

Sundhedstjenester i det indre marked

Europa-Parlamentets beslutning af 23. maj 2007 om virkninger og konsekvenser af udelukkelsen af sundhedstjenester fra direktivet om tjenesteydelser i det indre marked (2006/2275(INI))

Europa-Parlamentet,

- der henviser til EF-traktatens artikel 16, 49 og 50, artikel 95, stk. 1, og artikel 152,
- der henviser til artikel 35 i Den Europæiske Unions charter om grundlæggende rettigheder,
- der henviser til De Europæiske Fællesskabers Domstols (Domstolen) domme af 28. april 1998 i sag C-120/95, Decker¹, af 28. april 1998 i sag C-158/96, Kohll², af 12. juli 2001 i sag C-157/99, Geraets-Smits og Peerbooms³, af 12. juli 2001 i sag C-368/98, Vanbraekel⁴, af 25. februar 2003 i sag C-326/00, IKA⁵, af 13. maj 2003 i sag C-385/99, Müller-Fauré og van Riet⁶, af 23. oktober 2003 i sag C-56/01, Inizan⁷, af 18. marts 2004 i sag C-8/02, Leichtle⁸, og af 16. maj 2006 i sag C-372/04, Watts⁹,
- der henviser til Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2006/123/EF af 12. december 2006 om tjenesteydelser i det indre marked¹⁰, og særlig direktivets artikel 2, stk. 2, litra f), og betragtning 22 og 23,
- der henviser til Kommissionens meddelelse af 26. september 2006 med titlen "Høring om Fællesskabets indsats på sundhedsområdet" (SEK(2006)1195/4),
- der henviser til sin beslutning af 9. juni 2005 om forslag om patienters mobilitet og den fremtidige udvikling inden for sundhedspleje i Den Europæiske Union¹¹,
- der henviser til Rådets konklusioner om fælles værdier og principper i Den Europæiske Unions sundhedssystemer¹²,
- der henviser til traktatens artikel 152, stk. 5, som stadfæster subsidiaritetsprincippet inden for folkesundhedsområdet, og Rådets forordning (EØF) nr. 1408/71 af 14. juni 1971 om

¹ Sml. 1998, s. I-1831.

² Sml. 1998, s. I-1931.

³ Sml. 2001, s. I-5473.

⁴ Sml. 2001, s. I-5363.

⁵ Sml. 2003, s. I-1703.

⁶ Sml. 2003, s. I-4509.

⁷ Sml. 2003, s. I-12403.

⁸ Sml. 2004, s. I-2641.

⁹ Sml. 2006, s. I-4325.

¹⁰ EUT L 376 af 27.12.2006, s. 36.

¹¹ EUT C 124 E af 25.5.2006, s. 543.

¹² EUT C 146 af 22.6.2006, s. 1.

anvendelse af de sociale sikringsordninger på arbejdstagere og deres familiemedlemmer, der flytter inden for Fællesskabet¹, Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 883/2004 af 29. april 2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger²,

- der henviser til forretningsordenens artikel 45,
- der henviser til betænkning fra Udvalget om det Indre Marked og Forbrugerbeskyttelse og udtalelser fra Udvalget om Beskæftigelse og Sociale Anliggender og Udvalget om Miljø, Folkesundhed og Fødevarerikkerhed (A6-0173/2007),
- A. der henviser til, at medlemsstaterne er ansvarlige for organisation, forvaltning, levering og finansiering af sundhedssystemerne, der er forskellige fra medlemsstat til medlemsstat,
- B. der henviser til, at Domstolen har afsagt en række domme, bl.a. om adgang til medicinsk behandling, om fastsættelse af kriterier for forhåndsgodkendelsesprocedurer eller for refusion af udgifter samt om EU-borgernes frie bevægelighed med hensyn til medicinsk behandling i en anden medlemsstat,
- C. der henviser til, at Rådet i sine ovennævnte konklusioner om fælles værdier og principper i Den Europæiske Unions sundhedssystemer vedtog en erklæring fra Den Europæiske Unions 25 sundhedsministre om de fælles værdier og principper, der ligger til grund for Europas sundhedssystemer,

