

Wpływ i konsekwencje wyłączenia usług zdrowotnych z zakresu dyrektywy o usługach na rynku wewnętrznym

Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 23 maja 2007 r. w sprawie wpływu i konsekwencji wyłączenia usług zdrowotnych z zakresu zastosowania dyrektywy w sprawie usług na rynku wewnętrznym (2006/2275(INI))

Parlament Europejski,

- uwzględniając art. 16, 49, 50 oraz art. 95 ust. 1 i art. 152 Traktatu WE,
- uwzględniając art. 35 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej,
- uwzględniając orzeczenia Trybunału Sprawiedliwości Wspólnot Europejskich ("Trybunał Sprawiedliwości") z dnia 28 kwietnia 1998 r. w sprawie C-120/95, Decker¹, z dnia 28 kwietnia 1998 r. w sprawie C-158/96, Kohll², z dnia 12 lipca 2001 r. w sprawie C-157/99, Geraets-Smits i Peerbooms³, z dnia 12 lipca 2001 r. C-368/98, Vanbraekel e.a.⁴, z dnia 25 lutego 2003 r. w sprawie C-326/00, IKA⁵, z dnia 13 maja 2003 r. w sprawie C-385/99, Müller-Fauré i van Riet⁶, z dnia 23 października 2003 r. w sprawie C-56/01, Inizan⁷, z dnia 18 marca 2004 r. w sprawie C-8/02, Leichtle⁸, oraz z dnia 16 maja 2006 r. w sprawie C-372/04, Watts⁹,
- uwzględniając dyrektywę 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym¹⁰, a w szczególności zaś art. 2 ust. 2 lit. f) oraz jej punkty preambuły 22 i 23,
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 26 września 2006 r. zatytułowany „Konsultacje z zakresu działań wspólnotowych w dziedzinie usług zdrowotnych” (SEC(2006)1195/4),
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 9 czerwca 2005 r. w sprawie mobilności pacjentów i rozwoju służby zdrowia w Unii Europejskiej¹¹,
- uwzględniając konkluzje Rady w sprawie wspólnych wartości i zasad systemów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej¹²,

¹ Zb. orz. 1998, I-1831.

² Zb. orz. 1998, I-1931.

³ Zb. orz. 2001, I-5473.

⁴ Zb. orz. 2001, I-5363.

⁵ Zb. orz. 2003, I-1703.

⁶ Zb. orz. 2003, I-4509.

⁷ Zb. orz. 2003, I-12403.

⁸ Zb. orz. 2004, I-2641.

⁹ Zb. orz. 2006, I-4325.

¹⁰ Dz.U. L 376 z 27.12.2006, str. 36.

¹¹ Dz.U. C 124 E z 25.5.2006, str. 543.

¹² Dz.U. C 146 z 22.6.2006, str. 1.

- uwzględniając art. 152 ust. 5 Traktatu statuujący zasadę pomocniczości w dziedzinie zdrowia publicznego, a także rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek oraz do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie¹ oraz rozporządzenie (WE) nr 883/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego²,
 - uwzględniając art. 45 Regulaminu,
 - uwzględniając sprawozdanie Komisji Rynku Wewnętrznego i Ochrony Konsumentów oraz opinie Komisji Zatrudnienia i Spraw Socjalnych i Komisji Ochrony Środowiska Naturalnego, Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności (A6-0173/2007),
- A. mając na uwadze, że państwa członkowskie są odpowiedzialne za organizację, zarządzanie, logistykę i finansowanie systemów opieki zdrowotnej oraz fakt, że zakres tych działań jest różny w poszczególnych państwach członkowskich,
- B. mając na uwadze, że Trybunał Sprawiedliwości wydał pewną liczbę orzeczeń dotyczących spraw takich, jak dotęp do opieki zdrowotnej, ustalanie kryteriów stosowanych w procedurach uprzedniego zezwolenia lub przy zwrocie kosztów, które zezwają obywatelom UE na swobodne przemieszczanie się w celu korzystania z opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim,
- C. mając na uwadze, że w wymienionych powyżej konkluzjach w sprawie w sprawie wspólnych wartości i zasad systemów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej Rada przyjęła oświadczenie dwudziestu pięciu ministrów zdrowia Unii Europejskiej w sprawie wspólnych wartości i zasad, które są podstawą europejskich systemów opieki zdrowotnej,

