

Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre a «Comunicação da Comissão sobre sistemas de saúde eficazes, acessíveis e resilientes»

[COM(2014) 215 final]

(2015/C 242/09)

Relator: José Isaías RODRÍGUEZ GARCÍA-CARO

Em 4 de abril de 2014, a Comissão Europeia decidiu, nos termos do artigo 304.º do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia, consultar o Comité Económico e Social Europeu sobre a

Comunicação da Comissão sobre sistemas de saúde eficazes, acessíveis e resilientes

COM(2014) 215 final.

Foi incumbida da preparação dos correspondentes trabalhos a Secção Especializada de Emprego, Assuntos Sociais e Cidadania, que emitiu parecer em 18 de dezembro de 2014.

Na 504.^a reunião plenária de 21 e 22 de janeiro de 2015 (sessão de 21 de janeiro), o Comité Económico e Social Europeu adotou, por 206 votos a favor e 10 abstenções, o seguinte parecer:

1. Conclusões e recomendações

1.1. O CESE acolhe favoravelmente a comunicação, com as observações contidas no presente documento, e insta a Comissão e os Estados-Membros a colaborarem quanto antes nas orientações estratégicas propostas no documento objeto do presente parecer.

1.2. Considera que, para melhorar o bem-estar dos cidadãos da União Europeia, os sistemas de saúde dos Estados-Membros têm de assentar em princípios e valores como a universalidade, a acessibilidade, a equidade e a solidariedade. Sem estes princípios básicos, a Europa não se pode desenvolver na sua dimensão social, pelo que estes devem ser salvaguardados e protegidos em todas as políticas da UE relacionadas com a saúde dos cidadãos.

1.3. O CESE acredita firmemente que a crise económica que afeta a União Europeia em geral e certos Estados-Membros em particular não pode ser resolvida com medidas que comprometam o direito dos cidadãos europeus à proteção da saúde. Apesar dos custos e preços da prestação dos cuidados de saúde, esta não é uma mercadoria e, portanto, não pode depender do poder de compra dos cidadãos.

1.4. Reforçar a eficácia dos sistemas de saúde passa por assegurar o valor dos recursos, utilizando-os do modo mais eficiente e eficaz possível e ligando o conceito de qualidade científico-técnica ao conceito de eficiência e de sustentabilidade como uma perspetiva essencial na organização do setor da saúde e na prática profissional, sempre no máximo respeito pelo doente.

1.5. O Comité considera que, no início do século XXI, é inaceitável que tenhamos ainda de reconhecer a falta de dados comparáveis. Sem dados válidos e relevantes não é possível progredir e dispor de indicadores homogêneos que permitam sustentar a tomada de decisões e a análise científica. O Comité exorta a Comissão e os Estados-Membros a acelerarem a adoção de um sistema de indicadores fiáveis que permita a análise e a adoção de medidas a nível da UE.

1.6. O CESE considera prioritário combater as desigualdades na saúde. As diferenças de natureza social, económica e política são determinantes na distribuição da doença. Assim, é necessário que os Estados-Membros assumam o compromisso de garantir que os serviços de saúde são prestados de forma equitativa, independentemente da sua localização geográfica, do sexo do doente, da eventual deficiência, do nível de rendimentos e capacidade económica, da idade, da raça ou de qualquer outro fator, e que essa prestação é financiada por fundos públicos (impostos e seguros de doença) como elemento de apoio à redistribuição dos recursos. Considera necessário manter uma gama de serviços tão ampla quanto possível, a custo razoável, evitando que o regime de comparticipação represente um obstáculo ao acesso dos mais desfavorecidos.

1.7. O CESE considera que os profissionais de saúde são um elemento essencial dos sistemas de saúde. Uma formação técnica e científica de elevada qualidade é imprescindível para poder dispor de profissionais altamente qualificados, capazes de atender com êxito às necessidades de cuidados dos cidadãos da União. Considera também que os aspetos éticos da sua formação devem ser igualmente tidos em conta e fomentados nos Estados-Membros.

1.8. O CESE entende que o incremento dos cuidados primários, enquanto elemento básico dos cuidados de saúde prestados pelos sistemas de saúde, pode ser um instrumento de melhoria do desempenho dos sistemas de saúde e um elemento de correção das despesas que permita melhorar a sua sustentabilidade financeira. A Comissão deve desenvolver um papel de coordenação na transmissão de experiências nacionais entre os Estados-Membros.

