

Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomitee Arvamus teemal „Ettepanek: Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius”

KOM(2008) 414 lõplik – 2008/0142 (COD)
(2009/C 175/22)

23. juulil 2008. aastal otsustas nõukogu vastavalt EÜ asutamislepingu artiklile 262 konsulteerida Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomiteega järgmises küsimuses:

„Ettepanek: Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius”

KOM(2008) 414 lõplik – 2008/0142 (COD).

Asjaomase töö ettevalmistamise eest vastutav sektsioon võttis arvamuse vastu 4. novembril 2008. Raportöör oli Lucien BOUIS.

Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomitee võttis täiskogu 449. istungjärgul 3.–4. detsembril 2008. aastal (4. detsembri istungil) vastu järgmise arvamuse. Poolt hääletas 80, vastu hääletas 3.

1. Järeldused ja soovitused

1.1 Kuna komitee on käsitlenud tervishoiu ja patsiendiõigustega seotud probleeme mitmetes arvamustes, siis võtab ta kõnealuse direktiivi ettepaneku arutlusse, eelkõige seetõttu, et lisaks Euroopa Kohtu otsustele vastuse esitamisele puudutab kõnealune ettepanek patsiendiõigusi ja tervishoiupoliitikate kooskõlastamist liikmesriikide vahel.

1.2 Ettepanekus kinnitatakse, et tervishoiusüsteemid kuuluvad liikmesriikide pädevusse ja ei muudeta ravikulude hüvitamise tavaid. Kuid ettepaneku sätetel on pikaajaliselt kindlasti mõju solidaarsusel põhinevatele tervishoiusüsteemidele ja nende rahastamise jätkusuutlikkusele. Komitee tõstatab seega küsimuse konkreetsete rakendamismeetmete kohta seoses subsidiaarsuse põhimõttega tervishoiupoliitikas ning esitab mõned märkused ja soovitused.

1.3 Tundes muret selle üle, et tervishoiualased erinevused võivad ühiskonna eri rühmade vahel suureneda, soovib komitee, et direktiivi lisatakse viide, et tervishoiuteenuseid tuleb osutada kõigi inimeste võrdsuse põhimõtte alusel ning et juurdepääsul ravile tuleb eelisõigus anda neile inimestele, kellel on suurim vajadus tervishoiuteenuste järele ja/või kellel on kõige piiratum sotsiaalkindlustus.

1.4 Kõigi tervishoiuteenuste kasutajate põhiõigus saada vajalik kvaliteedi- ja ohutustagatis toob kaasa kohustusi standardimise, sertimise ning materiaalsete ja inimressursside hindamise ja tervishoiu korraldamise osas.

1.5 Piiriülestele tervishoiuteenustele juurdepääsu tagamise eelduseks on, et liikmesriikide tervishoiuasutused täiendaksid ja taseksid üksteist, seda nii tehniliste teenuste kui ka inimressursside, meditsiiniseadmete ja teenusepakkujate vastutuse osas. See eeldab Euroopa poliitikat tervishoiutöötajate koolitamine ja tervishoiuasutustele seadmete hankimise toetamiseks. Erilist tähelepanu peaks pöörama mõningatele patsientide suurema liikuvusega seonduvatele meditsiinilistele riskidele.

1.6 Komitee arvates ei peaks ettepanekuga üldistama patsientide liikuvust, vaid pakkuma välja raamistikku, mis võimaldaks kõnealust õigust kasutada, unustamata samas vajadust pakkuda kvaliteetset tervishoiuteenust patsiendile võimalikult lähedal. Loodud mehhanismid ei tohiks olla ebaproportsionaalselt suured võrreldes piiriülese tervishoiu ulatusega.

1.7 Komitee tunneb muret selle pärast, et direktiivis tehakse vahet haiglaravil ja haiglavälisel ravil. Vahetegemine põhineb rohkem rahalistel aspektidel kui liikmesriikide tervishoiuasutuste tegelikkusel. Seetõttu soovib komitee kooskõlas subsidiaarsuse põhimõtte ja asutamislepingu artikli 86 lõikega 2, et liikmesriigid määratleksid ise, mida nad mõistavad haiglaravi või haiglavälise ravi all.

