

P6_TA(2005)0236

Mobilność pacjentów i rozwój służby zdrowia

Rezolucja Parlamentu Europejskiego w sprawie mobilności pacjentów i rozwoju służby zdrowia w Unii Europejskiej (2004/2148(INI))

Parlament Europejski,

- uwzględniając komunikat Komisji – Kontynuacja procesu refleksji na wysokim szczeblu nad mobilnością pacjentów i zjawiskami zachodzącymi w opiece zdrowotnej w Unii Europejskiej (COM(2004)0301) („Komunikat Komisji w sprawie mobilności pacjentów”),
 - uwzględniając art. 152 i art. 5, 18, 43 i 47 Traktatu WE,
 - uwzględniając komunikat Komisji dla Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów — Modernizacja ochrony socjalnej w celu rozwoju wysokiej jakości, dostępnej i trwałej opieki zdrowotnej oraz opieki długoterminowej: wsparcie krajowych strategii poprzez „otwartą metodę koordynacji” (COM(2004)0304) („Komunikat Komisji w sprawie rozszerzenia »otwartej metody koordynacji«”),
 - uwzględniając dyrektywę 95/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 24 października 1995 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w zakresie przetwarzania danych osobowych i swobodnego przepływu tych danych ⁽¹⁾,
 - uwzględniając komunikat Komisji dla Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów — e-zdrowie — poprawa opieki zdrowotnej dla obywateli UE: plan działań dla europejskiego obszaru e-zdrowia (COM(2004)0356),
 - uwzględniając komunikat Komisji dla Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów — e-Europa 2002: Kryteria jakości dla stron internetowych dotyczących zdrowia (COM(2002)0667),
 - uwzględniając orzeczenia Trybunału Sprawiedliwości Wspólnot Europejskich („Europejski Trybunał Sprawiedliwości”) w sprawach Decker (C-120/95, 28 kwietnia 1998 r.), Kohll (C-158/96, 28 kwietnia 1998 r.), Geraets-Smits & Peerbooms (C-157/99, 12 lipca 2001 r.), IKA (C-326/00, 25 lutego 2003 r.) i Müller-Fauré & van Riet (C-385/99, 13 maja 2003 r.),
 - uwzględniając projekt Komisji dotyczący dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (COM(2002)0119),
 - uwzględniając projekt Komisji dotyczący dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie usług na rynku wewnętrznym (COM(2004)0002),
 - uwzględniając swoją rezolucję z dnia 15 stycznia 2003 r. w sprawie przyszłości opieki zdrowotnej i opieki nad osobami starszymi ⁽²⁾ oraz swoją rezolucję z dnia 11 marca 2004 r. w sprawie opieki zdrowotnej i opieki nad osobami starszymi ⁽³⁾,
 - uwzględniając art. 45 Regulaminu,
 - uwzględniając sprawozdanie Komisji Ochrony Środowiska, Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności (A6-0129/2005),
- A. mając na uwadze, że opieka zdrowotna w UE ulega przekształceniom w wyniku zjawisk zachodzących w medycynie, technice, e-zdrowiu, świadomości pacjentów i prawie;

⁽¹⁾ Dz.U. L 281 z 23.11.1995, str. 31.

⁽²⁾ Dz.U. C 38 E z 12.2.2004, str. 269.

⁽³⁾ Dz.U. C 102 E z 28.4.2004, str. 862.

Czwartek, 9 czerwca 2005 r.

