

Avizul Comitetului Economic și Social European privind „propunerea de directivă a Parlamentului European și a Consiliului privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere”

COM(2008) 414 final – 2008/0142 (COD)

(2009/C 175/22)

La 23 iulie 2008, în conformitate cu articolul 262 din Tratatul de instituire a Comunității Europene, Consiliul a hotărât să consulte Comitetul Economic și Social European cu privire la

Propunerea de directivă a Parlamentului European și a Consiliului privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere

COM(2008) 414 final – 2008/0142 (COD).

Secțiunea pentru ocuparea forței de muncă, afaceri sociale și cetățenie, însărcinată cu pregătirea lucrărilor Comitetului pe această temă, și-a adoptat avizul la 4 noiembrie 2008. Raportor: dl BOUIS.

În cea de-a 449-a sesiune plenară, care a avut loc la 3 și 4 decembrie 2008 (ședința din 4 decembrie 2008), Comitetul Economic și Social European a adoptat prezentul aviz cu 80 de voturi pentru, 3 voturi împotriva și 0 voturi abțineri.

1. Observații și recomandări

1.1 Având în vedere diferitele avize în care a abordat probleme legate de sănătate și de drepturile pacienților, CESE ia în considerare această propunere de directivă, cu atât mai mult cu cât, dincolo de răspunsul la hotărârea Curții Europene de Justiție, acest text are ca fundament drepturile pacientului și coordonarea politicilor de sănătate ale statelor membre.

1.2 Textul reafirmă că sistemele de sănătate țin de competența statelor membre și nu modifică practicile în materie de rambursare a cheltuielilor medicale. Cu toate acestea, prevederile propuse vor avea, pe termen lung, un impact asupra sistemelor de sănătate bazate pe solidaritate și pe durabilitate financiară. Prin urmare, CESE își pune anumite întrebări legate de modalitățile concrete de aplicare, având în vedere principiul subsidiarității în cadrul politicii de sănătate, și formulează o serie de observații și recomandări.

1.3 Îngrijorat de pericolul acutizării diferențelor în acordarea asistenței pentru diferitele grupuri sociale în ceea ce privește tratamentul, CESE cere să se prevadă în propunerea de directivă că asistența medicală trebuie să respecte egalitatea tuturor oamenilor și că trebuie acordată prioritate persoanelor care au cel mai mult nevoie și/sau care beneficiază de cea mai scăzută protecție socială.

1.4 Respectarea dreptului fundamental al oricărui utilizator de a obține garanțiile necesare de calitate și siguranță impune anumite obligații în materie de standardizare, de certificare și de evaluare a resurselor materiale și umane, de organizare a sistemului de îngrijire.

1.5 Accesul la asistența medicală transfrontalieră presupune existența, la nivelul sistemelor de sănătate din diverse țări, a unor capacități complementare și echilibrate în materie de prestație tehnică și umană, de echipamente medicale, de stabilire a responsabilităților. Aceasta presupune o politică europeană de subvenționare a formării profesionale și a echipamentelor sanitare. Trebuie acordată o atenție specială riscurilor medicale legate de creșterea mobilității pacienților.

1.6 În viziunea CESE, acest text nu trebuie să fie expresia unei voințe de generalizare a mobilității pacienților, ci să propună un cadru care să permită exercitarea acestui drept, fără a neglija necesitatea asigurării unei asistențe medicale de calitate cât mai aproape de casă. Mecanismele create trebuie să fie pe măsura amplitudinii serviciului de asistență medicală transfrontalieră.

1.7 Preocupat de distincția pe care o stabilește directiva între asistența medicală spitalicească și asistența medicală în afara mediului spitalicesc, distincție bazată mai mult pe anumite aspecte financiare decât pe realitățile sistemului de sănătate al fiecărei țări, CESE recomandă, în conformitate cu principiul subsidiarității și cu articolul 86 alineatul 2 din Tratat, ca fiecare stat membru să definească ce înțelege prin aceste două tipuri de asistență.