1.8 Juurdepääs kõikidele kodanikele teises liikmesriigis pakutavatele tervishoiuteenustele peab olema tagatud diskrimineerimata, vastavalt asutamislepingu artiklis 13 sätestatule ja austades patsiendiõigusi, nii nagu need on määratlenud EMSK⁽¹⁾. Eelkõige tuleb lähtuda sellistest Euroopa tervisekaartide ja tervisekontrolli kaartidest, mis on nõuetekohaselt täidetud ja mis on kättesaadavad nii tervishoiutöötajatele kui ka patsientidele endile.

1.9 Tõhus teabevahetuspoliitika osutub piiriüleses tervishoius seda olulisemaks, et vaid teabevahetuse abil saab tervishoiuteenustele juurdepääsu puhul maksmata panna võrdsuse põhimõtte ja võimaldada tervishoiuteenuste kasutajatel teha vabu ja teadlikke otsuseid. Teabevahetuspoliitika kujundamine kuulub liikmesriikide pädevusse.

1.10 Lisaks puudutab teave kahju tekkimise korral apellatsioonisüsteeme ja juhiseid kohtuvaidluste käsitlemiseks. Selleks oleks asjakohane luua ühenduse teabepunkt ning vajalik oleks apellatsiooni esitamine patsiendi asukohariigi kohtusse. Muu hulgas soovitab komitee kohustuslikku ravikindlustussüsteemi laiendada kõikidele tervishoiutöötajatele.

1.11 Tervishoiuteenuste kättesaadavusel esineva ebavõrdsuse vähendamiseks peaks ravikulude tagantjärele hüvitamisel pöörama tähelepanu hüvitamise tähtaegadele, ravitavade, ravimite või ravi-seadmete kätetoimetamise erinevustele ravi osutava riigi ja kindlustajariigi vahel.

1.12 Hüvitamissüsteemis peab tähelepanu pöörama ka ebavõrdse kohtlemise riskile või isegi kohtuvaidlustele, mis võivad tekkida ebaühtsetest ja riiklikes ravikindlustussüsteemides esinevatest järgmistest omapärastest: ravikulude otsene hüvitamine, patsiendi omavastutus, erinevad honorarid, saatekirja nõudvad arstid, ravi kodifitseerimine jne.

1.13 Kõik teabevahetussüsteemid peavad vastama mitte ainult edastatud teabe ohutuse ja kvaliteedinõuetele, vaid ka võimaldama inimestel teha vabu valikuid ja lihtsustama majandusliku konkurentsivõime, ühtekuuluvuse, sotsiaalse õigluse ja kollektiivse solidaarsuse ühildamist.

1.14 Riiklikud kontaktpunktid peavad kõnealuse teabe edastamiseks suhtlema organisatsioonidega, kes esindavad töötajaid, perekondi ja tervishoiuteenuste kasutajaid ja olema tihedas koostöös ravikindlustusasutustega. Nad peavad tegelema ka arstide, parameeditsiinilise personali ja sotsiaaltöötajate teavitamise ja koolitamisega piiriülese tervishoiu võimaluste osas.

1.15 Erilist tähelepanu tuleb pöörata tervishoiuteenuste järjepidevusele, patsientide seisundi edasisele jälgimisele, ravivahendite kohandamisele ning ravimite kasutamisele. Selleks on vaja tervishoiutöötajate ja tervishoiustruktuuri vahelist kooskõlastamist raviosalevate spetsialistide ja patsientide pikaajalise ravi protokollis osas.

1.16 Euroopa tugikeskuste võrgustike loomisel tuleb arendada täielikult koostalitlusvõimelist teabe edastamise tehnoloogiat, mida patsiendid saaksid kasutada hoolimata nende elukohast. Ekspertteadmiste vahetamine peaks võimaldama parandada liikmesriikide süsteemide kvaliteeti nii, et sellest saaks kasu kõik sidusrühmad: organisatsioonid, tervishoiutöötajad, patsiendid jt.

