

Stanovisko Evropského hospodářského a sociálního výboru ke sdělení Komise s názvem: Sledování úvahového procesu o mobilitě pacientů a o vývoji zdravotní péče v Evropské unii

(COM(2004) 301 final)

(2005/C 120/11)

Postup

Dne 20. dubna 2004 se Komise rozhodla požádat v souladu s článkem 262 Smlouvy o založení Evropského společenství Evropský hospodářský a sociální výbor o stanovisko ke sdělení Komise k výše uvedené věci.

Specializovaná sekce „Zaměstnanost, sociální věci, občanství“, pověřená přípravou prací výboru, vyhotovila stanovisko dne 22. září 2004 (zpravodaj: pan BEDOSSA).

Evropský hospodářský a sociální výbor přijal následující stanovisko na 412. plenárním zasedání 27. a 28. října 2004 (na jednání dne 27. října) 170 hlasy pro, 3 hlasy proti a 6 se zdrželo hlasování.

1. Úvod

Na jedné straně jsou stávající systémy a politiky zdravotnictví v členských státech Evropské unie stále více propojeny mezi sebou a na straně druhé odpovědní činitelé na národní úrovni, než přijmou nějaké rozhodnutí, dostatečně nepřístupují k testování uplatňovaných evropských i mimoevropských systémů, a pokud ano, bohužel se k tomu nepřiznají.

1.1 Důvody tohoto vývoje jsou četné a vzájemně provázané.

- Prvním z důvodů je stále náročnější očekávání široké veřejnosti v celé Evropě i mimo ni.
- Nedávné rozšíření Evropské unie povede nově přístupující země k tomu, aby svým občanům nabízely stále modernější systém zdravotnictví.
- Hlavní technologické inovace přinášejí nové praktiky a vedení terapií, které umožňují stále zvyšovat kvalitu lékařské péče.
- Nové informační technologie, které mají občané Evropské unie k dispozici, jim umožňují takřka okamžitě porovnat diagnózy a léčebné postupy aplikované v jednotlivých členských státech Evropské unie. Může to z čestných a pochopitelných důvodů vést k tomu, že budou klást vyšší nároky na léčebné prostředky pro dosažení nejlepších možných výsledků.

1.2 Nevyhnutelně to povede k problémům ve zdravotní politice, ať již půjde o kvalitu či dostupnost přeshraniční lékařské péče nebo o nároky na informovanost pacientů, zdravotnického personálu a politických činitelů.

1.3 Všechny citované skutečnosti jsou podnětem k neodkladnému hodnocení státních politik, které by měly

všechny tyto požadavky vzít na vědomí. Jedná se o hodnocení z pohledu evropských povinností, které postupně přibývají a evropským občanům přinášejí nová práva.

1.4 Tato nová situace vnáší světlo do debaty mezi dvěma proudy názorů, jedni tvrdí, že nová svoboda povede k nebezpečné destabilizaci stávajících zdravotních systémů, mají za to, že omezená mobilita pacientů umožňuje mít tyto systémy lépe pod kontrolou, co se týče nákladů nebo priorit, druhí jsou však zastánci větší mobility pacientů, umožňující, aby se jednotlivé systémy doplňovaly a používaly se stejné ukazatele, vyměňovaly správné praktiky a rozumněji se využívaly společné zdroje. Nezbytným cílem by bylo zřejmě rozvinout druhý postoj a vyvést z něj všechny důsledky ohledně harmonizace národních systémů.

2. Kontext

2.1 Ve svém stanovisku z vlastní iniciativy z 16. července 2003⁽¹⁾, definoval Evropský hospodářský a sociální výbor zdraví jako „vyšší statek v našich společnostech. Toto konstatování platí jak pro každého občana, tak pro rodinu stejně jako na úrovni každého státu...“ a závěrem uvádí, „že hodlá ze zdravotnictví vytvořit intervenční oblast s tím, že bude samozřejmě respektovat stávající komunitární právní a politický rámec“.

2.2 V celém stanovisku Evropský hospodářský a sociální výbor rozváděl argumenty a navrhoval pracovní postupy a rozborové metody, které našel v obou nedávných sděleních navržených Komisí 20. dubna 2004 Radě, Evropskému parlamentu, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů.

