

Yttrande från Europeiska ekonomiska och sociala kommittén om "Uppföljning till diskussionsprocessen på hög nivå om patientrörlighet och utvecklingen av hälso- och sjukvården i EU"

(KOM(2004) 301 slutlig)

(2005/C 120/11)

Handläggning

Den 20 april 2004 beslutade kommissionen att i enlighet med artikel 262 i EG-fördraget rådfråga Europeiska Ekonomiska och sociala kommittén om ovanstående yttrande

Facksektionen för sysselsättning, sociala frågor och medborgarna, som svarat för kommitténs beredning av ärendet, antog sitt yttrande den 22 september 2004. Föredragande var **Adrien Bedossa**.

Vid sin 412:e plenarsession den 27–28 oktober 2004 (sammanträdet den 27 oktober) antog Europeiska ekonomiska och sociala kommittén följande yttrande med 170 röster för, 3 röster emot och 6 nedlagda röster:

1. Inledning

De olika former av hälso- och sjukvårdspolitik som förs i Europeiska unionens medlemsstater ligger alltmer i linje med varandra. Som underlag för beslutsfattande genomför dock de nationellt ansvariga politikerna alltför sällan en jämförelse av aktuella system, oavsett om dessa är europeiska eller ej, och när de jämför systemen gör de tyvärr detta utan att säga det.

1.1 Denna utveckling har flera orsaker som överlappar varandra:

- Den första är de stigande förväntningarna från allmänhetens sida, inte bara i Europa utan också utanför.
- Den nyss genomförda utvidgningen av Europeiska unionen innebär att de nya medlemsstaterna måste erbjuda sina medborgare ett alltmer modernt system.
- De betydande tekniska innovationerna skapar förutsättningar för ny praxis och nya behandlingsmetoder som gör det möjligt att ge medborgarna vård av allt högre kvalitet.
- EU-medborgarnas tillgång till ny informationsteknik ger dem möjlighet att göra i det närmaste omedelbara jämförelser av de diagnosmetoder och vårdformer som används i EU:s olika medlemsstater. Detta kan av rimliga och förståeliga skäl leda till krav på ökade resurser i syfte att uppnå bättre resultat.

1.2 Detta kommer med nödvändighet att leda till problem för hälsovårdspolitiken, t.ex. när det gäller kvaliteten på och tillgången till gränsöverskridande hälsovård och patienternas, sjukvårdspersonalens och politikernas informationsbehov.

1.3 Detta gör att man redan nu måste utvärdera den nationella politiken, som måste beakta alla dessa behov, mot

bakgrund av EU:s åtaganden som undan för undan blir mer omfattande och ger Europas medborgare nya rättigheter.

1.4 Denna nya situation sprider ljus över debatten mellan å ena sidan de som menar att denna valmöjlighet kommer att leda till en skadlig destabilisering av de aktuella hälso- och sjukvårdssystemen och hävdar att en begränsning av patienternas rörlighet underlättar en kontroll av kostnaderna och prioriteringarna inom systemen, och å andra sidan de som förespråkar patientrörlighet eftersom detta möjliggör driftskompatibilitet mellan systemen, användning av samma indikatorer, utbyte av bästa praxis och en mer förnuftig koncentration av resurserna. Målet måste givetvis vara att tillämpa det sistnämnda synsättet samtidigt som man drar alla konsekvenser av detta med avseende på harmoniseringen av de nationella systemen.

2. Bakgrund

2.1 I sitt initiativyttrande av den 16 juli 2003⁽¹⁾ definierade Europeiska ekonomiska och sociala kommittén hälsan som en "överordnad nyttighet i vårt samhälle. Detta konstaterande gäller både för den enskilda individen, för familjen och för varje enskild stat." Kommittén sade avslutningsvis att den "anser att insatser inom hälsoområdet skall göras till ett område för gemensamma åtgärder, med respekt för existerande politiska och juridiska ramar".

2.2 I det yttrandet framförde Europeiska ekonomiska och sociala kommittén argument och förslag till arbetsområden och analysmetoder, som återfinns i de båda nya meddelandena som kommissionen den 20 april 2004 lade fram för rådet, Europaparlamentet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén och Regionkommittén.

