

**Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie Komunikatu Komisji: Ustosunkowanie się do procesu refleksji na wysokim szczeblu na temat mobilności pacjentów i przemian opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej**

(COM(2004) 301 final)

(2005/C 120/11)

**Procedura**

Dnia 20 kwietnia 2004 r. Komisja postanowiła, zgodnie z art. 262 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską, zasięgnąć opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie wspomnianej powyżej

Sekcja ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa, odpowiedzialna za przygotowanie prac Komitetu na ten temat, wydała swoją opinię w dniu 22 września 2004 r. Sprawozdawcą był Adrien BEDOSSA.

Na 412 sesji plenarnej w dniach 27-28 października 2004 r. (posiedzenie z dn. 27 października 2004 r.), Komitet stosunkiem głosów 170 do 3, przy 6 głosach wstrzymujących się, przyjął następującą opinię:

**1. Wprowadzenie**

Z jednej strony obecne systemy i polityki opieki zdrowotnej w Państwach Członkowskich UE są coraz bardziej ze sobą powiązane, z drugiej – krajowe władze, przed podjęciem decyzji, przeprowadzają niewystarczającą analizę wzorcową, w każdym takim wypadku niestety nie wspominając o tym, porównując je z systemami funkcjonującymi w Europie lub poza nią.

1.1 Istnieje wiele, wzajemnie z sobą powiązanych, przyczyn tych przeobrażeń:

- po pierwsze w całej Europie, jak również poza nią, oczekiwania ogółu społeczeństwa rosną;
- niedawne rozszerzenie Unii Europejskiej zmusi nowych członków UE do zapewnienia swoim obywatelom coraz bardziej nowoczesnych systemów opieki zdrowotnej;
- dzięki istotnym innowacjom technologicznym wprowadzane są nowe metody terapeutyczne i praktyki lecznicze umożliwiające poprawę jakości usług medycznych;
- nowe techniki informacyjne, które umożliwiają obywatelom UE niemal natychmiastowe porównanie procedur diagnostycznych i metod leczenia w różnych krajach Unii Europejskiej i które mogą, z jasnych i zrozumiałych powodów, pociągnąć za sobą wymagania w kwestii środków mające na celu osiągnięcie najlepszych rezultatów w leczeniu.

1.2 To w sposób nieunikniony spowoduje problemy w dziedzinie polityki zdrowotnej, czy to w odniesieniu do jakości bądź dostępności transgranicznych usług medycznych, czy też do potrzeb informacyjnych pacjentów, pracowników służby zdrowia i polityków.

1.3 Konieczna jest zatem już teraz ewaluacja krajowych polityk, które muszą uwzględnić wszystkie te potrzeby z

uwagi na związane z UE zobowiązania, które stopniowo się sumują i z których wyrastają nowe prawa dla obywateli Unii.

1.4 Ta nowa sytuacja zmienia obecnie perspektywę sporu między zwolennikami tezy głoszącej, że ta nowa swoboda doprowadzi do niebezpiecznej destabilizacji istniejących systemów opieki zdrowotnej, ponieważ ograniczenie mobilności pacjentów pozwala na lepszą kontrolę systemów pod względem kosztów i priorytetów – a tymi, którzy bronią idei mobilności pacjentów argumentując, że pozwala ona na interoperacyjność systemów, wykorzystanie tych samych wskaźników, wymianę najlepszych praktyk oraz mądrzejszy podział środków. Należy bez wątpienia rozwinąć ten drugi tok rozumowania, wyciągając z niego wszystkie właściwe wnioski w kwestii harmonizacji systemów krajowych.

**2. Fakty**

2.1 W opinii z inicjatywy własnej wydanej przez Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny dnia 16 czerwca 2003 r. (1) zdrowie nazwano „wartością o podstawowym znaczeniu społecznym”, które „jest równie ważne dla każdego obywatela, rodziny i dla całego narodu”. Komitet doszedł do wniosku, że jego zamiarem jest „podejmowanie odpowiednich działań w zakresie opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym poszanowaniu istniejących wspólnotowych ram prawnych i politycznych”.

