Eiropas Savienības
Padome

Briselē, 2017. gada 16. jūnijā
(OR. en)

10381/17

SAN 254

DARBA REZULTĀTI

Sūtītājs:	Padomes Ģenerālsekretariāts
Datums:	2017. gada 16. jūnijs
Saņēmējs:	delegācijas
Iepr. dok. Nr.:	9978/1/17 REV 1 SAN 235 + REV 1 ADD 1 + REV 1 COR 1
Temats:	Dalībvalstu virzītas brīvprātīgas sadarbības veicināšana starp veselības aprūpes sistēmām – Padomes secinājumi (2017. gada 16. jūnijs)

Pielikumā pievienoti Padomes secinājumi par dalībvalstu virzītas brīvprātīgas sadarbības veicināšanu starp veselības aprūpes sistēmām, kurus Padome pieņēma savā 3548. sanāksmē 2017. gada 15. un 16. jūnijā.

PIELIKUMS

Padomes secinājumi par
dalībvalstu virzītas brīvprātīgas sadarbības veicināšanu starp veselības aprūpes sistēmām

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; ka Savienības rīcība papildina dalībvalstu politiku un ir vērsta uz to, lai uzlabotu sabiedrības veselību; ka Savienība veicina dalībvalstu sadarbību sabiedrības veselības jomā, vajadzības gadījumā atbalstot to rīcību, un ka Savienības rīcība pilnībā respektē dalībvalstu atbildību par savas veselības politikas noteikšanu un veselības aprūpes pakalpojumu un medicīniskās aprūpes organizēšanu un sniegšanu, kā arī par šīm nozarēm atvēlēto resursu sadali;

2. ATGĀDINA, ka saskaņā ar Līguma par Eiropas Savienību 4. panta 3. punktu Savienība un dalībvalstis, ievērojot lojālas sadarbības principu, ar patiesu savstarpējo cieņu palīdz cita citai veikt uzdevumus, ko nosaka Līgumos;

3. ATGĀDINA Komisijas Paziņojumu par rezultatīvām, piekļūstamām un noturīgām veselības aizsardzības sistēmām [1], kurā uzsvērta pievienotā vērtība, ko dalībvalstīm dod sadarbības tālāka stiprināšana;

4. ATGĀDINA Padomes secinājumus par ekonomikas krīzi un veselību [2], kas pieņemti 2014. gada 20. jūnijā;

[1] 8997/14 COM (2014) 2015 *final*.
[2] OV C 217, 10.7.2014., 2. lpp.

5. ATGĀDINA Padomes secinājumus par ieguldījumu Eiropas veselības jomas nākotnes darbaspēkā – inovācijas un sadarbības iespējas [3], kas pieņemti 2010. gada 7. decembrī;

6. ATGĀDINA Padomes secinājumus par ES Veselības aizsardzības stratēģijas īstenošanu [4], kuri pieņemti 2008. gada 10. jūnijā un kuros cita starpā Sabiedrības veselības aizsardzības jautājumu darba grupa augstāko amatpersonu līmenī definēta kā forums, kurā pārrunāt galvenos kopējos stratēģijas jautājumus veselības aizsardzības jomā un stratēģisko sadarbību starp dalībvalstīm;

7. ATGĀDINA Padomes secinājumus par līdzsvara stiprināšanu farmācijas sistēmās Eiropas Savienībā un tās dalībvalstīs [5], kas pieņemti 2016. gada 17. jūnijā;

8. ATGĀDINA Padomes Ieteikumu par rīcību reto slimību jomā [6], kas pieņemts 2009. gada 9. jūnijā;

9. ATZĪMĒ Eiropas Parlamenta rezolūciju par ES iespējām uzlabot zāļu pieejamību, kas pieņemta 2017. gada 2. martā [7];

10. UZSVER, ka ir svarīgi veicināt brīvprātīgu sadarbību starp dalībvalstīm, lai nodrošinātu nepārtrauktību un darbību ilgtspēju un efektivitāti un lai maksimāli palielinātu sadarbības iniciatīvu iespaidu;

11. ATGĀDINA Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīvu 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē [8] un jo īpaši tās IV nodaļu par sadarbību veselības aprūpes jomā;

---

[3] OV C 74, 8.3.2011., 2. lpp.
[4] 16139/08.
[5] OV C 269, 23.7.2016., 31. lpp.
[6] OV C 151, 3.7.2009., 7. lpp.
[7] Eiropas Parlamenta 2017. gada 2. marta rezolūcija par ES iespējām uzlabot zāļu pieejamību – 2016/2057(INI).
[8] Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīva 2011/24/ES (2011. gada 9. marts) par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē (OV L 88, 4.4.2011., 45. lpp.).