⁽¹⁾ Initiativyttrande om "Hälso- och sjukvård" (föredragande: **Bedossa**, EGT C 234, 30.9.2003).

2.3 Det aktuella meddelandet behövdes mot bakgrund av offentliggörandet nyligen (den 9 februari) av det senaste förslaget till direktiv om tjänster. Tyvärr har de avsnitt som gäller social- och hälsovårdstjänster uttryckts alltför vagt. Därför har direktivet väckt negativa reaktioner. Dessa punkter i direktivet måste alltså definieras tydligare i syfte att garantera att dessa tjänsters särskilda karaktär beaktas i tillräcklig utsträckning eftersom de anknyter till medborgarnas trygghet och likabehandling.

2.4 En annan anledning till att kommissionen lade fram dessa båda meddelanden samtidigt var att EG-domstolen alltifrån Kroll-domen av den 28 april 1998 till Leichte-domen av den 18 mars 2004 har skapat en rättspraxis som ger EU:s medborgare möjlighet att söka vård i andra EU-medlemsstater. Domstolen har också klargjort under vilka förutsättningar ersättning för vård kan ges.

2.5 Från och med den 1 juni 2004 kan dessa rättigheter styrkas med hjälp av det framtida europeiska sjukförsäkringskortet⁽¹⁾ som kommer att ersätta nuvarande blanketter, bl.a. E111.

2.6 De skilda förutsättningarna för hälso- och sjukvården i de olika länderna i EU kan uppmuntra människor att söka mer effektiva vårdssystem i andra länder, vilket plötsligt kan skapa flaskhalsar eller kapacitetsbrist i europeiska referenscenter. Det finns också en risk för överbelastning av sociala trygghets-system som inte kan klara de ojämna strömmarna av patienter från andra länder. I detta sammanhang kan den omarbetade förordning nr 1408/71 bidra till att skapa en ny och svår situation.

2.7 Vad som måste till är därför att utforma en EU-politik som ger möjlighet att uppnå de bästa resultaten, även om detta innebär att man ändrar de nationella hälso- och sjukvårdssystemens befogenheter när det är absolut nödvändigt.

2.8 Den ingående analysen i Europeiska ekonomiska och sociala kommitténs initiativytrande av den 16 juli 2003 uppvisar en grundläggande överensstämmelse med den diskussion på hög nivå som kommissionen inlett, och de frågor som behandlas i rekommendationerna återfinns och utreds också i detta utkast till yttrande: europeiskt samarbete, sjukvårdspersonalens och politikernas informationsbehov, hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och kvalitet, överensstämmelse mellan den nationella hälso- och sjukvårdspolitikerna och kraven på EU-nivå, osv.

⁽¹⁾ Se EESK:s yttrande om "Meddelande från kommissionen om införandet av det europeiska sjukförsäkringskortet", föredragande **Gérard Dantin**, EGT C 220, 16.9.2003.

3. Allmänna synpunkter

3.1 Meddelandet om patientrörlighet innehåller ett antal konkreta förslag på många områden, som syftar till att integrera det mål om en hög skyddsnivå för människors hälsa som fastställs i fördraget i gemenskapens politik.

3.2 Enligt EU-rätten har EU-medborgare rätt till hälso- och sjukvård i andra medlemsstater och till ersättning för den vården. Genom EG-domstolens rättspraxis och förslaget till direktiv om tjänster på inre marknaden klargörs villkoren för ersättning för vård i en annan medlemsstat än den där patienten är sjukförsäkrad. I verkligheten är det dock inte alltid enkelt att utöva rättigheterna.

3.3 En EU-strategi bör därför också utformas av följande orsaker:

3.3.1 Att främja en EU-samverkan för bättre resursanvändning:

— Patienternas rättigheter och skyldigheter: Kommissionen kommer att vidta åtgärder för att ytterligare utforska möjligheterna att nå en gemensam uppfattning om patienters rättigheter och skyldigheter, både individuella och sociala, på EU-nivå.

