

P6_TA(2005)0152

Sociālā aizsardzība un labas kvalitātes veselības aprūpe

Eiropas Parlamenta rezolūcija par sociālās aizsardzības modernizāciju un labas kvalitātes veselības aprūpes attīstību (2004/2189(INI))

Eiropas Parlaments,

- ņemot vērā Komisijas paziņojumu par sociālās aizsardzības modernizāciju, lai attīstītu augstas kvalitātes, pieejamu un ilgtspējīgu veselības aprūpi un ilgtermiņa aprūpi — atbalsts valsts stratēģijām, kurās izmanto “atklāto koordinācijas metodi” (KOM(2004)0304),
 - ņemot vērā 2000. gada 16. februāra rezolūciju par Komisijas paziņojumu par saskaņotu stratēģiju sociālās aizsardzības modernizācijai¹,
 - ņemot vērā 2003. gada 15. janvāra rezolūciju par Komisijas paziņojumu par veselības aprūpi un vecu cilvēku aprūpi nākotnē — pieejamības, kvalitātes un finansiālās dzīvotspējas nodrošināšanu²,
 - ņemot vērā Eiropadomes 2003. gada 21. un 22. marta sanāksmes Briselē un iepriekšējo Lisabonā, Gēteborgā un Barselonā notikušo Eiropadomes sanāksmju secinājumus par veselības aprūpi un ilgtermiņa aprūpi,
 - ņemot vērā Komisijas Balto grāmatu par vispārējas nozīmes pakalpojumiem (KOM(2004)0374),
 - ņemot vērā Komisijas paziņojumu par Lisabonas stratēģijas sociālās dimensijas stiprināšanu — atklātās koordinācijas iekļaušana sociālās aizsardzības jomā (KOM(2003)0261),
 - ņemot vērā 2004. gada 11. marta rezolūciju par priekšlikumu kopīgam ziņojumam par veselības aprūpi un vecu cilvēku aprūpi — atbalsts valstu stratēģijām, lai nodrošinātu augsta līmeņa sociālo aizsardzību³,
 - ņemot vērā Reglamenta 45. pantu,
 - ņemot vērā Nodarbinātības un sociālo lietu komitejas ziņojumu un Vides, sabiedrības veselības un pārtikas nekaitīguma komitejas atzinumu (A6-0085/2005),
- A. tā kā tiesības uz veselību ir sociālās pamattiesības, kā to nosaka II-95. pants Līgumā par Konstitūciju Eiropai⁴, kura tagad ir jāratificē, un tā kā Eiropas Savienības Pamattiesību hartā⁵ ir atzītas ikvienas personas tiesības uz pieejamu veselības aprūpi un medicīnisko ārstēšanu, kā arī vecāka gadagājuma cilvēku tiesības dzīvot cienīgi un neatkarīgi dzīvi, un iesaistīties sabiedriskajā, kultūras un darba dzīvē;

¹ OV C 339, 29.11.2000., 154. lpp.

² OV C 38 E, 12.2.2004., 269. lpp.

³ OV C 102 E, 28.4.2004., 862. lpp.

⁴ OV C 310, 16.12.2004.

⁵ OV C 364, 18.12.2000., 1.lpp.

