

Opinia Europejskiego Komitetu Regionów – Wdrożenie i przyszłe perspektywy transgranicznej opieki zdrowotnej

(2020/C 440/03)

Sprawozdawca:	Karsten UNO PETERSEN (DK/PES), członek rady regionu Dania Południowa
Dokument źródłowy:	Opinia perspektywiczna

ZALECENIA POLITYCZNE

EUROPEJSKI KOMITET REGIONÓW

Uwagi wstępne

1. Zwraca uwagę, że transgraniczna mobilność pacjentów stanowi ważną kwestię polityczną. Dla 34 % obywaterek i obywateli UE zdrowie jest najważniejszym problemem politycznym w ich regionie. To o 8 % więcej niż w 2015 r. i o 10 % więcej niż w 2012 r.
2. Podkreśla, że wymiar regionalny i lokalny stanowi zasadniczy element transgranicznej opieki zdrowotnej. Z różnych powodów wiele osób mieszkających w pobliżu granicy stara się o leczenie w sąsiednim kraju. Regiony transgraniczne stanowią 40 % terytorium UE, a więcej niż jedna trzecia Europejczyków mieszka w regionie przygranicznym. Władze lokalne i regionalne zapewniają powiązania między wszystkimi zainteresowanymi podmiotami (krajowymi, regionalnymi, lokalnymi, szpitalami, lekarzami pierwszego kontaktu, aptekami, obywatelami i itp.).
3. Sądzi, że w kontekście transgranicznej mobilności pacjentów należy rozwiązać szereg problemów, w tym kwestie dostępu do informacji na temat leczenia za granicą, ciągłości opieki oraz wymiany informacji między pracownikami służby zdrowia po obu stronach granicy, różnic w oferowanej opiece oraz w rodzajach opieki i leczenia w zależności od wskazań medycznych, jak i możliwości służby zdrowia do określania priorytetów i gwarantowania równości leczenia, a także zająć się wyzwaniami logistycznymi i administracyjnymi mającymi wpływ na liczbę obywaterek i obywateli pragnących skorzystać z oferowanych przez dyrektywę w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej możliwości leczenia w innym państwie członkowskim.
4. Z zadowoleniem przyjmuje budżet nowego „Programu UE dla zdrowia”, który wzmocni bezpieczeństwo zdrowotne i stan gotowości w przypadku przyszłych kryzysów zdrowotnych. Będzie to solidny, samodzielny program o zwiększonym finansowaniu w kolejnych wieloletnich ramach finansowych (2021–2027), mający należycie sprostać wyzwaniom określonym w programie Komisji na obecną kadencję, w szczególności w odniesieniu do walki z rakiem, profilaktyki, wczesnego wykrywania i leczenia chorób przewlekłych i rzadkich, oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe, dostępu do przystępnych cenowo leków, a także poważnych zagrożeń dla zdrowia (takich jak epidemie koronawirusa), jak również zapewnić realizację ambitnej polityki w dziedzinie zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem współpracy transgranicznej.
5. Wyraża zadowolenie, że wszystkie państwa członkowskie zakończyły transpozycję dyrektywy; nadal jednak niepokoi go kontrola zgodności i duża liczba kwestii wykrytych dotychczas przez Komisję. Jest świadom tego, że dyrektywa dotyczy wielu przepisów odnoszących się do organizacji i zarządzania systemami opieki zdrowotnej, mechanizmów zwrotu kosztów, kanałów informacyjnych, praw i uprawnień pacjentów oraz odpowiedzialności zawodowej.
6. W związku z tym z zadowoleniem przyjmuje fakt, że pierwszy wiceprzewodniczący Komisji Europejskiej Frans Timmermans skierował pismo do przewodniczącego KR-u z wnioskiem o sporządzenie opinii perspektywicznej na temat wdrożenia dyrektywy w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej. Powinno to przyczynić się do lepszego wdrożenia dyrektywy i wzmocnienia praw pacjentów.
7. Zaznacza, że należy przy tym pamiętać, że organizacja, finansowanie i świadczenie usług zdrowotnych oraz zarządzanie nimi musi pozostać w gestii państw członkowskich UE. Ponadto wdrożenie dyrektywy musi odbywać się w kontekście ogólnej misji właściwych organów ds. zdrowia polegającej na działaniu z korzyścią dla obywateli.