- B. mając na uwadze, że system E111 obejmujący nieplanowane leczenie podczas tymczasowego pobytu w innym Państwie Członkowskim jest zastępowany przez Europejską kartę zdrowia, i zważywszy, że istnieje potrzeba zastąpienia lub znacznej zmiany biurokratycznego i restrykcyjnego systemu E112 obejmującego planowane leczenie w innym Państwie Członkowskim,
- C. mając na uwadze, że prewencja stanowi kluczowy element kompleksowej polityki zdrowotnej, a systematycznie stosowane środki zapobiegawcze przedłużają średnią długość życia, zmniejszają różnice pomiędzy poszczególnymi grupami społecznymi w zakresie czasu oczekiwania na świadczenia w systemie opieki zdrowotnej oraz powstrzymują szerzenie się chorób przewlekłych, co umożliwia obniżenie kosztów leczenia,
- D. mając na uwadze, że europejska polityka zdrowotna postępuje naprzód dzięki wydawanym w sposób nieregularny orzeczeniom Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości dotyczącym mobilności pacjentów, oraz że proces rozszerzenia przyniesie jeszcze więcej złożonych spraw, którymi będzie się musiał zająć Europejski Trybunał Sprawiedliwości, oraz mając na uwadze, że zarówno w interesie pacjentów, jak i w interesie rządów leży uzgodnienie i niezwłoczne wprowadzenie w życie jasnych wytycznych dotyczących polityki i procedur,
- E. mając na uwadze, że podstawowa odpowiedzialność za organizację, finansowanie i świadczenie opieki zdrowotnej i opieki medycznej spoczywa na Państwach Członkowskich, podczas gdy Unia Europejska jest odpowiedzialna za zdrowie publiczne, promocję zdrowia, badania oraz wczesne wykrywanie i odgrywa rolę w mobilności transgranicznej,
- F. mając na uwadze, że konieczne są dalsze wyjaśnienia w celu umożliwienia pacjentom, specjalistom w dziedzinie ochrony zdrowia oraz dysponentom budżetu zdrowotnego i ubezpieczycielom zrozumienia zasad funkcjonowania i uczestnictwa w transgranicznej i transnarodowej opiece zdrowotnej,
- G. mając na uwadze, że istnieją znaczące wyzwania logistyczne, administracyjne, kulturowe i kliniczne związane z tworzeniem spójnego, bezpiecznego i dostępnego systemu mobilności pacjentów w UE,
- H. mając na uwadze, że systemy opieki zdrowotnej w Unii opierają się na zasadach solidarności, sprawiedliwości i powszechności, w celu zagwarantowania, aby wszyscy, bez względu na dochody, zamożność i wiek, otrzymali w przypadku choroby właściwą, opiekę o wysokiej jakości,
- I. mając na uwadze, że mobilność pacjentów jest złożonym zagadnieniem ze względu na różnice w krajowych systemach i tradycjach opieki zdrowotnej; mając jednak na uwadze, że nie powinno to ograniczać wysiłków podejmowanych w celu rozwiązania problemów związanych z koordynacją i skutecznością, na które napotykają użytkownicy, oraz w celu poprawy usług,
1. z zadowoleniem przyjmuje Komunikat Komisji w sprawie mobilności pacjentów i zawarte w nim koncepcje dotyczące usystematyzowania współpracy w dziedzinie ochrony zdrowia;
 2. podkreśla potrzebę, mając na uwadze priorytet, jakim jest zachowanie publicznej służby zdrowia oraz zapewnienie nieskrępowanego i powszechnego dostępu do niej, pilnego sformułowania przez Unię Europejską spójnej polityki dotyczącej mobilności pacjentów w świetle orzeczeń Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości i sprawozdania grupy ekspertów wysokiego szczebla ds. mobilności pacjentów i zjawisk zachodzących w ochronie zdrowia oraz potrzebę uzgodnienia wytycznych, z których będą korzystać pacjenci, specjaliści w dziedzinie ochrony zdrowia i instytucje finansujące; uważa, że pacjent znajdujący się w stanie zagrażającym życiu powinien mieć co najmniej prawo i możliwość do odpowiedniego leczenia w innym Państwie Członkowskim w odpowiednim czasie, jeżeli takie leczenie nie jest dostępne w jego własnym kraju lub okres oczekiwania jest zbyt długi;
 3. uważa, że dalsza współpraca pomiędzy Państwami Członkowskimi, koordynowana tam gdzie jest to właściwe przez Komisję, powinna koncentrować się na szczególnych zagadnieniach związanych z transgraniczną opieką zdrowotną; uważa jednocześnie, że szczególną uwagę należy zwrócić na aspekty współpracy regionalnej oraz że doświadczenia zebrane w regionach przygranicznych powinny być odpowiednio wzięte pod uwagę; jest zdania że w ten sposób, rozwiązania dopasowane do konkretnych regionów mogą być wykorzystane do zaspokajania potrzeb ludzi oraz że praktyczne doświadczenia mogą zostać wykorzystane w postaci modeli najlepszej praktyki;

