

Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie „wniosku dotyczącego dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej”

COM(2008) 414 wersja ostateczna — 2008/0142 (COD)

(2009/C 175/22)

Dnia 23 lipca 2008 r., Rada, działając na podstawie art. 262 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską, postanowiła zasięgnąć opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie

wniosku dotyczącego dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej

COM(2008) 414 wersja ostateczna — 2008/0142 (COD)

Sekcja Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa, której powierzono przygotowanie prac Komitetu w tej sprawie, przyjęła swoją opinię dnia 4 listopada 2008 r. Sprawozdawcą był Lucien BOUIS.

Na 449 sesji plenarnej w dniach 3–4 grudnia 2008 r. (posiedzenie z 4 grudnia) Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny stosunkiem głosów 80 do 3 — nikt nie wstrzymał się od głosu — przyjął następującą opinię:

1. Uwagi i zalecenia

1.1 EKES, który wielokrotnie wypowiadał się w swych opiniach na tematy związane ze zdrowiem i prawami pacjenta, z uwagą przyjmuje omawiany wniosek dotyczący dyrektywy, tym bardziej, że tekst ten jest nie tylko reakcją na decyzje Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, lecz znajduje on także oparcie w prawach pacjenta i zakłada zapewnienie koordynacji polityki zdrowotnej prowadzonej przez poszczególne państwa członkowskie.

1.2 We wniosku potwierdzono, że systemy opieki zdrowotnej należą do kompetencji państw członkowskich i że nie zmienia się praktyka w zakresie zwrotu kosztów za leczenie. Jednak zaproponowane przepisy będą miały w dalszej perspektywie wpływ na systemy opieki zdrowotnej oparte na zasadzie solidarności i na trwałości ich finansowania. W związku z tym EKES ma wątpliwości co do konkretnych sposobów stosowania tych przepisów w kontekście zasady pomocniczości w zakresie polityki zdrowotnej i zgłasza w tej sprawie pewne uwagi i zalecenia.

1.3 Zaniepokojony zagrożeniem zaostrenia się różnic między różnymi grupami ludności, jeżeli chodzi o dostęp do opieki zdrowotnej, EKES wzywa do umieszczenia w dyrektywie zapisu o przestrzeganiu w opiece zdrowotnej zasady równości wszystkich osób oraz/albo priorytetowym traktowaniu osób uprawnionych jedynie do najniższych świadczeń socjalnych.

1.4 Podstawowe prawo każdego pacjenta do uzyskania niezbędnych gwarancji co do jakości i bezpieczeństwa zakłada konieczność normalizacji, certyfikacji i oceny potencjału materialnego i ludzkiego oraz organizacji opieki.

1.5 Dostęp do transgranicznej opieki zdrowotnej wymaga uzupełniających się i zrównoważonych systemów zdrowia w poszczególnych krajach w zakresie potencjału technicznego i ludzkiego, wyposażenia medycznego oraz obowiązków dostawców usług. Zakłada to istnienie europejskiej polityki pomocy w dziedzinie kształcenia kadr i wyposażenia medycznego. Szczególną uwagę należy poświęcić niektórym rodzajom ryzyka medycznego powiązanych ze wzrostem mobilności pacjentów.

1.6 Zdaniem EKES-u tekst ten nie powinien wyrażać woli upowszechnienia mobilności pacjentów, ale proponować warunki umożliwiające korzystanie z tego prawa, jednocześnie zapewniając opiekę o wysokiej jakości jak najbliżej miejsca zamieszkania. Wprowadzane mechanizmy powinny być proporcjonalne do zakresu zjawiska transgranicznej opieki zdrowotnej.

1.7 EKES jest zaniepokojony zastosowaniem w dyrektywie różnicowaniem między opieką szpitalną a pozaszpitalną, które opiera się raczej na aspektach finansowych niż na rzeczywistej organizacji systemów opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach. Komitet zaleca, zgodnie z zasadą pomocniczości oraz z art. 86 ust. 2 Traktatu, by każde państwo członkowskie określiło, co rozumie pod pojęciem opieki szpitalnej i pozaszpitalnej.