1.9. O Comité considera necessário envidar esforços de contenção das despesas com medicamentos e alta tecnologia, uma vez que estes elementos influenciam fortemente a sustentabilidade dos sistemas de saúde. As agências nacionais e europeias devem desempenhar um papel determinante na avaliação da eficácia e da segurança, que, no domínio da saúde, pode englobar os medicamentos e as tecnologias que se introduzem no mercado.

1.10. As tecnologias da informação e da comunicação devem continuar a desempenhar um papel cada vez mais preponderante nos sistemas de saúde dos Estados-Membros, sem esquecer que a dimensão humana deve estar no centro da saúde em linha.

1.11. A fim de promover a boa governação dos sistemas de saúde em toda a UE e garantir que os pontos de vista dos doentes são devidamente tidos em conta, a recolha de dados, o acompanhamento e a avaliação da acessibilidade, desempenho e resiliência dos sistemas de saúde deverão fazer pleno uso dos contributos dos doentes e contar com participação plena e ativa de associações de doentes, organizações da sociedade civil e parceiros sociais.

2. Introdução

2.1. O artigo 168.º do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia («TFUE») estabelece que a ação da União respeita as responsabilidades dos Estados-Membros no que se refere à definição das respetivas políticas de saúde, bem como à organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos. Além disso, nos termos do n.º 7 desse artigo, essas responsabilidades incluem a gestão dos serviços de saúde e de cuidados médicos, bem como a repartição dos recursos que lhes são afetados.

2.2. Assim, a margem de manobra da ação da União sobre os sistemas de saúde dos Estados-Membros limita-se às questões de saúde pública refletidas no referido artigo do Tratado. No entanto, no seu papel de apoio, financiamento e coordenação de esforços, a Comissão pode trazer um forte valor acrescentado a outros aspetos relacionados com os cuidados de saúde, permitindo que os Estados-Membros avancem na consolidação e melhoria dos seus sistemas nacionais de saúde, que se devem basear num conjunto de valores europeus comuns, tais como a universalidade, o acesso a cuidados de saúde de boa qualidade, a equidade e a solidariedade, conforme expresso pelo Conselho da União Europeia em junho de 2006 ⁽¹⁾. Na sua declaração, os ministros da saúde dos Estados-Membros concluíram que os sistemas de saúde constituem uma componente essencial da infraestrutura social europeia.

2.3. A comunicação da Comissão identifica uma série de dificuldades com que se deparam os sistemas de saúde europeus, acentuadas por uma situação de crise económica. Estas dificuldades prendem-se com o aumento dos custos dos cuidados de saúde, o envelhecimento gradual das nossas sociedades e o consequente aumento das patologias crónicas, assim como com o aumento da procura de serviços de saúde, uma distribuição desigual dos profissionais de saúde, incluindo escassez em alguns Estados-Membros, e a falta de equidade no acesso aos cuidados de saúde.

2.4. Nesta perspetiva, e com base nas conclusões dos Conselhos da União Europeia de junho de 2011 ⁽²⁾ e de dezembro de 2013 ⁽³⁾, a Comissão elaborou a comunicação sobre a qual versa este parecer do CESE. Esta comunicação foi acolhida favoravelmente pelo Conselho da UE nas conclusões que adotou em junho de 2014 sobre a crise económica e os cuidados de saúde ⁽⁴⁾.

2.5. A comunicação propõe uma agenda da União Europeia para sistemas de saúde eficazes, acessíveis e resilientes, no respeito das competências dos Estados-Membros, cabendo à União a definição de orientações e ferramentas de monitorização e avaliação. A agenda compreende os seguintes elementos:

⁽¹⁾ JO C 146 de 22.6.2006, p. 1.

⁽²⁾ JO C 202 de 8.7.2011, p. 10.

⁽³⁾ JO C 376 de 21.12.2013, p. 3.

⁽⁴⁾ JO C 217 de 10.7.2014, p. 2.

2.5.1. Reforço da eficácia dos sistemas de saúde em três vertentes: avaliação do desempenho dos sistemas de saúde; qualidade dos cuidados de saúde e segurança dos doentes; integração dos cuidados de saúde. Aumento da acessibilidade dos sistemas de saúde, através de: ações relativas aos profissionais de saúde; boa relação custo-eficácia na utilização de medicamentos; otimização da aplicação da Diretiva 2011/24/UE. Melhoria da resiliência dos sistemas de saúde com as ações seguintes: avaliação das tecnologias da saúde; sistemas de informação sobre a saúde; saúde em linha.