Principper

1. mener, at patientmobiliteten og mobiliteten for fagfolk i sundhedssektoren på tværs af grænserne vil stige i de kommende år, således at patienterne får flere valgmuligheder; mener, at alle europæiske borgere, uanset indtægtsniveau og bopæl, skal sikres lige adgang til økonomisk overkommelig og rettidig sundhedspleje under overholdelse af principperne om almengyldighed, kvalitet, sikkerhed, kontinuitet og solidaritet, hvilket bidrager til den sociale og territoriale samhørighed i EU og samtidig sikrer de nationale sundhedssystemers økonomiske bæreevne; mener, at patienters og fagfolks mobilitet i overensstemmelse med disse principper kan bidrage til at forbedre adgangen til og kvaliteten af sundhedspleje;
2. bemærker, at sundhedspleje ikke fremmes tilstrækkeligt af medlemsstaterne, og at patienters rettigheder dermed indskrænkes;
3. minder om, at medlemsstater, der har gennemført Domstolens eksisterende praksis, ikke har mærket nogen større stigning i sundhedsplejebudgetterne som følge af patientmobilitet;
4. tager hensyn til, at medlemsstaterne kun kan indføre et system med forhåndsgodkendelse, når det er blevet bevist, at grænseoverskridende patientmobilitet har en negativ indvirkning på det nationale sundhedsbudgets finansielle balance; opfordrer indtrængende medlemsstaterne til at overveje muligheden for at gennemføre en testperiode, hvor der ikke bruges nogen forhåndsgodkendelse;

¹ EFT L 149 af 5.7.1971, s. 2.

² EUT L 166 af 30.4.2004, s. 1.

5. understreger, at patienters og fagfolks mobilitet ikke må anvendes af medlemsstaterne som undskyldning for ikke at investere i deres egne sundhedssystemer;
6. understreger, at der kræves adgang til grænseoverskridende pleje for at opnå borgernes fri bevægelighed i Fællesskabet, og at det er med til at styrke beskæftigelses- og konkurrenceevneniveauerne i medlemsstaterne;
7. understreger behovet for at skære ned på bureaukrati i forbindelse med både brugen og forsyningen af grænseoverskridende sundhedstjenester;
8. bemærker, at det for at skære ned på bureaukratiet i forbindelse med grænseoverskridende sundhedstjenester er nødvendigt at forbedre de elektroniske systemer, der anvendes til at identificere patienter og behandle patienternes anmodninger om refusion;
9. opfordrer Kommissionen til at fremme og medlemsstaterne til aktivt at støtte indførelsen af e-sundhed og telemedicin;
10. understreger, at medlemsstaterne i overensstemmelse med traktatens bestemmelser har hovedansvaret for at yde borgerne effektiv sundhedspleje af høj kvalitet; fremhæver, at de med dette mål for øje bør være i stand til at anvende passende reguleringsinstrumenter på EU-plan samt på multilateralt og bilateralt plan for at forvalte deres nationale sundhedssystemer og sundhedsmyndigheder, og at de ved udøvelsen af disse beføjelser altid bør respektere traktaternes bestemmelser og subsidiaritetsprincippet;
11. understreger, at traktatbestemmelserne, herunder de særlige bestemmelser om tjenesteydelser af almen økonomisk interesse og Domstolens praksis, finder anvendelse på sundhedstjenester, og understreger, at udbydere af sundhedstjenester frit har ret til at etablere sig og levere tjenester i en hvilken som helst medlemsstat efter de nationale regler og EU-reglerne; understreger ligeledes, at patienter frit har ret til at søge adgang til sundhedspleje i en hvilken som helst medlemsstat;
12. bemærker, at sundhedssystemerne ikke ligger inden for Fællesskabets kompetence, og at spørgsmål vedrørende sundhedssystemer såsom adgang til lægemidler og behandling, patientoplysning og bevægelighed for forsikringselskaber og fagfolk inden for sundhedssektoren er af grænseoverskridende karakter; bemærker, at EU må tage fat på disse spørgsmål;
13. minder om, at patienterne under alle omstændigheder skal have lige adgang til passende behandling så tæt på hjemmet som muligt og på deres modersmål; mener, at Rådets direktiv 89/105/EØF af 21. december 1988 om gennemsigtighed i prisbestemmelserne for lægemidler til mennesker og disse lægemidlers inddragelse under de nationale sygesikringsordninger¹ skal anvendes bedre, således at lægemidler kommer hurtigere ud på markedet, lægemidlers innovation og sikkerhed fremmes og brugen af en centraliseret procedure for markedsføringstilladelser fremmes stærkere;
14. understreger, at medlemsstater skal behandle indbyggere fra andre medlemsstater lige i forbindelse med sundhedstjenester, uanset om de er private eller offentlige patienter;