12. VĒLREIZ UZSVEROT, ka veselībai piemīt vērtība pašai par sevi, UZSKATA, ka veselības aprūpes sistēmas dod plašākus sociālos ieguvumus, kas sniedzas daudz tālāk nekā cilvēku veselības aizsardzība, un sniedz lielu ieguldījumu sociālajā kohēzijā, sociālajā taisnīgumā un ekonomikas izaugsmē;

13. UZSKATA, ka Eiropas sadarbības stiprināšana atsevišķās jomās var sniegt labākus rezultātus pacientiem un veselības aprūpes speciālistiem, vienlaikus palielinot veselības aprūpes sistēmu efektivitāti;

14. ATZĪMĒ, ka "veselības aprūpes tehnoloģija" ir veselības aprūpē pielietotas zāles, medicīnas ierīce vai medicīniskas un ķirurģiskas procedūras, kā arī slimību profilakses pasākumi, diagnoze vai ārstēšana [9];

15. ATZĪMĒ, ka šeit lietotais termins "veselības aprūpes tehnoloģija" ietver arī tādus plašākus jēdzienus kā iepirkuma procedūras, sākot no informācijas vākšanas un dalīšanās ar to līdz pirkšanai, un uzraudzību pēc iepirkuma, kā arī cenu noteikšanu un izmaksu atlīdzināšanu. Šis termins neskar to, kā tiek īstenota Direktīva 2014/24/ES (2014. gada 26. februāris) par publisko iepirkumu [10] un Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīva 2014/25/ES par iepirkumu, ko īsteno subjekti, kuri darbojas ūdensapgādes, enerģētikas, transporta un pasta pakalpojumu nozarēs [11];

16. UZSKATA, ka pacientu aprūpes kvalitāte ir ļoti svarīga un ka augstas kvalitātes aprūpes nodrošināšanai ir nepieciešams veselības aprūpes personāls. To, ka visur trūkst veselības aprūpes personāla, kas nopietni ietekmē spējas vairumā dalībvalstu, lai gan vēl lielākā mērā Centrāleiropas un Austrumeiropas dalībvalstīs, var risināt efektīvāk, palielinot brīvprātīgu sadarbību, lai uzlabotu prasmju un resursu pieejamību visā Eiropas Savienībā;

---

[9] Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīvas 2011/24/ES 3. panta l) punkts.

[10] Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīva 2014/24/ES (2014. gada 26. februāris) par publisko iepirkumu un ar ko atceļ Direktīvu 2004/18/EK (OV L 94, 28.3.2014., 65. lpp.).

[11] Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīva 2014/25/ES (2014. gada 26. februāris) par iepirkumu, ko īsteno subjekti, kuri darbojas ūdensapgādes, enerģētikas, transporta un pasta pakalpojumu nozarēs, un ar ko atceļ Direktīvu 2004/17/EK (OV L 94, 28.3.2014., 243. lpp.).

17. ATGĀDINA, ka sadarbībai starp veselības aprūpes sistēmām, kas saistīta ar dalībvalstu kompetenci, vajadzētu būt tikai un vienīgi dalībvalstu virzītai un brīvprātīgai pēc rakstura;

18. ATZĪMĒ, ka brīvprātīga sadarbība starp veselības aprūpes sistēmām var nodrošināt elastīgas struktūras, kas pielāgotas iesaistīto dalībvalstu konkrētajām vajadzībām, un ka šādai sadarbībai var būt nepieciešams izmantot instrumentus, ko definējušas minētās dalībvalstis;