— Kapacitetsdelning och gränsöverskridande vård: Kommissionen kommer att stödja arbetet på att utvärdera befintliga vårdprojekt, särskilt Euregio-projekt, och undersöka hur man skall främja bildandet av nätverk mellan projekten så att de inblandade kan lära av varandras bästa lösningar.

3.3.2 I syfte att utforma en tydlig och öppen ram för köp av vårdtjänster, en ram som ansvariga organ i medlemsstaterna skulle kunna använda när de sluter avtal med varandra, kommer kommissionen att be medlemsstaterna att lämna information om befintliga system för köp av vårdtjänster. Informationen skall tjäna som underlag för kommissionsförslag på området:

— Hälso- och sjukvårdspersonal: Kommissionen uppmanar medlemsstaterna att tillhandahålla aktuell och heltäckande statistik om rörlighet för vårdpersonal från de instanser som sköter erkännande av yrkeskvalifikationer. Kommissionen kommer vidare att fortsätta sitt arbete att tillsammans med rådet och Europaparlamentet utforma enkla och tydliga förfaranden för erkännande.

— Kommissionen kommer också att arbeta vidare tillsammans med medlemsstaterna på sekretessfrågorna i samband med det informationsutbyte som fri rörlighet för vårdpersonal förutsätter.

— Kommissionen uppmanar medlemsstaterna att arbeta med frågor kopplade till nutida och framtida brist på vårdpersonal.

— Europeiska referenscenter: Kommissionen kommer att offentliggöra en anbudsinfordran inom ramen för folkhälso-programmet för att kartlägga referenscentren innan förslag utformas.

— Medicinsk teknologiutvärdering: Kommissionen kommer att inrätta en samordningsfunktion för utvärdering av medicinsk teknologi. Kommissionen kommer att lägga särskilda förslag för detta ändamål.

3.3.3 Att uppfylla patienternas, vårdpersonalens och beslutfattarnas behov av information:

— Informationsstrategi för vården: Att uppmana kommissionen att utarbeta en ram för hälso- och sjukvårdsinformation på EU-nivå med utgångspunkt i resultaten av folkhälso-programmet, inbegripet identifiering av olika informationsbehov utifrån de politiska beslutfattarnas, patienternas och de yrkesverksammas perspektiv. Detta område omfattar även frågan om hur sådan information kan erhållas. Hänsyn bör tas till relevant arbete inom Världshälsoorganisationen och OECD.

— Motivation och utrymme för gränsöverskridande vård: I syfte att undersöka anledningarna till att patienterna söker sig över gränserna, berörda specialiseringar, de bilaterala avtalens kännetecken osv., kommer kommissionen att föreslå att en särskild undersökning genomförs inom ramen för folkhälsoprogrammet. Den kommer också att behandlas i forskningsprojektet "Europe for patients".

— Uppgiftsskydd: Kommissionen kommer tillsammans med medlemsstaterna och nationella dataskyddsmyndigheter att arbeta för att förbättra kunskapen om reglerna om uppgiftsskydd inom hälso- och sjukvården.

— E-hälsovård: Kommissionen har uppmanats att ange EU-principer som fastställer behörighets- och ansvarsområden för alla dem som sysslar med e-hälsovård, och kommissionen tänker bereda frågorna ytterligare i samband med arbetet på handlingsplanen för e-hälsovård enligt vad som anges i meddelandet om e-hälsovård (e-Health – making healthcare better for European citizens: an action plan for a European e-Health area).

3.3.4 Att stärka EU:s roll när det gäller att uppfylla målsättningarna för vården:

— Bättre integrering av målsättningarna för vården i all politik och verksamhet i EU: Kommissionen kommer tillsammans med medlemsstaterna att samla in information om hur tillträde till vård i andra medlemsstater fungerar i deras länder och vad de har för betydelse, och att därvid särskilt beakta tillträde i kraft av EU-rätten.

— Kommissionen kommer dessutom att bygga vidare på befintliga projekt om vårdkonsekvensanalyser och sträva efter att konsekvenserna på hälso- och sjukvården av kommande kommissionsförslag beaktas i det övergripande konsekvensanalysarbetet.