Zasady ogólne

1. jest zdania, że transgraniczna mobilność pacjentów i pracowników opieki zdrowotnej wzrośnie w przyszłości, co zapewni pacjentom szerszy wybór; wyraża przekonanie, że niezależnie od poziomu dochodów i miejsca zamieszkania, wszystkim obywatelom europejskim należy zapewnić równy dostęp do opieki zdrowotnej, w przystępnej cenie i w odpowiednim czasie, w poszanowaniu zasad uniwersalności, jakości, bezpieczeństwa, ciągłości, solidarności, przyczyniając się w ten sposób do spójności społecznej i terytorialnej UE, przy jednoczesnym zagwarantowaniu trwałości finansowej krajowych systemów opieki zdrowotnej; jest zdania, że przy zachowaniu zgodności z tymi zasadami mobilność pacjentów i pracowników może przyczynić się do poprawy dostępności i jakości opieki zdrowotnej;
2. wskazuje na niedostateczne promowanie usług opieki zdrowotnej w państwach członkowskich, co pociąga za sobą ograniczenie praw pacjentów;
3. przypomina, że państwa członkowskie, które wprowadziły w życie istniejące orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości nie doświadczyły poważnego wzrostu kosztów opieki zdrowotnej w wyniku zwiększonej mobilności pacjentów;

¹ Dz.U. L 149 z 5.7.1971, str. 2.

² Dz.U. L 166 z 30.4.2004, str. 1.

4. bierze pod uwagę, że państwa członkowskie mogą tylko wtedy wprowadzić system uprzedniego zezwolenia, jeżeli zostanie udowodnione, że przemieszczanie się pacjentów między państwami członkowskimi ma negatywny wpływ na równowagę finansową krajowych budżetów zdrowia; wzywa państwa członkowskie do zwrócenia uwagi na możliwość wprowadzenia okresu próbnego, podczas którego uprzednie zezwolenie nie będzie wymagane;
5. podkreśla, że mobilność pacjentów i pracowników służby zdrowia nie powinna być usprawiedliwieniem braku inwestycji państwa członkowskiego we własny system opieki zdrowotnej;
6. podkreśla, że dostęp do opieki transgranicznej jest niezbędny w celu zapewnienia swobody przemieszczania się obywateli we Wspólnocie oraz że przyczynia się do wzrostu zatrudnienia i konkurencyjności w państwach członkowskich;
7. podkreśla potrzebę ograniczenia biurokracji związanej zarówno z korzystaniem z transgranicznych usług zdrowotnych, jak i z ich świadczeniem;
8. zwraca uwagę, że w celu ograniczenia biurokracji związanej z korzystaniem z transgranicznych usług zdrowotnych konieczne jest usprawnienie elektronicznych systemów identyfikacji pacjentów i wniosków pacjentów o zwrot kosztów;
9. zwraca się do Komisji o zachęcanie państw członkowskich do aktywnego wspierania wprowadzania elektronicznej opieki zdrowotnej i telemedycyny;
10. przypomina, że państwa członkowskie zachowują, w poszanowaniu postanowień Traktatu, główną odpowiedzialność za zapewnienie swym obywatelom skutecznej i wysokiej jakości opieki zdrowotnej; podkreśla, że w związku z tym powinny być zdolne do korzystania z odpowiednich narzędzi regulacyjnych na poziomie UE, a także na poziomie wielostronnym i dwustronnym, do zarządzania krajowymi systemami opieki zdrowotnej oraz organami służby zdrowia oraz że wykonując swoje uprawnienia, muszą zawsze przestrzegać postanowień traktatów i zasady pomocniczości;
11. podkreśla, że zasady zawarte w traktacie, w tym szczegółowe postanowienia dotyczące usług świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym, a także orzecznictwo Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, mają zastosowanie do usług zdrowotnych oraz zaznacza, że świadczeniodawcy usług zdrowotnych są w pełni uprawnieni do tworzenia i świadczenia usług w dowolnym państwie członkowskim. zgodnie z przepisami prawa krajowego i UE; podkreśla jednocześnie, że pacjenci mają pełne prawo do starania się o opiekę zdrowotną w każdym państwie członkowskim;
12. zauważa, że chociaż systemy opieki zdrowotnej nie znajdują się w zakresie kompetencji Wspólnoty, kwestie z nimi związane, takie jak dostęp do lekarstw i terapii medycznych, informacje o pacjentach, a także swoboda działalności firm ubezpieczeniowych i przedstawicieli zawodów medycznych, mają charakter transgraniczny; zauważa, że kwestiami tymi powinna się zająć Unia;
13. przypomina, że pacjenci winni w każdym przypadku dysponować równym dostępem do właściwego leczenia świadczonego w jak najbardziej bezpośredniej bliskości ich miejsca zamieszkania oraz w używanym przez nich języku; uważa, że dyrektywa Rady 89/105/EWG z dnia 21 grudnia 1988 r. dotycząca przejrzystości środków regulujących