⁽¹⁾ Stanovisko z vlastní iniciativy „Zdravotní péče“ – Zpravodaj: p. BEDOSSA – Úř. věst. C 234 z 30.9.2003.

2.3 Toto sdělení je nezbytné i vzhledem k nedávnému vydání návrhu směrnice o službách z 9. února tohoto roku. Bohužel, přístup sdělení k sociálním a zdravotním službám vyvolal kritiku, protože formulace je příliš otevřená interpretaci. Proto je zapotřebí v této části směrnice více přesných definic, aby byla náležitě zohledněna zvláštní povaha těchto služeb, které souvisí s bezpečností a rovným zacházením občanů.

2.4 Komise vydává obě sdělení současně, protože od rozhodnutí Kroll z 28. dubna 1998 do rozhodnutí Leichte z 18. března 2004 vydal Evropský soudní dvůr řadu judikatur, které od nynějška občanům Evropské unie umožňují nechat se léčit i v jiných zemích Evropské unie, jasněji také upřesňují podmínky, za jakých je možné proplácet zdravotní péči.

2.5 Od 1. června 2004 mohou evropští občané doložit svá práva prostřednictvím budoucí Evropské karty zdravotního pojištění⁽¹⁾, která nahrazuje papírové formuláře E111.

2.6 Nerovnost situací a různá zdravotní prostředí v jednotlivých zemích Evropské unie mohou stát vstředem k vyhledávání nejvýkonnějších systémů pro své zdravotnictví, což může zanechat či paralyzovat referenční evropská zdravotní střediska, stejně jako to může vést k dumpingu nástrojů sociálního zabezpečení, které nebudou schopné reagovat na těkavé pohyby klientely odjinud. Nové nařízení 1408/71 může v tomto kontextu přispět k vytváření nových a obtížných situací.

2.7 Úkolem je proto vyvinout takovou evropskou politiku, která by umožňovala spět k nejkvalitnějšímu cíli, i kdyby měly být pozměněny, pokud je to nezbytně nutné, výsady národních zdravotních systémů.

2.8 Zevrubná analýza iniciativního návrhu Evropského hospodářského a sociálního výboru z 16. července 2003 velmi dobře pokrývá postup úvah, který zavedla Evropská komise, neboť obsahy témat jednotlivých doporučení jsou obsaženy a analyzovány v tomto návrhu stanoviska: evropská spolupráce, informování pacientů, zdravotnického personálu a předních politiků, přístup ke kvalitní zdravotní péči, sladění národních zdravotních politik s evropskými povinnostmi atd.

3. Obecná vyjádření

3.1 Sdělení o „mobilitě pacientů“ představuje soubor konkrétních návrhů, které pokrývají četné oblasti a umožňují

⁽¹⁾ Viz stanovisko EHSV „Evropská karta zdravotního pojištění“ – zpravodaj : p. Gérard DANTIN – Úř. věst. C 220 z 16.9.2003.

integraci požadavku na vysokou úroveň ochrany lidského zdraví, kterou proklamuje Smlouva i komunitární politiky.

3.2 Komunitární legislativa dává občanům práva, která jim umožňují se nechat léčit v jiném členském státě a nechat si léčení proplatit. Judikatura Soudního dvora Evropských společenství stejně jako návrh směrnice o službách v rámci vnitřního trhu objasňují podmínky, za jakých může být proplacena zdravotní péče poskytnutá v jiné členské zemi než té, kde si pacient platí zdravotní pojištění. V praxi však není vždy jednoduché tato práva uplatnit.

3.3 Zdá se, že je nevyhnutelné sestavit evropskou strategii:

3.3.1 Pro podporu evropské spolupráce, která by umožnila lepší využití zdrojů.

— Práva a povinnosti pacientů: Evropská komise přijme příslušná opatření pro prozkoumání možnosti, jak dospět ke společnému výkladu práv a povinností pacientů na evropské úrovni po stránce osobní i společenské.

— Rozdělení disponibilních kapacit a nadnárodní péče: Evropská komise podpoří hodnocení stávajících přeshraničních zdravotních projektů a především projektů *Euregio*, prozkoumá, jak podpořit vznik sítí mezi těmito projekty, aby docházelo k výměnám správných praktik.

