

**Opinia Komitetu Regionów w sprawie komunikatu Komisji do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „e-Zdrowie – poprawa opieki zdrowotnej dla obywateli UE: Plan działania dla europejskiego obszaru e-Zdrowia (medycyna elektroniczna)”**

(2005/C 71/08)

KOMITET REGIONÓW,

Uwzględniając komunikat Komisji do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów: „e-Zdrowie – poprawa opieki zdrowotnej dla obywateli UE: Plan działania dla europejskiego obszaru e-Zdrowia (COM(2004) 356 końcowy)”,

Uwzględniając decyzję Komisji Europejskiej z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie zasięgnięcia opinii Komitetu w tej kwestii, zgodnie z art. 265, ust.1 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską,

Uwzględniając decyzję swojego Przewodniczącego z dnia 8 września 2004 r. w sprawie zlecenia Komisji ds. Kultury i Edukacji opracowania opinii w tej sprawie,

Uwzględniając swój projekt opinii 256/2004 Rev.1 przyjęty w dniu 22 września 2004 r. przez Komisję ds. Kultury i Edukacji, (sprawozdawca: **Olivier Bertrand**, Maire de Saint-Silvain-Bellegarde (FR/EPP))

**na 57 sesji plenarnej, która odbyła się 17-18 listopada 2004 r. (posiedzenie z dnia 17 listopada) Komitet jednogłośnie przyjął następującą opinię**

## 1. Stanowisko Komitetu Regionów

### Wprowadzenie

1.1 e-Zdrowie, szeroko interpretowane jak we wprowadzeniu do komunikatu Komisji, potencjalnie może zapewniać w sposób skuteczny i ekonomiczny ulepszoną opiekę zdrowotną. Jednakże kluczem do sukcesu będzie zagwarantowanie obywatelom pewności, że wszystkie aspekty e-Zdrowia, które ich dotyczą, są pomyślane tak, aby na pierwszym miejscu stawiać interes obywatela. Zaangażowanie przedstawicieli organizacji reprezentujących pacjentów i obywateli w opracowanie produktów, systemów i usług e-Zdrowia będzie zatem bardzo ważne. Przy opracowaniu systemów dla określonych grup pacjentów należy zaangażować przedstawicieli grup wsparcia tych pacjentów. Kwestia poufności prywatnej dokumentacji medycznej będzie ważną sprawą dla obywateli.

1.2 Określenie „**szuflca zdrowia skoncentrowana na obywatelach**” musi być postrzegane jako mające zastosowanie w praktycznym wdrażaniu strategii, a nie jedynie jako opis intencji w dokumentach politycznych.

1.3 Doświadczenia związane z wprowadzaniem systemów e-Zdrowia wykazały jasno potrzebę zaangażowania pracowników służby zdrowia od samego początku dyskusji dotyczącej każdego projektu e-Zdrowia, przeznaczonego do użytku przez służbę zdrowia.

1.4 Kwestia gwarancji jakości zabezpieczeń tzw. „pieczęci internetowej”(webseal) systemów e-Zdrowia będzie także miała

istotne znaczenie w budowaniu i utrzymaniu zaufania publicznego. Zbudowanie zaufania należy uznać za kluczową kwestię w zachęcaniu obywateli do używania środków, które zapewniają solidne, wyważone i bezstronne informacje i porady, w odróżnieniu od tych, które oferują słabe, czy nawet niebezpieczne informacje, często w celach komercyjnych (!).

## 2. Wyzwania i oczekiwania stojące przed europejskimi wydziałami zdrowia i rola e- Zdrowia

2.1 **Dostępność usług.** Komunikat stwierdza, że do roku 2051 prawie 40 % populacji Unii będzie w wieku powyżej 65 lat. Młodsze segmenty tej grupy wiekowej będą stanowić ludzie, którzy żyli i pracowali w środowisku elektronicznym i prawdopodobnie znają i swobodnie posługują się e-Zdrowiem pod warunkiem, że system ten był podawany niezbędnym kontrolom jakości, towarzyszącym ich doświadczeniom. Jednak w pierwszych latach XXI wieku wiele osób należących do starszych grup wiekowych może mieć małe doświadczenie w kontaktach z eZdrowiem i może brakować im umiejętności informatycznych niezbędnych do czerpania maksymalnych korzyści z rozwoju e-Zdrowia. Są to właśnie ci ludzie, którzy z największym prawdopodobieństwem będą wymagając większego dostępu do usług związanych z opieką zdrowotną. Aby zapewnić, że ich interesy nie doznają uszczerbku, muszą działać odpowiednie systemy. Przez kilka lat będzie istnieć