ustalanie cen na produkty lecznicze przeznaczone do użytku przez człowieka oraz włączenia ich w zakres krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych¹ powinna być stosowana w bardziej optymalny sposób w celu szybszego wprowadzania na rynek leków, wspierania innowacji w dziedzinie leków i bezpieczeństwa leków oraz większego promowania korzystania ze scentralizowanych procedur dopuszczania do obrotu;

14. podkreśla, że państwa członkowskie powinny leczyć osoby zamieszkałe w innym państwie członkowskim na równorzędnych zasadach w odniesieniu do dostępu do usług zdrowotnych, niezależnie od tego czy osoby te są pacjentami prywatnymi, czy publicznymi;
15. podkreśla, że pacjenci powinni mieć dostęp do informacji na temat tego, który podmiot świadczący usługi zdrowotne uzyskał międzynarodowe zezwolenie oraz że podmioty świadczące usługi zdrowotne posiadające zezwolenie powinny, niezależnie od tego, gdzie mają siedzibę w UE, zapewniać bezpieczną opiekę zdrowotną w oparciu o wymierne międzynarodowe wskaźniki jakości;
16. utrzymuje, że każda inicjatywa polityczna związana z usługami zdrowotnymi powinna podlegać, w jak największym stopniu, parlamentarnemu stanowieniu prawa, a nie być prowadzona ad hoc poprzez orzeczenia Trybunału Sprawiedliwości;
17. uważa, że w chwili obecnej prawa i bezpieczeństwo pacjentów nie są gwarantowane podczas transgranicznego świadczenia usług opieki zdrowotnej oraz że istnieje niepewność prawna odnośnie do mechanizmu zwrotu kosztów, obowiązku dzielenia się informacjami przez krajowe organy regulacyjne, zasady należytej staranności zarówno na początkowym etapie leczenia, jak i w trakcie jego kontynuacji i przepisów dotyczących zarządzania ryzykiem w przypadku pacjentów prywatnych;

Definicje

18. domaga się jasnej definicji usług zdrowotnych tak aby można było wyjaśnić i dokonać jasnego rozgraniczenia zakresu zastosowania przyszłego prawodawstwa w tej dziedzinie; zwraca się o wyjaśnienie, które elementy systemów opieki zdrowotnej mają znaczenie w tym kontekście;
19. zauważa, że usługi zdrowotne służą celom porównywalnym z innymi usługami społecznymi użyteczności publicznej, ponieważ ich podstawą jest zasada solidarności, stanowią one często element krajowych systemów ochrony socjalnej, koncentrują się wokół osoby ludzkiej, gwarantują obywatelom możliwość korzystania z ich praw podstawowych i wysoki poziom ochrony socjalnej oraz wzmacniają spójność społeczną i terytorialną;
20. jest zdania, że wszelkie działania podejmowane przez Wspólnotę w zakresie usług zdrowotnych powinny być zgodne z jej działaniami w zakresie usług społecznych użyteczności publicznej;
21. wzywa do tego, aby wszelkie dalsze objaśnienia konceptów wykorzystywanych w orzecznictwie Trybunału Sprawiedliwości nie naruszały równowagi wytyczonej przez Trybunał Sprawiedliwości pomiędzy prerogatywami państw członkowskich w dziedzinie zdrowia publicznego i prawami indywidualnych pacjentów; przypomina w związku z tym, że w odniesieniu do koncepcji „rozsądnego terminu” Trybunał Sprawiedliwości wskazał wyrażnie, iż pojęcie to powinno być zdefiniowane wyłącznie w świetle oceny sytuacji