19. ŅEM VĒRĀ atšķirības, kas pastāv starp veselības aprūpes sistēmām, un labumu, ko dod inovatīvas un pierādījumos balstītas prakses ātra un efektīva izplatīšana;

20. ATZĪMĒ, ka to jautājumu risināšana, kas saistīti ar visām tām īpatnībām un grūtībām, kuras veselības aprūpes tirgū rodas terapeitiskai inovācijai, jo īpaši reto slimību jomā, un personalizētas medicīnas attīstībai, varētu iegūt no brīvprātīgas sadarbības, tā lai nodrošinātu līdzsvaru starp piekļuvi veselības aprūpes sistēmām, to kvalitāti, pieejamību no cenu viedokļa un ilgtspēju;

21. ATZĪMĒ, ka vairākas dalībvalstis ir iesaistījušās pārrobežu un reģionālas brīvprātīgas sadarbības modeļos, lai uzlabotu piekļuvi veselības aprūpes tehnoloģijām, un ka no šīs pieredzes var gūt daudz vērtīgu mācību;

22. UZSKATA, ka brīvprātīga sadarbība, lai uzlabotu piekļuvi veselības aprūpes tehnoloģijām, pilnībā atbilst kopīgām Eiropas vērtībām un principiem;

23. ATZĪMĒ, ka izmaiņas veselības aprūpes tehnoloģijā un tirgus apstākļos var prasīt citādu pieeju piekļuves uzlabošanai veselības aprūpes tehnoloģijām nekā tā, ko izmantoja agrāk, tostarp ar brīvprātīgas sadarbības palīdzību;

24. ATZĪMĒ vairāku dalībvalstu vēlmi pēc lielākas brīvprātīgās sadarbības starp tām, kas ļautu uzlabot piekļuvi veselības aprūpes tehnoloģijām, tostarp:

– stiprinot pārredzamību ar uzlabotu dalīšanos ar informāciju;

– padarot iespējamu pārrobežu mācīšanos ar dalīšanos ar pieredzi;

– stiprinot savu pozīciju komercsarunās, jo īpaši mazākiem tirgiem, ar pieprasījuma brīvprātīgu apvienošanu;

– nodrošinot piekļuvi veselības aprūpes tehnoloģijām ar informācijas un mazpieejamu produktu pārrobežu apmaiņu, jo īpaši ārkārtas situācijās;

25. ATZĪMĒ, ka augstas specializācijas veselības aprūpes sniegšana nozīmē diagnosticēt, ārstēt un/vai pārraudzīt kompleksus pacientu stāvokļus, kas izmaksā ļoti dārgi, un to nereti var sniegt tikai atbilstoši apmācīti veselības aprūpes speciālisti, kuri strādā speciālo zināšanu centros, kas līdz ar to rada specifiskas grūtības veselības aprūpes personāla ziņā;

26. ATZĪMĒ, ka Eiropas references tīkli (ERT), kad tie būs pilnībā ieviesti, sniegs iespēju visā Eiropā attīstīt spējas specializētu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā, jo īpaši reto slimību jomā, tā lai nodrošinātu aprūpes kvalitāti un zināšanu izplatīšanu, un inovatīvu praksi;

AICINA DALĪBVALSTIS:

27. izpētīt – ar informācijas apmaiņu attiecīgajos esošajos veselības forumos – prioritāra satura jomas un piemērotus procesus dalībvalstu virzītas brīvprātīgas sadarbības attīstīšanai, kas ļautu palielināt to veselības aprūpes sistēmu efektivitāti, pieejamību un noturību, un apzināt prioritārus procesus un produktu kategorijas, kam brīvprātīga sadarbība starp dažādu dalībvalstu veselības aprūpes sistēmām var pievienot vērtību, kas ļautu nodrošināt lielāku pieejamību no cenas viedokļa un labāku piekļuvi veselības aprūpes tehnoloģijām.