1.8 Accesul la asistență medicală într-un alt stat membru, oferit oricărui cetățean, trebuie să se efectueze în condiții nediscriminatorii, în conformitate cu articolul 13 din Tratat și cu drepturile pacienților, astfel cum au fost enunțate de CESE ⁽¹⁾, în special pe baza unui carnet de sănătate și a unui dosar medical european actualizat în mod corespunzător și la care să poată avea acces cadrele medicale și pacientul însuși.

1.9 O politică de informare efectivă se dovedește cu atât mai necesară în materie de asistență transfrontalieră, cu cât este singura în măsură să transpună în realitate principiul respectării egalității de acces la asistență medicală și să permită unui utilizator să aleagă liber și în cunoștință de cauză. Fiecare stat membru trebuie să se angajeze cu responsabilitate în dezvoltarea acestei politici.

1.10 Informația privește atât modalitățile de recurs în cazul unui prejudiciu, cât și căile de urmat în caz de conflict judiciar; în acest scop, ar fi utilă crearea unui ghișeu unic, fiind necesar să se asigure posibilitatea de recurs în cadrul jurisdicției din locul de reședință al pacientului. În plus, CESE recomandă ca sistemul de asigurare obligatorie să se extindă la toate cadrele medicale.

1.11 Pentru a limita inegalitățile în ceea ce privește accesul la asistență medicală, va trebui ca mecanismele privind modalitățile de rambursare *a posteriori* să țină seama de termenele de rambursare, precum și de diferențele, în ce privește practicile în materie de tratament, eliberarea de medicamente sau de aparatură, dintre țara în care se efectuează tratamentul și cea în care pacientul este afiliat.

1.12 De asemenea, sistemul de rambursare trebuie să ia în considerare riscul apariției unor inegalități, chiar litigii, provocate de lipsa de omogenitate și de particularitățile naționale ale sistemelor de asigurare de sănătate: terț plătitor, co-plată, onorarii diferențiate, medic de familie, codificarea actelor.

1.13 Modalitățile de informare, în ansamblu, trebuie nu numai să se supună unor norme de siguranță și de calitate a mesajelor difuzate, cât, mai ales, să constituie un element care să asigure individului libertatea de a alege, facilitând stabilirea unui echilibru între competitivitate economică, coeziune, justiție socială și solidaritate colectivă.

1.14 La nivel național, punctele de contact trebuie să intre în legătură cu diversele asociații de lucrători, cu asociațiile familiilor și beneficiarilor serviciilor de sănătate și să colaboreze strâns cu societățile de asigurare medicală, pentru a garanta difuzarea acestor informații. De asemenea, acestea trebuie să întreprindă acțiuni de informare/formare destinate medicilor, personalului paramedical și lucrătorilor sociali, cu privire la posibilitățile oferite în materie de asistență medicală transfrontalieră.

1.15 Este necesar să se acorde o atenție specială continuității asistenței medicale, monitorizării pacienților, adaptării aparaturii medicale, consumului de medicamente. În acest sens, este necesară coordonarea profesioniștilor și structurilor de sănătate în ceea ce privește tratamentele și protocolul de îngrijire a pacienților pe termen lung.

1.16 Crearea rețelilor europene de referință trebuie să fie susținută de dezvoltarea interoperabilă a tehnologiilor de informare, de care să beneficieze orice pacient, indiferent de locul în care trăiește. Schimbul de expertiză ar putea permite îmbunătățirea calității în sistemele statelor membre, în beneficiul tuturor actorilor: instituții, corp medical, pacienți.

1.17 Colectarea datelor statistice existente în statele membre trebuie să permită efectuarea unui bilanț al procesului de punere în aplicare a directivei. De asemenea, această măsură trebuie să ducă la obținerea de indicatori care să permită identificarea punctelor forte și slabe ale sistemelor de sănătate, precum și identificarea necesităților și preferințelor populației. Ar fi necesar ca acest raport să fie transmis și Comitetului Economic și Social European, care își asumă angajamentul de a efectua o monitorizare și, eventual, de a elabora noi avize din proprie inițiativă.