— En instans som stödjer samarbetet om hälso- och sjukvård: Kommissionen har uppmanats att överväga en permanent instans på EU-nivå som skall stödja EU-samverkan inom hälso- och sjukvård och bevaka EU-nivåns inverkan på vårdsystemen. Kommissionen har därför inrättat Högnivågruppen för hälso- och sjukvård.

3.3.5 Att öka investeringarna i vården och tillhörande infrastruktur för att möta utvidgningen:

3.3.5.1 I diskussionsprocessens rapport uppmanas kommissionen, medlemsstaterna och de anslutande staterna att undersöka om det går att ge investeringar i hälso- och sjukvård, vårdinfrastruktur och utveckling av vårdkompetens prioriterad status för finansiering genom befintliga EU-instrument, särskilt i mål 1-områden. EU stöder faktiskt redan investeringar i hälso- och sjukvård i de nuvarande medlemsstaterna, ifall de berörda länderna och regionerna har prioriterat sådant stöd. Det kommer således an på regionerna och länderna att genomföra den rekommendationen. De måste ge satsningar på hälso- och sjukvård samt tillhörande infrastruktur prioriterad status för EU-stöd. Kommissionen kommer att arbeta tillsammans med medlemsstaterna i Högnivågruppen för hälso- och sjukvård och i de instanser som förvaltar ifrågasvarande finansinstrument och försöka se till att folkhälsoområdet får tillräckligt utrymme i den övergripande planeringen. Behoven av EU-investeringar i vårdinfrastruktur bör också angripas inom ramen för arbetet på EU:s nya budgetplan från 2006.

4. Särskilda kommentarer

4.1 Patienternas fria rörlighet i medlemsstaterna skapar flera problemkomplex vilkas konsekvenser måste beräknas, utvärderas, analyseras och beaktas. För det första måste man skaffa ingående kännedom om de olika befintliga sociala trygghetssystemen, vilket innebär att på ett dynamiskt sätt och under bästa möjliga villkor upprätta en förteckning över de kriterier på vilka de bygger, bland annat genom en beskrivning av nuvarande och framtida utvecklingstendenser.

4.2 Förebyggande hälsovård är givetvis ett av huvudmålen, eftersom detta kan och måste göra det möjligt att uppnå betydande besparingar och utgör den bästa angreppsmetoden när det gäller hälso- och sjukvårdspolitik: Det ligger ovedersägligen ett stort värde i förebyggande insatser mot trafikolyckor, spridning av aids och tobakskonsumtion. De sammantagna effekterna av förebyggande insatser på dessa områden ger imponerande resultat.

4.3 Till denna givetvis ofullständiga förteckning kan fogas förebyggande insatser på områden som i nuläget tilldrar sig uppmärksamhet från alla intressenter, vårdpersonal, massmedia och politiker: missbruk av droger (narkotika, alkohol, mediciner), främjande av goda levnadsvanor (motion, näringsrik kost, vila) samt arbetsplatsolyckor och yrkessjukdomar.

4.4 Att utvärdera dessa individuella, sociala och familjerelaterade riskfaktorer ger en indikation på omfattningen av för tidig dödlighet, som skulle kunna undvikas, och härtill relaterade kostnader.

4.5 Den tekniska utvecklingen på läkemedelsområdet och när det gäller undersökningsmetoder bör leda till att föråldrad teknik verkligen ersätts med ny teknik.

4.6 I första hand måste man uppnå ökad effektivitet, något som i slutändan är mer ekonomiskt för samhället i stort, även om sociala och kulturella intressen eller branschintressen lägger hinder i vägen för de nödvändiga alternativa lösningarna.

4.6.1 Målet är att stödja sökandet efter mer specifika och effektiva åtgärder, vilket skall leda till att socioprofessionella aktörer uppmuntras att ta initiativ som syftar till att förbättra den gemensamma hälso- och sjukvårdspolitiken.

