy rodzinom gwałtownie się rozwija i powstają dzięki niemu nowe miejsca pracy. W zbyt wielu krajach praca w domu odbywa się wciąż w szarej strefie, jest niedeklarowana, bez osłon socjalnych i wymaganych kwalifikacji, a wykonują ją często imigranci. Jest to obszar o zasadniczym znaczeniu dla równości płci, w którym dużym obciążeniem są stereotypy, nie uznaje się wymagań dotyczących specyficznych umiejętności, umowy są niepewne lub nie istnieją, a wynagrodzenie jest bardzo niskie, chociaż praca ta jest niezbędna dla funkcjonowania gospodarki. Przyjęta niedawno przez MOP konwencja w sprawie godziwej pracy pracowników domowych powinna przyczynić się do stosowania właściwych zasad i profesjonalizacji tego sektora, pod warunkiem że znajdują się środki na finansowanie pochodzące nie tylko od chorych potrzebujących opieki i ich rodzin.

3. Cele programu

3.1 W programie proponuje się rozpowszechnianie innowacyjnych rozwiązań, by stawić czoła problemowi braku pracowników. W okresie masowego bezrobocia w Europie trzeba się zastanowić nad trudnościami z naborem pracowników w sektorze opieki zdrowotnej. Ten w dużym stopniu sfeminizowany zawód nie przyciąga wystarczającej liczby młodych ludzi czy mężczyzn: do przyczyn należą niedostateczne uznawanie kwalifikacji i kompetencji, uciążliwe godziny i warunki pracy oraz niskie wynagrodzenie. Równość zawodowa zależy od rewaloryzacji wynagrodzenia, od lepszego systemu uznawania specjalistycznych umiejętności oraz od możliwości uczenia się przez całe życie.

3.2 Nowym rozwiązaniem byłoby zwiększenie liczby mężczyzn, w związku z czym konieczne jest przedsięwzięcie pewnych środków. Partnerzy społeczni powinni promować strategię polityczną, by zachęcać do pracy w sektorze ochrony zdrowia grupy mniej licznie reprezentowane. Trzeba zwracać uwagę na przypadki, gdy status samozatrudnienia skłania osoby świadczące opiekę do rezygnacji z przerw i do kontynuowania pracy aż do stanu wyczerpania. Należy podkreślić także znaczenie wszystkich innowacji technicznych, organizacyjnych i społecznych, które pozwolą poprawić warunki pracy i zmniejszyć jej uciążliwość.

3.3 W sektorze ochrony zdrowia, gdzie warunki pracy są trudne, chorzy potrzebują opieki 24 godziny na dobę siedem dni w tygodniu. Koniecznością jest praca w nocy, a godziny pracy są trudne do pogodzenia z życiem rodzinnym. By pomóc stworzyć zadowalające warunki pracy, należy pozwolić pracownikom uczestniczyć w procesie decyzyjnym. Partnerzy społeczni w ramach społecznego dialogu sektorowego powinni rozważyć wdrożenie innowacyjnych rozwiązań dotyczących miejsca pracy, takich jak indywidualne zarządzanie czasem pracy (*self-rostering*) z wykorzystaniem narzędzi technologii ICT (informacyjno-komunikacyjnych).

3.4 Partnerzy społeczni muszą współpracować z władzami publicznymi w celu wsparcia ustawicznego szkolenia zawodowego, mobilności wewnętrznej i rozwijania umiejętności w zakresie zarządzania i organizacji. By ułatwić pogodzenie pracy z nauką, muszą oni rozważyć szereg możliwości, takich jak oddelegowanie, kształcenie w ramach pracy, szkolenia internetowe. Zapewnienie większych możliwości w zakresie rozwoju zawodowego ma zasadnicze znaczenie dla pozostania w zawodzie.

3.5 Promowanie kształcenia bezrobotnych i odpowiedniego wynagrodzenia wydaje się lepszym rozwiązaniem problemu, jakim jest brak pracowników, niż zatrudnianie już przeszkolonych pracowników z krajów trzecich – w istocie, lekarze, pielęgniarki, fizykoterapeuci itd. przybyli z Afryki, Azji czy Ameryki Łacińskiej nie będą mogli pracować w państwach, które sfinansowały ich wykształcenie. Europejscy partnerzy społeczni w dziedzinie zdrowia opracowali kodeks postępowania dotyczący przestrzegania etycznej transgranicznej rekrutacji i utrzymania siły roboczej w sektorze szpitalnym, który należy zastosować i rozpowszechnić. W przypadku gdy wykształceni pracownicy z krajów trzecich mimo wszystko chcieliby osiąść w Europie, w swej opinii w sprawie: „Zdrowie a migracja” z 2007 r. Komitet zaproponował stworzenie funduszu kompensacyjnego, by inni pracownicy mogli zdobyć wykształcenie w swych krajach ⁽³⁾.