- B. tā kā veselība ir katras personas vērtība visos dzīves posmos un visās dzīves situācijās, kā arī ir viens no priekšnoteikumiem, kas ļauj aktīvi darboties sabiedrībā, un tā kā sabiedrības veselība ir viena no sabiedrības vērtībām, un viens no sabiedrības vissvarīgākajiem uzdevumiem ir to uzturēt;
- C. tā kā veselību ietekmē daudzi faktori, tostarp ģenētiskā predispozīcija, dzīvesveids un sociālais stāvoklis, un tā kā veselības aprūpes devums cilvēka vispārējā veselības stāvoklī ir ierobežots (bieži min skaitli 10%);
- D. tā kā ikvienai personai, lai tā veiksmīgi darbotos sabiedrībā, ir būtiski būt drošai, ka vajadzības gadījumā veselības aprūpe būs pieejama visos dzīves posmos un visās dzīves situācijās;
- E. tā kā personu (tostarp darba ņēmēju) brīva pārvietošanās ir viens no ES pamatprincipiem un vienlaikus tā ir būtiska atsevišķu dalībvalstu un ES kā veseluma turpmākai attīstībai, un cilvēku uzticību veselības aprūpes pieejamībai un kvalitātei, viņiem pārvietojoties no vienas dalībvalsts uz citu, var stiprināt ar veselības sistēmu atklāto koordinēšanu;
- F. tā kā, ņemot vērā Eiropas Kopienų Tiesas tiesu praksi, pieaugs pacientu mobilitāte un pārrobežu pakalpojumu izmantošana, un šādai attīstībai vienlaikus ar iekšējā tirgus paplašināšanu būs arvien lielāka ietekme uz valstu veselības sistēmām, kuru principi un mērķi tādējādi nedrīkst tikt apdraudēti;
- G. tā kā Eiropas veselības apdrošināšanas karte ir piemērots līdzeklis, lai nodrošinātu pārvietošanās brīvību ES attiecībā uz veselības aprūpi pat tad, ja valstu sociālo sistēmu uzbūve ievērojami atšķiras;
- H. tā kā Eiropas Kopienų Tiesa ir atkārtoti atzinusi pacientu prasības par citā dalībvalstī radušos ārstēšanas izdevumu atmaksāšanu, lai gan tā ir noteikusi atšķirību starp slimnieku stacionāro un ambulatoro aprūpi, tādējādi izvirzot konkrētus nosacījumus šādu prasību apliecināšanai, kuri ir tieši paredzēti, lai garantētu līdzsvarotu pieeju un sociālo nodrošinājumu, arvien ar mērķi nodrošināt augsta līmeņa veselības aizsardzību;
- I. tā kā savā iepriekšminētajā 2004. gada 11. marta rezolūcijā Eiropas Parlaments mudināja dalībvalstis stiprināt valsts un privātās aprūpes un palīdzības iestādes, pilnībā izmantojot pacienta izcelsmes valstī pieejamos resursus;
- J. tā kā dalībvalstu veselības sistēmu pamatā ir vienlīdzības un solidaritātes princips, kas nosaka, ka augstas kvalitātes veselības aprūpei un ilgtermiņa aprūpei jābūt pieejamai un sasniedzamai visiem, pielāgotai vajadzībām un neatkarīgi no vecuma vai ienākumiem;
- K. tā kā Savienības nemainīgais mērķis ir sekmēt augsta līmeņa sociālo aizsardzību un tā kā efektīvākā sadarbība veselības aprūpes un ilgtermiņa ārstēšanas jomā veicinās Eiropas sociālā modeļa ilgtspējīgu modernizēšanu un lielāku sociālo kohēziju; tā kā veselības aprūpe un ilgtermiņa ārstēšanās ir vispārējas nozīmes pakalpojumi, kuros prioritāte jāpiešķir solidaritātes principam;
- L. tā kā veselības sistēmām, kas veido daļu no dalībvalstu sociālās drošības sistēmām, ir jārisina uzdevumi, ko nosaka jaunās izmeklēšanas un terapijas tehnoloģijas, kā arī sabiedrības novecošanās (proti, ārkārtīgi liels vecu un slimīgu cilvēku skaita pieaugums, kuriem ir nepieciešama pielāgota veselības novērtēšana un atbilstoša aprūpe), sabiedrības

pieaugošās cerības un šo sistēmu vispārējas pieejamības garantēšana visiem pilsoņiem;