(<sup>1</sup>) Ostatnie badanie 32 najpopularniejszych stron internetowych poświęconych terapiom alternatywnym i uzupełniającym wykazało, że strony te przyciągają dziesiątki tysięcy „odwiedzających” każdego dnia, oferując 118 różnych „leków” na raka i 59 tak zwanych terapii prewencyjnych. Nie udowodniono, aby jakkolwiek z nich przyniosła opisane efekty. Jedna piąta stron aktywnie lub pośrednio zniechęcała pacjentów do stosowania tradycyjnych metod zwalczających raka (badanie opublikowano w Dzienniku „Roczniki Onkologii” przytoczonym przez BBC News, 15 kwietnia 2004 r.)

potrzeba zapewnienia innych kanałów komunikacji dla obywateli, aby umożliwić im dostęp do usług, na przykład dostęp telefoniczny. Drukowane informacje powinny także być dostępne.

2.2 Oczywistym jest, że Komitet zwołany pod auspicjami Dyrekcji Generalnej d/s Zatrudnienia i Spraw Socjalnych bada medycynę elektroniczną, w tym także „informatyczną przejażdżkę”, różnice na obszarach miejskich i wiejskich oraz kwestie związane z edukacją i szkoleniem dla pracowników służby zdrowia i obywateli. Rozwiązanie tych kwestii jest niezbędne dla pomyślnego wprowadzenia e-Zdrowia.

2.3 **Infrastruktura techniczna.** W komunikacie znajduje się odniesienie do potrzeby „wprowadzenia szerokopasmowych sieci w telekomunikacji”. Niektóre aktualne szerokopasmowe połączenia internetowe na pewnych obszarach geograficznych nie są w chwili obecnej wystarczająco silne. Pociąga to za sobą ważne skutki dla szpitali i placówek podstawowej opieki zdrowotnej na tych obszarach. Niektóre aspekty telemedycyny, takie jak przesyłanie wyników prześwietleń rentgenowskich, byłyby niezwykle niemięrodajne, lub wręcz niemożliwe. Na obszarach wiejskich lub słabo zaludnionych, gdzie obecnie istniejące połączenia szerokopasmowe są względnie rzadkie lub niestabilne, a odległości pomiędzy placówkami opieki zdrowotnej są najczęściej większe niż na innych obszarach, potencjalne korzyści z użycia aplikacji e-Zdrowia są dużo większe. Dodatkowo, jeśli lokalna służba zdrowia chce udostępnić okolicznym mieszkańcom informacje w systemie on-line, niezbędnym jest, żeby mieszkańcy ci mieli dostęp do niezawodnej infrastruktury technicznej zapewniającej im dostęp do tych informacji.

2.4 Istnieje zatem potrzeba inwestycji w niezbędny sprzęt, aby zapewnić dla wszystkich zainteresowanych odpowiednią infrastrukturę techniczną, umożliwiającą łatwy dostęp do usług e-Zdrowia. Inwestycje mogłyby pochodzić z funduszy wspólnoty i/lub strukturalnych UE lub zostać sfinansowane przez Europejski Bank Inwestycyjny.

2.5 **Upodmiotowienie konsumentów usług medycznych – pacjentów i zdrowych obywateli.** Pojawia się odniesienie do wsparcia ludzi w kontrolowaniu swoich schorzeń, zagrożeń i stylu życia oraz do faktu, że ludzie czynnie poszukują informacji o swoich schorzeniach. Krótko mówiąc, ludzie w dzisiejszych czasach chcą być partnerami służby zdrowia w podejmowaniu decyzji dotyczących ich leczenia.

2.6 Użycie leków jest zdecydowanie najbardziej powszechną metodą interwencji w leczeniu chorób i ma chronić obywateli przed zapadaniem na poważne przypadki medyczne, takie jak wieńcowe choroby serca czy wylew. Opublikowane propozycje planu działań Europejskiej Agencji Leków (EAL) wskazują potrzebę stworzenia bazy danych EAL obejmującej wszystkie leki, dla których przyznano zezwolenia handlowe w każdym Państwie Członkowskim UE w ramach scentralizowanej procedury. Propozycja ta powinna zostać wprowadzona w życie tak szybko jak to możliwe. Ludzi, którzy chcą szukać informacji o lekach przez internet, należy zachęcać do wykorzystywania

bazy danych EAL jako głównego źródła, ponieważ dostępne tam informacje będą obiektywne, wiarygodne i naukowo udowodnione.