3.6 Pierwszym celem programu jest wspieranie europejskiej współpracy w dziedzinie oceny technologii medycznych i badań potencjału e-zdrowia oraz technologii informacyjno-komunikacyjnych na rzecz zdrowia. Konieczne jest sporządzenie europejskich ram prawnych w celu ochrony poufnych danych w wypadku wymiany transgranicznej (np. dokumentacji medycznej pacjentów lub recept).

⁽³⁾ Opinia EKES-u, Dz.U. C 256 z 27.10.2007, s. 123.

3.7 Drugim celem programu jest „zwiększanie dostępu do specjalistycznej wiedzy medycznej i informacji dotyczących szczególnych chorób, także ponad granicami państw, oraz wypracowanie wspólnych rozwiązań i wytycznych na rzecz poprawy jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjentów, tak by zwiększyć dostęp do lepszej i bezpieczniejszej opieki zdrowotnej dla obywateli UE”. Często odwiedzane strony internetowe dotyczące kwestii zdrowotnych, adresowane do ogółu społeczeństwa, rozpowszechniają informacje medyczne i przyczyniają się do edukacji zdrowotnej. W przypadku niegroźnych problemów zdrowotnych informacje przez nie przekazane mogą pomóc uniknąć wizyty u lekarza. Informując o dobroczynnym wpływie na zdrowie medycyny tradycyjnej lub niekonwencjonalnej, fito- i homeoterapii, leczenia uzdrowiskowego, masaży itp., pomagają one zachować dobry stan zdrowia. Zachęcanie do lepszego poznania siebie, swych potrzeb psychologicznych i fizjologicznych służy utrzymaniu dobrego stanu zdrowia ludności, a także ograniczeniu nadmiernego korzystania zarówno z opieki zdrowotnej, jak i leków. Konieczna jest organizacja tej wymiany informacji, a także sporządzenie europejskich ram w celu zagwarantowania dokładności informacji przekazywanych społeczeństwu (akredytacja), tak by uniknąć mnożenia się podmiotów dążących wyłącznie do zysku poprzez wykorzystywanie łatwości chorych.

3.8 Należy zachęcać do wymiany sprawdzonych rozwiązań dotyczących mechanizmów wdrażania w danym regionie w celu poprawy dostępu do opieki zdrowotnej oraz pomagać lekarzom i wykwalifikowanemu personelowi medycznemu pozostanie w zawodzie lub podjęcie pracy na obszarach wiejskich lub w najuboższych dzielnicach, a także dotyczących planowania systemów i strategii opieki zdrowotnej i usług osobistych.

3.9 Trzecim celem jest „określanie, upowszechnianie i promowanie wykorzystywania zatwierdzonych najlepszych praktyk w odniesieniu do opłacalnych środków profilaktycznych poprzez przeciwdziałanie najważniejszym czynnikom ryzyka, takim jak palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu czy otyłość, jak również HIV/AIDS”. W programie, w którym obecny jest element innowacji, należy również propagować wymianę zapytań na temat nowych czynników ryzyka o istotnym znaczeniu na przyszłość.

3.10 Ze zmianą klimatu, większym zanieczyszczeniem, zmianami w trybie życia (siedzący tryb życia, długie godziny spędzane przed ekranem itp.) oraz rozprzestrzenieniem się wielu substancji chemicznych, których długofalowy wpływ na zdrowie jest nieznan, wiąże się powstanie nowych problemów zdrowotnych i chorób przewlekłych, które staną się poważnymi problemami XXI wieku.

3.11 Od końca XIX wieku, gdy zaczęto stosować azbest w przemyśle i budownictwie, do wprowadzenia zakazu jego stosowania pod koniec XX wieku, dziesiątki tysięcy pracowników straciło życie w związku z działaniem azbestu.