2.2 W opinii tej Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny przedstawił argumenty i propozycje podejścia i metod analizy, które Komisja Europejska podjęła w wydanych niedawno dwóch komunikatach (z dnia 20 kwietnia 2004) skierowanych do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów.

(1) Opinia z inicjatywy własnej w sprawie *ochrony zdrowia*. Sprawozdawca: Adrien Bedossa, Dz.U. C 234 z 30.09.2003

2.3 Potrzeba wydania takiego komunikatu spowodowana była opublikowaniem (dnia 9 lutego) najnowszej propozycji dyrektywy w sprawie usług. Niestety jej podejście do usług społecznych i zdrowotnych wywołało wiele krytyki, gdyż jej brzmienie pozostawia zbyt wiele miejsca na interpretację. Potrzeba zatem precyzyjniejszych definicji w tych rozdziałach dyrektywy, aby w odpowiedni sposób uwzględnić szczególnie charakter tych usług, które dotyczą bezpieczeństwa i równouprawnienia pacjentów.

2.4 Wydane przez Komisję dwa komunikaty związane są z orzecznictwem Trybunału Sprawiedliwości, począwszy od orzeczenia w sprawie Kohll, z dnia 28 kwietnia 1998, poprzez inne, aż do orzeczenia w sprawie Leichtle z dnia 18 marca 2004 r., zgodnie z którym obywatele Unii Europejskiej mają prawo do korzystania z opieki zdrowotnej w innych krajach Unii Europejskiej. Orzeczenie to wyjaśnia również zasady zwrotu kosztów za usługi medyczne.

2.5 Od dnia 1 czerwca 2004 r. obywatele Unii Europejskiej uprawnieni są do dokumentowania swych uprawnień za pomocą przyszłej Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (!), która zastępuje formularz E-111.

2.6 Różnice w warunkach opieki zdrowotnej oraz środowisko w różnych krajach UE może sprzyjać poszukiwaniu najbardziej efektywnych systemów przez pacjentów, powodując nagłe wąskie gardła lub blokując europejskie centra referencyjne. Istnieje zagrożenie, że systemy ochrony socjalnej nie poradzą sobie z nieregularnym napływem pacjentów z innych państw. W tym kontekście, nowe rozporządzenie 1408/71 może przyczynić się do powstawiania nowych i problematycznych sytuacji.

2.7 Dlatego stworzenie polityki europejskiej, która pozwoli na wprowadzenie konstruktywnych celów, nawet przy zmianie, jeżeli okaże się to absolutnie konieczne, prerogatyw krajowych systemów opieki zdrowotnej, stanowi poważne wyzwanie.

2.8 Głębsza analiza opinii z własnej inicjatywy przyjętej przez Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny w dniu 16 lipca 2003 r. wykazuje, że dotyczy ona tej samej tematyki co proces refleksyjny wysokiego szczebla zainicjowany przez Komisję Europejską oraz, że zawarte w zaleceniach Komisji punkty zawarte są i poddane analizie we wspomnianym projekcie opinii: Współpraca na poziomie europejskim, informowanie pacjentów, środowisk zawodowych i polityków, zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej, pogodzenie krajowej polityki zdrowotnej ze zobowiązaniami europejskimi itp.

### 3. Uwagi ogólne

3.1 Komunikat w sprawie mobilności pacjentów zawiera szereg konkretnych propozycji w wielu dziedzinach. Przedsta-

wione propozycje umożliwią włączenie do polityki wspólnotowej zawartych w Traktatach celów zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia.

3.2 Prawo wspólnotowe uprawnia obywateli do korzystania z opieki zdrowotnej w innych Państwach Członkowskich oraz otrzymywania zwrotu poniesionych wydatków. Orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości oraz projekt dyrektywy w sprawie usług w ramach rynku wewnętrznego jasno określają warunki zwrotu kosztów za opiekę medyczną w Państwie Członkowskim innym niż państwo, w którym pacjent jest ubezpieczony. Jednakże często w praktyce trudno jest skorzystać z tych uprawnień.