1.17 Liikmesriikide kogutud statistiliste andmete ühte koondamine peaks võimaldama teha direktiivi kohaldamisest kokkuvõtte. See peaks võimaldama ka koostada näitajaid, mille abil saaks tutvuda tervishoiusüsteemi tugevate ja nõrkade külgede ning elanike vajaduste ja eelistustega. Kõnealuse aruande peaks esitama ka komiteele, kes kohustub küsimust jälgima ja vajaduse korral koostama uusi omaalgatuslikke arvamusi.

1.18 Tõelise patsiendiõiguse kohaldamiseks piiriüleses tervishoius on vaja kohandamisega, et muuta põhjalikult tervishoiutavasid ning tervishoiutöötajate hoiakuid ja koolitust. Selleks tuleb liikmesriikide õigusaktidesse lisada tervishoiuvaldkonna eri sidusrühmade vastastikuste õiguste ja kohustuste Euroopa harta põhimõtted.

1.19 Komitee arvates on ilmselge, et valitud lähenemisega ei suudeta täielikult lahendada subsidiaarsuse küsimust tervishoiuteenuste valdkonnas ega rahuldada vajadust ühtse tegutsemisviisi järele piiriüleses ravis. Nii võimaldatakse tõlgendamise erinevusi, mille tulemusena võivad nii patsiendid kui ka tervishoiuteenuste osutajad esitada õigusnõudeid.

2. Teatise põhisisu

2.1 Õiguslik ja poliitiline kontekst

2.1.1 Euroopa Kohtu praktikat arvestades paluti komisjonil 2003. aastal uurida, kuidas oleks võimalik parandada õiguskindlust piiriüleste tervishoiuteenuste valdkonnas.

2.1.2 2004. aastal esitatud siseturul pakutavate teenuste direktiiv sisaldas kõnealuse valdkonna alaseid sätteid. Euroopa Parlament ja nõukogu lükkasid kõnealused sätted tagasi, olles seisukohal, et ei ole piisavalt arvesse võetud liikmesriigiti oluliselt varieeruva tervishoiupoliitika eripära, nende tehnilist keerukust ja riikliku rahastamise suurt osakaalu. Lisaks tuleb märkida kõnealuse teema suurt tähtsust avalikkusele.

(1) Komitee arvamus teemal „Patsientide õigused“ (omaalgatuslik arvamus), raportöör Lucien BOUIS (ETL C 10, 15.1.2008).

Komisjon otsustas 2008. aastal esitada teatise ja direktiivi, mille eesmärk on tagada selge ja läbipaistev raamistik piiriüleste tervishoiuteenuste osutamiseks ELis. Tegemist on tervishoiuteenuste kasutamise välismaal (st patsient, kes läheb ravi saamiseks teise liikmesriigi tervishoiuteenuse osutaja juurde). Selleks tegi komisjon ettepaneku määratleda mõisted „haiglaravi” ja „haiglaväline ravi”.

2.2 Pakutud raamistik

2.2.1 Ettepanek põhineb asutamislepingu artiklil 95, mis käsitleb siseturu rajamist ja selle toimimist ning artiklil 152, mis käsitleb rahvatervist ning reformilepingusse lisatud põhiõiguste harta üldpõhimõtetel.

2.2.2 Eesmärkide saavutamiseks käsitletakse õiguslikes määratlustes ja üldsätetes kolme peamist teemat: ELi tervishoiusteemide ühised põhimõtted, eriraamistik piiriülestele tervishoiuteenustele ning Euroopa koostöö tervishoiuteenuste alal. Direktiivis sätestatakse teises liikmesriigis tervishoiuteenuste hüvitamise põhimõtted ning kuidas patsiendiõigusi praktikas kohaldatakse, tehes vahet haiglaravil ja haiglavälisel ravil.

2.2.3 Ettepanekuga ei muudeta olemasolevat sotsiaalkindlustusskeemide kooskõlastamise õigusraamistikku.

2.2.4 Direktiivis täpsustatakse, millist protseduuri peab järgima ja nähakse ette ka patsientide teavitamise ja abistamise asjakohased mehhanismid riiklike kontaktpunktide abil. Iga patsient, kellele ei võimaldata oma elukohaliikmesriigis ravi mõistliku aja jooksul, võib kasutada ravi välismaal.