¹ Dz.U. L 40 z 11.2.1989, str. 8.

zdrowotnej pacjenta i że w tej ocenie względy ekonomiczne nie powinny odgrywać żadnej roli;

22. wzywa do dokładniejszego opisania pojęć takich jak „rozsądny termin” oraz do zdefiniowania świadczeń szpitalnych i pozaszpitalnych;
23. podkreśla, że w odniesieniu do usług szpitalnych świadczonych w innym państwie członkowskim procedura udzielania zezwoleń musi stanowić dla pacjentów gwarancję chroniącą ich przed arbitralnymi decyzjami podejmowanymi przez ich władze krajowe; podkreśla, że w celu ułatwienia swobodnego przemieszczania się pacjentów bez uszczerbku dla celów planowania państw członkowskich należy zdefiniować szczegółowo leczenie szpitalne, w świetle orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości, jako leczenie, które może być świadczone tylko w ramach infrastruktury szpitalnej, a nie np. w gabinecie lekarskim lub w domu pacjenta; podkreśla w szczególności, że każda odmowa udzielenia zezwolenia musi być otwarta wobec zakwestionowania w postępowaniach sądowych lub quasi-sądowych oraz że w celu oceny sytuacji zdrowotnej każdego pacjenta należy zasięgnąć w pełni obiektywnej i bezstronnej rady niezależnych ekspertów;

Mobilność pacjentów

24. odnotowuje zwiększającą się różnorodność mobilności oraz różne przyczyny mobilności pacjentów kierowanych za granicę przez krajowe służby zdrowia oraz pacjentów korzystających z leczenia za granicą na własne życzenie, turystów zapadających na choroby, pracowników migrujących, studentów, emerytów oraz innych osób zamieszkujących w państwie członkowskim innym niż ich kraj pochodzenia lub też w regionach przygranicznych i podkreśla, że różnice te powinny być uwzględniane przy definiowaniu polityki;
25. podkreśla, że należy wprowadzić rozróżnienie, z jednej strony, transgranicznych usług opieki zdrowotnej tzn. usytuowanych po obydwu stronach wspólnej granicy dwóch państw członkowskich w celu utrzymania i zapewnienia pacjentom wysokiej jakości dostępu i świadczeń, z drugiej strony, usług zdrowotnych o charakterze międzynarodowym w Unii Europejskiej, które powinny zapewnić opiekę zdrowotną w leczeniu chorób rzadkich lub pojedynczych przypadków lub wymagających rzadkich i niezwykle drogich technologii (referencyjne ośrodki opieki zdrowotnej) lub zapewniających dostęp do opieki zdrowotnej, której dane państwo członkowskie lub przyjmujące nie może w danej chwili zapewnić;
26. wzywa Komisję do zapewnienia rocznych danych statystycznych dotyczących każdego państwa członkowskiego odnoszących się do mobilności pacjentów i liczby przypadków odmowy zwrotu kosztów, a także ich powodów;
27. uznając, że polityka ochrony zdrowia wchodzi przede wszystkim w zakres kompetencji państw członkowskich oraz podkreślając konieczność zapewnienia wysokiej jakości opieki zdrowotnej w kraju pochodzenia pacjenta, przyjmuje jednak z zadowoleniem inicjatywę Komisji polegającą na rozpoczęciu konsultacji w sprawie najlepszych form działań wspólnotowych mających na celu stworzenie bezpiecznych, wysokiej jakości i skutecznych ram dotyczących transgranicznych aspektów opieki zdrowotnej oraz wzywa Komisję do wystąpienia z konkretnymi wnioskami w celu wsparcia i kontrolowania postępów w tym obszarze;
28. zauważa, że znaczna liczba pacjentów z szeregu państw członkowskich nie jest w stanie

uzyskać w rozsądnym terminie niezbędnego leczenia medycznego w swym kraju z powodu długości list oczekujących i zauważa, że z tego względu pacjenci zależni są od leczenia za granicą;