1.18 Aplicarea unui autentic drept al pacienților în materie de asistență medicală transfrontalieră necesită o perioadă de adaptare, care să permită o modificare în profunzime a practicilor, precum și o evoluție a mentalităților și a pregătirii profesionale. Aceasta presupune integrarea, în regulamentele naționale, a principiilor unei carte europene a drepturilor și obligațiilor reciproce ale diverșilor actori din domeniul sănătății publice.

1.19 În opinia CESE, este evident că abordarea Comisiei nu a putut să reconcilieze pe deplin chestiunea subsidiarității în asistența medicală cu necesitatea unui *modus operandi* coerent pentru tratamentele transfrontaliere. Va rămâne astfel deschisă posibilitatea unor interpretări foarte diferite și acțiunilor în justiție ce decurg din acestea, atât din partea pacienților, cât și din partea furnizorilor de asistență medicală.

2. Sinteza comunicării

2.1 Contextul juridic și politic al solicitării

2.1.1 În lumina jurisprudenței Curții, Comisia a fost invitată, încă din 2003, să studieze mijloacele de îmbunătățire a siguranței juridice în materie de asistență medicală transfrontalieră.

2.1.2 Directiva privind serviciile în cadrul pieței interne, prezentată în 2004, cuprindea anumite dispoziții în acest domeniu. Parlamentul și Consiliul le-au respins, considerând că acestea nu țineau seama suficient nici de particularitățile politicilor de sănătate, care variază în mod semnificativ de la o țară la alta, nici de complexitatea tehnică a acestora, nici de problematica mijloacelor de finanțare. Pe de altă parte, se cuvine amintită sensibilitatea opiniei publice față de acest subiect.

(1) Avizul din proprie inițiativă al CESE privind *drepturile pacientului*. Raportor: dl BOUIS (JO C 10 din 15 ianuarie 2008).

În 2008, Comisia a hotărât să propună o comunicare și o directivă vizând instaurarea unui cadru clar și transparent pentru acordarea de asistență medicală transfrontalieră în Uniune. Este vorba despre asistența medicală primită în străinătate, atunci când un pacient este tratat de un prestator de servicii medicale dintr-un alt stat membru. În acest scop, Comisia propune o definiție a asistenței spitalicești și a asistenței în afara mediului spitalicesc.

2.2 Cadrul propus

2.2.1 Propunerea prezentată se întemeiază pe articolul 95 din Tratat, privind stabilirea și funcționarea pieței interne, articolul 152 privind sănătatea publică și principiile generale ale Cartei drepturilor fundamentale, astfel cum au fost preluate în dispozițiile Tratatului de reformă.

2.2.2 Pentru atingerea obiectivelor propuse, definițiile juridice și dispozițiile generale se articulează pe trei axe principale: principiile comune tuturor sistemelor de sănătate din Uniune, un cadru specific pentru asistența medicală transfrontalieră, o cooperare europeană în materie de asistență medicală. Directiva precizează principiile aplicabile în cazul rambursării cheltuielilor de asistență medicală într-un alt stat membru, precum și modalitățile prin care se aplică drepturile pacienților, făcând distincția între asistența medicală acordată în mediu spitalicesc și asistența medicală acordată în afara mediului spitalicesc.

2.2.3 Această propunere nu modifică cadrul normativ existent pentru coordonarea regimurilor de securitate socială.

2.2.4 Directiva precizează procedurile de urmat și prevede totodată punerea în aplicare a unor mecanisme adecvate de informare a pacienților și acordare de ajutor prin intermediul punctelor de contact existente la nivel național. Orice pacient care nu are acces, într-un interval de timp corespunzător, la asistență medicală în propria țară, va fi autorizat să beneficieze de aceasta într-un alt stat membru.