4.7 Om patientrörligheten planeras korrekt bör Europeiska unionen kunna garantera att de som söker vård utomlands får tillgång till olika centrum för vetenskaplig spetskompetens för hälso- och sjukvård, och att dessa inte koncentreras enbart till de rikaste länderna, som har gjort tunga investeringar i sina

hälso- och sjukvårdssystem. Europeiska unionen måste därför stödja införandet av utvärderings-, certifierings- och godkännandeförfaranden som gör det möjligt att utnyttja ny teknik och nya behandlingsmetoder: Sjukhusens och övriga vårdinrättningars effektivitet måste bygga på dessa godkännande- och certifieringsförfaranden.

4.8 Genom denna kvalitetskampanj bör Europeiska unionen inom sitt territorium kunna kartlägga det nätverk av vårdinrättningar som tack vare de vetenskapsmän och den högkvalificerade vårdpersonal som verkar där kan fungera som referenscentrum; och det är inte orimligt att hoppas på att sådana centrum snabbt byggs upp i vissa av EU:s 25 medlemsstater, framför allt om unionen utformar en mekanism för att övervaka, analysera och utbyta information om nationell politik, med respekt för de grundläggande principerna i fördragen, bland annat subsidiaritetsprincipen och principen om nationell behörighet.

4.9 Av samma skäl är det viktigt att inte glömma att folkhälsoindikatorerna måste harmoniseras. Harmonisering är på sin plats för att höja kunskaperna om målen med EU:s hälso- och sjukvårdspolitik: nyckelindikatorer för mortalitet, mortalitet som kan undvikas, sjuklighet och sjuklighet som kan undvikas, som inte nödvändigtvis uppfattas på samma sätt i EU:s alla medlemsstater.

4.10 Skillnaderna visar att resultaten kan förbättras om hälso- och sjukvården förs upp till den nivå som gäller i det mest högpresterande landet. I nuläget är femårsöverlevnaden i lungcancer inte densamma i Frankrike och Polen. Behandlingen av blodsjukdomar (leukemier) ger inte samma resultat i England som i Frankrike, beroende på vilket behandlingsprotokoll som används.

4.11 Upplysning till patienter, vårdpersonal och politiker är ett grundläggande mål i kommissionens politik.

4.12 Hälsouppllysning till patienter förbättrar EU-medborgarnas kunskaper i hälsofrågor, t.ex. i fråga om förväntningar och beteende. Hälsan uppfattas i dag som en absolut tillgång och utgör i samtliga fall ett tillstånd som de ansvariga myndigheterna skall värna. Om dessa förväntningar skall kunna uppfyllas måste de resurser som avsätts till hälsoändamål öka, främst till vård men också förebyggande vård och miljö, för att de sociala trygghetssystemen inte ständigt skall destabiliseras.

4.13 Hälsoskyddet har blivit en rättighet och en ny makt som EU-medborgarna har tillägnat sig ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Initiativyttrande under utarbetande: "Hälsoskydd: en kollektiv skyldighet, en ny rättighet". – Föredragande: Adrien Bedossa (SOC/171).

4.14 Tekniska lösningar, respekt för den personliga integriteten, hantering av gemensam tillgång till patientjournaler, informationsfrihet och uppgiftsskydd är några av de frågor som måste diskuteras så öppet som möjligt, så att berörda parter får ökad medvetenhet om dem. Diskussionen måste pågå oavbrutet, eftersom utvecklingen är så snabb och eftersom besluten är svåra att fatta eller måste fattas skyndsamt. Var och en av dessa faktorer är en viktig fråga för de tre aktörerna inom hälsoområdet.

4.15 Att skapa överensstämmelse mellan de nationella målen och kraven på EU-nivå: En jämförande analys av hälso- och sjukvårdssystemen ger upphov till svåra strategiska överväganden, som måste kunna användas för att främja det europeiska samarbetet på hälso- och sjukvårdsområdet samt utvärdera Europeiska unionens inverkan på hälso- och sjukvårdssystemen. Övergripande frågor som kan få allvarliga konsekvenser måste exempelvis studeras mer ingående: god praxis och effektivitet i vården, åldrandet och vården, hälso- och sjukvård i EU:s nya medlemsstater samt utvärdering av olika faktors inverkan på hälsan.