1.8 Dostęp każdego obywatela do opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim powinien odbywać się bez dyskryminacji w rozumieniu art. 13 Traktatu oraz z poszanowaniem praw pacjenta sformułowanych przez EKES⁽¹⁾, szczególnie poprzez prowadzenie książeczki zdrowia oraz europejskiej dokumentacji medycznej zawierającej odpowiednie informacje, do której dostęp mieli by pracownicy służby zdrowia oraz sam pacjent.

1.9 Skuteczna polityka informacyjna jest tym bardziej niezbędna w wypadku opieki transgranicznej, że tylko ona może wypełnić treścią zasadę równości w dostępie do opieki i umożliwić użytkownikom podejmowanie wolnych i świadomych decyzji. Odpowiedzialność za jej kształt powinna spoczywać na każdym państwie członkowskim.

1.10 Należy również informować o systemach wnoszenia odwołań w razie szkód oraz o trybie rozwiązywania sporów. W tym kontekście użyteczne byłoby ustanowienie systemu „jednego okienka”. Konieczna jest też możliwość wnoszenia skarg do sądów właściwych dla miejsca zamieszkania pacjenta. Ponadto EKES zaleca, by wszyscy pracownicy służby zdrowia objęci byli systemem obowiązkowych ubezpieczeń.

1.11 Celem ograniczenia nierówności w zakresie dostępu do opieki, mechanizmy zwrotu kosztów *a posteriori* powinny bardzo skrupulatnie uwzględniać terminy zwrotu kosztów i różnice w zakresie czynności medycznych oraz udostępniania lekarstw i sprzętu między krajem leczenia, a krajem, w którym pacjent jest ubezpieczony.

1.12 System zwrotu kosztów powinien również uwzględniać ryzyko nierówności, a nawet sporów ze względu na niejednolite systemy ubezpieczeń zdrowotnych zawierające specyficzne elementy krajowe: płatność dokonywana przez stronę trzecią, udział własny ubezpieczonego, różnice w honorariach, pojęcie lekarza ordynującego, kodyfikacja czynności medycznych itp.

1.13 Wszystkie sposoby informowania muszą nie tylko odpowiadać kryteriom bezpieczeństwa i jakości udzielanych informacji, ale także pozwalać na podejmowanie przez każdą osobę wolnych wyborów i ułatwiać pogodzenie konkurencyjności ekonomicznej, spójności oraz sprawiedliwości i solidarności społecznej.

1.14 Krajowe punkty kontaktowe powinny pozostawać w łączności z poszczególnymi stowarzyszeniami pracowników, rodzin i pacjentów, a ich tworzenie powinno odbywać się w ścisłej współpracy z towarzystwami ubezpieczeń zdrowotnych, celem przekazywania tych informacji. Powinny one ponadto podejmować działania informacyjne i szkoleniowe dla pracowników służby zdrowia i ze służbą zdrowia związanych oraz dla pracowników społecznych w zakresie możliwości istniejących w dziedzinie transgranicznej opieki zdrowotnej.

1.15 Szczególną uwagę należy poświęcić kwestiom ciągłości i długofalowości opieki, dostosowania sprzętu, używania lekarstw. W związku z tym niezbędne jest, by personel medyczny i struktury opieki zdrowotnej koordynowały swe działania w zakresie różnych specjalizacji oraz dokumentacji długoterminowego leczenia pacjentów.

1.16 Tworzeniu europejskich sieci referencyjnych powinien towarzyszyć rozwój technologii informacyjnych z zapewnieniem ich pełnej interoperacyjności i zapewnienie możliwości korzystania z nich każdemu pacjentowi, niezależnie od miejsca zamieszkania. Wymiana doświadczeń i umiejętności powinna pozwolić na poprawę jakości we wszystkich systemach w państwach członkowskich z korzyścią dla wszystkich podmiotów: instytucji, pracowników, pacjentów itd.

1.17 Analiza danych statystycznych zgromadzonych przez poszczególne państwa powinna umożliwić sporządzenie oceny stosowania omawianej dyrektywy. Powinna ona ponadto pozwolić na opracowanie wskaźników służących do oceny zalet i wad systemów zdrowia i poznania potrzeb i preferencji ludności. Konieczne jest, by sprawozdanie to zostało przedłożone również EKES-owi, który ze swej strony zobowiązuje się do monitorowania jego efektów i w razie potrzeby do opracowania nowej opinii z inicjatywy własnej.