Czwartek, 9 czerwca 2005 r.

4. jest zdania, że kwestia mobilności pacjentów wymaga odrębnego projektu Komisji i że dyrektywa usługowa powinna koncentrować się raczej na mobilności usług, niż na mobilności pacjentów, powinna jednak zawierać wezwanie pod adresem Komisji do przedłożenia projektu dotyczącego mobilności pacjentów w ciągu sześciu miesięcy od wejścia w życie tego aktu; jest także zdania, że projekt ten powinien opierać się na pracy Grupy Wysokiego Szczebla ds. Usług Zdrowotnych i Opieki Medycznej i powinien zawierać w szczególności ramowe wytyczne dla pacjentów, pracowników służby zdrowia oraz osób zarządzających budżetem służby zdrowia, a także propozycje dotyczące informacji dla pacjentów oraz bezpieczeństwa pacjentów i poufności ich danych;
5. ubolewa, że Komunikat Komisji w sprawie mobilności pacjentów nie zawiera harmonogramu działań i nie podejmuje żadnego zobowiązania co do zintegrowanej polityki w zakresie mobilności pacjentów;
6. uważa, że otwarta metoda koordynacji stanowi właściwe ramy dla zajmowania się zagadnieniami dotyczącymi mobilności pacjentów, bez jednoczesnego wyłączenia współpracy pomiędzy Państwami Członkowskimi w sprawach, za które są odpowiedzialne służby zdrowia Państw Członkowskich;
7. uważa, że wytyczne powinny uwzględniać procedury dotyczące korzystania z usług zdrowotnych, źródła informacji o specjalistach w dziedzinie ochrony zdrowia i zakładach opieki zdrowotnej, mechanizmy płatności za opiekę, ustalenia dotyczące wsparcia w podróży i wsparcia językowego, ustalenia dotyczące dalszej opieki, kontynuacji leczenia, rekonwalescencji i rehabilitacji przed lub po powrocie, składania skarg oraz innych związanych z tym procedur oraz specjalnej opieki dla osób starszych i emerytów; wskazuje, że mechanizmy płatności za opiekę powinny być jednolite i obiektywne, tak aby unikać nierówności i kreowania sytuacji niekorzystnych dla niektórych pacjentów;
8. uważa za istotne wspieranie współpracy transgranicznej w celu zapewnienia efektywnego lub pilnego leczenia, głównie w nagłych wypadkach, w przypadku chorób przewlekłych oraz poważnych schorzeń lub alergii;
9. z zadowoleniem przyjmuje komunikat Komisji w sprawie rozszerzenia „otwartej metody koordynacji” na opiekę zdrowotną i opiekę długoterminową oraz oczekuje dalszych działań w celu stworzenia mechanizmu usystematyzowania współpracy między Państwami Członkowskimi, obejmującego konkretne cele i regularne przeglądy;
10. wzywa do całościowego, naukowego podejścia mającego na celu budowę procesu otwartej metody koordynacji w najlepszy możliwy sposób; uważa, że wymaga to ogólnoeuropejskiej kompatybilności danych, jak również centralnego rejestru na metapoziomie oraz że należy zbadać, w jakim zakresie możliwa jest integracja danych już dostępnych;
11. z zadowoleniem przyjmuje plan pracy na rok 2005 Dyrekcji Generalnej Komisji ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów w związku z ramowym programem zdrowia publicznego, zawierającym pilotażowe propozycje w zakresie współpracy transgranicznej w dziedzinie usług zdrowotnych, mającym na celu pomoc w rozwinięciu współpracy oraz identyfikację potencjalnych korzyści i problemów związanych z taką współpracą;
12. uważa brak postępów w zakresie informacji dla pacjentów za poważne zagrożenie dla rozwoju opieki zdrowotnej w UE, a w szczególności dla osiągnięcia mobilności pacjentów; wzywa Komisję i Radę do pilnego przedstawienia struktury ramowej dla powszechnej informacji dla pacjentów;
13. krytykuje fakt, że koordynacja prezentacji praw i obowiązków pacjentów– jak to zalecił Proces Refleksji, nie została jeszcze przeprowadzona oraz wzywa Radę i Komisję do niezwłocznego jej zrealizowania; wzywa Państwa Członkowskie do przyjęcia ustawy dotyczącej pacjentów lub karty praw pacjentów, przysługującej pacjentom, między innymi, następujące prawa:
 - prawo do właściwej i wykwalifikowanej opieki medycznej świadczonej przez wykwalifikowany personel medyczny,
 - prawo do łatwo zrozumiałej, specjalistycznej i właściwej informacji oraz porad lekarskich,
 - prawo do samodzielnego podejmowania decyzji w oparciu o pełne informacje,