3.3 Z tego względu niezbędne wydaje się opracowanie strategii europejskiej w celu:

3.3.1 promowania współpracy europejskiej, która prowadziłaby do lepszego wykorzystania środków:

- prawa i obowiązki pacjentów: Komisja Europejska podejmie środki w celu dalszego zbadania możliwości spowodowania, aby na poziomie europejskim prawa i obowiązki pacjenta, zarówno społeczne jak i indywidualne, były rozumiane w ten sam sposób;
- udostępnianie niewykorzystanych możliwości oraz opieka zdrowotna na poziomie ponadnarodowym: Komisja Europejska zapewni środki w celu przeprowadzenia oceny istniejących projektów transgranicznych w zakresie opieki zdrowotnej, w szczególności *Euregio*, oraz rozważy jak połączyć istniejące projekty w celu upowszechniania najlepszej praktyki.

3.3.2 W celu stworzenia jasnych i przejrzystych zasad płatności za opiekę zdrowotną, z których mogłyby skorzystać właściwe organy w Państwach Członkowskich przy zawieraniu wzajemnych umów, Komisja Europejska zwróci się z prośbą o udostępnienie informacji w sprawie istniejących rozwiązań i przedstawi stosowne propozycje.

— Pracownicy służby zdrowia: Komisja Europejska wzywa Państwa Członkowskie, aby dostarczyły kompletne i aktualne dane na temat przepływu pracowników w ramach wzajemnego uznawania kwalifikacji zawodowych. Komisja będzie również kontynuowała, wraz z Radą oraz Parlamentem Europejskim, prace nad prostymi i przejrzystymi zasadami uznawania.

— Komisja będzie również kontynuowała współpracę z Państwami Członkowskimi w celu zapewnienia satysfakcjonującej poufności wymiany informacji w sprawie swobodnego przepływu pracowników służby zdrowia.

(!) Patrz opinia EKES w sprawie wprowadzenia europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego. Sprawozdawca: G. Dantin, Dz.U. C 220 z 16.09.2003

- Komisja zwróci się do Państw Członkowskich, aby rozważyły kwestie związane z brakiem personelu medycznego w Unii, zarówno w chwili obecnej jak i w przyszłości.
  - Europejskie centra referencyjne: przed sporządzeniem projektów, Komisja Europejska ogłosi przetarg w ramach programu zdrowia publicznego w celu sporządzenia listy centrów referencyjnych.
  - Ocena technologii zdrowia: Komisja wprowadzi mechanizm koordynacji w celu oceny technologii zdrowia oraz przedstawi w tym celu szczegółowe propozycje.
  - lepsze włączenie celów zdrowotnych do europejskiej polityki i działań: Komisja Europejska będzie współpracować z Państwami Członkowskimi w celu zgromadzenia informacji odnośnie funkcjonowania różnych sposobów zapewnienia dostępu do opieki zdrowotnej w innych Państwach Członkowskich oraz ich skutków, ze szczególnym uwzględnieniem sposobów, które wynikają z zasad obowiązujących na poziomie europejskim;
  - Komisja przewiduje również projekty w zakresie oceny wpływu na zdrowie w celu zapewnienia, że skutki przedstawianych w przyszłości przez Komisje projektów w zakresie zdrowia i ochrony zdrowia uwzględniane będą w ocenie ogólnej;
- 3.3.3 Zaspokojenie zapotrzebowania na informacje ze strony pacjentów, personelu medycznego oraz polityków:

- Strategia informacyjna w zakresie systemu ochrony zdrowia: w oparciu o program zdrowia publicznego Komisja Europejska stworzy ramy dostarczania informacji na temat zdrowia na poziomie unijnym, w drodze określenia zapotrzebowania na informacje ze strony polityków, pacjentów i personelu medycznego oraz środki dostarczania informacji, z uwzględnieniem osiągnięć Światowej Organizacji Zdrowia i Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju w tym zakresie;
- stworzenie odpowiednich mechanizmów w celu wspierania współpracy w dziedzinie usług medycznych i opieki zdrowotnej; w odpowiedzi na wniosek o wprowadzenie stałego mechanizmu na poziomie UE w celu wspierania współpracy w zakresie ochrony zdrowia i monitorowania wpływu UE na systemy opieki zdrowotnej, Komisja Europejska ustanowiła Grupę Wysokiego Szczebla ds. Usług Medycznych i Opieki Medycznej.
- Uzasadnienie i zakres transgranicznej opieki zdrowotnej: w celu ustalenia powodów, które sprawiają, że pacjenci korzystają z opieki zdrowotnej w innych krajach, jak również dziedzin specjalizacji, których zjawisko to dotyczy oraz charakteru porozumień dwustronnych itp. Komisja Europejska zamierza przeprowadzić szczegółową analizę w ramach programu zdrowia publicznego. Sprawa ta zostanie uwzględniona również w ramach projektu badawczego „Europa dla pacjentów”;
- 3.3.5 W odpowiedzi na rozszerzenie – wzrost inwestycji w zdrowie i infrastrukturę medyczną.
- Ochrona danych: Komisja Europejska będzie współpracować z Państwami Członkowskimi oraz krajowymi organami ochrony danych w celu podniesienia świadomości w zakresie ochrony danych w dziedzinie ochrony zdrowia;
- 3.3.5.1 W ramach procesu refleksyjnego zaproszono Komisję, Państwa Członkowskie oraz państwa przystępujące do rozważenia w jaki sposób sprawić, aby inwestycje w zdrowie, rozwój infrastruktury medycznej oraz rozwijanie kompetencji zostały priorytetowymi obszarami inwestycyjnymi w ramach istniejących instrumentów finansowych Wspólnoty, w szczególności w ramach Celu 1. Unia faktycznie wspiera już inwestycje w dziedzinie zdrowia w obecnych Państwach Członkowskich, w przypadku gdy dziedzina ta została uznana za priorytetową przez odnośne państwa i regiony. Przyjmowanie tego zalecenia zależy więc od tego, czy regiony i państwa określą inwestycje w zdrowie i infrastrukturę medyczną jako obszary priorytetowe w ramach wsparcia europejskiego. Komisja będzie pracować z Państwami Członkowskimi w ramach Grupy Wysokiego Szczebla ds. Usług Medycznych i Opieki Medycznej oraz w ramach struktur odpowiednich dla właściwych instrumentów finansowych w celu zapewnienia, że w opracowaniu ogólnych planów zdrowiu nadano należną mu wagę. Potrzebę zapewnienia inwestycji w infrastrukturę medyczną na poziomie europejskim należy również uwzględnić w ramach opracowywania nowej perspektywy finansowej Unii po roku 2006.
- eZdrowie: Komisja Europejska, do której zwrócono się o rozważenie stworzenia europejskich zasad odnośnie kompetencji i odpowiedzialności w kontekście świadczenia usług medycznych przez internet (eZdrowie), rozważy tą kwestię w ramach ogólnego planu odnośnie eZdrowia, zgodnie z komunikatem *eZdrowie – poprawa ochrony zdrowia obywateli europejskich: plan działania w dziedzinie europejskiego eZdrowia*.

3.3.4 Wzmacnianie roli Unii w realizacji celów związanych z ochroną zdrowia:

#### 4. Uwagi szczegółowe

4.1 Ze swobodnym przepływem pacjentów pomiędzy Państwami Członkowskimi związane jest kilka kwestii, których skutki należy oszacować, ocenić, poddać analizie i uwzględnić w praktyce. Pierwsza z nich to pełne zrozumienie różnych, istniejących systemów ochrony społecznej, co idealnie oznaczałoby wymienienie kryteriów ich tworzenia w ramach dynamicznego procesu, tzn. w świetle obecnych i przewidywanych tendencji.