Diskusijās varētu arī:

a) izpētīt faktorus, kas palīdz veidot vai kavē brīvprātīgu sadarbību, lai uzlabotu piekļuvi veselības aprūpes tehnoloģijām, ievērojot, ka veselības aprūpe ir dalībvalstu kompetence;

b) apzināt paraugpraksi pārrobežu un reģionālai brīvprātīgai sadarbībai, lai uzlabotu piekļuvi inovācijai, tām dalībvalstīm, kas vēlas attīstīt šādu pieeju;

c) izpētīt risinājumus tam, kā uzlabot sadarbības efektivitāti un labāk prognozēt iespējamas barjeras piekļuvei, ko rada jaunu veselības aprūpes tehnoloģiju parādīšanās, tostarp aktīvi iesaistoties kopīgā potenciālo scenāriju analīzē;

d) izpētīt mehānismus brīvprātīgai informācijas apmaiņai stadijā pēc laišanas tirgū, lai novērtētu rezultātus, tostarp to, kā inovatīvu veselības aprūpes tehnoloģiju pieņemšana ietekmē pacientus un veselības aprūpes sistēmas;

e) dalīties ar informāciju par kritērijiem un procesiem, ko dalībvalstis izmanto, lai novirzītu līdzekļus no tādām veselības aprūpes tehnoloģijām, kas vairs nav rentablas;

f) izvērtēt progresu, kas panākts, ieviešot labāku piekļuvi ārstēšanai tiem pacientiem, kam ir retas slimības un hroniskas sāpes, vienlaikus atzīstot, ka ir nepieciešams uzturēt līdzsvaru starp inovāciju, pieejamību, piekļuvi un pieejamību no cenas viedokļa;

g) izpētīt jomas, kurās datu brīvprātīga pārrobežu vākšana un kopīgu principu izstrāde par datu vākšanu, nepārkāpjot datu aizsardzības tiesību aktus [12], varētu sniegt pievienoto vērtību, vienlaikus pilnībā respektējot dalībvalstu kompetenci [13];

[12] Eiropas Parlamenta un Padomes Regula (ES) 2016/679 (2016. gada 27. aprīlis) par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti (OV L 119, 4.5.2016., 1. lpp.).

[13] Padomes secinājumi par personalizētu medicīnu pacientiem, pieņemti 2015. gada 7. decembrī (OV C 421, 17.12.2015., 2. lpp.).

28. apzināt jomas iespējamai brīvprātīgai sadarbībai starp dalībvalstīm, lai stiprinātu un spēcinātu iesaistīto dalībvalstu veselības aprūpes personālu, nolūkā:

    a) izpētīt iespējas un mehānismus brīvprātīgai sadarbībai, lai stiprinātu zināšanu un prasmju nodošanu un tālāk attīstītu veselības aprūpes personāla spējas;

    b) likt lietā ikdienas darbā gūtu dokumentētu pieredzi brīvprātīgā sadarbībā augstas specializācijas veselības aprūpē, lai to, ja vajadzīgs, varētu izmantot augstāka līmeņa politikā;

    c) veicināt brīvprātīgu sadarbību ētiskai praksei saistībā ar pieņemšanu darbā;

    d) veicināt un atbalstīt datu veidošanu par inovatīvas prakses nodošanas iespējām, tostarp par brīvprātīgu sadarbību, kurā izmanto strukturētu mobilitāti augstas specializācijas pakalpojumos, kas kalpotu par rīku inovatīvu augstas kvalitātes veselības aprūpes pakalpojumu izplatīšanai;

29. ievērojot to, ka farmācijas tirgū pastāv dažāda informācijas prakse, un atzīstot ieguvumus, ko varētu dot informācijas apmaiņa starp dalībvalstīm par valstu cenu noteikšanas un izmaksu atlīdzināšanas politiku, uz brīvprātības pamata vairāk dalīties ar informāciju par cenu noteikšanas līgumiem attiecībā uz zāļu cenu noteikšanu un arī pašos līgumos, lai palielinātu pārredzamību un uzlabotu atsevišķu dalībvalstu svaru komercsarunās ar industriju, un – attiecīgi – veicinātu šo produktu pieejamību no cenas viedokļa visā Eiropas Savienībā.