Czwartek, 9 czerwca 2005 r.

- prawo do dokumentacji leczenia i wglądu w nią,
- prawo do poufności i ochrony danych,
- prawo do złożenia skargi,
- gwarancję, że bez uprzedniej zgody pacjenta nie będą prowadzone obserwacje lub eksperymenty medyczne;

14. uważa, że chociaż Państwa Członkowskie są bardziej kompetentne, aby opracować jasne krajowe wytyczne dotyczące informacji dla pacjentów dostosowane do ich krajowych systemów opieki zdrowotnej, to nie powinno to powstrzymać Komisji od ustanowienia wspólnych podstawowych elementów w zakresie informacji dla pacjentów, opracowania przewodnika usług medycznych oraz określenia praw i obowiązków pacjentów, dostępnego leczenia i szczegółów dotyczących zwrotu poniesionych kosztów;

15. wzywa Komisję do rozważenia, przy jednoczesnym poszanowaniu przepisów krajowych, harmonizacji procedur w zakresie zwrotu kosztów, ustanowionych w rozporządzeniu (WE) nr 883/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie⁽¹⁾, jak również w orzeczeniach Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, w celu zapewnienia pewności prawnej dla pacjentów w dziedzinie zwrotu kosztów;

16. wzywa Komisję do opracowania, do dnia 1 stycznia 2007 r., zbioru wytycznych dotyczących podstawowych kwestii związanych z mobilnością pacjentów; uważa, że wytyczne te powinny zostać uzupełnione o krajowe wytyczne, opracowane przez Państwa Członkowskie w ciągu następnych 12 miesięcy;

17. uważa, że należy przyznać priorytet, w kontekście mobilności pacjentów, przyjmowaniu wytycznych dotyczących dostępu do leczenia, które nie jest możliwe w Państwie Członkowskim pochodzenia pacjenta oraz leczenia, które jest pilną koniecznością, ale nie jest natychmiast dostępne w Państwie Członkowskim pochodzenia pacjenta;

18. uważa za istotne, aby Państwa Członkowskie, mając na celu dalsze ułatwienie mobilności pacjentów pomiędzy Państwami Członkowskimi, przyjęły przepisy dotyczące wystawiania recept, ich realizacji oraz zwrotu wydatków na lekarstwa poniesione przez pacjentów w innym Państwie Członkowskim;