1.18 Rzeczywiste stosowanie praw pacjentów w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej wymaga pewnego okresu dostosowawczego na dokonanie dogłębnej zmiany praktyk oraz przemian w mentalności i w systemach kształcenia pracowników służby zdrowia. Wymaga ono również włączenia do przepisów krajowych zasad europejskiej karty wzajemnych praw i obowiązków poszczególnych podmiotów w dziedzinie opieki zdrowotnej.

1.19 Zdaniem Komitetu oczywiste jest, że wybrane podejście nie doprowadziło do pełnego pogodzenia kwestii pomocniczości w opiece zdrowotnej z potrzebą spójnego sposobu działania w leczeniu transgranicznym. Nadal istnieje pole do różnych interpretacji, czego skutkiem będzie wnoszenie spraw do sądu zarówno przez pacjentów, jak i przez podmioty świadczące opiekę zdrowotną.

2. Streszczenie komunikatu

2.1 Kontekst prawny i polityczny wniosku

2.1.1 W świetle orzecznictwa Trybunału, Komisja podjęła w 2003 r. analizę środków mających na celu zwiększenie bezpieczeństwa prawnego w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej.

2.1.2 Dyrektywa w sprawie usług na rynku wewnętrznym przedstawiona w 2004 r. zawierała postanowienia w tej dziedzinie. Zostały one odrzucone przez Parlament i przez Radę z powodu niewystarczającego uwzględnienia specyfiki polityk zdrowotnych poszczególnych państw — znacznie się od siebie różniących — ich złożoności technicznej i kwestii związanych z ich finansowaniem. Należy podkreślić, że opinia publiczna jest bardzo wyczulona na tę problematykę.

(1) Opinia z inicjatywy własnej EKES-u w sprawie praw pacjenta; sprawozdawca: Lucien BOUIS (Dz.U. C 10 z 15.1.2008)

Komisja postanowiła przedstawić w 2008 r. komunikat i dyrektywę, tak aby ustanowić jasne i przejrzyste ramy w zakresie opieki transgranicznej w Unii. Chodzi tu o opiekę zdrowotną za granicą, gdy pacjent leczy się u dostawcy usług zdrowotnych działającego w innym państwie członkowskim. W tym celu Komisja proponuje zdefiniowanie opieki szpitalnej i pozaszpitalnej.

2.2 Proponowane ramy

2.2.1 Podstawą prawną wniosku jest art. 95 Traktatu, mówiący o ustanowieniu i funkcjonowaniu rynku wewnętrznego, art. 152 dotyczący zdrowia publicznego oraz ogólne zasady Karty praw podstawowych, zgodnie z treścią postanowień traktatu reformującego. Dla osiągnięcia wyznaczonych celów definicje prawne i postanowienia ogólne dotyczą trzech głównych dziedzin: wspólnych zasad dla wszystkich systemów opieki zdrowotnej w UE, specyficznych ram transgranicznej opieki zdrowotnej, europejskiej współpracy w dziedzinie opieki zdrowotnej.

2.2.2 W dyrektywie określono zasady zwracania kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w innym państwie członkowskim oraz zasady honorowania w praktyce praw pacjenta oraz rozróżniono opiekę szpitalną i pozaszpitalną.

2.2.3 Wniosek nie zmienia istniejących ram prawnych w zakresie koordynacji systemów ubezpieczeń społecznych.

2.2.4 W dyrektywie określono odpowiednie procedury oraz stworzono stosowne mechanizmy celem informowania pacjentów i udzielania im pomocy za pośrednictwem krajowych punktów kontaktowych. Pacjent, który nie mógłby uzyskać w rozsądnym terminie dostępu do opieki zdrowotnej we własnym kraju będzie miał prawo do skorzystania z niej w innym państwie członkowskim.

2.2.5 Dyrektywa ma się przyczynić do ściślejszej współpracy europejskiej dzięki ustanowieniu europejskich sieci referencyjnych, ocenie technologii w dziedzinie zdrowia oraz rozwojowi technologii informacyjnych i komunikacji *on line*.