2.2.5 Direktiiviga edendatakse Euroopa koostööd tervishoiuvaldkonnas, näiteks Euroopa tugikeskuste võrgustike kaudu, jagades uutele tervishoiutehnoloogiatele antud hinnanguid või arendades võrgupõhiseid teabe- ja teabevahetusvahendeid.

3. Üldised märkused

3.1 Kuna komisjon on käsitlenud tervishoiu ja patsiendiõigustega seotud probleeme mitmetes arvamustes, siis võtab ta arvesse Euroopa Komisjoni soovi pöörata tähelepanu piiriülestele tervishoiule.

3.2 Komisjon arvates ei peaks ettepanekuga üldistama patsientide liikuvust, vaid pakkuma välja raamistikku, mis võimaldaks kõnealust õigust kasutada. Loodud mehhanismid ei tohiks olla oma ulatuse või kulu poolest olla ebaproportsionaalselt suured võrreldes piiriüleste tervishoiuteenuste ulatusega.

3.3 Ettepanekus peegelduvad Euroopa Liidu ja Tallinna harta⁽²⁾ väärtused. Eesmärk on pakkuda kõikjal Euroopas kõrgekvaliteedilist tervishoiuteenust ja tagada, et see teenus oleks kättesaadav kõigile.

3.4 Praegu ei võeta direktiivi ettepanekus eriti arvesse 27 liikmesriigi väga keerukaid, mitmekesiseid ja erinevaid tervishoiusteeme. Tõenäoliselt ei tõlgendata direktiivi eri liikmesriikide tervishoiusteemides ühtemoodi. Seetõttu tõstatab komisjon direktiivi konkreetse kohaldamise küsimuse ja soovib, et patsientide ja tervishoiuteenuste õiguskindluse tugevdamiseks määratletaks selgelt haigla- ja haiglaväline ravi.

3.4.1 Ettepanekus kinnitatakse, et tervishoiusteemid kuuluvad liikmesriikide vastutuse alla ning tundub, et võetakse täielikult arvesse liikmesriikide vastutust tervishoiuteenuste korraldamisel, arstiabi andmisel ja tervishoiuteenuste eest makstud kulude hüvitamisel. Kuid ettepaneku sätetel on pikaajaliselt kindlasti mõju tervishoiusteemidele, rahastamise jätkusuutlikkusele ja tervishoiuga seotud õiguste ulatusele.

3.4.2 Kuna pakutavate tervishoiuteenuste ja nendega seotud kulude vahel on suuri erinevusi, siis võib tervishoiuteenuse eest tasutud summade hüvitamise süsteem tekitada ebavõrdsust ja isegi kohtuvaidlusi, kuna sotsiaalkindlustussüsteemid ei ole ühtsed ja neil on riiklike omapärasid. Komisjon kardab, et direktiiv võib avada tervishoiuturu konkurentsile, ning et pärast teenusedirektiivi jõustumist satub ohtu tervisekaitse üldine kvaliteet Euroopas.

3.4.3 Tervishoiuteenuste tõhus ja korralik kasutus piiriülestes kontekstis eeldab, et liikmesriikide tervishoiuasutused täiendaksid ja tasakaalustaksid üksteist, seda nii tehniliste teenuste kui ka inimressursside, meditsiiniseadmete kui ka teenusepakkujate vastutuse osas.

3.4.4 Igal juhul on patsientidel piiriüleste tervishoiuteenuste kasutamisel õigus teenuste kvaliteedi ja ohutuse garantiile. See põhiõigus tõstatab sertimise, ravitavade hindamise, meditsiiniseadmete võimsuse ja kahju hüvitamise korralduse ühtlustamise küsimuse.

3.4.5 Piiriüleste tervishoiuteenuste osutamisel eeldab kõrgetasemeline ravi ja usaldus vastuvõtvas riigis osutatud ravi vastu, et täidetud on järgmised tingimused, millega tagatakse ravi järjekindlus:

— kasutatakse laialdaselt isiklikku tervisekaarti, mis on kõikidel patsientidel alates sünnist,

(2) 27. juunil 2008. aastal Tallinnas Euroopa piirkonna riikide tervishoiuministrite poolt allkirjastatud harta.