4.16 Det är också angeläget att undersöka hur rättssäkerheten skall kunna upprätthållas utan att patienters rätt att söka högkvalitativ vård i en annan EU-medlemsstat begränsas. På detta område måste adekvata förslag läggas fram (i syfte att klargöra rättspraxis, förenkla reglerna för samordning av de sociala trygghetssystemen och underlätta ett tväreuropeiskt samarbete).

4.17 Den mest oväntade men samtidigt mest värdefulla nyheten i kommissionens meddelande är att Sammanhållningsfonden och strukturfonderna skall kunna användas till att främja investeringar på hälso- och sjukvårdsområdet, utveckling av vårdinfrastrukturen och den medicinska kompetensen. Dessa områden är numera prioriterade mål för gemenskapens finansiella instrument.

4.18 Europeiska ekonomiska och sociala kommittén instämmer helt i detta beslut: Ett nytt fält öppnar sig där Europeiska unionen kan utvecklas och göra nya framsteg, särskilt mot bakgrund av Lissabonstrategin.

4.19 EESK ställer sig avslutningsvis principiellt bakom kommissionens inställning när det gäller vårdpersonal. Utvecklingen av vårdssystemen bygger på en dynamik som omfattar olika yrkeskategorier och kvalifikationer. Hälsovården förutsätter utbildad, högkvalificerad personal och fortbildningsprogram för livslångt lärande.

4.20 Europeiska ekonomiska och sociala kommittén måste höja medvetenheten om den utmaning som hälso problemen

utgör för Europeiska unionen, sammanhållningen och kapaciteten att bli världens främsta kunskapsekonomi.

4.21 Problemen måste förebyggas och analyseras så att arbetskraftens rörlighet kan främjas utan att de nationella systemen för den skull destabiliseras. EESK räknar med att det direktivförslag om kvalifikationer och kompetens som snart skall antas är ett avgörande, värdefullt och nödvändigt dokument för genomförandet av inre marknaden.

4.22 De föreslagna bestämmelserna är värdefulla och väl utformade. Europeiska ekonomiska och sociala kommittén anser dessutom att en harmonisering av uppförandekodexerna för all vårdpersonal också kommer att vara av stort värde och tror att förslaget kommer att tas väl emot.

4.23 Allt detta syftar till att motverka den brist på vårdpersonal som man räknar med för de kommande åren. Investeringar i vårdräkna betalar sig och är av stort värde om man vill kunna erbjuda Europeiska unionens medborgare en vård av hög kvalitet.

4.23.1 Att förbättra folkhälsan och hälso- och sjukvården genom informations- och kommunikationsteknik:

4.24 Europeiska ekonomiska och sociala kommittén anser att detta område inrymmer de starkaste argumenten för att reformera hälso- och sjukvårdssystemen och förbättra kvaliteten i EU. Flera åtgärder har redan föreslagits.

— Den datoriserade gemensamma tillgången till patientjournaler gör det möjligt att ge alla medborgare rätt till socialt skydd, hälsovård och bättre kunskap om den egna hälsan. Detta system gör det dessutom möjligt att undvika dels missbruk och tendenser till överflödiga utgifter, dels användning av läkemedel som är inkompatibla med varandra och "patientnomadism" inom sjukvården. Vidare underlättas mottagning och registrering av patienten och information till denne.

— E-hälsovården förväntas bli mycket framgångsrik när det gäller fjärrkonsultation av experter och annan vårdpersonal och för att patienten skall kunna få den information han eller hon har rätt att kräva.

— Användning av sjukförsäkringskort som gör det möjligt att omedelbart kontrollera en patients rättigheter och situation i socialförsäkringshänseende.

— Alla nuvarande och framtida tillämpningar som kan användas för att förbättra förvaltningen av systemen, utforma hälso- och folkhälsostrategier, skapa effektiva databaser, utvärdera leverantörernas produktivitet och samla in detaljuppgifter om konsumtionsmönstren.

4.25 Informationsnätverk finns nu på plats, helt i linje med patientorganisationernas krav. Det är dock nödvändigt att värna om tystnadsplikten i förhållandet mellan patient och läkare.