3. Uwagi ogólne

3.1 EKES, który poświęcił wiele opinii zagadnieniom zdrowia i praw pacjentów z uwagą przyjmuje fakt, iż Komisja zainteresowała się zagadnieniem transgranicznej opieki zdrowotnej.

3.2 Zdaniem EKES-u tekst ten nie powinien wyrażać woli upowszechnienia mobilności pacjentów, ale proponować warunki umożliwiające korzystanie z tego prawa. Skala i koszty wprowadzanych mechanizmów powinny być proporcjonalne do zakresu zjawiska transgranicznej opieki zdrowotnej.

3.3 Tekst ten odpowiada wartościom Unii Europejskiej i karcie z Tallina ⁽²⁾. Jego celem jest wysoka jakość opieki zdrowotnej w całej Europie i jej powszechna dostępność.

3.4 W obecnym stanie zaproponowana dyrektywa raczej pomija złożoność, zróżnicowanie i rozbieżności między systemami opieki zdrowotnej w 27 państwach członkowskich. Jest niemal pewne, że nie będzie ona interpretowana w ten sam sposób w kontekście różnych systemów w poszczególnych państwach. Dlatego też EKES ma wątpliwości co do konkretnych sposobów stosowania tych przepisów i wyraża życzenie, by opieka szpitalna i pozaszpitalna zostały ściśle zdefiniowane w celu zwiększenia bezpieczeństwa prawnego pacjentów i usług zdrowotnych.

3.4.1 We wniosku potwierdzono, że systemy opieki zdrowotnej należą do kompetencji państw członkowskich, którym pozostawia się odpowiedzialność za organizację systemów opieki zdrowotnej, świadczenia usług medycznych i zwrotu kosztów leczenia. Jednak zaproponowane przepisy będą miały w dalszej perspektywie wpływ na systemy opieki zdrowotnej, na trwałość ich finansowania i na zakres związanych z nimi praw.

3.4.2 Biorąc pod uwagę znaczne różnice w formach opieki i w jej kosztach, system zwrotu kosztów po ich uprzednim opłaceniu przez pacjenta może stać się czynnikiem nierówności, a nawet powodem sporów ze względu na niejednolite systemy ubezpieczeń zdrowotnych zawierające specyficzne elementy krajowe. EKES obawia się, że dyrektywa stanie się okazją do otwarcia rynku opieki zdrowotnej na konkurencję, a po wejściu w życie dyrektywy usługowej, do faktycznego obniżenia jakości całego systemu ochrony zdrowia w Europie.

3.4.3 Skuteczność i odpowiednie korzystanie z transgranicznej opieki zdrowotnej wymaga uzupełniania się i zrównoważenia możliwości systemów zdrowia w poszczególnych krajach w zakresie potencjału technicznego i ludzkiego, wyposażenia oraz określenia zakresu obowiązków dostawców usług.

3.4.4 W każdym wypadku, gdy świadczona jest opieka transgraniczna, pacjenci mają prawo oczekiwać gwarancji co do jej jakości i bezpieczeństwa. To podstawowe prawo zmusza do zastanowienia się nad harmonizacją procedur certyfikacji, oceny stosowanych praktyk, potencjału wyposażenia medycznego, organizacji systemu odszkodowań w razie zaistnienia szkód.

3.4.5 W dziedzinie transgranicznej opieki zdrowotnej jakoś leczenia i zaufanie do opieki świadczonej w kraju przyjmującym zależy od spełnienia pewnych warunków gwarantujących ciągłość opieki, takich jak:

— upowszechnienie posiadania przez każdego osobistej księżeczki zdrowia prowadzonej od urodzenia;

⁽²⁾ Karta podpisana w Tallinie 27 czerwca 2008 r. przez ministrów zdrowia krajów regionu europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia.

- istnienie europejskiej dokumentacji medycznej zawierającej odpowiednie informacje, do której dostęp mieliby pracownicy służby zdrowia i sam pacjent;
- wspólne określenie procedur leczenia;
- koordynacja w zakresie wystawiania recept, w tym upowszechnienie użycia nazw substancji, a nie nazw handlowych pomimo tego, że lekarstwa podlegają międzynarodowym przepisom handlowym;
- normalizacja i certyfikacja implantów, aparatów i wyposażenia medycznego;
- wdrożenie systemu akredytacji lub nawet europejskiej certyfikacji medycznego i pomocniczego wyposażenia szpitalnego;
- procedura wspólnotowa w zakresie dopuszczania do obrotu lekarstw.