3.3.2 Aby Evropská komise mohla sestavit jasný a transparentní rámec pro nákup zdravotní péče, který by používaly příslušné kompetentní orgány členských států při uzavírání vzájemných smluv, bude na jednotlivých členských státech požadovat, aby jí dodaly informace o stávajících uplatňovaných podmínkách, poté představí odpovídající návrhy.

— Zdravotnický personál: Evropská komise bude na členských státech požadovat dodání aktuálních a kompletních statistik o pohybu zdravotnického personálu v rámci struktur, které uplatňují vzájemné uznávání kvalifikací. Dále bude pokračovat ve své práci s Radou a parlamentem směřující k jednoduchým a transparentním postupům uznávání kvalifikace v této oblasti.

— Evropská komise bude také dále pokračovat v přípravných pracích s členskými státy, které jsou zaměřeny na zajištění výměny informací o volném pohybu zdravotnického personálu, samozřejmě v rámci zachování určitého důvěrnosti.

— Evropská komise vyzve členské státy k přezkoumání otázek týkajících se současného i budoucího nedostatku zdravotnického personálu v Unii.

— Evropská referenční centra: Evropská komise vyhlásí výběrové řízení z titulu programu národního zdraví pro zmapování situace referenčních center, pak teprve přistoupí k vydání návrhů.

— Hodnocení zdravotních technologií: Komise vytvoří koordinační mechanismus pro hodnocení zdravotních technologií. Představí specifické návrhy přímo pro tento účel.

3.3.3 Odpovědět na potřebu informací pacientům, zdravotnickému personálu a činitelům odpovědným za vypracování politik.

— Informační strategie o systémech zdravotnictví: Evropská komise zpracuje informační rámec o zdravotnictví na úrovni Unie, bude se při tom opírat o výsledky programu veřejného zdraví, zaměří se především na identifikaci potřeb informací, které jsou různé pro pacienty, činitele odpovědné za zpracovávání politik a pro zdravotnický personál, stejně tak se zaměří i na prostředky, které umožní tyto informace získat, vezme při tom na vědomí i práce, které ve stejné oblasti již provedla Světová zdravotnická organizace a Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj.

— Přeshraniční péče: motivace pacientů a rozsah: Evropská komise navrhuje uskutečnit zvláštní studii v rámci programu veřejného zdraví s účelem zmapovat důvody, které pacienty vedou k vyhledávání zdravotní péče za hranicemi své země, dále pro zjištění, jakých oborů se tato problematika týká, jakou povahu mají bilaterální dohody atd. Tento aspekt bude zkoumán také prostřednictvím výzkumného projektu s názvem: Evropa pacientů

— Ochrana dat: Evropská komise bude spolupracovat s členskými státy a státními orgány odpovědnými za ochranu dat tak, aby se rozšířila lepší znalost pravidel ochrany dat týkajících se zdravotní péče.

— Elektronické zdraví („tele-zdraví“): Evropská komise byla vyzvána k úvaze o zavedení evropských principů o kompetenci a odpovědnosti všech zúčastněných stran při dodávání služeb elektronického zdraví. Evropská komise přezkoumá tuto otázku v rámci svého obecného akčního plánu pro elektronické zdraví, tak jak je uvedeno v jejím sdělení s názvem: Elektronické zdraví – zlepšit zdravotní péči pro evropské občany: akční plán pro evropský prostor elektronického zdraví.

3.3.4 Posílit roli Unie v realizaci cílů z oblasti zdravotnictví

— Zlepšit integraci cílů týkajících se zdravotnictví do všech evropských politik a aktivit: Evropská komise bude spolupracovat s členskými státy, aby získala informace o jejich pohledu na to, jak v jejich zemích funguje přístup pacientů ke zdravotní péči poskytované v ostatních členských státech, a o jeho dopadu, především co se týče přístupu ke zdravotní péči, který vyplývá z evropských pravidel.

— Evropská komise se bude mimo jiné opírat o právě probíhající programy v oblasti hodnocení dopadu na zdraví a dohlédne při tom na to, aby tyto projekty při svém celkovém hodnocení vzaly v úvahu i výsledky příštích návrhů Komise týkajících se zdravotnictví a zdravotní péče.