4.2 Bez wątplenia jednym z priorytetów jest prewencja, gdyż umożliwi osiągnięcie znacznych oszczędności i jest najlepszym sposobem podejścia do polityki zdrowotnej, przy czym zalety dobrej polityki prewencyjnej w zakresie wypadków drogowych, rozprzestrzeniania się AIDS czy też spożycia tytoniu są oczywiste. Ogólne skutki prewencji w tym zakresie są imponujące.

4.3 Do tej listy, która na pewno nie jest wyczerpująca, dodać można chociażby środki profilaktyczne, które obecnie przyciągają uwagę wszystkich zainteresowanych stron, personelu medycznego, mediów oraz decydentów politycznych, a dotyczą nadużywania środków odurzających (narkotyków, alkoholu, leków), zdrowego stylu życia (ćwiczenia, właściwe odżywianie, odpoczynek), wypadków w miejscu pracy, chorób zawodowych itp.

4.4 Ocena ryzyka zagrożenia indywidualnego, społecznego i rodzinnego pozwala na oszacowanie przedwczesnych śmierci, których można uniknąć, jak również kosztów z tym związanych.

4.5 Postęp technologiczny w medycynie lub technikach badawczych nieuchronnie prowadzi do efektywnego zastępowania starych technologii nowymi.

4.6 Przede wszystkim konieczne jest poszukiwanie większej efektywności, mimo ograniczeń wynikających z interesów społecznych, kulturowych i/lub ze strony przedsiębiorstw. W ostateczności przynosi to społeczeństwu większe oszczędności.

4.6.1 Wskazane jest promowanie poszukiwania bardziej szczegółowych i skutecznych środków, które stymulowałyby inicjatywy podejmowane przez środowiska społeczno-zawodowe w celu poprawy wspólnej polityki zdrowotnej.

4.7 Jeżeli sprawdzą się przewidywania odnośnie mobilności pacjentów, Unia Europejska będzie musiała zagwarantować, aby pacjenci udający się za granicę w celu skorzystania z opieki zdrowotnej mieli dostęp do najlepszych ośrodków medycznych i szpitalnych, które niekoniecznie są skoncentrowane w bogatych państwach, które zainwestowały znaczące środki w opiekę zdrowotną. W tym celu Unia Europejska powinna wspierać

opracowanie systemów oceny, certyfikacji i zatwierdzania nowych technologii i sposobów leczenia, a efektywność systemów szpitalnych i wszelkich innych ośrodków zdrowia musi opierać się na procedurach zatwierdzania i certyfikacji.

4.8 Taka kampania na rzecz jakości powinna pozwolić Unii Europejskiej na stworzenie obejmującej całą UE sieci instytucji, które gromadzą zarówno naukowców jak i wysoce wykwalifikowanych specjalistów, tak ważnych dla istnienia centrów referencyjnych. Niebezzasadnie można mieć nadzieję, że takie centra pojawią się w najbliższym czasie w niektórych państwach poszerzonej Unii Europejskiej obejmującej 25 państw, w szczególności jeżeli Unia wprowadzi mechanizmy monitorowania, analizy oraz wymiany informacji na temat polityki narodowej, przy jednoczesnym poszanowaniu podstawowych zasad zawartych w Traktatach, w tym subsydiarności i zakresu kompetencji krajowych.

4.9 Z tych samych powodów należy pamiętać o harmonizacji wskaźników zdrowia publicznego. Harmonizacja pomocna jest w poprawie stanu informacji na temat celów Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia, a podstawowe wskaźniki śmiertelności, zapobiegania śmiertelności, zapadalności na choroby i zapobiegania chorobom nie są powszechnie przyjęte we wszystkich Państwach Członkowskich UE.

4.10 Z istniejących różnic wynika, że wyniki można poprawić poprzez dostosowanie poziomu opieki zdrowotnej do państwa najlepszego w tej dziedzinie. Obecnie wskaźnik określający ilość pacjentów, którzy pozostają przy życiu przez pięć lat po nowotworze płuc we Francji i w Polsce nie jest taki sam. Leczenie chorób krwi, takich jak białaczka nie jest równie skuteczne w Wielkiej Brytanii i we Francji, w zależności od zastosowanych metod leczenia.