- M. tā kā dažās dalībvalstīs veselības aprūpes darbinieku novecošanās rada problēmas, gluži tāpat kā to cilvēku novecošanās, kuri nodrošina neapmaksātu aprūpi;
- N. tā kā jaunas diagnostikas un terapijas tehnoloģijas ne tikai apdraud veselības sistēmu finansiālo stabilitāti, tās arī – un jo īpaši — ievieš jaunus risinājumus un dod cerību cilvēces nepārtrauktajā cīņā pret slimībām un novecošanos; tā kā tomēr jāpatur prātā arī arvien pieaugošā nabadzība vecu cilvēku vidū;
- O. tā kā profilakse ir ietekmīgākā un efektīvākā veselības aprūpes forma un tā kā pieņemama augstas kvalitātes visiem pieejama profilaktiskā aprūpe, rada vidējā dzīves ilguma pieaugumu, slimošanas biežuma samazināšanos un mazākus izdevumus par veselības aprūpi, kā arī palīdz nodrošināt to, ka veselības aprūpes finansēšana ilgtermiņā ir ilgtspējīga;
- P. neraugoties uz to, ka lielākā daļa vecāka gadagājuma cilvēku dzīvo veselīgu un neatkarīgu dzīvi, daudzi no viņiem cieš no slimībām un ir nevarīgi, un tādēļ viņiem vajadzīga pieeja augstas kvalitātes labi integrētiem sociālajiem un veselības aprūpes pakalpojumiem, kuri nodrošina atbilstošu gerontoloģisko (t.i., daudzdisciplīnu un holistisko) novērtēšanu, kas ir vienīgais veids, kā samazināt nevarību un novērst lieku ilgtermiņa aprūpi šīs sociālās grupas pārstāvjiem;
- Q. tā kā jebkurā ar veselību saistītā jomā galvenais ir indivīds, respektīvi, pacients; viņam ir nodrošināta veselības aprūpe, par ko maksā tieši vai ar apdrošināšanas, vai arī nodokļu starpniecību; vienkāršos cilvēkus visvairāk interesē aprūpes pieejamība, sasniedzamība, piemērotība un kvalitāte, un tādēļ viņiem jābūt pilnībā informētiem un viņiem jānodrošina pilnas tiesības un izvēles iespējas attiecībā uz lēmumu pieņemšanu par veselības aprūpes variantiem un to izmantošanu;
- R. tā kā veselības aprūpes kvalitāti īpaši ietekmē veselības aprūpes darbinieku izglītības līmenis un viņu tālākāpmācība, kā arī attiecīgie darba un darba aizsardzības nosacījumi, augstas kvalitātes izmeklēšanas un terapijas tehnoloģiju pieejamība, veselības pakalpojumu organizācijas līmenis, kā arī saziņas un informācijas apmaiņas kvalitāte starp veselības aprūpes sniedzējiem un pacientiem;
- S. tā kā, ņemot vērā vecāka gadagājuma slimīgo cilvēku skaita ārkārtīgo pieaugumu, rodas neatliekama vajadzība attīstīt un veicināt izglītību gerontoloģijas un geriatrijas nozarē, izveidojot gan pirmsdiploma, gan pēcdiploma apmācības programmas, lai sagatavotu veselības aprūpes speciālistus ar specifiskām zināšanām un iemaņām, kas vajadzīgas, lai nodrošinātu labāku un atbilstošāku šai sociālajai grupai paredzēto aprūpi;
- T. tā kā Eiropas programma par Kopienas rīcību sabiedrības veselības jomā (2003.–2008. g.) paredz integrētu pieeju veselības politikai un veselības aprūpei, kas cita starpā balstās uz veselības veicināšanu un primāro profilaksi, izvairīšanos no veselības risku avotiem, augsta līmeņa veselības aizsardzības iekļaušanu visās nozaru politikās un to īstenošanā un sociālās nevienlīdzības kā veselības problēmu cēloņu novēršanas;
- U. tā kā veselība līdzīgi ekonomikai ir ļoti svarīga zinātnes un pētniecības joma — tas ir ļoti plašs lauks zinātnes attīstībai un pētniecībai un vienlaikus praktiskai pētniecībai un zinātnisko pētījumu rezultātu pielietošanai ikdienā; tā kā veselības joma kā ekonomikas

nozare rada daudz darbavietu un ievērojamu ekonomisko vērtību;