3. Observações sobre o contexto da comunicação

3.1. O aumento dos custos dos cuidados de saúde, o crescente envelhecimento da população e a cronicidade de certas doenças, que afetam principalmente os idosos, não são dificuldades que surgiram na última década, mas sim situações que já se verificavam nas décadas anteriores e que a atual crise veio agravar ao limitar a afetação de recursos às políticas neste domínio. Por conseguinte, a abordagem estratégica deve ser orientada para a forma de resolver, do ponto de vista da eficácia e da eficiência, a constante necessidade de recursos que os sistemas de saúde terão nos próximos anos para atender a uma população cada vez mais envelhecida e com maiores necessidades de cuidados devido ao aumento da esperança de vida.

3.1.1. A promoção da saúde e a prevenção de doenças, enquanto medidas básicas de proteção da saúde, devem ter uma presença importante na atuação dos nossos sistemas de saúde. Os custos com os cuidados de saúde podem ser significativamente reduzidos, investindo na educação sanitária e incentivando a adoção de estilos de vida mais ativos e saudáveis a fim de combater a obesidade, o tabagismo e o consumo de álcool. A realização regular de exames de despistagem do cancro e de exames médicos completos pode fazer com que mais idosos tenham uma vida longa e saudável na pós-reforma.

3.2. O Comité concorda que os sistemas de saúde dos Estados-Membros têm de assentar em princípios e valores como a universalidade, a acessibilidade para todos, a equidade e a solidariedade. Estes princípios devem garantir que todos os cidadãos da União Europeia tenham direito à proteção da saúde e a cuidados de saúde, que os serviços de saúde sejam utilizados de forma adequada e atempada a fim de obter os melhores resultados neste domínio, que a prestação desses serviços seja equitativa, independentemente da sua localização geográfica, do sexo do doente, da eventual deficiência, do nível de rendimentos, da idade, da raça ou de qualquer outro fator, e financiada por fundos públicos (impostos e/ou seguros de doença) como elemento de apoio à redistribuição dos recursos.

3.3. O CESE está convicto de que a crise económica que afeta a União Europeia em geral e certos Estados-Membros em particular não deve servir de pretexto para criar um fosso entre cidadãos de primeira e cidadãos de segunda no que toca ao direito que todos têm de proteger a sua saúde. A este respeito, o Comité deve também velar por que a prestação de cuidados de saúde, com os seus diferentes níveis de capacidade e qualidade nos diversos Estados-Membros, inclua igualmente os cidadãos da UE que trabalhem temporariamente no estrangeiro e não no seu país de origem. Não é possível alcançar a eficácia e a sustentabilidade dos sistemas sem ter em conta os seus destinatários. Apesar dos custos e preços da prestação dos cuidados de saúde, esta não é uma mercadoria, pelo que não pode, de modo algum, depender do poder de compra dos cidadãos.

3.4. No seu parecer ⁽⁵⁾ sobre a «Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões — Solidariedade na saúde: Reduzir as desigualdades no domínio da saúde na UE» ⁽⁶⁾, o CESE afirmou textualmente que «a Comissão deve utilizar da melhor maneira os instrumentos ao dispor (como, por exemplo, o método aberto de coordenação, as avaliações de impacto, os programas de investigação, os indicadores e a cooperação com as organizações internacionais) e analisar, com os Estados-Membros, a criação de novos métodos para garantir que as políticas e ações da UE combatem os fatores que geram ou contribuem para as desigualdades na saúde na União Europeia». Reitera-se o conteúdo desse parecer e apoiam-se todas as recomendações formuladas pelo Comité para reduzir as desigualdades na saúde.

3.5. Com o parecer ⁽⁷⁾ sobre a «Proposta de regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho que institui o programa Saúde para o Crescimento, o terceiro programa plurianual de ação da UE no domínio da saúde para o período 2014-2020» ⁽⁸⁾, o CESE teve ocasião de se pronunciar sobre alguns aspetos dessa comunicação. Neste sentido, reiteram-se as observações formuladas no que se refere à avaliação das tecnologias da saúde, à formação dos profissionais de saúde, à aplicação da medicina baseada em dados científicos e ao intercâmbio de boas práticas.