Zwiększenie zakresu informacji dostępnych dla pacjentów

29. stwierdza istnienie utrudnień związanych z dostępem pacjentów do jasnych i precyzyjnych informacji dotyczących usług zdrowotnych, szczególnie w odniesieniu do transgranicznej opieki zdrowotnej, a także złożoność stosowanych procedur; zauważa, że utrudnienia te, powstające nie tylko w wyniku barier językowych, zwiększają potencjalne zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów;
30. uważa, że UE powinna odegrać znaczącą rolę w poprawie dostępu pacjentów do informacji o dostępie do transgranicznej opieki zdrowotnej;
31. zauważa, że efektywne i przejrzyste udostępnianie i wymiana informacji w zakresie zdrowia stanowią bardzo istotny warunek zapewnienia spójności i utrzymania wysokiej jakości opieki zdrowotnej w przypadku korzystania z usług zdrowotnych w różnych państwach członkowskich;
32. jest zdania, że należy dać pacjentom prawa wyboru korzystania z opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim, jeżeli wybór ten pozwala im na poddanie się odpowiedniemu leczeniu, po udzieleniu im pełnych informacji na temat warunków oraz wstępnych warunków dostępu oraz na temat skutków takiego wyboru; uważa, że zgodnie z powyższym orzecznictwem Trybunału Sprawiedliwości, uprzednie zezwolenie na hospitalizację powinno być łatwe do otrzymania, rozpatrywane natychmiast i oceniane na podstawie obiektywnych i neutralnych kryteriów; odmowa udzielenia zezwolenia powinna być usprawiedliwiona obiektywnymi przyczynami, które muszą być sprawdzone w przejrzysty sposób i uzasadnione, a wszelka odmowa powinna być poparta opinią niezależnych ekspertów;
33. nawołuje do przyjęcia europejskiej karty praw pacjenta opartej na kartach istniejących w państwach członkowskich oraz na analizach przeprowadzonych przez organizacje pozarządowe;

Zwrot kosztów

34. zwraca uwagę na istniejące różnice pomiędzy systemami opieki zdrowotnej w państwach członkowskich i dezorientujące ramy prawne regulujące zwrot kosztów; domaga się kodyfikacji istniejącego orzecznictwa w sprawie zwrotu kosztów za transgraniczną opiekę zdrowotną w celu zapewnienia właściwego stosowania orzecznictwa przez państwa członkowskie i poprawy informacji dla pacjentów, krajowych systemów ubezpieczeń i personelu świadczącego usługi, bez mnożenia kłopotliwych przeszkód biurokratycznych dla państw członkowskich;
35. wzywa Komisję, aby zachęcała wszystkie państwa członkowskie do stosowania istniejących procedur w odniesieniu do zwrotu kosztów za transgraniczną opiekę zdrowotną; uważa, że Komisja powinna mieć możliwość pociągania do odpowiedzialności państw członkowskich, które temu uchybiają;
36. wzywa do wprowadzenia europejskiego systemu referencyjnego dotyczącego zwrotu

kosztów w celu umożliwienia obywatelom dokonania porównania i najbardziej im odpowiadającego wyboru leczenia;

37. wzywa do zbadania sposobów aktywnego wspierania i promowania prac zmierzających do upowszechnienia stosowania europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego (EHIC) ze standaryzowanym zbiorem danych o pacjencie w celu uproszczenia procedur obowiązujących obywateli europejskich korzystających z opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim; jest zdania, że posiadacze EHIC muszą sami decydować, jakie dane zostaną w niej zapisane; wzywa do przyjęcia europejskich wskaźników zdrowia w celu jak najefektywniejszego wykorzystania tego systemu; uważa, że ze względu na bezpieczeństwo pacjentów sprawą kluczową jest zachęcanie organów krajowych do wymiany informacji dotyczących rejestracji i spraw dyscyplinarnych związanych z podmiotami świadczącymi usługi zdrowotne działającymi poza granicami swych krajów; uważa, że należy rozszerzyć EHIC w celu włączenia doń systemu międzynarodowej wymiany danych dotyczących sytuacji ubezpieczeniowej pacjenta;
38. wzywa państwa członkowskie do zapewnienia, że podmioty świadczące usługi zdrowotne umieszczają wyraźnie widoczny symbol pokazujący w podobny sposób, jak w przypadku kart kredytowych w hotelach, restauracjach itd., że EHIC pacjenta jest akceptowana w danym państwie członkowskim, zgodnie z rozporządzeniem (WE) nr 883/2004; domaga się wysokiego stopnia ochrony danych pacjentów w odniesieniu do transgranicznej współpracy w zakresie usług zdrowotnych w celu zagwarantowania poufności danych medycznych o charakterze sensytywnym;