19. zachęca Komisję do wyznaczenia ostatecznych terminów gromadzenia i oceny danych dotyczących aktualnego transgranicznego przepływu pacjentów oraz wzywa Komisję do jak najszybszego opublikowania wyników takich badań; podkreśla znaczenie oceny i dzielenia się doświadczeniami w zakresie takich porozumień transgranicznych jak projekty Euregio;

20. wzywa Komisję do przygotowania raportu w sprawie charakteru i głównych kierunków turystyki zdrowotnej oraz zakresu, w jakim obecnie jej koszty są zwracane przez urzędy i prywatny sektor ubezpieczeń, a w jakim jest ona opłacana przez samych pacjentów;

21. wzywa Komisję i Państwa Członkowskie do przygotowania sprawozdania, do czerwca 2007 r., na temat zakresu mobilności pacjentów oraz usług świadczonych dla pacjentów przyjezdnych oraz pacjentów miejscowych, zarówno przez sektor publiczny, jak i prywatny;

22. wzywa Państwa Członkowskie do utworzenia we właściwym czasie jasnych i przejrzystych ram dla transgranicznego nabywania usług opieki zdrowotnej, zapowiedzianych na ten rok jako część Grupy Wysokiego Szczebla;

23. z całą mocą popiera wysiłki na rzecz pogłębiania wiedzy i udoskonalenia ustawodawstwa na temat przepływu specjalistów w dziedzinie ochrony zdrowia i opieki społecznej; przypomina Komisji, że skuteczne mechanizmy wspierające wysoki poziom bezpieczeństwa pacjentów muszą być włączone do dyrektywy w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych;

⁽¹⁾ Dz.U. L 166 z 30.4.2004, str. 1. Rozporządzenie ostatnio zmienione rozporządzeniem (WE) nr 631/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady (Dz.U. L 100 z 6.4.2004, str. 1).

Czwartek, 9 czerwca 2005 r.