2.7 Wszystkie „atestowane” strony internetowe dotyczące produktów medycznych i sposobów leczenia powinny zawierać jasne porady skłaniające ludzi do omówienia informacji lub jakichkolwiek problemów medycznych ze swoim lekarzem lub farmaceutą. Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2003 r. „Przestrzeżenie terapii długoterminowych – dowody działania”, podkreślił najważniejsze problemy, które powstają w wyniku niestosowania serii długoterminowych leków w chorobach przewlekłych. Stanowi to nie tylko stratę nakładów, ale także zagrożenie dla przyszłego stanu zdrowia danej osoby.

2.8 Ostatnie badania<sup>(2)</sup> wykazały, że ludzie raczej podejmują świadomie decyzje o zaprzestaniu przyjmowania leków, a nie zapominają o ich przyjmowaniu. Raport WHO wskazał, że powody niestosowania leków są różne, ale częstą przyczyną może być wystąpienie nieprzyjemnych efektów ubocznych. Należy wziąć to pod uwagę we wszystkich inicjatywach e-Zdrowia dostarczających informacji o lekach i leczeniu, zachowując konstruktywne podejście zachęcające do systematycznego ich stosowania.

2.9 Wnioskiem raportu Światowej Organizacji Zdrowia było, że „rosnąca skuteczność przestrzegania terapii może mieć o wiele większy wpływ na zdrowie populacji niż jakiegokolwiek ulepszenia w konkretnych terapiach medycznych”. W czasach braku środków dla opieki zdrowotnej odpowiednie inicjatywy e-Zdrowia powinny koncentrować się na poprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

2.10 Komunikat podkreśla poprawę jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów, która może być wynikiem dostępu do „pełnej i bezpiecznej elektronicznej dokumentacji medycznej”. Dylematem jest to, jak utrzymać wiarę pacjenta w bezpieczeństwo i zachowanie poufności dokumentacji medycznej, zapewniając jednocześnie, że wszyscy pracownicy służby zdrowia świadczący usługi medyczne danej osobie mają dostęp do wszystkich niezbędnych informacji, które umożliwią im zapewnienie jak najlepszej jakości opieki zdrowotnej. Problem zaufania publicznego do utrzymywania poufności danych prawdopodobnie będzie narastać przy rosnącym transgranicznym świadczeniu usług opieki zdrowotnej. Komunikat otwiera możliwość przeprowadzenia specyficznego badania odnoszącego się do ochrony danych w kontekście e-Zdrowia. Powinno to być priorytetem.

2.11 **Wspieranie władz i menedżerów w służbie zdrowia.** Komunikat sugeruje, że e-Zdrowie otwiera nowe możliwości dla ludzi, którzy mieszkają na obszarach peryferyjnych, gdzie usługi w zakresie opieki zdrowotnej są ograniczone, a także dla „grup zepchniętych na margines” takich jak ludzie z różnymi stopniami upośledzenia. Będzie to prawdą tylko jeśli zainwestuje się w infrastrukturę techniczną na obszarach peryferyjnych tam, gdzie jest taka potrzeba. Kształcenie obywateli także będzie bardzo istotne.

<sup>(2)</sup> Barber N, Parsons J, Clifford S, Darracott R, Horne R, „Problemy pacjentów z nowymi lekami stosowanymi w chorobach przewlekłych” *Jakość i bezpieczeństwo w opiece zdrowotnej*, nr 13, czerwiec 2004 r.

### 3. Stan obecny

3.1 **Główne wyzwania dla szerszego wdrożenia.** Jak jasno stwierdza komunikat, **współdziałanie** jest kluczową kwestią, która, jeśli ma być rozwiązana, będzie wymagać o wiele bardziej pozytywnego podejścia, niż wykazywane dotychczas. **Łatwość obsługi** powinna być łatwiejsza do osiągnięcia, pod warunkiem dokonania niezbędnych inwestycji. Kwestie **poufności i bezpieczeństwa** zostały już omówione w niniejszej opinii.