8. Wyraża podziękowanie wszystkim centrom RegHub⁽¹⁾ oraz zainteresowanym stronom, z którymi przeprowadzono konsultacje, za uważne wypełnienie ankiety i za ich wnikliwe odpowiedzi, które uwzględniono w niniejszej opinii.

COVID-19

9. Jest zdania, że kryzys związany z COVID-19 wyraźnie pokazał, że Europa potrzebuje większej współpracy w dziedzinie zdrowia.

10. Podtrzymuje apel przewodniczącego KR-u o utworzenie nadzwyczajnego mechanizmu Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia, ściśle powiązanego lub zintegrowanego z istniejącymi strukturami UE w zakresie zarządzania kryzysowego (tj. z Funduszem Solidarności UE i Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób), aby lepiej przygotować Unię na wszelkie przyszłe kryzysy pandemiczne oraz by „wspierać lokalnych i regionalnych przywódców w zapewnianiu usług i materiałów zdrowotnych szpitalom i szkołom, zatrudnianiu personelu medycznego, zakupie urządzeń medycznych i wspieraniu usług w zakresie intensywnej terapii”.

11. Zwraca również uwagę na art. 10 dyrektywy dotyczący wzajemnej pomocy i współpracy, który umożliwia państwom członkowskim udzielanie „wzajemnej pomocy” oraz ułatwianie „współpracy w zakresie świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej na poziomie regionalnym i lokalnym” w regionach przygranicznych i jest przekonany, że państwa członkowskie powinny wykorzystać tę możliwość w sposób bardziej kreatywny, tak aby zając się również sytuacjami pandemicznymi.

12. Przypomina, że zgodnie z art. 222 TFUE Unia i jej państwa członkowskie działają wspólnie w duchu solidarności.

13. Znajduje otuchę w solidarności okazanej w potrzebie, gdy państwa członkowskie przejmowały pacjentów od swych przeciążonych sąsiadów, aby zmniejszyć presję na ich zdolności w zakresie intensywnej terapii. Jest głęboko przekonany, że w przyszłości tego rodzaju działanie można by sformalizować poprzez przedkładanie wniosku o pomoc na mocy dyrektywy.

14. Zaleca utworzenie korytarzy zdrowotnych⁽²⁾ między regionami przygranicznymi, które umożliwiłyby pacjentom i pracownikom służby zdrowia dalsze przemieszczanie się przez granicę w czasie blokady, aby zagwarantować dostęp do opieki i jej świadczenie.

15. Wskazuje na transgraniczne rozwiązania cyfrowe, które umożliwiają np. obrazowanie i zdalną analizę próbek (takich jak zdjęcia rentgenowskie płuc przekazywane do oceny za granicą) jako przykład racjonalnego pod względem kosztów i praktycznego sposobu współpracy w przypadku gwałtownego wzrostu zachorowań.

Zwiększona mobilność pacjentów nie jest celem samym w sobie

16. Podziela stanowisko Parlamentu Europejskiego, że jedynie niewielki odsetek obywateli UE wykorzystuje możliwości wynikające z dyrektywy i że największa transgraniczna mobilność pacjentów ma miejsce w sąsiadujących ze sobą regionach przygranicznych.

17. Wskazuje w tym kontekście na sprawozdanie Komisji, w którym stwierdzono, że transgraniczny przepływ pacjentów odbywa się według stałego wzorca. Obywatele UE, którzy decydują się skorzystać z transgranicznych usług zdrowotnych, biorą pod uwagę przede wszystkim czynniki bliskości geograficznej i kulturowej.

18. Odnotowuje konkluzję Komisji, że ogólnie mobilność pacjentów i jej wymiar finansowy w Unii mają stosunkowo skromne wymiary – dyrektywa w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej nie miała znaczącego wpływu pod względem budżetowym na stabilność systemów opieki zdrowotnej.

19. Zwraca uwagę, że transgraniczna opieka zdrowotna może być dla niektórych grup pacjentów odpowiednią opieką zdrowotną z uwagi na możliwości leczenia rzadkich chorób lub bliskość geograficzną instytucji zdrowia publicznego, zwłaszcza w regionach przygranicznych.