Wszystkie powyższe elementy wymagają rozwoju nowych technologii i interoperacyjności systemów informatycznych.

3.4.6 Takie zmiany w organizacji systemu i praktyk zawodowych wymagają przemian w mentalności i w kształceniu pracowników służby zdrowia, ale także ewolucji przepisów prawnych określających kompetencje, rolę i odpowiedzialność organów sanitarnych każdego kraju; niezbędny jest tu pewien czas na dostosowanie.

3.4.7 Możliwości proponowane pacjentom w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej powinny wpisywać się w równy dostęp do wszystkich usług zdrowotnych i personelu medycznego bez względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne, religię, przekonania, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną. Wymaga to m.in. skutecznej polityki informacyjnej w dwóch wymiarach:

3.4.7.1 Informacja o dostępnej opiece zdrowotnej, którą powinien dysponować każdy obywatel, by móc zdecydować o skorzystaniu z opieki transgranicznej, publikowana pod nadzorem odpowiednich organów sanitarnych, zobowiązanych również do upewnienia się, iż dostęp do tej informacji mają słabsze grupy społeczne, jak osoby osamotnione lub w trudnej sytuacji;

3.4.7.2 Informacja o chorobie, o możliwym leczeniu z uwzględnieniem korzyści i ryzyka, o charakterze struktur i pracowników służby zdrowia świadczących opiekę.

3.4.7.3 Ze względu na to, iż informacje te przekazywane są w ramach kontaktów z pracownikami służby zdrowia, pracownicy ci powinni posiadać aktualne informacje na temat możliwości istniejących w Europie. Jest zatem istotne, by istniała łączność między usługodawcami a krajowymi punktami kontaktowymi, co wymaga przeznaczenia na ten cel środków finansowych. Ponadto trzeba mieć na uwadze konieczność przezwyciężenia barier językowych.

3.4.8 Informacja powinna być pełna i dokładna, tak aby umożliwić pacjentom swobodny i świadomy wybór i nie czynić z nich ofiar zjawiska przechwytywania klienteli i komercyjnych wypaczeń.

3.4.9 Tylko takie zobowiązania w zakresie informowania mogą urzeczywistnić zasadę równego dostępu do opieki zdrowotnej, o której mowa w dyrektywie, niezależnie od potrzeb w zakresie korzystania z opieki transgranicznej.

4. Uwagi szczegółowe

4.1 Artykuł 3

4.1.1 EKES zauważa, że dyrektywa będąca przedmiotem wniosku powinna być stosowana bez uszczerbku dla wcześniejszych przepisów wspólnotowych; chodzi tu szczególnie o rozporządzenia nr 1408/71 i 883/2004.

4.2 Artykuł 4 lit. d

4.2.1 Zdaniem EKES-u lista pracowników służby zdrowia jest niepełna; Komitet pragnie, by dodano do niej również personel paramedyczny, np. logopedów, ortoptyków itd.

4.3 Artykuł 5

4.3.1 EKES zwraca szczególną uwagę na ten artykuł i stwierdza, że główne zadanie będzie polegało na zapewnieniu opieki zdrowotnej adekwatnej do potrzeb i oczekiwań obywateli poprzez przyznanie im praw, ale także nałożenie odpowiedzialności, tak aby promować zdrowie, godząc konkurencyjność gospodarczą, spójność oraz sprawiedliwość i solidarność społeczną. EKES będzie zwracał baczną uwagę na to, by definicje norm jakości i bezpieczeństwa w niczym nie zagrażały różnorodności systemów opieki zdrowotnej państw członkowskich (art. 152 ust. 5).

4.3.2 EKES kładzie nacisk na duże znaczenie systemów opieki zdrowotnej dla ludności, a szczególnie dla osób najuboższych, a także na skutki lepszego dostępu do opieki dla wzrostu gospodarczego oraz podkreśla, że wszelkie inwestycje umożliwiające dostęp do opieki zdrowotnej zyskają na skuteczności, jeśli będą skoordynowane.