Mobilność pracowników służby zdrowia

39. przypomina, że dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych¹ nie wypełnia wszystkich istniejących na poziomie UE luk prawnych związanych z wolnym przepływem personelu służby zdrowia, szczególnie w zakresie szkolenia ustawicznego, swobody przedsiębiorczości oraz zagwarantowania aktualnego poziomu kompetencji pracowników opieki zdrowotnej; podkreśla, że wszelkie przyszłe uregulowania w tej dziedzinie powinny znacznie ułatwić świadczenie transgranicznych usług zdrowotnych i podejmowanie działalności przez usługodawców z innych państw członkowskich;
40. zauważa, że chociaż w UE ma miejsce wzajemne uznawanie kwalifikacji zawodowych, to jednak wciąż brak jest jednolitych standardów jakości w odniesieniu do treści szkolenia zawodowego oraz sposobu wykonywania danych zawodów i/lub przepisów gwarantujących takie standardy;
41. podkreśla, że w art. 35 Karty Praw Podstawowych zapisano, iż obowiązkiem Unii Europejskiej jest zagwarantowanie wysokiego poziomu opieki zdrowotnej, w związku z powyższym zwraca uwagę, że jakość usług zdrowotnych i zdolność sektora do utrzymywania pracowników zależą od jakości pracy i warunków pracy pracowników służby zdrowia, w tym czasu przeznaczonego na odpoczynek i możliwości szkolenia; zauważa ponadto, że towarzyszące środki, takie jak kontrole jakości, szkolenia i korzystanie z nowych technologii informacyjnych powinny zapewnić pacjentom najlepszą możliwą opiekę zdrowotną;

¹ Dz.U. L 255 z 30.9.2005, str. 22.

42. uważa, że bardzo ważne jest, by podmioty świadczące usługi zdrowotne, które mają bezpośredni kontakt z pacjentami, posiadały adekwatną znajomość języka obowiązującego w przyjmującym państwie członkowskim;
43. zwraca się do Komisji o utworzenie mechanizmu zbierania danych i wymiany informacji pomiędzy poszczególnymi organizmami krajowymi na temat świadczeniodawców opieki zdrowotnej, a także o ustanowienie europejskiej karty umożliwiającej dostęp do informacji o kompetencjach tych pracowników opieki zdrowotnej oraz udostępnienie tych informacji pacjentom, a także o stworzenie dla usługodawców wiarygodnego systemu informacji w zakresie zdrowia, wraz ze zobowiązaniem organów krajowych do wymiany takich informacji;
44. wzywa Komisję, w związku ze wzrostem mobilności zawodowej w Europie, do nałożenia na władze krajowe obowiązku wymiany informacji o rejestracji i środkach dyscyplinarnych związanych z pracownikami służby zdrowia w celu zagwarantowania bezpieczeństwa pacjentów;
45. z zadowoleniem przyjmuje prace wykonane w ramach inicjatywy „Health Professionals Crossing Borders” jako dobry przykład bliskiej współpracy multilateralnej pomiędzy organami regulacyjnymi opieki zdrowotnej państw członkowskich;
46. podkreśla potrzebę lepszego informowania pracowników służby zdrowia o ich prawie do mobilności w UE za pomocą wykorzystywania istniejących narzędzi ustanowionych przez Komisję, takich jak np. Eures (europejskie służby zatrudnienia);