- V. tā kā papildus fundamentālajiem pētījumiem ārkārtīgi nepieciešami ir klīniskie pētījumi, kuri aptvertu tās veselības problēmas, kas pašreiz raksturīgas pieaugošam skaitam vecāka gadagājuma slimīgu cilvēku, un kuri izvirzītu jaunus risinājumus patiešām efektīvai aprūpes izveidošanai, kas, savukārt, nodrošinātu augstu dzīves kvalitāti,
 - W. tā kā veselības joma ir cieši saistīta ar ekonomisko izaugsmi un ilgtspējīgu attīstību, un tādēļ to nevajadzētu vērtēt, tikai ņemot vērā izmaksas, bet arī kā vērtīgu ieguldījumu efektīvu veselības politikas īstenošanā;
 - X. tā kā sadarbība veselības aprūpes jomā ir svarīgs solis ceļā uz veselīgāku Eiropu un tās organizēšana galvenokārt ir dalībvalstu uzdevums; tā kā, lai uzlabotu un attīstītu augstas kvalitātes, pieejamu un ilgtspējīgu veselības aprūpi, svarīga ir pieredzes apmaiņa starp dalībvalstīm; tā kā veselības aprūpei jāpiešķir nozīmīga loma Lisabonas stratēģijā;
 - Y. tā kā arvien pieaug vajadzība pēc aprūpes mājās, kas rada iespējas pacienta ārstēšanai viņam pazīstamos mājās apstākļos, un tā kā šāda veida aprūpe lietderīgi papildina pacientu stacionāro ārstēšanu un ir svarīgs pakalpojums ar lielām nodarbinātības iespējām;
 - Z. tā kā Komisijas paziņojumā par Sociālās politikas darba kārtību (KOM(2000)0379) ir norādīts, ka veselības sociālās apdrošināšanas ieviešana ir nozīmīgs veselības aprūpes reformu elements, uzsverot faktu, ka septiņas no desmit jaunajām dalībvalstīm priekšroku dod uz apdrošināšanu, nevis uz nodokļiem balstītai sistēmai,
1. atzīmē, ka Komisija — cita starpā saistībā ar atklāto koordinācijas metodi — ir paredzējusi atbalstīt valstu valdības un (attiecīgos gadījumos) pašvaldības veselības aprūpes sistēmu attīstībā un reformēšanā, un pieprasa pilnībā ievērot valstu valdību un (attiecīgos gadījumos) pašvaldību absolūto suverenitāti veselības aprūpes organizēšanā, it īpaši attiecībā uz dažādajām finansēšanas sistēmām, lai tās varētu sasniegt kopīgi izvirzītus mērķus attiecībā uz sociālās aizsardzības sistēmu modernizāciju;
 2. norāda, ka atklātās koordinācijas metode nedrīkst ietekmēt ne dalībvalstu kompetences, ne subsidiaritātes principu; norāda, ka arī turpmāk katrai dalībvalstij pašai jālemj par to, kā sasniegt kopīgi noteiktos mērķus attiecībā uz sociālās aizsardzības sistēmu modernizāciju;
 3. aicina Komisiju un dalībvalstis, nosakot Kopienas mērķus un vērtēšanas kritērijus, vairāk ņemt vērā profilakses un veselības nozīmi;
 4. kritizē to, ka atklātā koordinācijas metode tādā veidā, kā to ir paredzēts piemērot veselības aprūpei, it īpaši datorizētā datu vākšana, neapšaubāmi pārsniedz dalībvalstu administratīvās spējas; ierosina, ka datu vākšana sākotnēji jāattiecina tikai uz īpaši atbilstīgiem rajoniem;
 5. atzinīgi vērtē Padomes lēmumu izmantot atklāto koordinācijas metodi veselības aprūpes un ilgtermiņa ārstēšanas jomā; apstiprina savu atbalstu trīs pamatmērķiem — vispārēja pieeja aprūpei neatkarīgi no ienākumiem vai labklājības līmeņa, augstas kvalitātes un ilgtermiņa finansiālā stabilitāte; aicina dalībvalstis šīs prioritātes skaidri noteikt un aicina dalībvalstis nodrošināt vispārēju pieeju bez nepamatotām rindām un norāda, ka ir vajadzīgi ilgstoši centieni, lai nodrošinātu šo mērķu saskanību; uzskata, ka ir jānostiprina pilsoņu tiesības uz līdzvērtīgu veselības aprūpi visās dalībvalstīs; aicina visas dalībvalstis veikt nepieciešamos pasākumus, lai nodrošinātu, ka šīs tiesības ir ievērotas un ka jo īpaši tūristi netiek pret savu

gribu un pretrunā ar viņu tiesībām iesaistīti privātajā veselības aprūpē, kas ir ļoti dārga;

