

Streszczenie „Sprawozdania podsumowującego odpowiedzi zebrane w ramach konsultacji w sprawie działań Wspólnoty dotyczących usług zdrowotnych”

STRESZCZENIE

Niniejsze sprawozdanie podsumowuje odpowiedzi otrzymane w ramach publicznych konsultacji zainicjowanych przez Komisję w dniu 26 września 2006 r. w sprawie działań Wspólnoty dotyczących usług zdrowotnych. Zważywszy, że odpowiedzi wpłynęły od szerokiego grona zainteresowanych stron, niniejsze sprawozdanie nie ma na celu przedstawienia statystycznie reprezentatywnego badania opinii. Poglądy respondentów opisane w sprawozdaniu niekoniecznie w każdym przypadku odzwierciedlają opinie większości zainteresowanych stron danego sektora społeczeństwa lub danej grupy ludności. Należy podkreślić, że niniejsze sprawozdanie jest jedynie próbą trafnego oddania treści odpowiedzi przekazanych służbom Komisji. Nie prezentuje się w nim stanowiska w sprawie otrzymanych uwag ani nie próbuje się skorygować nieporozumień czy nieścisłości co do faktów, które, jak się wydaje, w niektórych przypadkach leżą u podstaw poglądów niektórych respondentów. Sprawozdanie to nie wyraża zatem stanowiska służb Komisji, ani też służby Komisji nie podzielają wszystkich zawartych w nim opinii.

Mimo pewnych przykładów, występuje wyraźny niedostatek aktualnych i kompletnych danych na temat opieki transgranicznej. Wielu respondentów zgodziło się z szacunkami zawartymi w komunikacie Komisji w sprawie konsultacji, według których na opiekę transgraniczną przeznaczają się około 1 % łącznych wydatków na opiekę zdrowotną i przewiduje się wzrost tego wskaźnika. Zjawisko to może przybierać znacznie większe rozmiary w określonych okolicznościach, na przykład w regionach granicznych, w mniejszych państwach członkowskich, w przypadku rzadkich chorób oraz rejonów odwiedzanych przez wielu przyjezdnych z zagranicy. Mechanizmy opieki transgranicznej (na podstawie rozporządzeń o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub przepisów w zakresie rynku wewnętrznego) mają różne skutki dla finansów publicznych i dla obywateli, w szczególności zależnie od względnych kosztów opieki w kraju pochodzenia pacjenta i kosztów leczenia zagranicznego. Ponadto, mimo że ogólna liczba obywateli korzystających z opieki transgranicznej pozostaje względnie niewielka, ten rodzaj opieki może mieć oczywiście duże znaczenie dla jednostek.

Respondenci dostrzegają potrzebę zapewnienia pacjentom obszerniejszych informacji na temat opieki transgranicznej oraz większej przejrzystości tych informacji. Przedstawiono szereg propozycji praktycznych rozwiązań w tym zakresie. Większa jasność jest potrzebna także w przypadku instrumentów kontroli przepływów pacjentów w opiece transgranicznej, zwłaszcza odnośnie do warunków, w których uzasadniony jest wymóg uprzedniej zgody na opiekę transgraniczną oraz w których można jej odmówić. Propozycje zmian zgłoszone przez respondentów dotyczą jasnej informacji dla pacjentów, skutecznych i przejrzystych procedur decyzyjnych, podejścia ukierunkowanego na pacjenta, standardów opartych na dowodach naukowych, prawa do odwołania się od decyzji odmownej oraz wyjątków dla regionów granicznych. Doprecyzowania wymaga również wycena opieki transgranicznej i definicja „usług zdrowotnych” w ramach działań wspólnotowych.

Istnieje szeroki konsensus co do tego, że nadzór kliniczny powinien pozostawać w gestii kraju, w którym prowadzone jest leczenie. Istotne znaczenie ma jednak współpraca z odpowiednimi organami w kraju pochodzenia pacjenta, zwłaszcza w takich przypadkach, jak koordynowana opieka transgraniczna i międzynarodowy transport pacjenta. Są także szczególne sytuacje, jak np. kontrolowanie zakażeń szpitalnych, w których każdy podział zadań będzie powodował trudności praktyczne. Wielu respondentów doceniało wsparcie Unii Europejskiej dla organów krajowych w osiąganiu wysokiego poziomu jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej, np. poprzez opracowywanie wytycznych i wskaźników lub wprowadzenie systemu zgłaszania spraw dotyczących bezpieczeństwa pacjenta bez ponoszenia odpowiedzialności. Jako praktyczne rozwiązania zmierzające do zapewnienia ciągłości opieki proponowano systemy wymiany danych pacjentów, standardowy wzór karty informacyjnej pacjenta i europejską receptę. Zdaniem wielu respondentów należy także wprowadzić większą jasność w zakresie praw pacjenta.