4.11 Informowanie pacjentów, środowisk zawodowych i polityków jako najważniejszy cel polityki Komisji Europejskiej.

4.12 Jeżeli chodzi o informowanie pacjentów, edukacja w dziedzinie zdrowia poprawia zrozumienie zdrowia przez obywateli europejskich, np. jeżeli chodzi o ich oczekiwania i postępowanie. Obecnie zdrowie jest postrzegane jako dobro absolutne i w każdym wypadku powinno być chronione przez właściwe organy. Sprostanie tym oczekiwaniom powoduje wzrost środków przeznaczanych na cele zdrowotne w zakresie leczenia, ale często także zwiększenie prewencji i uwagi poświęconej czynnikom środowiskowym; w innym wypadku systemy ochrony socjalnej będą ciągle paraliżowane i podważane.

4.13 Ochrona zdrowia stała się prawem i jako takie stanowi nowonabyte uprawnienie obywateli Unii Europejskiej<sup>(1)</sup>.

<sup>(1)</sup> Przygotowywana opinia z własnej inicjatywy *bezpieczeństwo zdrowia: zobowiązanie zbiorowe i nowe prawo*. Sprawozdawca: Adrien Bedossa (SOC/171)

4.14 Technologia, ochrona prywatności, udostępnianie dokumentacji medycznej, swoboda dostępu do informacji oraz ochrona danych to sprawy, które należy poddać dyskusji w sposób jak najbardziej transparentny, w celu uwrażliwienia na te kwestie zainteresowanych stron. Potrzeba debaty występuje w sposób nieprzerwany, ponieważ z szybkim tempem rozwoju łączy się konieczność szybkiego podejmowania trudnych decyzji. Każdy z tych czynników ma duże znaczenie dla trzech grup podmiotów związanych z opieką zdrowotną.

4.15 Pogodzenie celów narodowych za zobowiązaniami nakładanymi przez Unię Europejską: analiza porównawcza systemów opieki zdrowotnej wiąże się z trudnymi kwestiami o charakterze strategicznym, mającymi zastosowanie w celu promowania współpracy na poziomie europejskim w sferze ochrony zdrowia oraz monitorowania wpływu, jaki Unia Europejska wywiera na systemy opieki zdrowotnej. Na przykład konieczna jest bliższa analiza zagadnień horyzontalnych, które mogą wywołać poważne skutki, takich jak: stosowanie zasad dobrej praktyki i wydajność w sektorze zdrowia, w zakresie opieki zdrowotnej i opieki nad ludźmi starszymi, zdrowie w nowych Państwach Członkowskich UE oraz ocena oddziaływania różnych czynników w dziedzinie zdrowia.

4.16 Należy również jak najszybciej zanalizować sposoby stworzenia pewności prawnej poprzez zapewnienie praw pacjenta do korzystania z wysokiej jakości usług medycznych w którymkolwiek z Państw Członkowskich UE. W dziedzinie tej UE musi przedstawić stosowne propozycje (aby ułatwić stosowanie orzecznictwa, uprościć zasady koordynowania systemów opieki socjalnej oraz ułatwić współpracę wewnątrz-wspólnotową).

4.17 Najbardziej nieoczekiwana, a zarazem cenna wiadomość, którą Komisja zawarła w wydanym komunikacie dotyczącego wykorzystania Funduszu Spójności i Funduszy Strukturalnych UE do promowania inwestycji w sferze zdrowia oraz rozwoju infrastruktury medycznej oraz kompetencji medycznych, które zostały priorytetowymi celami wsparcia przez finansowe instrumenty Wspólnoty.

4.18 Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny wyraża silne poparcie dla tej decyzji: w ten sposób otwiera się nowe pole działania sprzyjające rozwojowi i sukcesowi Unii Europejskiej, szczególnie w kontekście Strategii Lizbońskiej.

4.19 Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny zasadniczo popiera również pozycję Komisji w kwestii personelu medycznego. Rozwój systemów ochrony zdrowia zależy od rozwoju umiejętności zawodowych i wiedzy. W zakresie służby zdrowia niezbędny jest dobrze przygotowany i wysoce wykwalifikowany personel oraz nieustające podnoszenie kwalifikacji zawodowych.