3.1.1 Przepis dotyczący stworzenia kodeksu postępowania dla dziedzin specjalnych, takich jak zdrowie, powinien być opracowany w trybie natychmiastowym, szczególnie w odniesieniu do kwestii poufności i bezpieczeństwa w ramach dyrektywy o ogólnej ochronie danych.

3.1.2 Oprócz zapewnienia poufności, obywatele będą zainteresowani upewnieniem się, że jeśli w następstwie świadczenia transgranicznych usług pojawią się problemy, ich prawa do rekompensaty będą chronione. Dyskusje na temat projektu dyrektywy w sprawie usług na rynku wewnętrznym (COM(2004) 2 końcowy) pokazują, że objęcie ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej w zakresie wykonywania zawodu różni się znacznie pomiędzy Państwami Członkowskimi. Ubezpieczyciele sugerują, że wymóg dotyczący objęcia ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej w zakresie wykonywania zawodu pracowników służby zdrowia mógłby uniemożliwić niektórym z nich uzyskanie przystępnego ubezpieczenia. Stałoby przed sytuacją zaprzestania wykonywania usług lub nielegalnego ich wykonywania. Problem ten musi zostać rozwiązany, jeśli obywatele mają mieć zaufanie do korzystania z transgranicznych usług e-Zdrowia.

3.2 Kwestia **kwalfikacji** tych, którzy oferują transgraniczne usługi medyczne jest także problemem dla obywateli, jak jasno pokazały debaty na temat proponowanej dyrektywy w sprawie wzajemnego uznania kwalifikacji zawodowych (COM(2002) 119 końcowy). Istotnym jest, aby usługi e-Zdrowia nie były wykorzystywane do omijania przepisów krajowych, co oznacza, że organ regulacyjny w przyjmującym Państwie Członkowskim musi wiedzieć, że usługa jest oferowana przez pracowników służby zdrowia z innego Państwa Członkowskiego i być przekonany, że dany pracownik służby zdrowia jest odpowiednio wykwalifikowany, posiada uprawnienia do wykonywania swojego zawodu i nie został poddany sankcjom dyscyplinarnym. Obywatele chcą mieć pewność, że pracownicy służby zdrowia z innych Państw Członkowskich świadczący im usługi podlegają tym samym standardom, co wymagane w ich Państwie Członkowskim. Jeśli obywatele mają mieć zaufanie do korzystania z usług e-Zdrowia, tekst niniejszej dyrektywy musi dostarczyć rozwiązanie tej kwestii.

3.3 Przykładem, który pomógłby wzmocnić bezpieczeństwo i ochronę prawną, byłaby standaryzacja formularzy recept elektronicznych. Obecnie nie istnieje standaryzacja formatu recept wydawanych na papierze w całej UE, co jest dodatkowym elementem powodującym trudności dla pacjentów ubiegających się o realizację recepty w innym Państwie Członkowskim niż w tym, w którym została wydana. Zatem właściwym wydaje się zbadanie standaryzacji formatów recept elektronicznych, gdy usługi związane z receptami elektronicznymi są w stadium początkowym, nie czekając, aż wykształcą się systemy w poje-

dyńczych Państwach Członkowskich. Przedstawiciele lekarzy, stomatologów i farmaceutów UE powinni zostać zaproszeni do współpracy przy takiej inicjatywie.

3.4 Jak stwierdza komunikat, obywatele preferują usługi dopasowane do ich potrzeb i wymagań, jednocześnie ufając, że chronione jest ich prawo do prywatności. Uzgodniono, że zapotrzebowanie na systemy i usługi e-Zdrowia będzie wzrastać szybciej, tam gdzie zostaną wzięte pod uwagę potrzeby i interesy wspólnot użytkowników (pracowników służby zdrowia, pacjentów i obywateli). Należy zatem włączyć przedstawicieli grup użytkowników w opracowanie projektów e-Zdrowia. Wspólnoty te z wiele większym prawdopodobieństwem będą wtedy użytkownikami i promotorami e-Zdrowia. Fakt, że każda grupa zainteresowanych ma możliwość zawetowania wdrażania każdego projektu, jeśli uzna go za niekorzystny powinien być przede wszystkim na uwadze tych, którzy planują te projekty.