Szeroka zgoda istnieje również co do tego, że prowadzący leczenie powinien być odpowiedzialny za jakąkolwiek powstałą szkodę oraz zobowiązany do jej wynagrodzenia. Jednakże zdania respondentów były podzielone, jeśli chodzi o potrzebę większej jasności prawa dotyczącego odpowiedzialności w przypadku transgranicznej opieki zdrowotnej w zakresie wykraczającym poza obowiązujące przepisy międzynarodowego prawa prywatnego. Zgłoszono jednak wiele propozycji praktycznych rozwiązań, takich jak ustanowienie alternatywnych systemów rozstrzygania sporów w opiece transgranicznej (być może w oparciu o już istniejące sieci, takie jak SOLVIT), wymóg obowiązkowego ubezpieczenia świadczeniodawców opieki zdrowotnej lub wprowadzenie europejskiego systemu odszkodowań przyznawanych bez ustalania winy.

Niektórych respondentów niepokoi możliwość, że opieka transgraniczna zagrozi udzielaniu opieki zdrowotnej w ich krajach, w szczególności w odniesieniu do ustalania kolejności leczenia poszczególnych pacjentów i rzetelnej wyceny udzielonej opieki transgranicznej. Z drugiej strony, niektóre zainteresowane strony stwierdziły, że wzrost liczby przypadków leczenia transgranicznego mógłby mieć korzystny wpływ na udzielanie opieki w kraju.

Wielu respondentów dostrzega potrzebę lepszego monitorowania mobilności personelu medycznego. Zwracano także uwagę na kwestie związane z przepisami wspólnotowymi w zakresie uznawania kwalifikacji zawodowych, jednak zdaniem wielu zainteresowanych stron należy wstrzymać podejmowanie jakichkolwiek nowych działań do czasu wdrożenia dyrektywy 2005/36/WE. Niektórzy respondenci, zwłaszcza z nowych państw członkowskich, podnosili również kwestię radzenia sobie ze skutkami mobilności personelu medycznego. Kilka zainteresowanych stron podkreślało potrzebę większej jasności przepisów dotyczących zakładania placówek opieki zdrowotnej w innych państwach członkowskich, w szczególności w odniesieniu do aptek i gabinetów stomatologicznych. Większość respondentów koncentrowała się jednak na praktycznych aspektach transgranicznego świadczenia usług przez apteki, proponując np. opracowanie elektronicznej recepty. Wiele zainteresowanych stron generalnie uważa rozwiązania teleinformatyczne za kluczowy obszar dla przyszłego rozwoju, choć za priorytetowe wyzwanie uznano teleradiologię, której należy poświęcić więcej badań.

Ponadto respondenci wskazali na pewne szczególne kwestie związane ze stosowaniem w praktyce obowiązujących rozporządzeń o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego i przedstawili szereg propozycji zmian w tym zakresie. Respondenci wymieniali także obszary, w których potrzebne jest praktyczne wsparcie: europejska sieć ośrodków referencyjnych, obserwatorium danych i wskaźników porównawczych, ocena

technologii medycznych, usprawnienie udostępniania innowacji w opiece zdrowotnej oraz wsparcie dla skutecznego wykorzystania potencjalnych inwestycji w ochronie zdrowia poprzez fundusze strukturalne. Wielu respondentów opowiedziało się jednak za racjonalizacją na poziomie europejskim działań i zasobów w zakresie opieki zdrowotnej; niektórzy twierdzili także, że w działania Wspólnoty powinny włączyć się władze regionalne.

Reasumując, respondenci w zasadzie z zadowoleniem przyjęli inicjatywę Komisji w sprawie działań Wspólnoty dotyczących usług zdrowotnych. Większość rządów państw członkowskich i wiele innych zainteresowanych stron wyraziło życzenie, by wniosek Komisji dotyczący usług zdrowotnych opierał się na „*Konkluzjach Rady w sprawie wspólnych wartości i zasad systemów opieki zdrowotnej UE*”¹. W wielu odpowiedziach (zwłaszcza udzielonych przez rządy państw członkowskich, związki zawodowe i osoby korzystające z opieki zdrowotnej) podkreślano, że jakiegokolwiek działania Wspólnoty oddziałujące na systemy ochrony zdrowia powinny być zgodne z zasadą pomocniczości, odnosząc się w szczególności do art. 152 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską. Inni twierdzili, że zasada pomocniczości nie powinna stać na przeszkodzie stosowaniu podstawowych wolności UE. Co do ogólnego podejścia, większość respondentów zajęła stanowisko, że najbardziej efektywne byłoby połączenie narzędzi „wspierających” (takich jak współpraca w sprawach praktycznych lub „otwarta metoda koordynacji”) oraz środków wiążących prawnie, choć niektórzy nie widzieli potrzeby wprowadzania żadnych środków prawnych. Wśród opinii na temat formy regulacji prawnej wyróżniały się dwa główne stanowiska, podzielane przez różnych respondentów. Niektórzy z nich opowiadali się za tym, by wszelkie zmiany były wprowadzane w ramach rozporządzeń o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, podczas gdy inni respondenci są zwolennikami nowej dyrektywy o usługach zdrowotnych.

¹ 2733 posiedzenie Rady ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów, Luksemburg, 1-2 czerwca 2006 r.