2.2.5 Directiva incită la o cooperare europeană lărgită prin crearea de rețele europene de referință, prin evaluarea tehnologiilor de asistență medicală și prin dezvoltarea tehnologiilor de informare și comunicare online.

3. Observații generale

3.1 Având în vedere diferitele avize în care a abordat problematici legate de sănătate și de drepturile pacienților, CESE salută dorința Comisiei Europene de a aborda problematica asistenței medicale transfrontaliere.

3.2 În viziunea CESE, acest text nu trebuie să fie expresia unei dorințe de generalizare a mobilității pacienților, ci să propună un cadru care să permită exercitarea acestui drept. Mecanismele create trebuie să fie pe măsura amplitudinii asistenței medicale transfrontaliere.

3.3 Acest text se înscrie în rândul valorilor Uniunii Europene, precum și în cele ale Cartei de la Talin ⁽²⁾. Aceste texte urmăresc să facă propuneri de asigurare a unui nivel ridicat de asistență medicală, accesibil tuturor, pretutindeni în Europa.

3.4 În prezent, directiva propusă are tendința de a ignora caracterul complex, variat și divergent al sistemelor de sănătate din cele 27 de state membre. Este aproape sigur că directiva nu va fi interpretată în același mod la nivelul sistemelor de sănătate ale diferitelor state membre. Prin urmare, CESE își pune anumite întrebări cu privire la modalitățile concrete de aplicare și ar dori ca asistența medicală spitalicească și asistența medicală în afara mediului spitalicesc să fie clar definite în vederea întăririi siguranței juridice a pacienților și a serviciilor de sănătate.

3.4.1 Textul reafirmă că sistemele de sănătate țin de competența statelor membre, tinzând să respecte în totalitate responsabilitatea acestora în ceea ce privește organizarea sistemelor de sănătate, asistența medicală și rambursarea cheltuielilor medicale. Cu toate acestea, prevederile propuse vor avea, pe termen lung, un impact asupra sistemelor de sănătate, a durabilității lor financiare și a sferei de acțiune a drepturilor asociate acestora.

3.4.2 Având în vedere diferențele considerabile în ceea ce privește calitatea și costurile asistenței medicale, există riscul unor inegalități, chiar litigii, în cadrul sistemului de rambursare, după efectuarea plății de către pacient, având în vedere lipsa de omogenitate și particularitățile naționale. CESE are temeri cu privire la posibilitatea ca această directivă să deschidă concurenței piața sănătății și, în definitiv, cu privire la posibila minare a calității ansamblului protecției sănătății în Europa, după intrarea în vigoare a directivei privind serviciile.

3.4.3 Eficiența și utilizarea judicioasă a serviciilor de sănătate într-un cadru transfrontalier presupun, la nivelul capacităților de care dispun organizațiile sanitare din toate țările, un nivel echivalent de prestație tehnică și umană, de echipamente medicale, de stabilire a responsabilităților.

3.4.4 În orice caz, atunci când primesc asistență medicală transfrontalieră, pacienții au dreptul la garanții cu privire la calitatea și siguranța acestora. Acest drept fundamental ridică problema armonizării sistemelor de sănătate în ceea ce privește certificarea, evaluarea practicilor profesionale, capacitatea echipamentelor medicale, organizarea sistemului de despăgubire în cazul unui prejudiciu.

3.4.5 În ceea ce privește asistența transfrontalieră, o îngrijire de calitate și încrederea în asistența acordată într-o țară-gază implică respectarea unui anumit număr de condiții pentru a asigura continuitatea asistenței acordate, între care:

— utilizarea pe scară largă a carnetului de sănătate personal și pe care îl are fiecare individ, încă de la naștere;

⁽²⁾ Cartă semnată la Talin, la 27 iunie 2008, de ministrii sănătății din țările regiunii europene a OMS.