¹ EFT L 40 af 11.2.1989, s. 8.

15. påpeger, at patienter skal have adgang til information om, hvilke sundhedsplejeudbydere der har fået international godkendelse, og at de godkendte udbydere af sundhedsplejen, uanset hvor de befinder sig i EU, skal sikre, at sundhedsplejen er sikker og baseret på målelige internationale kvalitetsindikatorer;
16. fastholder, at ethvert politisk initiativ om sundhedstjenester så vidt muligt skal underkastes parlamentarisk lovgivning frem for at blive fulgt på ad hoc-basis via domme fra Domstolen;
17. mener ikke, at patienters sikkerhed og rettigheder for øjeblikket er sikret i forbindelse med grænseoverskridende sundhedstjenester, og er af den opfattelse, at den juridiske situation for privatpatienter er usikker med hensyn til refusionsordninger, de nationale myndigheders forpligtelse til at udveksle oplysninger om regulering, diligenspligt både for indledende og opfølgende behandling og bestemmelser om risikostyring;

Definitioner

18. anmoder om en klar definition af sundhedstjenester, således at anvendelsesområdet for fremtidig lovgivning præciseres og afgrænses klart; anmoder desuden om at få klargjort hvilke elementer af et sundhedssystem, der er relevante i denne forbindelse;
19. bemærker, at sundhedstjenester forfølger mål, der svarer til målene for andre sociale tjenesteydelser af almen interesse, i den forstand, at de hviler på solidaritetsprincippet, ofte er forankrede i nationale socialsikringssystemer, er personrelaterede, sikrer, at borgerne kan nyde deres grundlæggende rettigheder og en høj grad af social sikring, og styrker den samfundsmæssige og territoriale samhørighed;
20. er af den opfattelse, at fællesskabsforanstaltninger vedrørende sundhedstjenester bør harmonere med fællesskabsforanstaltninger vedrørende sociale tjenesteydelser af almen interesse;
21. opfordrer til, at enhver yderligere præcisering af begreber, der er brugt i Domstolens praksis, ikke ændrer den balance, der er skabt af Domstolen mellem medlemsstaternes prerogativer på området folkesundhed og den enkelte patients rettigheder; minder i denne henseende, for så vidt angår begrebet "rimelig ventetid", om, at Domstolen klart har påpeget, at dette alene skal defineres i lyset af en vurdering af hver enkelt patients sundhedsmæssige situation, og at økonomiske overvejelser ikke må spille nogen rolle i den vurdering;
22. ønsker, at begrebet "rimelig tidsfrist" og definitionen af hospitalsydelser og andre ydelser klarlægges;
23. påpeger, at proceduren for udstedelse af tilladelse til hospitalstjenester i en anden medlemsstat skal garantere patienter, at de er beskyttet mod vilkårlige beslutninger, der træffes af deres nationale myndigheder; påpeger, at hospitalsbehandling, for at lette patienternes fri bevægelighed uden at skade medlemsstaternes planlagte mål, og i lyset af Domstolens praksis, skal defineres snævert som behandling, der kun kan finde sted inden for hospitalsinfrastrukturen, og som f.eks. ikke kan finde sted i en læges konsultation eller i en patients hjem; påpeger navnlig, at enhver afvisning af at give tilladelse skal kunne

anfægtes ved en domstol og en domstolslignende instans, og at der skal søges upartisk råd fra uafhængige eksperter, når hver patients helbredssituation skal vurderes;