Odpowiedzialność prawna

47. podkreśla, że mobilność pacjentów wymaga zabezpieczeń w postaci jednoczesnych i jasnych przepisów regulujących odpowiedzialność za świadczenie transgranicznych usług zdrowotnych i wynikającej z tego potrzeby ułatwienia dostępu do mechanizmów dochodzenia roszczeń i wymiaru sprawiedliwości, szczególnie jeżeli poszczególne etapy leczenia odbywają się w więcej niż jednym kraju;
48. zwraca uwagę, że połączenie obecnych przepisów międzynarodowego prawa prywatnego dotyczącego właściwości sądów i prawa właściwego z szeregiem instrumentów wspólnotowych prowadzi do skomplikowanej i trudnej sieci systemów odpowiedzialności prawnej, która nie sprzyja ułatwieniu dostępu do wymiaru sprawiedliwości, co w odniesieniu do usług zdrowotnych stanowi kwestię wzbudzającą szczególne zaniepokojenie i która ma charakter zarówno prywatny, jak i indywidualny; ponadto pacjent, który dochodzi zadośćuczynienia jest zarówno bezbronny, jak i sam musi występować przeciwko instytucji lub stowarzyszeniu zawodowemu;
49. podkreśla w związku z powyższym konieczność zapewnienia pewności prawnej na rzecz pacjentów i personelu służby zdrowia; wzywa do uściślenia zasad związanych z odpowiedzialnością zawodową w przypadkach zaistnienia szkód oraz ustanowienia obowiązkowego ubezpieczenia wszystkich pracowników służby zdrowia od odpowiedzialności, przy czym koszt wspomnianych ubezpieczeń powinien kształtować się na rozsądnym poziomie;
50. podkreśla konieczność wzmocnienia ochrony pacjentów poprzez wymaganie od pracowników służby zdrowia zawarcia ubezpieczenia od odpowiedzialności zawodowej;

zauważa jednak, że zarówno środki gwarantujące takie ubezpieczenie, jak i definicja pracowników służby zdrowia zostaną ustalone w każdym państwie członkowskim przez stosownego ubezpieczyciela lub inne struktury zabezpieczenia finansowego;

51. zaznacza, że świadczenia zdrowotne wymagają często ciągłości opieki lekarskiej; wzywa do uściślenia zasad związanych z rozłożeniem odpowiedzialności pomiędzy świadczeniodawcami opieki zdrowotnej na poszczególnych etapach takiego leczenia, w celu zapewnienia ciągłości opieki; podkreśla, że telemedycyna i elektroniczna opieka zdrowotna rozwijają się na tak wielką skalą, że potrzebne jest ustalenie nowych zasad postępowania w dziedzinie ochrony socjalnej, finansowania oraz dostępu do takiej opieki;

Współpraca między państwami członkowskimi

52. uważa, że bliższa współpraca między systemami służby zdrowia na szczeblu lokalnym, regionalnym, międzyrządowym i europejskim powinna umożliwić odpowiednie leczenie w innym państwie członkowskim, wyższą jakość usług, co przyczyniłoby się do wzrostu zaufania obywateli;
53. zwraca uwagę na to, że dzięki współpracy transgranicznej zainteresowanych podmiotów można znaleźć praktyczne rozwiązania, o czym świadczy przykład Euroregis;
54. oczekuje od państw członkowskich podjęcia współpracy transgranicznej w zakresie świadczenia usług zdrowotnych, aby poszczególne systemy zdrowotne wymagały mniejszych nakładów finansowych bez uszczerbku dla swojej skuteczności;
55. wzywa Komisję do wyznaczenia norm technicznych, a rządy państw członkowskich do udzielenia aktywnego poparcia idei wprowadzenia interoperacyjnych przejrzystych systemów informacyjnych pozwalających na skuteczną wymianę i wzajemne udostępnianie informacji w zakresie zdrowia przez podmioty świadczące usługi zdrowotne w różnych państwach członkowskich;
56. wspiera rozwój sieci ośrodków referencyjnych, w tym elektronicznych centrów referencyjnych zajmujących się niektórymi rzadkimi, specyficznymi i przewlekłymi chorobami oraz wymianę wiedzy między państwami członkowskimi na temat najlepszych metod leczenia i organizacji systemów opieki zdrowotnej; zwraca się wobec tego do Komisji o przyznanie znacznych środków na optyimizację transgranicznej współpracy administracyjnej;
57. uważa, że UE może odgrywać istotną rolę w poprawie dostępności informacji dla pacjentów na temat mobilności transgranicznej, w tym poprzez promowanie europejskich wskaźników zdrowia;
58. uznaje, że istnieje zapotrzebowanie na odpowiedniej jakości uregulowane transgraniczne usługi zdrowotne i farmaceutyczne oraz na współpracę i wymianę doświadczeń naukowych i technologicznych wyspecjalizowanych ośrodków medycznych; podkreśla jednak, że z sondaży wynika, że większość ludzi wolałaby mieć dostęp do wysokiej jakości leczenia w pobliżu swego miejsca zamieszkania; uznaje, że Komisja, w celu znalezienia jak najbardziej dostosowanego rozwiązania legislacyjnego, powinna uprzednio przeprowadzić wyczerpującą analizę, z jednej strony rzeczywistych potrzeb dotyczących mobilności pacjentów, z drugiej strony na temat pacjentów, których ona dotyczy, jednocześnie przeprowadzając ocenę wpływu takiej mobilności na systemy opieki zdrowotnej;