4.20 Zadaniem Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego jest promowanie świadomości odnośnie tych kwestii, mających zasadnicze znaczenie dla opieki zdrowotnej oraz wywierających wpływ na Unię Europejską, jej spójność i zdolność do przekształcenia się w gospodarkę opartą na wiedzy.

4.21 Istnieje konieczność analizy i zapobiegania problemom w celu promowania mobilności zawodowej, jednak bez naruszenia stabilności systemów krajowych. W związku z tym, Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny wyraża przekonanie, że dyrektywa w sprawie kwalifikacji i umiejętności, która ma być przyjęta, jest cennym dokumentem o fundamentalnym znaczeniu, niezbędnym w celu wprowadzenia rynku wewnętrznego.

4.22 Przewidziane środki są praktyczne i stosowne do wymagań. Ponadto Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny wyraża przekonanie, że również bardzo użyteczne będzie zharmonizowanie kodeksów dobrej praktyki dla wszystkich pracowników służby zdrowia i że zostanie on dobrze przyjęty.

4.23 Wszystkie wspomniane środki przyjęto ze względu na spodziewaną w najbliższych latach niedostateczną ilość pracowników służby zdrowia. Inwestycje w zawody medyczne są cenne, opłacalne i celowe, jeżeli celem jest zapewnienie obywatelom UE wysokiej jakości usług medycznych.

4.23.1 Poprawa zdrowia i opieki zdrowotnej za pomocą informacji i technologii komunikacyjnych.

4.24 Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny wyraża przekonanie, że najmocniejsze argumenty na rzecz reformowania systemów opieki zdrowotnej i poprawy ich jakości w Unii Europejskiej wynikają właśnie z tej dziedziny. Niektóre z nich są już znane.

— Wspólne kartoteki w formie elektronicznej pozwalają na zapewnienie każdemu obywatelowi prawa do ochrony socjalnej, zdrowia oraz lepszego zrozumienia potrzeb zdrowotnych. Ponadto system ten pozwala zapobiegać nadużyciom i nadmiernym kosztom, pozwala na kontrolowanie interakcji leków oraz „nomadyzmu medycznego”, jak również usprawnia procedury informowania pacjentów, rejestracji i zapisów.

— E-medycyna wydaje się być bardzo obiecującą dziedziną, jeżeli chodzi o udzielanie konsultacji na odległość przez specjalistów oraz innych pracowników służby zdrowia oraz udzielanie informacji, do których uzyskania pacjenci są uprawnieni.

— Karty ubezpieczenia zdrowotnego pozwolą na natychmiastowe sprawdzenie uprawnień pacjenta oraz jego sytuacji w zakresie ubezpieczenia społecznego.

— Wspomnieć należy również wszystkie aplikacje, funkcjonujące już obecnie, lub których uruchomienie planowane jest w przyszłości, a które mogą być wykorzystane w celu poprawy zarządzania systemami, rozwoju strategii w zakresie zdrowia i zdrowia publicznego, stworzenia skutecznych baz danych, oceny produktywności dostawców oraz uzyskania szczegółowych informacji na temat wzorów konsumpcyjnych.

4.25 Obecnie działają już sieci informacyjne, zgodne z wnioskami zgłoszonymi przez organizacje pacjentów. Jednocześnie należy zapewnić ochronę tajemnicy zawodowej w stosunkach między lekarzem a pacjentem.

## 5. Propozycje Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego

5.1 W opinii z dnia 16 lipca 2003 Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny uznał, że polityka w tym zakresie ma kluczowe znaczenie oraz przedstawił propozycje, które najwyraźniej zostały już uwzględnione przez Komisję Europejską, gdyż argumenty Komisji opierają się na tej właśnie myśli przewodniej.