— Zavedení mechanismu pro podporu spolupráce v oblasti zdravotních služeb a v oblasti lékařské péče: Evropská komise byla vyzvána k úvaze o vyvinutí určitého mechanismu, který by měl permanentně podporovat evropskou spolupráci v oblasti zdravotní péče v rámci celé Unie a dále by měl umožnit i sledování dopadu akcí, které Evropská unie v oblasti zdravotnictví podniká, na systémy zdravotnictví. Komise proto jmenovala skupinu odborníků na služby poskytované ve zdravotnictví a na lékařskou péči.

3.3.5 Rozšířit investice do zdravotnictví a do zdravotní infrastruktury s cílem čelit rozšíření.

3.3.5.1 Proces úvah vede Evropskou komisi a členské i přistupující státy k prozkoumání prostředků, jak získat lepší přehled o investicích do zdravotnictví, do rozvoje zdravotní infrastruktury a o kompetencích, jakožto o oblastech, které by měly přednostně získat podporu ze stávajících evropských finančních nástrojů, tato podpora se týká především regionů spadajících pod cíl 1. V podstatě Evropská unie již dnes podporuje investice do zdravotnictví v současných členských státech, pokud si dané státy či regiony tuto oblast zvolily jako prioritní. Implementace tohoto doporučení tedy závisí na volbě příslušných regionů a států, které se rozhodnou zařadit zdravotnictví a zdravotní infrastrukturu do oblastí, které budou přednostně využívat komunitární podporu. Evropská komise bude spolupracovat s členskými státy v rámci skupiny odborníků na služby poskytované ve zdravotnictví a na lékařskou péči a s kompetentními strukturami na finanční nástroje této oblasti, aby společně dohlédli na to, že zdravotnictví má odpovídající místo ve zpracování obecných programů. Nutnost investovat do zdravotní infrastruktury by měla být zohledněna i v přípravě nových finančních perspektiv Unie od roku 2006.

4. Zvláštní vyjádření

4.1 Volný pohyb pacientů mezi členskými státy souvisí s různými problematikami, jejichž důsledky je třeba propočítat, vyhodnotit, analyzovat a vzít v úvahu. Je-li jedním z prvních důsledků podrobná znalost jednotlivých stávajících systémů sociálního zabezpečení, pak je třeba, aby volný pohyb pacientů vycházel z té nejlepší možné situace, a dynamickým způsobem je třeba zpracovat seznam kritérií, která předcházela jeho vytvoření, především je třeba popsat současný i budoucí vývoj.

4.2 Prevence je bezpochyby jedním z hlavních prioritních cílů, taková politika totiž může a také by měla přinést citelné úspory, představuje nejlepší přístup k politikám zdravotnictví: je například jednoduché vyčíslit výsledky správné politiky prevence nehodovosti na silnicích, prevence šíření AIDS nebo škodlivosti kouření. Vzájemný vztah prevencí v těchto oblastech vykazuje až neuvěřitelné výsledky.

4.3 K tomuto nepochybně neúplnému seznamu můžeme připojit preventivní politiky, které v současné době budí pozornost všech zúčastněných stran - zdravotníků, médií a vedoucích politiků - a které se týkají zneužívání intoxikačních látek (drog, alkoholu, léků), podpory zdravého životního stylu (cvičení, výživa, odpočinek), pracovních úrazů a nemocí z povolání.

4.4 Vyhodnocení těchto individuálních, společenských i rodinných rizikových faktorů umožní zjistit úroveň předčasné úmrtnosti, které je možné předejít, a umožní zjistit i související náklady.

4.5 Technologický pokrok v oblasti léků a vyšetřovacích metod by měl vést k efektivní náhradě starých technik novými.

4.6 Je třeba především dosáhnout nové efektivnosti, která by byla konec konců hospodárnější pro celou společnost i přesto, že náhrada starých technik za nové naráží na sociální, kulturní nebo korporační brzdy.

4.6.1 Je třeba podpořit hledání přesnějších a účinnějších akcí, které by měly vést k posílení iniciativ pracovníků ve zdravotnictví, pro zlepšení společných politik zdravotnictví.