- existența unui dosar medical european, adus la zi și la care pot avea acces cadrele medicale și pacientul;
- o formulare comună a protocoalelor de rambursare;
- practici coordonate în ceea ce privește rețetele, în special generalizarea utilizării numelui generic și nu a numelui comercial, în ciuda faptului că medicamentele sunt supuse regulilor comerțului internațional;
- standardizarea și certificarea implanturilor, aparaturii și dispozitivelor medicale;
- introducerea unei proceduri de acreditare și de certificare europeană a echipamentelor medicale și paramedicale din spitale;
- o procedură comunitară de autorizare și de comercializare a medicamentelor.

Toate aceste condiții necesită dezvoltarea noilor tehnologii, asigurându-se interoperabilitatea sistemelor informatice.

3.4.6 Astfel de modificări în organizarea sistemului și a practicilor profesionale presupun o evoluție a mentalităților și a pregătirii profesionale, precum și o evoluție în plan juridic a definirii competențelor, a rolului și a responsabilităților autorităților sanitare din fiecare țară, ceea ce implică o perioadă de adaptare.

3.4.7 Posibilitatea oferită oricărui pacient în materie de asistență medicală transfrontalieră trebuie să însemne accesul egal la ansamblul serviciilor și cadrelor medicale, fără discriminări determinate de sex, rasă sau origine etnică, religie sau convingeri, handicap, vârstă sau orientare sexuală. Printre altele, se impune cu necesitate o politică efectivă de informare privind următoarele două aspecte:

3.4.7.1 O informare privind oferta în materie de servicii medicale, de care trebuie să dispună orice cetățean pentru a putea lua hotărârea de a recurge la asistență medicală transfrontalieră, publicate sub responsabilitatea autorităților sanitare. De asemenea, va trebui ca acestea să asigure accesul la aceste informații al anumitor grupuri vulnerabile, precum persoanele izolate social, sau cu o poziție socială precară.

3.4.7.2 O informare privind boala, tratamentele posibile, cu beneficiile și riscurile acestora, caracteristicile structurilor sau ale personalului medical care oferă această asistență.

3.4.7.3 Având în vedere că aceste informații sunt furnizate prin interacțiune cu un cadru medical, se presupune că acesta este, la rândul său, la curent cu oferta existentă la nivel european. Este așadar esențial să se construiască legătura dintre prestatorii de servicii medicale și punctele de contact naționale, ceea ce presupune asigurarea mijloacelor financiare necesare. În plus, trebuie depășită bariera lingvistică.

3.4.8 Informarea trebuie să fie completă și pertinentă, pentru ca pacientul să poată alege liber și în deplină cunoștință de cauză și să nu cadă victima deturnărilor de clientelă și derivelor comerciale.

3.4.9 Aceste obligații privind informarea constituie singura cale de a da substanță principiului egalității de acces la asistență medicală enunțat de directivă, oricare ar fi tipul de asistență medicală transfrontalieră necesar.

4. Observații specifice

4.1 Articolul 3

4.1.1 CESE înțelege că directiva propusă trebuie să se aplice fără a prejudicia dispozițiile comunitare definite în prealabil, în special Regulamentele nr. 1408/71 și 883/2004.

4.2 Articolul 4 d)

4.2.1 CESE consideră că lista cadrelor medicale este incompletă și dorește completarea acesteia cu specialiștii din domeniul paramedical, precum ortofoniștii, ortoptiștii etc.

4.3 Articolul 5

4.3.1 CESE acordă o atenție specială acestui articol, remarcând că provocarea va consta în a garanta asistența medicală pe măsura nevoilor și aspirațiilor cetățenilor, cărora le revin atât drepturi, cât și responsabilități, pentru a promova bunăstarea acestora, combinând competitivitatea economică, coeziunea, justiția socială și solidaritatea colectivă. CESE va veghea ca standardele de calitate și de siguranță să nu reprezintă o amenințare la adresa diversității sistemelor de sănătate ale statelor membre [art. 152 alineatul (5)].