⁽⁵⁾ JO C 18 de 19.1.2011, p. 74.

⁽⁶⁾ COM(2009) 567 final.

⁽⁷⁾ JO C 143 de 22.5.2012, p. 102.

⁽⁸⁾ COM(2011) 709 final.

3.6. O Comité considera muito importante incluir o setor da saúde no Semestre Europeu. O peso que o setor representa no produto interno bruto dos Estados-Membros, o importante volume de mão-de-obra que gera e a capacidade de inovação que desenvolve são motivos suficientes para a sua inclusão. Contudo, as recomendações decorrentes da avaliação do Semestre Europeu devem partir da premissa de que não se podem comprometer os princípios e valores sobre os quais assentam os sistemas de saúde dos Estados-Membros da União Europeia.

3.7. Reforçar a eficácia dos sistemas de saúde apenas na perspetiva de obter bons resultados exclui outros aspetos que, num contexto de escassez de recursos e restrição orçamental, devem ser tidos em conta. Assim, um sistema de saúde eficiente e de elevado valor permite maximizar a qualidade dos cuidados e os resultados obtidos com os recursos disponíveis. Isto significa que não podemos contemplar o reforço da eficácia de um sistema de saúde sem ter em conta a sua eficiência. Assegurar o valor dos recursos implica utilizá-los da forma mais eficiente e eficaz possível, ligando o conceito de qualidade científico-técnica ao conceito de eficiência e de sustentabilidade como uma perspetiva essencial na organização dos cuidados de saúde e na prática profissional.

3.8. O CESE é a favor de que a Comissão e os Estados-Membros trabalhem no sentido de aplicar indicadores a nível da UE que permitam aferir a eficácia das intervenções na saúde. Para o efeito, todos os Estados-Membros devem estabelecer e dispor de sistemas validados de recolha de informação, com transparência e objetividade, a fim de permitir análises conjuntas, o que facilitará a adoção de medidas de cooperação para reduzir as desigualdades em matéria de saúde entre os Estados-Membros e no interior de cada um. No início do século XXI, é inaceitável que tenhamos ainda de reconhecer a falta de dados comparáveis. Sem dados válidos, relevantes e oportunos não é possível progredir e dispor de indicadores homogêneos que permitam sustentar a tomada de decisões e a análise científica.

3.9. A utilidade dos indicadores de saúde prende-se com a sua fiabilidade, condição indispensável para se poder estabelecer comparações. Na sua comunicação, a Comissão reconhece esta falta de fiabilidade, que torna os resultados obtidos dificilmente comparáveis. Por conseguinte, o Comité apoia o sistema de Indicadores de Saúde da Comunidade Europeia, que fornece dados comparáveis sobre a saúde e os comportamentos que a influenciam, bem como sobre as doenças e os sistemas de saúde, o que permite a certos Estados-Membros melhorar os seus sistemas de informação e aplicar indicadores em falta, facilitando o intercâmbio de boas práticas em geral. Do mesmo modo, congratula-se com o quadro de avaliação comum sobre a saúde, concebido pelo subgrupo responsável pelos indicadores do Comité da Proteção Social.

3.10. O Comité considera que o reconhecimento efetivo da universalidade dos cuidados de saúde pode ficar comprometido por problemas de acessibilidade aos sistemas de saúde. Em caso de problemas de acesso, os mais afetados são sempre os segmentos da população com menos recursos próprios. Para reduzir as desigualdades na saúde, o primeiro elemento que requer intervenção é a acessibilidade. A aplicação efetiva dos cuidados de saúde primários nas zonas rurais, a existência de serviços de urgência locais, infraestruturas adequadas de transporte e de comunicação, o acesso a cuidados de saúde especializados e a cautela na aplicação de regimes de comparticipação (tendo em conta o nível de rendimentos) são alguns dos componentes essenciais que garantem o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde e que devem ser objeto de intervenção nos Estados-Membros.

3.11. O CESE partilha os receios manifestados pela Comissão e reconhece que, ao assinar a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, temos também de adotar todas as medidas apropriadas para garantir o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde — incluindo a garantia de que as instalações sejam acessíveis às pessoas que estão limitadas por uma deficiência.