4.4 Artykuł 6

4.4.1 Zdaniem EKES-u, ustanawiając mechanizm zwracania kosztów *a posteriori* niezbędne będzie zwrócenie szczególnej uwagi na to, iż praktyki medyczne, udostępnianie lekarstw lub sprzętu medycznego odbywają się w kraju leczenia, a nie w kraju, w którym pacjent jest ubezpieczony i który odpowiada za określenie kryteriów ubezpieczenia. W związku z tym konieczne jest opracowanie list porównawczych zawierających wysokości zwrotu kosztów i zobowiązania w zakresie ciągłości leczenia.

4.4.2 EKES wyraża zaniepokojenie dodatkowymi kosztami, które będzie musiał ponieść pacjent w wypadku nieprzewidzianego braku zwrotu kosztów. W dalszej perspektywie, dla zapewnienia ciągłości, konieczne będzie rozważenie przejmowania kosztów leczenia przez kraj, w którym pacjent jest ubezpieczony. Może mieć to znaczny wpływ na system finansowania.

4.4.3 W trosce o niesprzyjanie rozwarstwieniu jakościowemu opieki medycznej z perspektywy zarówno pacjentów, jak i państw, EKES uważa, że konieczne jest ustalenie, w jaki sposób mają być naliczane koszty w państwach udzielających świadczeń oraz jakie mają być warunki płatności. EKES podkreśla, że przy rozliczeniu kosztów należy uwzględnić istniejące struktury i praktyki.

4.5 Artykuły 7 i 8

4.5.1 EKES jest szczególnie zaniepokojony zastosowaniem w dyrektywie rozróżnieniem na opiekę szpitalną i pozaszpitalną. Zauważa, że opiera się ono raczej na aspektach finansowych niż na rzeczywistej organizacji systemów opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach.

4.5.2 Podczas, gdy Komisja proponuje opracowanie dodatkowej listy, EKES zaleca, by zgodnie z zasadą pomocniczości i z art. 86 ust. 2 Traktatu określanie zakresu opieki szpitalnej należało do państw członkowskich, z wyjątkiem wypadków wyraźnych nadużyć. Należy zatem odpowiednio dostosować ust. 1 i 2.

4.6 Artykuł 9

4.6.1 Według EKES-u system udzielania wcześniejszej zgody może okazać się korzystny, jeśli oznacza to okazję do refleksji i informowania pacjenta, dzięki dialogowi nawiązanemu między nim a instytucją ponoszącą koszty jego leczenia. Ponadto może to zapewnić przejęcie kosztów poszczególnych świadczeń, np. refundację kosztów transportu.

4.6.2 EKES uważa, że niezależnie od wcześniejszego opublikowania kryteriów udzielania wcześniejszej zgody, każda odmowa musi być odpowiednio uzasadniona i wyjaśniona pacjentowi.

4.7 Artykuł 10

4.7.1 Zdaniem EKES-u istotne jest, by powstały mechanizmy pozwalające na informowanie pacjentów, tak aby mogli oni dokonywać wyboru w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej. Informacje te powinny obejmować szczególnie zobowiązania i ograniczenia dotyczące danego świadczenia, a także tryb zwrotu kosztów oraz część pozostającą do zapłacenia przez pacjenta.

4.7.2 EKES zaleca, by wszyscy pracownicy służby zdrowia objęci byli systemem obowiązkowych ubezpieczeń⁽³⁾. Należy ponadto udzielać informacji o systemach odwołań w razie szkód wynikłych z wypadków w trakcie leczenia, zawinionych lub nie (ryzyko związane z leczeniem).

4.7.3 EKES uważa, iż użyteczne byłoby utrzymanie zasady „jednego okienka” w ramach procedury oraz przy składaniu odwołań. Rozwiązywanie sporów powinno należeć do kompetencji sądów właściwych dla miejsca zamieszkania pacjenta.