4.3.2 CESE pune accentul pe importanța sistemelor de sănătate pentru populație, în special pentru populația defavorizată, precum și pe efectul unui acces mai bun la asistență medicală asupra creșterii economice, subliniind că toate investițiile care permit accesul la asistență medicală vor fi cu atât mai eficiente cu cât vor fi mai bine coordonate.

4.4 Articolul 6

4.4.1 În viziunea CESE, este necesar ca mecanismul aplicat rambursărilor *a posteriori* să țină seama de faptul că practicile în materie de tratament, eliberare de medicamente sau echipamente revin țării în care se efectuează tratamentul și nu celei în care pacientul este afiliat, acesteia din urmă revenindu-i responsabilitatea punerii în aplicare a criteriilor de rambursare. Prin urmare, va fi necesară redactarea unor liste de corespondență, atât privind rata de rambursare, cât și obligațiile privind asigurarea continuității tratamentului.

4.4.2 CESE își exprimă temerea cu privire la costurile suplimentare pe care va trebui să le acopere pacientul în cazul în care nu este rambursat conform prevederilor. Pe termen lung, pentru asigurarea continuității, va fi necesar să se prevadă o acoperire a costurilor acestor tratamente de către țara în care pacientul este afiliat, ceea ce poate avea un impact puternic asupra sistemelor de finanțare.

4.4.3 Preocupat să evite încurajarea unui sistem medical pe două viteze, atât din punctul de vedere al pacienților, cât și al statelor, CESE consideră că trebuie clarificată chestiunea modalităților de rambursare a cheltuielilor în țara în care se efectuează tratamentul și problema condițiilor de plată. CESE subliniază că, în chestiunea decontărilor, trebuie să se aibă în vedere o formă structurată.

4.5 Articolele 7 și 8

4.5.1 CESE este preocupat în mod special de distincția pe care o stabilește directiva între asistența medicală spitalicească și asistența medicală în afara mediului spitalicesc, remarcând că aceasta din urmă se bazează mai mult pe anumite aspecte financiare decât pe realitățile organizării sanitare din fiecare țară.

4.5.2 În timp ce Comisia propune elaborarea unei liste complementare, CESE recomandă, în conformitate cu principiul subsidiarității și cu articolul 86.2 din Tratat, ca statele membre să dispună, fără a abuza, de dreptul de a defini în mod propriu asistența medicală spitalicească. Alineatele 1 și 2 ar trebui modificate în consecință.

4.6 Articolul 9

4.6.1 În viziunea CESE, sistemele de autorizare prealabilă se pot dovedi pozitive, atunci când acestea oferă ocazia evaluării situației și informării pacientului, prin dialogul care se poate stabili între pacient și organismul plătit. În plus, acestea pot garanta acoperirea unor prestații specifice, precum rambursarea cheltuielilor de transport.

4.6.2 CESE consideră că, indiferent de publicarea *a priori* a criteriilor privind autorizarea prealabilă, este necesar ca orice motiv de refuz să fie justificat și explicat pacientului care a făcut solicitarea.

4.7 Articolul 10

4.7.1 În viziunea CESE, este important să se creeze dispozitive de informare a pacienților, care să le permită acestora să aleagă asistența medicală transfrontalieră. Aceste informații trebuie în special să pună în evidență obligațiile și limitele asistenței acordate, modalitățile de rambursare și cheltuielile acoperite de pacient.

4.7.2 CESE recomandă extinderea sistemului de asigurare obligatorie ⁽³⁾ la toate cadrele medicale și informarea pacienților cu privire la modalitățile de recurs în cazul unui prejudiciu provocat de un accident medical din culpă sau nu (risc terapeutic).

4.7.3 CESE consideră necesară aplicarea principiului unui ghișeu unic pentru procedurile de depunere a plângerilor, iar soluționarea oricărui litigiu să țină de competența jurisdicției din locul de reședință al pacientului.