- on olemas tervisekontrolli kaardid, mida on nõuetekohaselt täidetud ja mis on kättesaadavad nii tervishoiutöötajatele kui ka patsientidele endile,
- jõutakse raviprotokollide ühise sõnastuseni,
- kooskõlastatakse retseptiravimite väljakirjutamist, hakates üldisemalt kasutama ravimi üldnimetust, mitte ühe firma ravimi nime, kuigi ravimid kuuluvad rahvusvahelise kaubanduse reguleerimisalasse,
- standarditakse ja serditakse implantaadid, raviseadmed ja -vahendid,
- seatakse sisse Euroopa menetlus haigla meditsiiniliste ja mittemeditsiiniliste seadmete akrediteerimiseks või isegi sertimiseks,
- seatakse sisse ühenduse menetlus ravimite müügile lubamiseks.

Nende tingimuste täitmiseks tuleb arendada uusi tehnoloogiaid, tagades IT-süsteemide koostalitlusvõimelisuse.

3.4.6 Selliste muudatuste läbiviimiseks tervishoiusüsteemi korralduses ja -tavades on vaja muuta nii tervishoiutöötajate hoiakuid ja koolitust kui ka üle vaadata liikmesriikide tervishoiuasutuste pädevuste, rolli ja vastutuse õiguslik määratlus. Selleks on vaja aga kohandumisaega.

3.4.7 Piiriülese tervishoiuteenuse puhul peab kõikidele patsientidele olema tagatud juurdepääs kõikidele tervishoiuteenustele ja tervishoiutöötajate konsultatsioonidele, diskrimineerimata soo, rassi, etnilise päritolu, usutunnistuse või veendumuste, puude, vanuse ega seksuaalse sättumuse tõttu. Lisaks on vaja tõhusat kahe-mõõtmelist teabepoliitikat.

3.4.7.1 Kodanikele tuleb pakkuda teavet tervishoiuteenuste osutamise kohta, et nad saaksid otsustada, kas nad soovivad kasutada piiriülest tervishoiuteenust. Teavet peaksid avaldama tervishoiuasutused, kes tagaksid ka selle, et teave oleks kättesaadav haavatavatele rühmadele, nagu sotsiaalses isolatsioonis või finantsiliselt ebakindlas olukorras olevatele isikutele.

3.4.7.2 Teavet tuleb anda haiguse ja võimalike ravimeetodite kasude ja riskide kohta ning raviasutuste või arstide kohta.

3.4.7.3 Kuna seda teavet pakuvad tervishoiutöötajad, siis peavad nad ise olema kursis Euroopas olemas olevate valikutega. Seetõttu on väga oluline luua sidemed tervishoiuteenuste osutajate ja riiklike kontaktpunktide vahel, mis nõuab aga rahalist toetust. Lisaks tuleb ületada keeleline takistus.

3.4.8 Teave peab olema täielik ja asjakohane, et patsient saaks teha vabu ja teadlikke valikuid, mitte langema klientide üleemeelitamise või turustamisvõtete ohvriks.

3.4.9 Vaid teabe edastamise kohustuse abil saab maksma panna tervishoiuteenustele juurdepääsu direktiivis sõnastatud võrdsuse põhimõtet, hoolimata sellest, millist piiriülest tervishoiuteenust vajatakse.

4. Konkreetsete märkused

4.1 Artikkel 3

4.1.1 Komitee võtab teadmiseks, et direktiivile tuleb piirangu-teta kohaldada eelnevalt mainitud ühenduse sätteid, eelkõige aga määrust nr 1408/71 ja 883/2004.

4.2 Artikkel 4d

4.2.1 Komitee peab tervishoiutöötajate nimekirja ebatäielikuks ning soovib sellesse lisada sellised parameditsiinitöötajad nagu logopeedid, ortopeedid jt.

4.3 Artikkel 5

4.3.1 Komitee pöörab erilist tähelepanu artiklile 5 ja märgib, et eesmärk on tagada sellised tervishoiuteenused, mis vastaksid kodanike vajadustele ja ootustele, andes kodanikele õigusi, kuid ka kohustusi, et edendada heaolu majanduslikku konkurentsivõime, ühtekuuluvuse, sotsiaalse õigluse ja ühise solidaarsusega. Komitee pöörab suurt tähelepanu sellele, et kvaliteedi- ja ohutusenorme määratlemisel ei ohustata kuidagi liikmesriikide tervishoiusüsteemide mitmekesisust (EÜ asutamislepingu artikli 152 lõige 5).