3.5 Niebezpieczeństwo, że członkowie wspólnoty wspomniani w podtytule **Dostęp dla wszystkich do e-Zdrowia** mogą być wyłączone z możliwości oferowanych przez e-Zdrowie, musi być potraktowane jako kwestia priorytetowa, jeśli ludzie w tych i tak mniej uprzywilejowanych grupach mają nie czuć się jeszcze bardziej wykluczeni. e-Zdrowie, odpowiednio zapewnione, mogłoby być ważnym elementem w dostarczaniu im ulepszonej opieki medycznej;

### 4. W kierunku europejskiego obszaru e-Zdrowia: kwestie i działania

4.1 Cele wymienione w związku z kwestiami podjętymi wcześniej w komunikacie zostaną osiągnięte wyłącznie, jeśli zaistnieje pełne zaangażowanie ze strony Państw Członkowskich; jeśli wszyscy zainteresowani, w tym przedstawiciele pacjentów, obywateli i zawodów medycznych zostaną mocno zaangażowani od samego początku zarówno na poziomie krajowym jak i wspólnotowym; jeśli będzie prowadzone dokładne i konsekwentne monitorowanie osiągnięcia wyznaczonych celów i jeśli dokonana zostanie niezbędna inwestycja w infrastrukturę techniczną. Pomoże to w dużym stopniu zachęcić obywateli do ufnego korzystania z usług medycyny elektronicznej i popierania ich dalszego rozwoju. Bez ich poparcia osiągnięcia będą niewielkie.

Komitet Regionów nie skomentował wszystkich podtytułów w tym rozdziale komunikatu.

4.2 **Kwestia 1: Podejmowanie wspólnych wyzwań.** (punkt 4.2.1 komunikatu) Ważne jest, aby Państwa Członkowskie przeanalizowały kwestię zwrotu kosztów za usługi świadczone transgranicznie. Można sobie wyobrazić sytuację, kiedy pacjent mieszkający blisko granicy, może się dowiedzieć, że najbliższy oraz najwyraźniej najbardziej odpowiedni specjalista, mogący udzielić dodatkowej opinii poprzez telekonsultację, jak przewidziano w punkcie 4.3.2, pracuje w szpitalu w Państwie Członkowskim, innym niż państwo pacjenta. Brak jasnych uregulowań w tej kwestii może być dla takich osób trudny do zrozumienia, a jakiegokolwiek unormowanie winno zostać dostosowane do rozporządzeń stosowanych w każdym z Państw Członkowskich.

4.2.1 (punkt 4.2.3 komunikatu) W odniesieniu do mobilności pacjentów, będzie bardzo ważne osiągnięcie wspólnego podejścia do identyfikatorów pacjentów, jak przewiduje punkt 4.2.2.1, i pewności, że obowiązują surowe kontrole dla zapewnienia kompetencji pracowników służby zdrowia, oferujących usługi w Państwach Członkowskich.

4.2.2 (punkt 4.2.4 komunikatu) Komitet Regionów ponownie przedstawia tu swoje wcześniejsze oświadczenie, że wsparcie finansowe ze strony Wspólnoty będzie niezbędne do przyspieszenia wprowadzenia połączeń szerokopasmowych na obszarach o niedostatecznym zasięgu sieci.

4.2.3 (punkt 4.2.7 komunikatu) Komunikat Komisji stwierdza, że zabezpieczenia prawne produktów i usług e-Zdrowia „byłyby korzystne”. Komitet Regionów uznaje, że słowa te należy zastąpić zwrotem „są niezbędne”, jeśli zaufanie pacjenta do korzystania z usług medycyny elektronicznej ma być stymulowane i utrzymane. Należy wyznaczyć Komisji datę wcześniejszą od roku 2009, aby zapewniła niezbędne ramy dla większej ochrony prawnej w tym względzie we współpracy z Państwami Członkowskimi.

#### 4.3 Kwestia 2: Działania pilotażowe - przyspieszenie korzystnego wdrożenia

4.3.1 (punkt 4.3.1 komunikatu) Komitet Regionów z zadowoleniem przyjmuje współfinansowanie ze strony Komisji rozwoju zestawu kryteriów jakościowych dla stron internetowych związanych ze zdrowiem. Rząd i pracownicy służby zdrowia powinni przeprowadzić długoterminowe kampanie zachęcające obywateli do korzystania ze stron zabezpieczonych „pieczęcią internetową” (webseal), zamiast z innych. Niezbędne będzie formalne, stałe monitorowanie takich stron, aby zapewnić spełnianie przez nie w sposób ciągły standardów jakości.