5.2 Współpraca między Państwami Członkowskimi musi opierać się na jasno wytkniętych wspólnych celach, które prowadzą do stworzenia planów narodowych, natomiast właściwie dobrane wskaźniki pozwolą na dokładne monitorowanie polityki zdrowotnej prowadzonej przez wszystkie państwa Unii Europejskiej.

5.3 Komitet pragnie podkreślić, że nieodzowne jest ustanowienie obserwatorium lub agencji w celu zbierania komentarzy, analiz oraz wymiany opinii w zakresie narodowej polityki zdrowotnej, przy jednoczesnym zapewnieniu ścisłej zgodności z Traktatami oraz zasadą pomocniczości i zakresem kompetencji krajowych, ze szczególnym uwzględnieniem procesu poprawy jakości ochrony zdrowia, wysiłków władz publicznych oraz kadry kierowniczej, mających na celu wzmocnienie efektywności wszystkich podmiotów służby zdrowia, zarówno prywatnych jak i państwowych oraz stworzenie sieci wzorcowych centrów na terenie całej Unii Europejskiej, zarówno w bogatych jak i w biednych regionach.

5.4 Należy kontynuować energiczną i trwałą politykę zatrudnienia, aby zapobiec brakowi personelu medycznego, a nie wolno czekać na wzrost zapotrzebowania w tym zakresie.

5.5 Konieczne jest promowanie polityki informacyjnej w oparciu o wyniki programów opieki zdrowotnej; określenie potrzeb informacyjnych zainteresowanych stron, tj. pacjentów, pracowników służby zdrowia oraz władz publicznych, jak również uwzględnienie informacji ze źródeł takich jak Światowa Organizacja Zdrowia i Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju.

5.6 Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny może jedynie wyrazić swe zadowolenie wobec zamiaru Komisji

wdrożenia otwartej metody koordynacji (patrz opinie EKES z lipca 2003 r.), określając z góry zasadę działania i szczegóły techniczne. Metoda ta ma dotyczyć następujących kwestii o zasadniczym znaczeniu:

- wymiana w zakresie zasad dobrej praktyki (akredytacja), normy w zakresie jakości, równoważność kwalifikacji zawodowych, wzajemne uznawanie praktyk o określonym skutku obniżającym koszty, ze względu na duże rozbieżności pomiędzy systemami narodowymi;
- odpowiednie wskaźniki określające stosowane struktury i praktyki;
- poprawa dostępności produktów medycznych, uwzględniająca potrzeby innowacyjne, zwalczanie epidemii w zakresie zdrowia publicznego, takich jak AIDS, gruźlica czy malaria w najbardziej zagrożonych krajach oraz wysiłki mające na celu zmniejszenie marnotrawstwa;
- koordynacja systemów narodowych w celu zapobiegania wszelkim efektom dumpingowym wynikającym z utraty kwalifikacji na rzecz innych państw;
- konieczność zakończenia tworzenia rynku wewnętrznego w zakresie leków.

## 6. Wnioski

6.1 Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny jest świadomy, że ostatnie trzy komunikaty Komisji są owocem dyskusji pięciu właściwych Dyrekcji Generalnych.

6.2 Świadczy to o zrozumieniu Komisji Europejskiej implikacji polityki zdrowotnej dla tworzenia rynku wewnętrznego i rozszerzenia UE.

6.3 W pierwszej kolejności połączenie woli politycznej, umiejętności i zasobów pięciu Dyrekcji Generalnych Komisji Europejskiej, w celu zapewnienia różnym krajom UE środków umożliwiających koordynację polityki zdrowotnej i socjalnej, korzystnej dla wszystkich obywateli UE.

6.4 Z tego względu Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny pragnie powołania nieformalnej stałej grupy roboczej w celu monitorowania polityki w tym zakresie oraz umożliwiającej Komitetowi udział w przeprowadzanych przez nią analizach, ekspertyzach i korzystanie ze zgromadzonego doświadczenia w tej niezwykle ważnej a jednocześnie delikatnej dla wszystkich obywateli UE dziedzinie.

Bruksela, 27 października 2004 r.

Przewodnicząca

Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego

Anne-Marie SIGMUND