24. docenia prace podejmowane w celu stworzenia ogólnounijnego rejestru lekarzy oraz innych specjalistów w dziedzinie ochrony zdrowia zawieszonych w prawach lub pozbawionych prawa wykonywania zawodu za brak kompetencji lub błąd w sztuce; uważa, że powinien on być dostępny dla pacjentów i podmiotów nabywających usługi zdrowotne; wzywa Komisję do przedkładania regularnych sprawozdań z poczynionych postępów;
25. podkreśla potencjalne zagrożenie „drenażu mózgow” z nowych Państw Członkowskich do Państw Członkowskich oferujących wyższe wynagrodzenia, co w konsekwencji może stanowić zagrożenie dla funkcjonowania i jakości ich systemów opieki zdrowotnej; dlatego też zachęca do badań nad możliwym wpływem zwiększonej mobilności pacjentów na takie przepływy oraz do badań nad przyszłym zapotrzebowaniem na specjalistów w dziedzinie ochrony zdrowia i ich kształceniem przez szkoły wyższe w UE;
26. podkreśla, że swobodne przemieszczanie się pacjentów stanowi także bodziec dla krajowych służb zdrowia do sprostania najwyższymi możliwymi standardom i do zachęcania pacjentów, aby nie korzystali z leczenia za granicą, jeżeli jest ono dostępne w kraju, poprzez oferowanie wysokiej jakości usług;
27. z zadowoleniem przyjmuje wysiłki na rzecz utworzenia Europejskich ośrodków informacji i potencjalnych korzyści, jakie to przyniesie w przypadku leczenia rzadkich chorób; uznaje, że pacjenci cierpiący na rzadkie choroby mogą często wymagać większej pomocy w dostępie do specjalistycznej opieki; wzywa do utworzenia Europejskich ośrodków informacji, które nie byłyby ograniczone do rzadkich chorób, ale poszerzone tak, aby obejmowały wszystkie choroby, dla których dostępna jest specjalna koncentracja środków i wiedzy specjalistycznej; podkreśla, że poza leczeniem tych chorób, Europejskie ośrodki informacji powinny również odgrywać wiodącą rolę w zakresie konsultacji i szkolenia specjalistów w dziedzinie medycyny;
28. przestrzega, że potrzebne będą dodatkowe środki finansowe dla wsparcia sieci Europejskich ośrodków informacji;
29. uważa, że wspólne korzystanie z potencjału, szczególnie w przypadku specjalistycznych form opieki, może stanowić ważny wkład w podnoszenie efektywności usług opieki zdrowotnej;
30. zwraca uwagę, że w badaniach prowadzonych przez Uniwersytet w Yorku w Wielkiej Brytanii, które objęły pacjentów leczących się zagranicą, 87 % tych pacjentów podawało jako powód takiego leczenia konieczność długiego oczekiwania na leczenie w Anglii; niemniej jednak uważa, że zdecydowana większość pacjentów preferuje i będzie preferowała leczenie możliwie najbliżej miejsca zamieszkania;
31. z zadowoleniem przyjmuje zobowiązanie Komisji do zachowania istniejącym przepisów prawnych dotyczących ochrony danych; zwraca uwagę na znaczenie zapewnienia skutecznej i bezpiecznej metody wymiany historii choroby pacjentów między Państwami Członkowskimi;
32. z zadowoleniem przyjmuje komunikat Komisji ustanawiający „plan działania w dziedzinie e-zdrowia”, który potwierdza, że technologie informatyczne i komunikacyjne, a zwłaszcza Internet, mogą pomóc w ułatwieniu dostępu oraz w poprawie jakości i skuteczności służby zdrowia, chociaż mogą także zwiększyć nierówności w konsekwencji „wykluczenia na skutek luki technologicznej” (*digital divide*); podkreśla potrzebę stosowania kryteriów jakości do stron internetowych poświęconych zdrowiu; docenia rolę, jaką mogłyby odgrywać telemedycyna i telepsychiatria w poprawie możliwości opieki dla pacjentów oraz zmniejszeniu konieczności mobilności pacjentów; uważa, że należy również wziąć pod uwagę nierówności dotyczące osób starszych i analfabetów;
33. zachęca Komisję do monitorowania wprowadzania Europejskiej karty zdrowia w Państwach Członkowskich w celu zagwarantowania dostarczania społeczeństwu przez Państwa Członkowskie jasnych i zrozumiałych informacji na temat sposobu funkcjonowania karty;
34. wzywa Komisję do rozważenia, czy Europejska karta zdrowia powinna stanowić podstawę wspólnej strategii identyfikacji pacjentów i opracowania nowych funkcji, takich jak przechowywanie danych na temat sytuacji kryzysowych w dziedzinie ochrony zdrowia, zgodnie z planem działania e-Europa 2005 zatwierdzonym przez Radę Europejską w Sewilli w dniach 21 i 22 czerwca 2002 r.;
35. wzywa Komisję do opracowania propozycji w sprawie dokonywania zapisów na Europejskiej karcie zdrowia, za zgodą zainteresowanych stron, dotyczących nie tylko szczegółów ubezpieczenia, ale również danych medycznych na temat pacjentów, ułatwiających w ten sposób ich mobilność pomiędzy Państwami Członkowskimi, jak również zapewniając właściwy dostęp do opieki i leczenia, jakiego wymaga ich stan zdrowia;

Czwartek, 9 czerwca 2005 r.