⁽¹⁾ W listopadzie 2019 r. Europejski Komitet Regionów rozpoczął konsultacje za pośrednictwem swojej sieci regionalnych centrów ds. oceny wdrożenia polityki UE (RegHub), by zbadać wdrażanie dyrektywy na szczeblu terytorialnym. W badaniu wzięło udział 27 ośrodków regionalnych reprezentujących 18 krajów europejskich.

⁽²⁾ Francja utworzyła taki korytarz zdrowotny na swojej granicy z Hiszpanią, aby umożliwić ciągłość świadczenia opieki przez Szpital Cerdanya, natomiast Luksemburg rozważył konkretne odstępstwo dla francuskich pracowników służby zdrowia w celu nadania im specjalnego statusu osoby osiedlonej i umożliwienia im dojeżdżania do pracy w Wielkim Księstwie Luksemburga.

20. Z zadowoleniem przyjmuje pozytywny wpływ dyrektywy na transgraniczną mobilność pacjentów w UE, która nieznacznie wzrosła od 2015 r. W ostatnich latach odnotowano również stały wzrost liczby wniosków o udzielenie uprzedniej zgody. W 2017 r. złożono i zatwierdzono ponad dwukrotnie więcej takich wniosków w państwach członkowskich niż w 2015 r.

21. Zaznacza że rozporządzenia i dyrektywa nie są jedynym sposobem zapewnienia opieki w innym państwie członkowskim, ponieważ szereg z nich przyjął równoległe dwu- i wielostronne procedury w celu uwzględnienia szczególnych potrzeb w zakresie opieki w regionach przygranicznych (BE, DK, SE, DE, CZ, EE, LU, HU, NL, PT, RO, FI i LT). Porozumienia te, często zawarte przed przyjęciem dyrektywy, generują znaczne przepływy pacjentów, które nie są ujmowane w statystykach europejskich.

22. Argumentuje, że celem dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej nie jest osiągnięcie jak największej liczby pacjentów korzystających z opieki za granicą. Rozwiązania proponowane w dyrektywie zostały opracowane w celu uzupełnienia koszyka usług i produktów w zakresie opieki dostępnych na szczeblu regionalnym lub krajowym oraz objaśnienia praw pacjentów europejskich pragnących uzyskać dostęp do leczenia lub opieki medycznej w innym kraju UE lub EOG. Liczba użytkowników nie może być zatem interpretowana jako sukces lub porażka przepisów.

23. Podkreśla w związku z tym, że jakiegokolwiek zwiększenie transgranicznej mobilności pacjentów musi być związane z indywidualną sytuacją pacjenta i nie jest celem samym w sobie.

Łatwo dostępne informacje na temat leczenia w rozumieniu dyrektywy

24. Podobnie jak Parlament Europejski zwraca uwagę na to, że skuteczne wdrożenie dyrektywy zależy od tego, czy pacjenci, pracownicy służby zdrowia i inne zainteresowane strony będą dobrze poinformowani o wszystkich możliwościach w zakresie leczenia za granicą gwarantowanych przez dyrektywę.

25. W związku z tym podkreśla, że informacje o określonych w dyrektywie warunkach leczenia w innym państwie członkowskim muszą być łatwo dostępne dla obywateli. Tylko w ten sposób ludzie mogą podjąć świadomą decyzję dotyczącą leczenia za granicą.

26. Uważa za konieczne zapewnienie przez organy ds. zdrowia odpowiedniego informowania obywateli w związku ze znacznymi różnicami organizacyjnymi między systemami opieki zdrowotnej w różnych krajach (w niektórych krajach istnieją również różnice regionalne i lokalne).

27. Zaznacza, że krajowe punkty kontaktowe mogą posiadać przedstawicielstwa regionalne; mogą też być zintegrowane ze stronami internetowymi regionalnych systemów opieki zdrowotnej lub korzystać ze stron internetowych używanych przez regionalnych ubezpieczycieli zdrowotnych (web hosting). Choć rozwiązania te niekoniecznie zwiększają ogólną widoczność krajowych punktów kontaktowych, to mogą być bardziej skuteczne w dostarczaniu obywatelom informacji.