59. ze względu na istniejące różnice oczekuje od państw członkowskich uregulowania w oparciu o zasadę wzajemności m.in. kwestii dotyczących dostępu, jakości opieki medycznej oraz kontroli kosztów;
60. uważa, że otwarta metoda koordynacji stanowi jeden z odpowiednich instrumentów, za pomocą których można doprowadzić do bliższej współpracy wśród państw członkowskich;
61. pragnie rozwoju dwustronnych i wielostronnych umów między państwami członkowskimi, regionami i władzami lokalnymi oraz między podmiotami sektora opieki zdrowotnej, oraz jest zdania, że stanowiłoby to bodziec dla wspólnego wykorzystania środków materialnych i ludzkich w obszarach przygranicznych, a szczególnie w obszarach o wysokiej liczbie osób przyjeżdżających na krótki okres oraz stymulowałoby wymianę umiejętności i wiedzy;
62. wzywa do tworzenia i stosowania pojedynczego punktu kontaktowego w oparciu o już istniejące instrumenty wspólnotowe, zgodnie ze specyfiką organizacji poszczególnych systemów opieki zdrowotnej, w celu zagwarantowanie dostępu do obiektywnych i niezależnych informacji dla pacjentów, pracowników opieki zdrowotnej, instytucji opieki zdrowotnej oraz właściwych organów; uważa, że pracownicy służby zdrowia mogą pomagać pacjentom w poszukiwaniu takich informacji;
63. zachęca Komisję do wykorzystania wszystkich istniejących instrumentów, takich jak Solvit i procedury w sprawie naruszenia przepisów, do udzielenia wsparcia pacjentom, którym odmówiono zwrotu kosztów (za opiekę pozaszpitalną) lub zezwolenia (na opiekę szpitalną) pomimo spełnienia warunków ustalonych w orzecznictwie;
64. zachęca Komisję do kontynuowania gromadzenia danych z państw członkowskich i do dalszej analizy tendencji i wyzwań w obliczu transgranicznej mobilności pacjentów i pracowników służby zdrowia;

Wnioski

65. wzywa Komisję do nasilenia polityki wszczynania postępowań w przypadkach naruszenia prawa UE w celu zagwarantowania, że wszystkie państwa członkowskie stosują się do orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości i że wszyscy europejscy pacjenci, niezależnie od kraju pochodzenia, mogą korzystać z praw przyznanych im w traktacie;
66. zwraca się do Komisji o przedstawienie Parlamentowi i Radzie wniosku dotyczącego odpowiedniego instrumentu mającego na celu, w szczególności, kodyfikację orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości;
67. wzywa Komisję do przedstawienia wniosku uwzględniającego niniejszą rezolucję oraz orzecznictwo ETS dotyczące praw pacjentów europejskich; wzywa do zagwarantowania pacjentom możliwie najszerzego dostępu do usług opieki zdrowotnej w całej Europie, a także do zagwarantowania świadczeniodawcom usług zdrowotnych swobody świadczenia usług oraz swobody przedsiębiorczości;
68. skoro wniosek Komisji, aby dyrektywa 2006/123/WE obejmowała także zagadnienia ochrony zdrowia, nie został przyjęty przez Parlament Europejski i Radę, nalega, że konieczne są dalsze działania w celu zapewnienia praw już przysługujących; w związku z tym wzywa Komisję, jako strażnika traktatów, do zagwarantowania ochrony tych praw;
69. uważa przede wszystkim, że nowe europejskie ramy regulacyjne w zakresie transgranicznej

opieki zdrowotnej powinny polepszyć dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej w przypadku choroby, przyczynić się do zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów i zwiększenia możliwości wyboru dla wszystkich pacjentów w Unii Europejskiej, nie przyczyniając się jednocześnie do nierówności w wynikach leczenia;

o

o o

70. zobowiązuje swojego Przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie oraz Komisji.