3.12. O Comité concorda com a Comissão quanto à necessidade de manter mecanismos estáveis de financiamento dos serviços de saúde. Neste contexto, o financiamento misto, proveniente de contribuições e de impostos, pode proporcionar um enquadramento de estabilidade financeira aos sistemas de saúde. O Comité está convicto de que a melhoria da resiliência ou robustez destes sistemas está também associada a uma gestão altamente profissionalizada com base em sistemas de informação eficazes, que permita o cálculo preciso dos custos dos cuidados de saúde. Este facto, aliado à presença de profissionais de saúde altamente qualificados e motivados, pode constituir o fundamento sólido e estável de um sistema de saúde sustentável.

3.13. O CESE partilha da opinião da Comissão de que uma das principais dificuldades que alguns sistemas de saúde dos Estados-Membros enfrentam é a escassez de profissionais. Esta escassez também é agravada por uma elevada migração destes trabalhadores para outros Estados da União e países terceiros. Dado que os motivos são variados e complexos, o CESE é de opinião que a agenda proposta pela Comissão deve conter medidas que ajudem a tornar as profissões do setor da saúde mais atrativas para os jovens, de maneira não só a aumentar o número de candidatos à formação neste domínio, mas também a tornar o exercício destas profissões atraente tanto do ponto de vista profissional como laboral.

4. Observações sobre a agenda da União Europeia para sistemas de saúde eficazes, acessíveis e resilientes

4.1. Hoje em dia, nas sociedades mais avançadas, a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde é entendida, entre outras coisas, como um instrumento para responsabilizar os prestadores de cuidados de saúde perante os destinatários desses serviços e como um instrumento de planeamento prospetivo. Para aprofundar os compromissos assumidos com a Carta de Tallinn, o Comité defende a disponibilização aos Estados-Membros de ferramentas e metodologias que permitam aproximar os sistemas de saúde e reduzir as desigualdades internas e externas desses sistemas.

4.2. A segurança dos doentes implica reduzir ao mínimo os riscos desnecessários de danos sofridos por estes, ou seja, zelar por que não ocorram lesões acidentais imputáveis à prestação de cuidados ou a erros médicos. Promover a segurança dos doentes implica uma gestão do risco, notificação, análise e seguimento de incidentes, bem como a implantação de soluções para minimizar o risco de reincidência. O Comité reitera as recomendações que apresentou no parecer⁽⁹⁾ sobre a «Proposta de recomendação do Conselho sobre a segurança dos doentes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde»⁽¹⁰⁾, e estende-as a todos os riscos não relacionados com processos infecciosos, com especial ênfase na necessidade de divulgar as reações adversas e de adotar medidas corretivas. As ações a empreender devem seguir esta linha de intervenção.

4.3. O CESE considera que os cuidados de saúde ao doente devem ser coordenados entre todos os níveis envolvidos, de modo que os cuidados de saúde primários tenham um papel mais relevante na deteção e no tratamento dos problemas de saúde. Uma boa rede de cuidados primários, desenvolvida e altamente profissionalizada, permite uma maior proximidade dos problemas de saúde, evita intervenções especializadas desnecessárias e reduz os custos dos cuidados na medida em que evita uma maior dependência dos cuidados hospitalares. A Comissão deve desenvolver um papel de coordenação na transmissão de experiências nacionais entre os Estados-Membros.

4.4. O peso que o emprego no setor da saúde tem no conjunto da população ativa dos países da União Europeia é suficientemente relevante para que uma escassez destes profissionais seja considerada um problema de saúde. A fim de evitar uma situação deste tipo, o planeamento no âmbito da formação dos profissionais de saúde, embora sendo da competência dos Estados-Membros, deve ser objeto de acompanhamento e análise da União Europeia, colaborando com os Estados-Membros na manutenção de uma massa crítica de profissionais que permita prestar cuidados de saúde a uma população cada vez mais necessitada. O Comité considera que, para desenvolver as capacidades educativas e universitárias necessárias, também é preciso prestar apoio financeiro.

4.5. A seu ver, uma formação técnica e científica de elevada qualidade é imprescindível para poder dispor de profissionais de saúde altamente qualificados, capazes de atender com êxito às necessidades de cuidados dos cidadãos da União. Considera também que os aspetos éticos da sua formação devem ser igualmente tidos em conta e fomentados nos Estados-Membros.