Patientmobilitet

24. bemærker de mange former for mobilitet og de forskellige begrundelser for mobilitet blandt patienter, der sendes til udlandet af deres nationale sundhedsvæsen, samt patienter, der søger lægebehandling i udlandet af egen fri vilje, turister, der bliver syge, vandrende arbejdstagere, studerende, pensionister og alle, der bor i en anden medlemsstat end deres oprindelsesland, eller som bor i grænseområder, og understreger, at der må tages hensyn til disse forskelle ved udformningen af den relevante politik;
25. understreger, at der må skelnes mellem på den ene side grænseoverskridende sundhedstjenester, dvs. dem, der ligger på begge sider af en fælles grænse mellem to medlemsstater, og hvormed formålet er at opretholde og tilbyde patienter adgang og pleje af høj kvalitet, og på den anden internationale sundhedstjenester i EU, der skal tilbyde sundhedspleje til behandling af sjældne eller usædvanlige sygdomme, og/eller sygdomme, som kræver sjældne eller meget kostbare teknologier (plejereferencecentre), eller give adgang til pleje, som patienternes medlemsstat eller bopælsstat ikke for øjeblikket kan tilbyde dem;
26. opfordrer Kommissionen til at forelægge årlige statistikker for hver medlemsstat om patientmobilitet og om antallet af refusionssager, der afvises, samt grundene til afvisning;
27. erkender, at sundhedspolitik primært henhører under medlemsstaternes kompetence, og understreger behovet for sundhedspleje af høj kvalitet i patientens oprindelsesland, men glæder sig ikke desto mindre over Kommissionens initiativ til at iværksætte en høring om den bedste form for fællesskabsaktion med henblik på at lette patienters adgang til en sikker og effektiv ramme af høj kvalitet for grænseoverskridende aspekter af sundhedspleje inden for en rimelig tidsfrist og opfordrer Kommissionen til at udarbejde konkrete forslag til fremme og overvågning af udviklingen på området;
28. noterer sig, at et betydeligt antal patienter fra flere medlemsstater ikke er i stand til at modtage den nødvendige lægebehandling i deres eget land inden for en rimelig tidsfrist på grund af ventelisternes længde, og bemærker, at disse patienter derfor er afhængige af lægebehandling i udlandet;

Bedre patientoplysning

29. konstaterer, at patienterne har vanskeligt ved at få adgang til klare og nøjagtige oplysninger om sundhedsydelse, navnlig i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser, og at procedurerne herfor er komplicerede; bemærker, at dette problem, der ikke kun skyldes sprogbarrierer, potentielt øger risikoen for patientens sikkerhed;
30. mener, at EU har en vigtig rolle at spille, når det drejer sig om at forbedre patienters adgang til information om adgang til grænseoverskridende sundhedspleje;
31. noterer sig, at effektiv og transparent deling og udveksling af information om sundhed er et afgørende krav for at sikre overensstemmelse og opretholde en høj kvalitet i sundhedsplejen, når der bruges sundhedstjenester i forskellige medlemsstater;