6. Mudina dalībvalstis aktīvi rīkoties, lai apmierinātu sabiedrības nabadzīgākā slāņa veselības aprūpes vajadzības un nodrošinātu viņu pieeju veselības aprūpei; norāda, ka visu pasauli aptverošiem pasākumiem ir jābalstās uz solidaritātes principu un jānodrošina pret nabadzību un sociālo izstumtību un ka galvenajiem ieguvējiem ir jābūt cilvēkiem ar zemiem ienākumiem, kā arī cilvēkiem, kuru veselības stāvoklis prasa intensīvu, ilgu un dārgu ārstēšanu, tostarp paleatīvo aprūpi un veco ļaužu aprūpi;
7. izsaka nožēlu, ka sociālās aizsardzības modernizāciju veselības aprūpes jomā Komisija skata galvenokārt saistībā ar Stabilitātes pakta prasībām; izsaka nožēlu, ka Komisija savā tekstā neatsaucas uz tendencēm saistībā ar izdevumiem dažādās veselības aprūpes jomās (ārstēšana, stacionārā aprūpe utt.), kā arī uz profilakses ietekmi atsevišķās dalībvalstīs;
8. piekrīt, ka veselības sistēmas ES saskaras ar kopīgiem izaicinājumiem sakarā ar medicīnisko un tehnikas attīstību, kā arī lielākiem izdevumiem, demogrāfiskās attīstības tendencēm, it īpaši attiecībā uz pieaugošo skaitu vecāka gadagājuma slimīgu cilvēku, kuriem ir dažādas slimības, ko bieži vien ir izraisījuši nelabvēlīgi sociālie apstākļi, arvien lielāka vajadzība pēc veselības aprūpes pakalpojumiem un medikamentiem, kā arī Kopienas iedzīvotāju pieaugošā mobilitāte;
9. uzskata, ka sabiedrības novecošanās rada izaicinājumu, bet tas ir jāuzskata par iespēju vairāk iesaistīt sabiedrībā un uzņēmumos cilvēkus ar ilgu un vērtīgu pieredzi, kas būtu daļa no aktīva dzīvesveida veicināšanas vecumdienās;
10. norāda, ka turpmāka sociālo infrastruktūru turpmākā attīstība, kas palielina paredzamo mūža ilgumu, prasa labāku saskaņotību starp medicīnas un aprūpes pakalpojumiem;
11. atzīst, ka Kopienas iedzīvotāju pieaugošā mobilitāte un imigrācija no citām valstīm var radīt administratīvu izaicinājumu;
12. uzsver, ka profilakse un iespējām atbilstošas rūpes par veselību ir nozīmīga un visefektīvākā rīcība cīņā pret slimībām, un aicina dalībvalstu valdības veicināt dažādām vecuma grupām paredzēto veselības profilakses programmu saskaņošanu, kurās kā prioritātes cita starpā būtu veselības veicināšana un veselības izglītība, un saistībā ar pakalpojumu izmantošanu piešķirt profilaksei ievērojami augstāku prioritāti, tostarp attiecībā uz regulārām profilaktiskām medicīniskajām apskatēm un vakcināciju saskaņā ar zinātnes atziņām, kā arī nodrošināt vispārēju pieeju šiem pasākumiem; iesaka arī atbilstošu vecuma pārbaūžu ieviešanu vecāka gadagājuma slimīgiem cilvēkiem, lai uzlabotu viņu dzīves kvalitāti un novērstu nevajadzīgu ilgtermiņa hospitalizāciju un pansionāta aprūpi, kas savukārt dos nozīmīgu ieguldījumu ar veselību saistīto izdevumu samazināšanā;
13. atzīmē, ka “lielo slepkavotāju” (piemēram, vēža paveidi, sirds un asinsvadu slimības) un “lielo kroplotāju” (piemēram, muskuļu un kaulu slimības un citas profesionālās hroniskās slimības, veselības problēmas, kuru cēlonis ir, piem., neveselīgs uzturs, narkotiku lietošana, vides piesārņojums un nepietiekama fiziskā slodze) izplatību varētu ievērojami samazināt, ieviešot vispārēju starpnozaru un atsevišķu profilakses politiku, kā arī uzlabojot pasākumus, lai novērstu slimības izraisošos faktorus dzīves un darba vidē; tādēļ uzsver, cik svarīgi ir izveidot darba veselības aprūpi, lai novērstu un savlaicīgi atklātu slimības un veselības problēmas;