4.7 Pokud se správně zaměříme na pohyb pacientů, Evropská unie by měla migrujícím populacím zaručit možnost využít těch nejlepších zdravotních pólů, které by neměly být koncentrovány pouze v nejnákladnějších zemích, jež hodně investovaly do svých zdravotních systémů. Evropská unie by měla přispět k zavedení hodnotičích nástrojů, nástrojů certifikace

a akreditace, které umožní zajistit valorizaci nových technologií a nových způsobů léčení: účinnost zdravotních systémů nebo léčebných zařízení všech typů by měla vycházet z těchto postupů certifikace či akreditace.

4.8 Tento postup zaměřený na kvalitu pomůže Evropské unii identifikovat síť těchto zařízení napříč kontinentem a zjistit, kde se soustřeďují vědci a lékaři nejvyšší úrovně, kteří jsou pro existenci referenčních center velmi podstatní. Není až tak nemožné doufat v to, že tato centra rychle vyplynou na povrch v určitých zemích pětadvacetičlenné Evropské unie, především pokud se Evropská unie zaváže vymyslet nástroj pozorování, analýzy a výměny informací o národních politikách, který bude respektovat základní principy našich smluv a především princip subsidiarity a národní kompetence.

4.9 V této logice úvah nesmíme zapomenout na harmonizaci ukazatelů veřejného zdraví. Tato harmonizace je užitečná proto, abychom lépe poznali cíle z oblasti zdravotnictví, kterých chce Evropská unie dosáhnout: průkazné ukazatele úmrtnosti, úmrtnosti, které lze zabránit, nemocnosti, nemocnosti, které lze předejít, které nemusejí být ve všech zemích Evropské unie definovány totožně.

4.10 Zjištěné odchylky ukazují, že by se mohly dosažené výsledky zlepšit, kdyby se úroveň zdravotní péče vyrovnala té, která existuje v té nejvýkonnější zemi. Procento pacientů, kteří přežili rakovinu plic o více než pět let, bude ve Francii jiné než v Polsku. Léčení krevních chorob (leukémií) vykazuje odlišné výsledky v Anglii nebo ve Francii podle toho, jaké protokoly se používají.

4.11 Informovanost pacientů, zdravotnického personálu a předních politiků je základním cílem snah Evropské komise.

4.12 U pacientů umožňuje výchova ke zdraví osvětlit koncepcce zdraví, které si evropský občan utvoří, především co se týče očekávání a chování. Zdraví je vnímáno jako absolutní statek, jako právo a v každém případě představuje stav, který by měly všechny kompetentní orgány chránit. Uspokojení tohoto očekávání implikuje zvýšení prostředků přidělených pro dosažení cílů v oblasti zdraví, péče, ale často prevence a životního prostředí, aby se nenarušila rovnováha systémů sociálního zabezpečení.

4.13 Zdravotní bezpečnost se stala právem a novou mocí, které si občané Evropské unie osvojili⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Právě zpracovávané stanovisko z vlastní iniciativy „Zdravotní bezpečnost: kolektivní povinnost, nové právo“. – Zpravodaj: p. BEDOSSA (SOC/171).

4.14 Technologická řešení, respekt soukromí, vedení zdravotní dokumentace, svobodný přístup k informacím a ochrana osobních dat jsou témata, které je třeba prodiskutovat co možná nejtransparentněji, aby si je všichni aktéři patřičně uvědomili. Debata musí probíhat neustále, protože vývoj je velmi rychlý a je třeba přijímat urgentní nebo těžká rozhodnutí. Každý z těchto prvků představuje pro trojúhelník zdravotnictví ožehavý bod.

4.15 Harmonizace národních cílů s evropskými povinnostmi: komparativní analýza systémů zdravotnictví přináší těžké strategické úvahy, které by se měly dát použít pro podporu evropské spolupráce v oblasti zdravotní péče a pro sledování dopadu působení Evropské unie na zdravotnictví. Například je třeba se blíže podívat na průřezová témata, která mohou mít závažné důsledky: správná praxe a účinnost ve zdravotnictví, stárnutí a zdravotnictví, zdravotnictví v nových členských státech Evropské unie, hodnocení dopadu jednotlivých determinantů na zdraví.