4.3.2 Komitee rõhutab tervishoiusüsteemide olulisust elanikele ning eelkõige kõige vaesemale rühmale, kuid ka tervishoiuteenustele parema juurdepääsu mõju majanduskasvule. Komitee rõhutab, et investeeringud tervishoiuteenustele juurdepääsu võimaldamiseks on seda tõhusamad, mida enam neid kooskõlastatakse.

4.4 Artikkel 6

4.4.1 Komitee jaoks on vajalik, et tagantjärele hüvitamise mehhanismi puhul pöörataks erilist tähelepanu sellele, et ravitavade ja ravimite või raviseadmete kättetoimetamisega tegeleks ravi osutav riik, mitte kindlustajariik, mis vastutab ravikulude katmise kriiteeriumite kindlaksmääramise eest. Seetõttu on vaja koostada ravimite ja raviseadmete võrdlusnimekiri nii hüvitamise määra kui ka ravi järjepidevuse kohustuse täitmiseks.

4.4.2 Komitee tunneb muret lisakulude pärast, mida patsiendid peavad kandma ettenägematu hüvitamisest keeldumise puhul. Järgipidevuse tagamiseks on vaja kaaluda võimalust, mille kohaselt kannaks ravikulud kindlustajariik. Sellel võib olla suur mõju rahastamise süsteemile.

4.4.3 Kuna komitee soovib nii patsientide kui ka riikide seisukohast vältida nn kahekiiruselise arstiabi tekkimist, siis peab ta vajalikuks selgitada, kuidas ravi osutavas riigis ravi eest tasutakse ja millistel tingimustel kulud hüvitatakse. Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomitee rõhutab, et arveldamise küsimuses tuleb lähtuda olemasolevast struktuurist ja tavadest

4.5 Artiklid 7 ja 8

4.5.1 Komitee tunneb eriti muret haiglaravil ja haiglavälisel ravil vahetegemise pärast, mis põhineb rohkem rahalistel aspektidel kui liikmesriikide tervishoiuasutuste tegelikkusel.

4.5.2 Kui komisjon soovib koostada lisanimekiri, siis komitee soovib kooskõlas subsidiaarsuse põhimõtte ja asutamislepingu artikli 86 lõikega 2, et liikmesriigid määratleksid ise, mida nad mõistavad haiglaravi või haiglavälise ravi all, v.a selge süsteemi ärakasutamise puhul. Seetõttu tuleks artikli 8 punkte 1 ja 2 vastavalt muuta.

4.6 Artikkel 9

4.6.1 Komitee usub, et eelloa süsteem võib osutada positiivseks, kui sellele eelneb hindamine ja patsiendi teavitamine tänu dialoogile, mis saab tekkida patsiendi ja ravi rahastava raviasutuse vahel. Kõnealune süsteem võib tagada ka selliste eriteenuste nagu transpordikulude hüvitamise.

4.6.2 Komitee leiab, et hüvitamisest keeldumist tuleb nõuetekohaselt põhjendada ja patsiendile selgitada, hoolimata sellest, kas eelloa andmise kriteeriumid olid eelnevalt avaldatud.

4.7 Artikkel 10

4.7.1 Komitee arvates on oluline, et oleks võetud meetmeid patsientide teavitamiseks, et nad saaksid piiriülese tervishoiuteenuste osas valikuid teha. Muu hulgas tuleb patsiente teavitada nende kohustustest ja piirangutest tervishoiuteenuse pakkumisel, nagu ka hüvitamismenetlustest ja kulus, mille patsient peab ise kandma.

4.7.2 Komitee soovib laiendada kohustusliku ravikindlustussüsteemi ⁽³⁾ kõikidele tervishoiutöötajatele ning soovib, et meditsiinilise õnnetuse korral edastataks patsiendile teave apellatsioonisüsteemide kohta, hoolimata sellest kas tegemist oli arsti veaga või mitte (ravirisk).