14. uzsver, ka jebkurā veselības aprūpes un ilgtermiņa aprūpes sistēmā galvenajai nozīmei jābūt indivīdam kā pakalpojumu saņēmējam un aprūpes patērētājam; viņa tiesības ir pašas svarīgākās, un pirmās un vissvarīgākās ir tiesības saņemt vispusīgu informāciju par savu veselību, par veselības aprūpes un ilgtermiņa aprūpes iespējām, kā arī par tirgū pieejamās individuālo pakalpojumu sniedzēju piedāvātās aprūpes izvēles iespējām;
15. aicina dalībvalstis un Komisiju, jo īpaši ar veselības rīcības programmas palīdzību, nodrošināt datu vākšanas tuvināšanu un datu vākšanas kopējās situācijas uzlabošanu, kā arī veicināt pilsoņu un pakalpojumu sniedzēju piekļuvi informācijai par veselības aprūpi un veselības aprūpes politiku citās dalībvalstīs, izmantojot interneta portālu par veselību ES, kuru pašreiz izstrādā;
16. atzinīgi vērtē Komisijas uzsvērto starpnozaru un starpresoru saziņas uzlabošanu un sadarbību profilakses, diagnostikas un ārstēšanas jomā starp atsevišķiem veselības aprūpes un ilgtermiņa aprūpes sniedzējiem; uzskata, ka šādā saziņā un sadarbībā galvenā loma ir par primāro aprūpi atbildīgajam ārstam, un pieejamās informācijas nodošana nodrošina labāku aprūpes kvalitāti un efektivitāti, samazina risku nodarīt kaitējumu pacientiem un paaugstina personāla un resursu izmantošanas efektivitāti;
17. ir norūpējies par ievērojamajām atšķirībām starp vecajām dalībvalstīm un vairumu jauno dalībvalstu attiecībā uz iedzīvotāju veselības stāvokli un pieeju izmantojamiem resursiem un to kvalitāti veselības aprūpes un ilgtermiņa aprūpes jomā; aicina Komisiju un vecās dalībvalstis atbalstīt jaunās dalībvalstis to centienos uzlabot veselības aprūpi un ilgtermiņa aprūpi, tām palīdzot ar rīcības programmu veselības jautājumos un citiem atbilstošiem līdzekļiem, it īpaši ar atklāto koordinācijas metodi;
18. uzsver veselības aprūpes, ilgtermiņa aprūpes un sociālās aprūpes nozīmi valsts ekonomikā, pateicoties lielajam skaitam cilvēku, kuri pašreiz tiek valstī nodarbināti, un šo valstu iespējām radīt daudz darbavietu ar dažādiem aprūpes sniedzējiem, tādējādi radot lielāku konkurenci un līdz ar to lielākas iespējas valstu ekonomikas attīstībai; norāda, ka pakāpeniskā ES iedzīvotāju novecošanās radīs arvien lielāku vajadzību pēc finanšu resursiem un cilvēkresursiem, lai palīdzētu vecāka gadagājuma cilvēkiem; turklāt uzskata, ka daudzās dalībvalstīs ir neatliekama vajadzība pēc aktīvas rīcības, lai pieņemtu darbā veselības aprūpes darbiniekus un panāktu viņu palikšanu šajā darbā;
19. norāda, ka pieaugošā nepieciešamība pēc pakalpojumiem veselības un aprūpes sektorā rada arī papildu iespējas darbavietām ar augstu kvalifikāciju;
20. aicina dalībvalstu valdības veikt efektīvus pasākumus, lai uzlabotu iedzīvotāju situāciju attiecībā uz veselības aprūpes un ilgtermiņa aprūpes patēriņu, atbalstīt uzlabotu informācijas pieejamību plašai sabiedrībai un uzlabot nosacījumus, saskaņā ar kuriem cilvēki var brīvi pieņemt lēmumus attiecībā uz veselības aprūpes un ilgtermiņa aprūpes izmantošanu; uzskata, ka, lai to panāktu, ir vajadzīgi daudzi pakalpojumu sniedzēji un informācijas pieejamība par veselīgu dzīvesveidu un profilakses, diagnostikas un terapijas iespējām un pieeju šādai informācijai nedrīkst ierobežot, īpaši ar mērķi ietaupīt valsts resursus;
21. norāda, ka dažas dalībvalstis palielina to ar veselību saistīto izmaksu daļu, kas jāsedz pacientiem, un šajā sakarā aicina arī turpmāk nodrošināt visneaizsargātākajām grupām pieeju atbilstoši veselības aprūpei;
22. pauž bažas par to, ka daudzās dalībvalstīs pacientu gaidīšanas laiks noteiktu steidzamu un