4.6. As despesas com medicamentos são dos fatores que mais influenciam o custo dos serviços de saúde e a sua sustentabilidade. A prescrição de medicamentos segundo a sua substância ativa (Denominação Comum Internacional da OMS), em vez da prescrição pela denominação comercial, é uma opção que pode contribuir para reduzir a fatura farmacêutica. Na União Europeia há determinadas organizações de saúde que praticam este tipo de prescrição e que podem servir de exemplo a seguir noutros Estados-Membros. Não obstante, qualquer medida que venha a adotar-se deve ter em conta as necessidades de investigação de novos medicamentos e o financiamento dessas atividades.

⁽⁹⁾ JO C 228 de 22.9.2009, p. 113.

⁽¹⁰⁾ COM(2008) 837 final.

4.7. O Comité concorda com a opinião da Comissão expressa na comunicação em apreço relativamente à otimização da aplicação da Diretiva 2011/24/UE ⁽¹¹⁾, mas considera que esse não é o principal problema da acessibilidade dos cidadãos aos seus sistemas nacionais de saúde, nem a otimização da aplicação da diretiva aumentará o acesso dos cidadãos a esses sistemas. Entende que, no âmbito da comunicação, o aumento da acessibilidade deve centrar-se primordialmente em alargar a cobertura da população até que se torne universal, em prestar uma gama de serviços tão ampla quanto possível a custo razoável e em evitar que os regimes de comparticipação representem um obstáculo ao acesso dos mais desfavorecidos. A garantia da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde transfronteiriços não garante que os cidadãos recebam, no seu país de origem, serviços de saúde básicos.

4.8. A investigação e a inovação na medicina levam ao aparecimento de novas tecnologias da saúde para dar resposta aos desafios diagnósticos e terapêuticos que se colocam neste domínio. O elevado custo dessas tecnologias e da respetiva eficácia almejada requer um sistema sólido para a sua avaliação. O CESE considera de grande interesse que a Rede Europeia para a Avaliação das Tecnologias da Saúde (EUnetHTA) traga valor acrescentado às agências nacionais e regionais dos Estados-Membros, criando sinergias e facilitando a divulgação das suas avaliações.

4.9. A utilização das tecnologias da informação no manuseamento dos processos clínicos dos doentes é um passo que deve ir além dos próprios centros de saúde. Um historial clínico do doente em formato digital, acessível a qualquer profissional de saúde envolvido no seu tratamento, deveria ser um objetivo a atingir, ainda que seja, atualmente, longínquo. A União Europeia deve apoiar sistemas de informação de saúde e serviços de saúde em linha que facilitem o acompanhamento do historial clínico dos cidadãos para onde quer que estes se desloquem. O historial clínico eletrónico é um instrumento muito útil para o doente, mas representa igualmente um desafio para as administrações no que toca a coordenar aplicações compatíveis nos seus sistemas de saúde que permitam a qualquer profissional de saúde conhecer os problemas de saúde que afetam um cidadão independentemente do local onde este se encontre. Trata-se de um desafio enorme, mas o Comité acredita que a concretização deste objetivo culminará numa melhoria da saúde dos cidadãos europeus.

4.10. O CESE considera extremamente importante que os cidadãos possam ter acesso a sistemas de informação digitais no domínio da saúde, para que possam obter informação sobre questões como os dispositivos médicos para uso humano aprovados pelas entidades reguladoras. A informação deve ser compreensível, exata, atualizada e segura para que o cidadão que pretenda aceder a essa informação possa completar as informações recebidas do profissional de saúde que lhe presta assistência.

4.11. No parecer ⁽¹²⁾ sobre a «Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões — Plano de ação para a saúde em linha, 2012-2020 — Cuidados de saúde inovadores para o século XXI» ⁽¹³⁾, o Comité teve ocasião de se pronunciar sobre a saúde em linha. Reitera-se a afirmação contida nesse parecer de que «a saúde em linha deve fomentar a confiança mútua entre os doentes e os profissionais e evitar o risco da “impessoalidade” e a falta de atenção aos fatores psicológicos. A dimensão humana deve estar no centro da saúde em linha». Neste contexto, conclui-se que o cidadão é o cerne do sistema de saúde.

Bruxelas, 21 de janeiro de 2015.

O Presidente
do Comité Económico e Social Europeu
Henri MALOSSE

⁽¹¹⁾ JO C 175 de 28.7.2009, p. 116.

⁽¹²⁾ JO C 271 de 19.9.2013, p. 122.

⁽¹³⁾ COM(2012) 736 final.