4.7.4 Zdaniem EKES-u rozwijać należy usługi oraz serwisy informacyjne *on line* dla pacjentów. Jednak źródła i sposoby informowania nie mogą się ograniczać tylko do tych narzędzi, gdyż wielu naszych współobywateli nie ma dostępu lub ma ograniczony dostęp do internetu. Istnieje ryzyko, że promowany będzie rozwarstwiony system opieki zdrowotnej, w którym tylko najwyższe i najlepiej poinformowane klasy społeczne mogłyby korzystać z dostępu do transgranicznej opieki zdrowotnej.

4.8 Artykuł 12

4.8.1 Krajowe punkty kontaktowe powinny pozostawać w łączności z poszczególnymi stowarzyszeniami pracowników, rodzin, użytkowników służby zdrowia oraz ściśle współpracować z towarzystwami ubezpieczeń zdrowotnych i samorządami podmiotów świadczących opiekę zdrowotną będącymi ważnymi pośrednikami w przekazywaniu informacji. Ponadto konieczne jest, by owe punkty kontaktowe rozwijały działania informacyjne i szkoleniowe dla pracowników służby zdrowia i personelu paramedycznego oraz dla pracowników socjalnych w zakresie rozwiązań dostępnych w dziedzinie transgranicznej opieki zdrowotnej. Każde państwo członkowskie jest odpowiedzialne za uruchomienie własnego krajowego punktu kontaktowego.

4.9 Artykuł 14

4.9.1 EKES popiera ten artykuł gwarantujący ciągłość opieki w zakresie przyjmowania leków, ale wzywa do jego ścisłego przestrzegania ze względu na potencjalne ryzyko nadmiernej konsumpcji, a nawet nielegalnego handlu. Komitet odnotowuje, że dyrektywa nie uwzględnia wydawania produktów leczniczych objętych ograniczeniem przepisywania.

4.10 Artykuł 15

4.10.1 W ocenie EKES-u artykuł ten reguluje częściowo niepokojącą dlań kwestię różnic w jakości usług opieki zdrowotnej w państwach członkowskich. Jednakże utworzeniu europejskich sieci referencyjnych powinien towarzyszyć rozwój technologii informacyjnych i komunikacyjnych umożliwiających korzystanie z nich każdemu pacjentowi, niezależnie od miejsca zamieszkania.

⁽³⁾ Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej

4.10.2 Cele europejskich sieci referencyjnych powinny również obejmować:

- w uzupełnieniu ust. 2 lit. a: „ocenę i rejestrację praktyk medycznych”;
- w uzupełnieniu ust. 2 lit. d: „uznawanie dyplomów i przestrzeganie kodeksów etycznych”.

4.10.3 Ponadto, pomimo, że przewidziano procedurę przystępowania członków do tych sieci, EKES przypomina o znaczeniu oceny, a nawet ustanowienia procedury certyfikacji.

4.10.4 EKES pragnie, by w wykazie specyficznych kryteriów i warunków, które muszą zostać spełnione przez europejskie sieci referencyjne, uwzględniono, co następuje:

- uzupełnienie ust. 3 lit. a pkt ix: „współpraca taka jest szczególnie konieczna w wypadku udziału użytkowników w określaniu uzasadnionego okresu oczekiwania”;

- dodanie w ust. 3 lit. a pkt x: „przyczyniają się do uznania i przestrzegania wspólnej karty praw pacjenta zapewniającej rzeczywiste stosowanie tych praw zarówno w kraju pochodzenia, jak i w wypadku opieki transgranicznej”.

4.11 Artykuł 18

4.11.1 Analiza danych statystycznych zgromadzonych przez państwa członkowskie powinna umożliwić sporządzenie oceny stosowania omawianej dyrektywy. Byłoby pożądane, aby doprowadziło to również do opracowania wskaźników celem dokładnej oceny zalet i wad systemów zdrowia i do poznania potrzeb i preferencji ludności.

4.12 Artykuł 20

4.12.1 Tryb udzielania wcześniejszej zgody powinien zostać wyraźnie określony i przesłany Komisji do analizy.

4.12.2 Konieczne jest, by sprawozdanie to zostało przedłożone również EKES-owi.

Bruksela, 4 grudnia 2008 r.

*Przewodniczący Europejskiego Komitetu
Ekonomiczno-Społecznego*
Mario SEPI

*Sekretarz Generalny Europejskiego Komitetu
Ekonomiczno-Społecznego*
Martin WESTLAKE