4.3.2 (punkt 4.3.3 komunikatu) Komitet Regionów z zadowoleniem przyjmuje wprowadzenie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego. Zaproponowana europejska karta zdrowia powinna, po jej wprowadzeniu, zawierać informacje o karcie ubezpieczenia zdrowotnego wraz z najważniejszymi informacjami dotyczącymi zdrowia pacjenta, jeśli tylko on sobie tego życzy. Wówczas pacjent powinien być w stanie umożliwić poszczególnym pracownikom służby zdrowia uzyskanie dostępu do odpowiednich danych, aby mogli oni zagwarantować najlepszą możliwą jakość opieki medycznej. Ponownie podkreśla to znaczenie zapewnienia współdziałania technologii elektronicznej. Należy zadbać o to, aby pewne dane medyczne, które mogłyby być selektywnie wykorzystane, nie były udostępniane organizacjom zajmującym się ubezpieczeniami zdrowotnymi.

4.3.3 (punkt 4.4.1 komunikatu) Utworzenie wysokiego szczebla forum e-Zdrowia dla wspierania Komisji zapewni idealną możliwość budowy zaufania, pod warunkiem, że wszyscy zainteresowani zostaną zaangażowani od samego początku. Zakłada się, że forum będzie mogło stworzyć grupy robocze pracujące nad określonymi tematami. Jednym z nich

powinno być oczywiście współdziałanie systemów. Powinna istnieć bliska współpraca dotycząca opieki zdrowotnej i usług medycznych pomiędzy forum e-Zdrowia a grupą refleksyjną wysokiego szczebla, która ma zostać utworzona na mocy komunikatu Komisji w sprawie mobilności pacjentów.

## 5. Zalecenia Komitetu Regionów

### KOMITET REGIONÓW,

5.1 **zaleca**, aby wsparcie finansowe było zapewnione poprzez fundusze strukturalne/spójności UE lub ze strony Europejskiego Banku Inwestycyjnego, aby zapewnić wymaganą skuteczność połączeń szerokopasmowych w rejonach, które w przeciwnym razie nie byłyby przez nie dostatecznie objęte;

5.2 **zaleca**, aby problem utrzymania zaufania publicznego do poufności prywatnych danych medycznych, był traktowany jako priorytet przez Komisję we współpracy z Państwami Członkowskimi, z jednoczesnym wyjaśnianiem korzyści płynących z dzielenia się stosownymi informacjami przez pracowników służby zdrowia zaangażowanych w leczenie;

5.3 **zaleca**, aby przedstawiciele pacjentów, obywateli i służby zdrowia byli zaangażowani od samego początku we wszystkie propozycje odnoszące się do projektów e-Zdrowia;

5.4 **zaleca**, aby podjąć kroki w celu zapewnienia, że interesy osób w starszej grupie wiekowej i innych szczególnie narażonych grup, są szczególnie brane pod uwagę przy wszystkich projektach e-Zdrowia i że przez kilka lat zapewnione zostaną alternatywne środki poszukiwania informacji i uzyskiwania porad;

5.5 **zaleca**, aby wyznaczyć Komisji we współpracy z Państwami Członkowskimi, znacznie wcześniejszą datę niż rok 2009 dla zapewnienia niezbędnych ram dla zwiększenia ochrony prawnej dotyczącej produktów i usług e-Zdrowia;

5.6 **zaleca**, aby nadać priorytet kwestii zwrotów wydatków za usługi świadczone transgranicznie;

5.7 **zaleca**, aby rządy Państw Członkowskich i pracownicy służby zdrowia promowali wśród obywateli korzyści używania atestowanych stron internetowych opatrzonych tzw. pieczęcią internetową („webseal”) w przeciwieństwie do innych stron;

5.8 **zaleca**, aby utworzyć system zapewniający, że strony internetowe atestowane przez „webseal” konsekwentnie przestrzegają ustanowionych kryteriów jakości;

5.9 **zaleca**, aby usługi e-Zdrowia związane z leczeniem przy użyciu leków konstruktywnie podchodziły do poważnego problemu nieprzestrzegania dyscypliny stosowania leków;

5.10 **zaleca** nawiązanie bliskiej współpracy pomiędzy forum e-Zdrowia a grupą refleksyjną wysokiego szczebla do spraw opieki zdrowotnej i usług medycznych, która ma zostać utworzona w ramach komunikatu Komisji w sprawie mobilności pacjentów.

Bruksela, 17 listopada 2004 r.

Przewodniczący  
Komitetu Regionów  
Peter STRAUB