nesteidzamu ārstēšanas pakalpojumu saņemšanai ir pārāk ilgs; aicina šīs dalībvalstis veikt mērķtiecīgus pasākumus, lai saīsinātu šo gaidīšanas laiku; aicina dalībvalstis, kad ir gari gaidīšanas saraksti un nav iespējams savlaicīgi uz vietas nodrošināt pacientiem vienlīdz efektīvu aprūpi, cieši sadarboties savā starpā, lai garantētu augstas kvalitātes veselības aizsardzību un sociālo drošību visiem ES pilsoņiem, vienlaikus ievērojot subsidiaritātes principu, valsts sistēmu sabalansētību un finansiālo līdzsvaru;

23. aicina dalībvalstu valdības nodrošināt praktisku atbalstu informācijas apmaiņai (tai skaitā starp dažādām aģentūrām un disciplīnām, kas ir iesaistītas atsevišķu pacientu aprūpē) un elektronisko sakaru tehnoloģiju izmantošanai veselības aprūpes un ilgtermiņa aprūpes jomā; aicina Komisiju un dalībvalstu valdības nodrošināt lielāku un sistemātiskāku atbalstu tā saucamās elektroniskās veselības aprūpes attīstīšanai;
24. pauž bažas par to, ka daudzās dalībvalstīs, kaut arī dažādās pakāpēs, taču ir vērojams izteikts augsti kvalificētu ārstu, medicīnas un aprūpes personāla trūkums; mudina dalībvalstis veikt mērķtiecīgus pasākumus darba kvalitātes uzlabošanai, lai vairotu šo profesiju prestižu un novērstu pašreizējo personāla trūkumu; uzsver nepieciešamību sekmēt apmācību un tālākizglītību brīvprātīgajiem un darbiniekiem, kuri jau darbojas šajā nozarē;
25. izsaka nožēlu, ka jautājumos, kuros ir lielāka koordinācija, īpaša nozīme nav pievērsta atgriezeniskajai saitei no galvenajām iesaistītajām pusēm; norāda, ka informācijas plūsma, kas virzās no zemākajiem līmeņiem uz augstākajiem, ir ļoti nozīmīga izmantotajos vadības modeļos;
26. izsaka nožēlu, ka kopumā nav vairāk uzsvērtā vajadzību zinātniska analīze; atgādina, ka zinātniskus datus no citām organizācijām var pieņemt tikai tad, ja tie ir iepriekš pārbaudīti; iesaka iekšējo datu apstrādi veikt plašākā apmērā, izmantojot esošās pētniecības programmas;
27. aicina dalībvalstu valdības vairāk saskaņot veselības aprūpes darbinieku izglītības un apmācības sistēmas, veicināt profesionālo kvalifikāciju savstarpēju atzīšanu, līdz ar to sekmējot veselības aprūpes speciālistu mobilitāti, kā arī lielākā mērā saskaņot un tuvināt prasības attiecībā uz veselības aprūpes iestāžu aprīkojumu, kā arī jauno izmeklēšanas un ārstēšanas tehnoloģiju izmantošanu, un tādējādi veicināt veselības aprūpes kvalitātes uzlabošanu visās dalībvalstīs;