36. wzywa Komisję do zbadania, w jaki sposób Europejska karta zdrowia może lepiej służyć potrzebom emerytów z Państwa Członkowskiego, czasowo zamieszkującym lub przebywającym w innym Państwie Członkowskim;
37. zauważa jednak, że konieczne jest zapewnienie wysokiego stopnia ochrony danych w związku z wszelkimi nowymi funkcjami Europejskiej karty zdrowia i przechowywanymi na niej danymi, a informacje wymieniane pomiędzy właściwymi organami muszą uwzględniać istniejące przepisy w zakresie ochrony danych;
38. z zadowoleniem przyjmuje utworzenie Grupy Wysokiego Szczebla w Komisji, jak również ustanowienie spotkań na oficjalnym szczeblu Grupy Roboczej ds. Zdrowia w Radzie; wzywa Komisję i Radę do regularnego przekazywania Parlamentowi Europejskiemu aktualnych informacji na temat prac Grupy; wzywa także Grupę Wysokiego Szczebla do składania Parlamentowi Europejskiemu sprawozdań co sześć miesięcy;
39. uważa, że bezpieczeństwo pacjentów jest sprawą zasadniczą dla sformułowania skutecznej polityki zdrowotnej w UE; uznaje potrzebę ścisłej współpracy ze Światowym Ruchem na rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów WHO; wzywa Grupę Wysokiego Szczebla do jak najszybszego przedstawienia w roku 2005 propozycji dotyczących Sieci Bezpieczeństwa Pacjentów;
40. podkreśla, że względy opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjentów muszą być brane pod uwagę w planowaniu i wprowadzaniu w życie polityk w innych obszarach; ubolewa nad sporadycznymi konfliktami między celami rynku wewnętrznego i celami opieki; uważa, że zdrowie obywateli Europy jest warunkiem wstępnym dla jej osiągnięcia gospodarczych i konkurencyjności;
41. podkreśla, że centralnym punktem całego systemu jest pacjent, który w naturalny sposób jest zainteresowany swoim zdrowiem oraz jakością i dostępnością opieki zdrowotnej, który jest odbiorcą opieki płatną za otrzymywaną opiekę, czy to bezpośrednio, czy to poprzez ubezpieczenie zdrowotne lub podatki; uważa dlatego, pacjenci mają pełne prawo do wyczerpującej informacji na temat ich leczenia i stanu ich zdrowia oraz mają pełne prawo do udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących korzystania z opieki zdrowotnej;
42. uważa, że istnieje potrzeba stworzenia sieci istotnych informacji dostępnych dla pacjentów oraz profesjonalistów i menedżerów w dziedzinie ochrony zdrowia w całej UE; z zadowoleniem przyjmuje tworzenie przez Komisję Portalu Zdrowia UE oraz wyraża nadzieję, że Portal będzie, zgodnie z planem, dostępny w Internecie pod koniec 2005 r.;
43. zgadza się z poglądem, że istnieje potrzeba zapewnienia obywatelom pewności prawnej oraz jasnej listy ich praw i obowiązków jako pacjentów w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej oraz zwrotu kosztów poniesionych w innym Państwie Członkowskim;
44. uważa za niezbędne opracowanie Karty Praw Pacjentów, która powinna obejmować, między innymi, sprawy dotyczące ich mobilności;
45. wzywa Komisję do opracowania wytycznych jasno definiujących takie pojęcia jak „bez zbędnej zwłoki”, „standardowe praktyki”, „porównywalne koszty”, „opieka szpitalna”, „duża opieka ambulatoryjna” i „mała opieka ambulatoryjna” oraz do zapewnienia maksymalnej jednolitości wśród Państw Członkowskich w zakresie wymogów uprzedniej autoryzacji, oraz w zakresie interpretacji pojęcia „termin medycznie uzasadniony”;
46. podkreśla, że transgraniczna opieka zdrowotna powinna być świadczona w razie konieczności lub niemożliwych do przyjęcia opóźnień w leczeniu, uważa, że obowiązkiem Państw Członkowskich jest nadal zapewnienie istnienia publicznej służby zdrowia opartej na zasadzie powszechnego i niczym nieskrępowanego dostępu do niej, przez co mobilność pacjentów na wielką skalę nie będzie konieczna;
47. uważa, że warunki leczenia nie powinny dyskryminować pacjentów o niskich dochodach, tak aby np. nie musieli ponosić pełnych kosztów leczenia przed uzyskaniem refundacji;
48. zobowiązuje swojego Przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie, Komisji oraz rządóm i parlamentom Państw Członkowskich.
-