3.12 W rolnictwie wykorzystuje się pestycydy i inne substancje chemiczne, których szkodliwy wpływ na organizm ludzki znany będzie dopiero po upływie długiego czasu. W wyniku badań naukowych znane są alarmujące wskaźniki zachorowań na nowotwory wśród rolników. Substancje te

rozprzestrzeniają się w powietrzu, wodzie i żywności. Z myślą o dłuższym utrzymaniu świeżości produktów żywnościowych czy wprowadzeniu zmian w ich smaku w przemyśle rolno-spożywczym wykorzystuje się również substancje pomocnicze.

3.13 Do tego dochodzą środki czystości używane w gospodarstwach domowych i w miejscach pracy, a także liczne środki wykorzystywane w przemyśle oraz leki. Nadmierne spożywanie leków doprowadziło już do odporności na antybiotyki. Antybiotyki są również podawane zwierzętom hodowlanym i rozprzestrzeniają się w wodzie, a inne substancje, gaz, sadza itd. rozprzestrzeniają się w powietrzu. Wszystkie te substancje tworzą razem „miksaturę” chemiczną obecną w środowisku i zdają się przyczyniać między innymi do szybkiego wzrostu zachorowań na alergię i nowotwory. Źródłem uciążliwości są również fale elektromagnetyczne.

3.14 Inną niepokojącą kwestią jest wpływ narażenia na substancje chemiczne, promieniowanie i zmiany w trybie życia na zdolności reprodukcyjne ludzi. Przyczyny spadku liczby urodzeń są przede wszystkim natury społecznej, jednak nie wolno lekceważyć coraz większych trudności fizjologicznych dotyczących wiele par, które są zdecydowane na posiadanie potomstwa.

3.15 Pośród nowych czynników ryzyka pojawia się stres powodowany przez pracę, który jest jednym z powodów depresji mogącej prowadzić nawet do samobójstwa. Należy także walczyć ze stresem wśród osób bezrobotnych i w szerszym ujęciu – wśród wszystkich, którzy czują się społecznie niepotrzebni. Zdrowie psychiczne jest jednym z niezbędnych składników zdrowia ludności.

3.16 Dobra starość jest owocem całego życia. Warunki pracy odgrywają znaczącą rolę, a długość życia różni się w zależności od tego, czy dana osoba wykonuje pracę biurową, pracuje na zmiany czy jest zatrudniona w rolnictwie. Dobre zdrowie w starszym wieku można osiągnąć zmniejszając uciążliwość pracy, ograniczając konieczność pracy w nocy czy obniżając poziom stresu.

3.17 By starzeć się w dobrym zdrowiu, konieczne jest zachowanie poczucia przydatności społecznej, kręgu znajomych i ciekawości świata, kontynuowanie działalności zawodowej lub zaangażowanie w wolontariat, uprawianie sportu i prowadzenie higienicznego trybu życia.

3.18 Także temat ostatnich dni życia zasługuje na przedyskutowanie na szczeblu europejskim dlatego, że wiąże się on z odpowiedzialnością każdej osoby i z pojęciem godnego życia. W dzisiejszych czasach ogromna większość ludzi umiera w szpitalu, w związku z czym kwestia ostatniego okresu życia jest istotna.

3.19 Niezbędne jest rozwinięcie usług opieki paliatywnej, co pozwoliłoby na uniknięcie cierpienia w przypadku nieuleczalnie chorych i gdy leczenie nie przynosi rezultatów. Opieka ta nie jest dostępna w każdym szpitalu i nie wszyscy potrzebujący mogą z niej korzystać.

3.20 Czwartym celem programu jest „wypracowanie wspólnych podejść w zakresie lepszej gotowości i koordynacji w sytuacjach kryzysowych związanych ze zdrowiem oraz wykazanie wartości tych podejść, tak by chronić obywateli przed transgranicznymi zagrożeniami dla zdrowia”. Epidemie nie znają granic, a współpraca w tej dziedzinie jest konieczna. Należałoby wyciągnąć wnioski z zebranych doświadczeń, by uniknąć przyszłego marnotrawienia zasobów. Należy też umieć dokonywać rozróżnienia między środkami zapobiegawczymi, które wiążą się z edukacją i mogą mieć charakter długofalowy, a środkami związanymi z zakupem produktów, których termin przydatności jest ograniczony. Dyskusja na temat kosztów i wyników pozwoliłaby opracować metody właściwe dla wyznaczonych celów.

Bruksela, 23 lutego 2012 r.

Przewodniczący
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego
Staffan NILSSON