28. Zaleca Komisji przedstawienie przykładów dobrych praktyk w zakresie rozpowszechniania informacji pochodzących z różnych krajów oraz od władz lokalnych i regionalnych, aby umożliwić organom ds. zdrowia państw członkowskich wyciąganie wniosków z doświadczeń podobnie funkcjonujących systemów opieki zdrowotnej.

29. Zwraca uwagę na to, że nawet jeśli państwa członkowskie zintensyfikują starania na rzecz lepszego udostępniania informacji, nadal utrzymają się duże różnice w mobilności pacjentów z uwagi na różną organizację poszczególnych systemów opieki zdrowotnej i zakres świadczonych przez nich usług. Wynika to jasno ze sprawozdania Komisji. Głównymi powodami, dla których pacjenci decydują się zabiegać o leczenie za granicą są: szybszy dostęp do dobrej jakości opieki, bliskość kulturowa, a także możliwość uzyskania oszczędności finansowych w wypadku leczenia, za które płaci się w dużej mierze z własnej kieszeni, takiego jak opieka dentyścyczna.

Dodatkowe koszty administracyjne leczenia za granicą

30. Stwierdza, że zdecydowana większość środków z budżetów państw członkowskich na ochronę zdrowia przeznaczają się na rynek krajowy. Komisja oszacowała wydatki na transgraniczną opiekę zdrowotną poniesione w związku z przepisami dyrektywy w skali całej UE na zaledwie 0,004 % rocznego budżetu państw UE wydzielonego na opiekę zdrowotną.

31. Ponownie zaznacza, że jedynie znikomy odsetek pacjentów korzysta z przewidzianych w dyrektywie możliwości leczenia w innym państwie członkowskim. Według najnowszego sprawozdania Europejskiego Trybunału Obrachunkowego rocznie składa się ok. 214 tys. wniosków o zwrot kosztów, co odpowiada ok. 0,04 % ludności UE. Znaczna większość tych wniosków (ponad 210 tys.) dotyczy zwrotów za leczenie niewymagające uprzedniej zgody.

32. Zwraca uwagę, że w porównaniu z dodatkowymi kosztami informacyjnymi i administracyjnymi ponoszonymi przez organy ds. zdrowia podczas wdrażania dyrektywy zwrot kosztów opieki pozaszpitalnej niewymagającej uprzedniej zgody (np. opieki dentystrycznej) jest stosunkowo niski

33. Wskazuje, że w swoich staraniach na rzecz zapewnienia pełnego wdrożenia dyrektywy i zapewnienia obywatelom najprostszymi sposobami leczenia w innym państwie członkowskim właściwe organy ds. zdrowia w państwach członkowskich muszą również pamiętać, że przeważająca większość ludzi woli się leczyć w pobliżu domu czy rodziny. Zatem dbając o organizację, jakość i wydajność opieki zdrowotnej w państwach członkowskich, trzeba dążyć do tego, by obywatelki i obywatele mogli skorzystać z leczenia jak najbliżej domu czy rodziny.

34. Zwraca uwagę na to, że wydatki państw członkowskich na leczenie w innych krajach UE nie dotyczą wyłącznie zwrotów. Leczenie pociąga za sobą również koszty administracyjne i informacyjne – pieniądze, które w przeciwnym razie mogłyby zostać zainwestowane w poprawę leczenia w ramach systemu opieki zdrowotnej danego państwa członkowskiego. A zatem przy wdrażaniu dyrektywy krajowe organy ds. zdrowia powinny zapewnić, aby zasoby ich własnych systemów opieki zdrowotnej nie zostały nieproporcjonalnie obciążone przez bardzo niski odsetek pacjentów, którzy pragną się leczyć w innym państwie członkowskim.

Właściwe korzystanie z uprzedniej zgody

35. Zwraca uwagę, że procedura udzielania przez państwa członkowskie uprzedniej zgody na hospitalizację lub specjalistyczne leczenie w innym państwie członkowskim stanowi przeszkodę w transgranicznej mobilności pacjentów.

36. Odnotowuje w związku z tym, że według sprawozdania Komisji wpływ wywierany przez pacjentów poszukujących dostępu do transgranicznej opieki zdrowotnej na krajowe budżety opieki zdrowotnej wydaje się być ograniczony. Dotyczy to wszystkich państw, niezależnie od tego, czy wprowadziły one procedurę uprzedniej zgody czy nie.