AICINA DALĪBVALSTIS UN KOMISIJU:

30. veicināt inovatīvu un specializētu prasmju iegūšanu atzītiem speciālistiem, kā arī pēcdiploma stažieriem, ieviešot brīvprātīgus sadarbības pasākumus starp veselības aprūpes organizācijām, kuri būtu vērsti uz to, lai sekmētu labākus rezultātus pacientiem, aprūpes nepārtrauktību un veselības aprūpes personāla stiprināšanu;

31. veicināt to, lai Eiropas references tīkli (ERT) sasniedz savus iecerētos mērķus, proti, nodrošināt labāku piekļuvi tiem pacientiem, kam vajadzīga augstas specializācijas veselības aprūpe, tā lai tiktu pārvarētas barjeras piekļuvei un tiktu mazināta nevienlīdzība starp Eiropas pilsoņiem. Tas ietver:

    a) izvērtēt ERT gatavību un spēju uzņemties lomu augstas specializācijas apmācībā un profesionālās kvalifikācijas paaugstināšanā veselības aprūpes speciālistiem, jo īpaši ar e-mācīšanās, e-apmācības un īstermiņa apmaiņu palīdzību, lai veidotu veselības aprūpes personāla spējas ERT veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējos un attīstītu to zināšanas un speciālās zināšanas pacientu diagnosticēšanā, ārstēšanā un aprūpē;

    b) apsvērt iespējas, kā ar ERT palīdzību stimulēt inovatīvus pētījumus par ļoti retām slimībām, apkopot vienviet datus par inovatīvu tehnoloģiju efektivitāti un gūt salīdzināmus un uzticamus datus no sadarbspējīgiem pacientu reģistriem, kā arī citu svarīgu informāciju;

32. atvieglot un atbalstīt pilotprojektu īstenošanu brīvprātīgai pārrobežu profesionālajai mobilitātei kā līdzeklim, ar ko sadarbībā ar ieinteresētajām personām veidot pieredzi un spējas sniegt inovatīvus un augstas specializācijas pakalpojumus, balstoties uz iespējām, ko sniedz esošās struktūras;

33. apsvērt iespēju apzināt brīvprātīgus valstu pasākumus un brīvprātīgu Eiropas līmeņa sadarbību starp dalībvalstīm reto slimību jomā un sniegt par tiem ziņojumus, lai veicinātu paraugprakses apmaiņu;

34. izskatīt rezultātus, kas gūti pierādījumos balstītajā analīzē par stimulēšanas ietekmi uz inovāciju un zāļu, tostarp retu slimību ārstēšanai paredzētu zāļu, pieejamību, piekļuvi tām un to pieejamību no cenas viedokļa;

35. apsvērt iespēju brīvprātīgi ņemt vērā ieteikumus, paraugpraksi un rezultātus, kuru pamatā ir darbs, ko veic attiecīgajās ES kopīgajās rīcībās un ekspertu darba grupās, un izplatīt rezultātus veselības aprūpes sistēmas dažādajos līmeņos;

AICINA KOMISIJU:

36. atvieglot vajadzību izvērtēšanu, apmaiņu un sadarbību attiecībā uz pārrobežu pēcdiploma apmācību un profesionālās kvalifikācijas paaugstināšanu inovatīvu un augstas specializācijas pakalpojumu jomā. Šajā sakarā vērtīgs dokuments, uz ko balstīties, var būt profesionālās kvalifikācijas paaugstināšanas apzināšana Eiropas Savienībā (2014) [14], konsultējoties ar dalībvalstīm un attiecīgajām ieinteresēto personu organizācijām Eiropas līmenī;

37. ja dalībvalstis lūdz, pēc 36. punktā minētā vajadzību izvērtējuma iesniegšanas apsvērt to, kas nepieciešams risinājumu ilgtspējīgai izstrādei un ieviešanai;

38. informēt Padomi par to, kā īstenots Padomes 2009. gada 8. jūnija ieteikums par rīcību reto slimību jomā, un to, kas darīts pēc Komisijas 2008. gada 11. novembra paziņojuma par retajām slimībām [15].

---

[14] https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/cpd_mapping_report_en.pdf

[15] 15775/08 - COM (2008) 679 galīgā redakcija.