4.16 Je třeba prostudovat prostředky právní bezpečnosti, která umožňuje na základě práva pacientů využít léčeni vysoké kvality v jednom ze států Evropské unie. Je třeba, aby Unie v tomto bodě přišla s adekvátními návrhy (vyjasnění uplatňování judikatury, zjednodušení pravidel koordinace jednotlivých systémů sociálního zabezpečení, usnadnění vnitroeuropejské spolupráce).

4.17 Nejméně očekávanou, ale velmi užitečnou novinkou ve sdělení Komise je mobilizace kohezního fondu a strukturálních fondů Evropské unie, což by mělo usnadnit investice do zdravotnictví, rozvoj zdravotní infrastruktury a lékařských schopností. Tyto cíle se staly pro komunitární finanční nástroje prioritou.

4.18 Evropský hospodářský a sociální výbor hluboce souhlasí s uvedeným rozhodnutím: otevírá se nové pole pro rozvoj a úspěch Evropské unie, především v rámci lisabonské strategie.

4.19 Evropský hospodářský a sociální výbor principiálně schvaluje přístup Evropské komise k profesím ve zdravotnictví. Vývoj systémů zdravotnictví je spojen s dynamickým přístupem k jednotlivým profesím a schopnostem. Zdravotní péče vyžaduje kompetentní personál, vysoce kvalifikovaný a zavedení celoživotního vzdělávání.

4.20 Úlohou Evropského hospodářského a sociálního výboru je podpořit zakotvení těchto zásadních cílů v obecném povědomí. Z pohledu Evropské unie se jedná právě o problémy

z oblasti zdravotnictví, o její soudržnost, o její schopnost stát se ekonomii poznání.

4.21 Je třeba analyzovat a anticipovat problémy, aby se podpořila mobilita pracovních sil, aniž by došlo k destabilizaci národních systémů. Evropský hospodářský a sociální výbor doufá, že právě schvalovaný návrh směrnice o kvalifikaci a kompetenci bude jedním ze základních dokumentů, věříme, že bude užitečný a nezbytný pro dokončení vnitřního trhu.

4.22 Plánované aparáty jsou užitečné a dobře promyšlené. Evropský hospodářský a sociální výbor se dále domnívá, že bude také velmi užitečné harmonizovat pracovní řády pro zdravotnický personál a že bude velmi dobře přijat.

4.23 Všechna tato opatření mají předejít nedostatku zdravotnického personálu, který hrozí v příštích letech. Investice do zdravotnictví něco stojí, jsou rentabilní a užitečné, pokud chceme občanům Evropské unie nabídnout kvalitní zdravotní péči.

4.23.1 Zlepšit zdraví a zdravotní péči díky informačním a komunikačním technologiím.

4.24 Evropský hospodářský a sociální výbor se domnívá, že právě z této strany přijdou nejpádnejší argumenty pro zavedení reformy systémů zdravotnictví a pro zlepšení kvality v rámci Evropské unie. Máme před sebou již několik prvků.

— Elektronické zdravotní dokumentace umožní každému občanu poskytnout sociální právo, právo na zdraví a lépe vnímat svůj zdravotní stav. Tímto systémem by se konečně předešlo zneužívání, zbytečným výdajům, předepisování nekompatibilních léků, kočovnictví lékařů, usnadnilo by to veškeré procedury při příjmu pacientů, při jejich registraci i při jejich informování.

— Elektronická medicína („tele-medicína“) má velmi slibné vyhlídky, co se týče konzultací na dálku odborníků a veškerých aktérů ve zdravotnictví a co se týče poskytování informací pacientům po zralé úvaze.

— Používání zdravotních karet, které v reálném čase umožní zjistit, jaká má pacient práva a jaká je jeho situace z pohledu jeho sociálního zabezpečení.

— A další možné současné i budoucí aplikace, užitečné pro lepší řízení systémů, pro zpracování strategií zdraví a veřejného zdraví, pro získání výkonných databank, pro hodnocení produktivity léčebných zařízení a pro zmapování spotřeby do největších podrobností.

4.25 Již dnes existují informační sítě a asociace pacientů se setkávají s uspokojením svých požadavků. Je však třeba dávat pozor na zachování profesionálního tajemství, pokud se týká vztahu pacient/lékař.