4.7.3 Komitee peab asjakohaseks kohaldada menetluste ja kaebuste esitamisel ühenduse teabepunkti põhimõtet ning on seisukohal, et kohtuvaidlused kuuluvad patsiendi elukohariigi kohtu pädevusse.

4.7.4 Komitee usub, et patsientide teavitamiseks tasuks arendada e-teenuseid ja veebilehti. Samas ei saa teabeallikad ja -süsteemid piirduda ainult Internetiga, kuna paljudel ei ole või on harva juurdepääs Internetile. Muidu tekiks oht edendada nn kahekiiruselist tervishoiusüsteemi, kus vaid sotsiaalselt kõrgemad ja paremini informeeritud klassid saaksid kasutada piiriüleseid tervishoiuteenuseid.

4.8 Artikkel 12

4.8.1 Riiklikud kontaktpunktid peavad olema teabe asjakohase edastajana suhtlema organisatsioonidega, kes esindavad tervishoiutöötajaid, perekondi ja tervishoiuteenuste kasutajaid ja olema tihedas koostöös ravikindlustusasutustega ning teenuseosutajate sõltumatute haldusorganitega. Lisaks peavad nad tegelema ka arstide, parameditsiinilise personali ja sotsiaaltöötajate teavitamise ja koolitamisega piiriülese tervishoiu võimaluste osas, kusjuures iga liikmesriik oleks vastutav oma riikliku kontaktpunkti loomise eest.

4.9 Artikkel 14

4.9.1 Komitee pöörab tähelepanu artiklile 14, mis tagab ravi järgipidevuse ravimite võtmise osas, kuid soovib, et kõnealust artiklit kohaldataks rangelt, arvestades ravimite üledoseerimise või isegi ebaseadusliku kaubanduse ohuga. Komitee märgib, et direktiivis ei võeta arvesse retseptiravimite kitsendatud väljastamist.

4.10 Artikkel 15

4.10.1 Komitee arvates vastab artikkel 15 osaliselt komitee muure seoses liikmesriikides pakutavate tervishoiuteenuste kvaliteedi ebavõrdsusega. Euroopa tugikeskuste võrgustike loomisest tuleb arendada ka info- ja sidetehnoloogiaid, mida patsiendid saaksid kasutada hoolimata nende elukohast.

⁽³⁾ Tsiiviilvastutuskindlustus.

4.10.2 Euroopa tugikeskuste võrgustike eesmärkide hulka peaks lisama järgnevad täiendused:

- artikli 15 punkti 2a täienduseks „ning ravitavasid hinnates ja registreerides”;
- punkti 2d täienduseks „ja tunnustada diplomeid ning jälgida eetikareegleid”.

4.10.3 Kuigi on ette nähtud menetlus uute liikmete ühinemiseks kõnealuste võrgustikega, sooviks komitee rõhutada, kui oluline on hindamine või isegi sertifitseerimismenetluse rakendamine.

4.10.4 Võrgustikele kehtivate erikriteeriumite ja -tingimuste nimikirja sooviks komitee lisada järgmist:

- punkt 3a ix: „koostöö on eriti vajalik seoses tervishoiuteenuste kasutajate kaasamisega mõistliku ooteaja määratlemise”;

Brüssel, 4. detsember 2008.

Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomitee president
Mario SEPI

- punkt 3a x: „edendada patsiendiõiguste ühise harta tunnustamist ja rakendamist, millega tagatakse kõnealuste õiguste tõhus kohaldamine nii päritoluriigis kui ka piiriüleses tervishoius”.

4.11 Artikkel 18

4.11.1 Liikmesriikide kogutud statistiliste andmete ühte koondamine peaks võimaldama teha kõnealuse direktiivi kohaldamisest kokkuvõtte. Oleks soovitatav, et see võimaldaks koostada ka näitajaid, mille abil saaks tutvuda tervishoiusüsteemi tugevate ja nõrkade külgede ning elanike vajaduste ja eelistustega.

4.12 Artikkel 20

4.12.1 Eelloa andmise eeskirjad peaksid olema selgesõnalised ja need peaks saatma komisjoni analüüsimiseks.

4.12.2 Kõnealuse aruande peaks esitama ka komiteele.

Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomitee peasekretär
Martin WESTLAKE