4.7.4 S-ar cuveni dezvoltate mijloace de informare a pacienților precum paginile web și serviciile de informare online. Cu toate acestea, sursele și modalitățile de informare nu se pot reduce numai la acest instrument, dat fiind că foarte mulți cetățeni au un acces foarte limitat, sau nu au deloc acces la internet. Există riscul promovării unui sistem de sănătate cu două viteze, în cadrul căruia numai clasele sociale mai favorizate și mai bine informate să poată beneficia de accesul la asistența medicală transfrontalieră.

4.8 Articolul 12

4.8.1 La nivel național, punctele de contact trebuie să mențină legătura cu diversele asociații de lucrători, cu asociații ale familiilor și beneficiarilor serviciilor de sănătate și să colaboreze strâns cu societățile de asigurare medicală și cu organismele independente ale prestatorilor de servicii ca intermediari eficienți în difuzarea acestor informații. În plus, este necesar ca aceste puncte de contact să întreprindă acțiuni de informare/formare destinate medicilor, personalului paramedical și lucrătorilor sociali cu privire la posibilitățile oferite în materie de asistență medicală transfrontalieră, fiecare stat membru asumându-și responsabilitatea instalării propriului punct de contact național.

4.9 Articolul 14

4.9.1 CESE se pronunță în favoarea acestui articol, care permite garantarea continuității tratamentului în ceea ce privește consumul de medicamente, dar dorește o aplicare strictă, având în vedere riscurile de dezvoltare a consumului exagerat sau chiar a traficului de medicamente. Acesta observă că directiva nu ia în considerare eliberarea de medicamente pe baza unei prescripții medicale restrânse.

4.10 Articolul 15

4.10.1 CESE consideră că acest articol răspunde, în parte, temerilor sale privind inegalitățile de calitate a serviciilor medicale din statele membre. Crearea rețelilor europene de referință trebuie să fie susținută de dezvoltarea tehnologiilor de informare și comunicare, pentru ca orice pacient, indiferent de locul în care trăiește, să poată beneficia de acestea.

⁽³⁾ Asigurare de răspundere civilă

4.10.2 Printre obiectivele rețelelor europene, ar trebui să se numere și:

- în completarea punctului 2 a) „evaluarea și înregistrarea practicilor terapeutice”;
- în completarea punctului 2 d) „recunoașterea diplomelor și monitorizarea codurilor etice”.

4.10.3 În plus, dacă este prevăzută o procedură privind adeziunea membrilor la aceste rețele, CESE reamintește importanța unei evaluări, chiar stabilirea unei proceduri de certificare.

4.10.4 În ceea ce privește lista de criterii și condiții specifice pe care trebuie să le îndeplinească rețelele, CESE dorește ca:

- la punctul 3 a) ix) să se adauge următoarele: „o astfel de colaborare se dovedește absolut necesară, în special cea privind participarea utilizatorilor la definirea duratei justificabile de așteptare”;

Bruxelles, 4 decembrie 2008.

Președintele Comitetului Economic și Social European
Mario SEPI

- la punctul 3 a) x) să se adauge următoarele: „încurajarea recunoașterii și respectării unei carte comune a drepturilor pacientului, care să garanteze aplicarea efectivă a acestor drepturi atât în țara de origine, cât și în caz de asistență medicală transfrontalieră”.

4.11 *Articolul 18*

4.11.1 Colectarea datelor statistice existente în statele membre trebuie să permită efectuarea unui bilanț al procesului de punere în aplicare a directivei. Ar fi de dorit ca acest bilanț să ofere indicatori care să permită identificarea cu mai multă acuratețe a punctelor forte și a celor slabe din cadrul sistemelor de sănătate, precum și identificarea necesităților și preferințelor populației.

4.12 *Articolul 20*

4.12.1 Modalitățile de autorizare prealabilă ar trebui explicitate și trimise Comisiei spre analiză.

4.12.2 S-ar conveni ca acest raport să fie transmis și Comitetului Economic și Social European.

Secretarul general al Comitetului economic și social european
Martin WESTLAKE