5. Návrhy Evropského hospodářského a sociálního výboru

5.1 Ve svém stanovisku z 16. července 2003, Evropský hospodářský a sociální výbor poté, co vzal na vědomí jak podstatná je důležitost těchto politik, učinil návrhy, které Evropská komise podle všeho přijala, neboť argumenty, které rozvádí mají v pozadí vedoucí linii.

5.2 Spolupráce mezi členskými státy by měla spět ke stanovení společných cílů, které by umožnily zpracování národních plánů, výběr patřičných ukazatelů pak pomůže pozorně sledovat vývoj politiky zdravotnictví v jednotlivých zemích Evropské unie.

5.3 Výbor připomíná, že jeden z nástrojů je nepostradatelný: Observatoř nebo agentura, které by shromažďovaly poznámky, analýzy, vyměněné informace o jednotlivých národních politikách zdravotnictví, což je zcela v souladu s platnými smlouvami i s principy subsidiarity a národní kompetence: proces zlepšování zdravotní péče, snaha veřejných orgánů a řídicích činitelů zlepšit účinnost všech léčebných zařízení, veřejných i soukromých, vytvoření excelentních pólů a jejich zasíťování napříč bohatou i chudší Evropskou unií.

5.4 Silná a podporovaná politika zaměstnanosti, aby se stihlo včas reagovat na plánovaný nedostatek pracovních sil, aniž by se čekalo na poptávku.

5.5 Podpora informační politiky ve zdravotnictví, která se bude opírat o výsledky zdravotních programů, která bude vycházet z identifikace aktérů systému - pacientů, zdravotnického personálu, veřejných orgánů -, která vezme na vědomí i takové zdroje jako například Světovou zdravotnickou organizaci a Organizaci pro hospodářskou spolupráci a rozvoj.

5.6 Evropský hospodářský a sociální výbor nemůže než schválit vůli Komise použít zavedení otevřené metody koordinace (stanovisko Evropského hospodářského a sociálního výboru z července 2003), předem je však třeba, aby velmi

podrobně definovala způsob uplatnění a zadávací podmínky, které by obsahovaly velmi důležité body jako například:

- výměny o správných praktikách (akreditace), kvalitativní standardy, ekvivalence kompetencí, vzájemné uznávání praktik, u nichž by se mělo vyčíslit snížení nákladů, vzít v úvahu velkou rozdílnost jednotlivých národních systémů;
- patřičné ukazatele o strukturách a praktikách;
- zlepšení poskytování zdravotních výrobků, které by vzalo na vědomí požadavky inovace, požadavky boje proti pohromám veřejného zdraví, jako jsou například AIDS, tuberkulóza nebo malárie v těch nejhudších zemích, a dále i boj proti plýtvání;
- koordinace národních systémů, aby se předešlo dumpingovému efektu a odlivu schopných lidí do zahraničí;
- nezbytná realizace jednotného trhu s léky.

6. Závěr

6.1 Evropský hospodářský a sociální výbor si velmi považuje toho, že tři poslední sdělení jsou výsledkem společného zamýšlení pěti příslušných generálních ředitelství Evropské komise.

6.2 Je to důkazem toho, že Evropská komise u příležitosti dokončení jednotného trhu a rozšíření pochopila, jaká úskalí politiky zdravotnictví představují.

6.3 Je to jeden z prvních případů, kdy pět generálních ředitelství Evropské komise spojuje svou politickou vůli, kompetence a prostředky, aby čelila následujícímu cíli: dát jednotlivým zemím v Evropě prostředky k tomu, aby zkoordinovaly své politiky zdravotnictví a sociálního zabezpečení ku prospěchu všech občanů Evropské unie.

6.4 Evropský hospodářský a sociální výbor si proto přeje, aby se v jeho rámci vytvořila pracovní skupina, lehká, ale stálá struktura, která by sledovala tyto politiky a umožnila by Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru přispívat svou odborností a zkušenostmi k tématu, které je pro všechny občany Evropské unie velmi citlivé a důležité.

V Bruselu dne 27. října 2004.

Předsedkyně

Evropského hospodářského a sociálního výboru

Anne-Marie SIGMUND