37. Zauważa, że większość RegHub (63 %) uważa, że udzielanie uprzedniej zgody jest konieczne, aby zapewnić dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej, a także że ma zasadnicze znaczenie dla uniknięcia marnotrawienia zasobów (48 %) i dla kontroli kosztów na szczeblu regionalnym (44 %).

38. Zaznacza, że stosowanie przepisów dyrektywy w sprawie uprzedniej zgody daje pacjentom także bezpieczeństwo finansowe, gdyż jeszcze przed rozpoczęciem leczenia w innym państwie członkowskim ubezpieczyciel w ich państwie gwarantuje zwrot kosztów na podstawie dyrektywy.

39. Wzywa państwa członkowskie do jak najszybszego udzielania uprzedniej zgody, aby nie opóźniać niepotrzebnie leczenia, a jednocześnie zapewnić realistyczną ocenę szacowanych kosztów planowanej interwencji.

40. Zwraca uwagę na znacznie rzadziej stosowany system uprzedniego powiadomienia (o którym mowa w art. 9 ust. 5 dyrektywy), uznany przez RegHub za użyteczne narzędzie, które daje pacjentom jasny ogólny obraz sytuacji i wspiera władze w wypełnianiu ich obowiązków, oraz zachęca państwa członkowskie do szerokiego stosowania tego dobrowolnego rozwiązania.

41. Wskazuje na mechanizm rekompensaty finansowej, który państwa członkowskie mogą stosować w związku z udzieleniem uprzedniej zgody. Umożliwia on wprowadzenie bezpośredniego rozliczania między właściwymi instytucjami i w ten sposób zastępuje płatność z góry i zwrot kosztów pacjentom (art. 9 ust. 5 dyrektywy). Jest to sposób na zmniejszenie obciążenia pacjentów i umożliwienie mniej zamożnym grupom społecznym ubiegania się o leczenie za granicą.

42. W związku z tym zaleca, by w kontekście dalszego wdrażania dyrektywy nadal umożliwić korzystanie z systemu uprzedniej zgody, jeśli właściwe organy państw członkowskich uznają to za konieczne.

Dalsza współpraca w zakresie wdrażania dyrektywy

43. Zwraca się do DG SANTE o kontynuację oceny funkcjonowania dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej we współpracy z innymi odpowiednimi dyrekcjami generalnymi oraz o gromadzenie, analizowanie i publikowanie przykładów działań w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej i problemów napotykanych przez instytucje uczestniczące.

44. Domaga się odpowiedniego i długoterminowego finansowania ze strony UE w następnym okresie programowania, w szczególności – choć nie wyłącznie – za pośrednictwem Interreg, w tym na realizację transgranicznych badań bądź projektów mających na celu usunięcie konkretnych barier i umożliwienie sprawnej współpracy.

45. Zwraca uwagę, że chociaż w protokole ustaleń pomiędzy WHO a KR-em nie ma konkretnego odniesienia do dyrektywy, to jednak zobowiązuje się w nim KR do propagowania dostępu do opieki zdrowotnej, promocji zdrowia i dzielenia się wiedzą, które są zasadniczymi elementami dyrektywy.

46. Proponuje Komisji nawiązanie regularnego dialogu z KR-em. Przy udziale Sekcji NAT i Grupy Międzyregionalnej „Zdrowie” można by w jego ramach rozważyć wyzwania i przemyśleć rozwiązania w celu lepszego wdrożenia dyrektywy w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej.

47. Wyraża swe nieustające poparcie dla tej bardzo potrzebnej współpracy europejskiej i jest gotów dalej doradzać w kwestii przykładów najlepszych praktyk w regionach oraz o nich informować.

48. Ponownie podkreśla, że choroby nie znają granic i że europejska solidarność w sytuacjach zagrożenia zdrowia nie powinna nigdy zatrzymywać się na granicach administracyjnych lub prawnych.

49. Oczekuje, że trzecie sprawozdanie z wdrażania, które Komisja Europejska ma rychło przedstawić, będzie w pełni odzwierciedlać uwagi Europejskiego Komitetu Regionów wyrażone w niniejszej opinii.

Bruksela, dnia 14 października 2020 r.

Apostolos TZITZIKOSTAS

*Przewodniczący
Europejskiego Komitetu Regionów*