5. Europeiska ekonomiska och sociala kommitténs förslag

5.1 I sitt yttrande av den 16 juli 2003 konstaterade Europeiska ekonomiska och sociala kommittén att denna politik är mycket viktig och lade fram förslag som kommissionen redan tycks ha tagit till sig, med tanke på att det går en röd tråd genom kommissionens hela argumentation.

5.2 Samarbetet mellan medlemsstaterna måste utmyнна i gemensamma mål som kan tjäna som underlag för nationella planer, och genom att välja ut lämpliga indikatorer möjliggörs en noggrann övervakning av utvecklingen av den hälso- och sjukvårdspolitik som EU:s olika medlemsstater för.

5.3 Kommittén erinrar om att det finns ett redskap som är helt oumbärligt. Det bör inrättas en observationsgrupp eller byrå som kan sammanställa kommentarer, analyser och meningsutbyten om hälso- och sjukvårdspolitiken i olika länder, varvid full hänsyn måste tas till gällande fördrag, subsidiaritetsprincipen och principen om nationell behörighet: förbättringen av hälso- och sjukvårdens kvalitet, de offentliga myndigheternas och förvaltningarnas strävan att öka effektiviteten i samtliga offentliga och privata vårdinrättningar, etablering av centrum för vetenskaplig spetskompetens och skapande av nätverk mellan dessa i såväl rikare som fattigare länder i EU.

5.4 Det bör föras en verksam och varaktig sysselsättningspolitik i syfte att motverka de bristsituationer som förutses, utan att invänta en ökning av efterfrågan.

5.5 Man bör stödja en politik för hälsouppllysning baserad på resultaten av hälso- och sjukvårdsprogrammen och kartlägga vilka informationsbehov som finns bland aktörerna inom systemet – patienter, vårdpersonal, offentliga myndigheter. Här kan sådana källor som Världshälsoorganisationen och OECD utnyttjas.

5.6 Europeiska ekonomiska och sociala kommittén ställer sig helt bakom kommissionens avsikt att använda den öppna samordningsmetoden (se EESK:s yttrande från juli 2003).

Rutiner och bestämmelser för denna bör i ett tidigt skede fastställas i detalj och bland annat ha följande viktiga inslag:

- Utbyte av välfungerande lösningar (legitimering), kvalitetsnormer, jämlik bedömning av yrkeskvalifikationer, ömsesidigt erkännande av praxis vars kostnadsbesparande effekter bör specificeras med tanke på de stora skillnaderna mellan olika nationella system.
- Relevanta indikatorer för strukturer och praxis.
- Förbättrad tillgång till hälsovårdsprodukter med hänsyn tagen till innovationsbehov, kamp mot utbredda sjukdomar som aids, tuberkulos och malaria i de fattigaste länderna, samt insatser för att minska slöseriet.
- Samordning av de nationella systemen i syfte att undvika social dumpning och kompetensflykt till andra länder.
- Inre marknaden för läkemedel måste bli verklighet.

6. Slutsats

6.1 Europeiska ekonomiska och sociala kommittén är fullt medveten om att de tre senaste meddelandena är frukten av diskussioner mellan de fem berörda generaldirektoraten inom Europeiska kommissionen.

6.2 Detta är ett bevis för att gemenskapen har insett hälso- och sjukvårdspolitikens betydelse i samband med förverkligandet av inre marknaden och utvidgningen.

6.3 Detta är en av de första gångerna som fem av kommissionens generaldirektorat kombinerat sin politiska vilja, sin kompetens och sina resurser för att uppnå följande mål: att ge Europas olika länder möjlighet att samordna sin hälso- och sjukvårdspolitik och sina sociala trygghetssystem till förmån för Europeiska unionens alla medborgare.

6.4 Europeiska ekonomiska och sociala kommittén vill mot denna bakgrund att det inom kommittén inrättas en permanent arbetsgrupp med begränsad omfattning. Gruppen skall följa upp hälso- och sjukvårdspolitiken och ge EESK möjlighet att bidra med sina insikter och sin sakkunskap på detta område som är så känsligt och av så stor betydelse för Europeiska unionens medborgare.

Bryssel den 27 oktober 2004

Europeiska ekonomiska och sociala kommitténs

ordförande

Anne-Marie SIGMUND