28. uzsver, ka finansiālo stabilitāti ilgtermiņā var nodrošināt tikai tad, ja tiek racionāli izlietoti esošie līdzekļi; uzsver, ka šo mērķi iespējams sasniegt tad, ja veselības aprūpes kvalitāte ir padarīta pārredzamāka nekā pašreizējā situācijā, ja dalībvalstis ievieš sistemātiskas programmas, lai nodrošinātu kvalitatīvas un uz pierādījumiem balstītas ārstēšanas vadlīnijas, un ja tās izlieto valsts finansējumu tikai tādu medikamentu un tehnoloģiju iegādei, kuru labvēlīgā iedarbība ir pamatota;
29. uzsver nepieciešamību dalībvalstīs rūpīgi sekot līdzi medicīnas un medicīniskās tehnikas sasniegumiem savas darbības efektivitātes, renatbilitātes un ekonomiskās dzīvotspējas paaugstināšanai; aicina Komisiju pārbaudīt iespējas pārvaldīt un saskaņot dalībvalstu veselības aprūpes tehnoloģiju un medicīniskās vadlīnijas;
30. mudina dalībvalstis savlaicīgi iesniegt valstu provizoriskos ziņojumus nākamajai Eiropadomei;

31. uzskata, ka vecāka gadagājuma slimīgu cilvēku veselības aprūpe ir joma, kurā būtu lietderīgi veikt izpēti Eiropas mērogā;
32. aicina Komisiju līdz 2005. gada beigām iesniegt priekšlikumus, iesakot politikas iespējamo virzību, kopējos mērķus, darba metodes un sīki izstrādātu grafiku, vienlaikus uzsverot, ka iedzīvotāju veselības aprūpe ir katras atsevišķas dalībvalsts atbildība;
33. uzsver, ka jāizstrādā ļoti rūpīgai pieeja, ieviešot vērtēšanas kritērijus un interpretējot rezultātus, un ka jāievēro pašreizējās atšķirības starp veselības sistēmām; īpaši mudina izstrādāt vērtēšanas kritērijus taisnīgas pieejas, aprūpes kvalitātes un efektivitātes noteikšanai;
34. aicina Eiropadomi 2006. gada pavasarī pieņemt integrētu plānu sociālās aizsardzības jomā un izstrādāt sarakstu ar kopīgiem mērķiem sociālās integrācijas, pensiju, veselības aprūpes un ilgtermiņa aprūpes jomā, lai racionalizētu atklāto koordinācijas metodi;
35. aicina Padomi un Komisiju par saviem priekšlikumiem informēt Eiropas Parlamentu;
36. aicina dalībvalstis un Komisiju vairāk nekā līdz šim iesaistīt pacientu organizācijas veselības politikas lēmumu pieņemšanā un sniegt tām atbilstošu atbalstu to darbībā;
37. aicina Komisiju un dalībvalstis pievērst pienācīgu uzmanību problēmām, kas īpaši attiecas uz sievietēm visos ar veselības aprūpi saistītos jautājumos; aicina Komisiju iesniegt jaunu ziņojumu par situāciju attiecībā uz sieviešu veselību Eiropas Savienībā;
38. uzdod priekšsēdētājam nosūtīt šo rezolūciju Padomei, Komisijai, Sociālās aizsardzības komitejai un dalībvalstu parlamentiem.