32. mener, at det er vigtigt at give patienterne ret til at vælge at modtage grænseoverskridende sundhedsydelser, når dette valg resulterer i, at de hurtigere kan få adgang til passende behandling efter at være blevet informeret fuldt ud både om vilkårene og forhåndsbetingelserne for adgang til disse ydelser og om konsekvenserne af dette valg; mener, at forhåndsgodkendelse af hospitalsbehandling i overensstemmelse med Domstolens praksis bør være lettilgængelig, bør behandles omgående og bør afgøres ud fra objektive, neutrale kriterier; mener, at et afslag på godkendelse bør kunne gives under henvisning til objektive kriterier, som kan kontrolleres på en gennemskelig måde og begrundes, og at ethvert afslag bør begrundes under henvisning til uafhængige eksperters vurdering;
33. ønsker at få vedtaget et europæisk charter for patientrettigheder med udgangspunkt i medlemsstaternes forskellige eksisterende chartre og de ikke-statslige organisationers arbejde;

Refusion

34. anerkender de eksisterende forskelle mellem sundhedstjenestesystemerne i medlemsstaterne og de udviklede regelsæt, som regulerer refusion; opfordrer til kodificering af eksisterende retspraksis om refusion af grænseoverskridende sundhedsbehandling for at sikre en rigtig anvendelse af retspraksis i alle medlemsstater og for at forbedre den information, der er tilgængelig for patienter, nationale sygesikringsordninger og udbydere af sundhedsydelser, uden at skabe yderligere tunge bureaukratiske byrder for medlemsstaterne;
35. opfordrer Kommissionen til at anspore alle medlemsstater til at anvende de eksisterende procedurer med hensyn til refusion af grænseoverskridende sundhedspleje; mener, at det bør være muligt for Kommissionen at sagsøge medlemsstater, der undlader at gøre dette;
36. opfordrer til udarbejdelse af en europæisk referenceordning vedrørende refusion for at gøre det muligt for borgerne at foretage en sammenligning og træffe det mest passende behandlingsvalg for sig selv;
37. slår til lyd for, at man undersøger, hvordan det kan lade sig gøre aktivt at støtte og fremme bestræbelserne på at sikre en generel anvendelse af det europæiske sygesikringskort med et standardiseret sæt elektroniske patientdata for at forenkle procedurene for EU-borgere, der modtager sundhedspleje i andre medlemsstater; mener, at indehavere af dette kort selv bør bestemme, hvilke data kortet skal indeholde; ønsker - for at sikre den mest effektive anvendelse af dette system - at der vedtages europæiske sundhedsindikatorer; mener, at det af hensyn til patientsikkerheden er bydende nødvendigt at anspore de nationale myndigheder til at udveksle oplysninger om registrering af og disciplinære sager vedrørende udbydere af sundhedstjenester, der driver virksomhed på tværs af grænserne; mener, at det er hensigtsmæssigt at udvide det europæiske sygesikringskort til at omfatte et internationalt dataudvekslingssystem vedrørende patientens forsikringsstatus;
38. opfordrer medlemsstaterne til at sikre, at sundhedstjenesteudbydere sætter et klart og synligt symbol op, der (på samme måde som med kreditkort på hoteller, restauranter osv.) viser, at en patients europæiske sygesikringskort kan accepteres i en given medlemsstat i

overensstemmelse med forordning (EF) nr. 883/2004; opfordrer til et højt niveau af databeskyttelse for patienter i det grænseoverskridende samarbejde inden for sundhedstjenester for at sikre fortroligheden af følsomme medicinske oplysninger;

Mobilitet for fagfolk i sundhedssektoren

39. minder om, at Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2005/36/EF af 7. september 2005 om anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer¹ ikke lukker alle huller i den eksisterende EU-lovgivning vedrørende den frie bevægelighed for fagfolk i sundhedssektoren, herunder med hensyn til videreuddannelse, retten til at etablere sig samt sikring af nuværende kompetence blandt fagfolk i sundhedssektoren; understreger, at fremtidig lovgivning på dette område målrettet bør fremme udveksling af grænseoverskridende sundhedstjenester og etablering af tjenesteudbydere fra andre medlemsstater;
40. påpeger, at der ganske vist er gensidig anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer i EU, men at der hvad angår indholdet af erhvervsuddannelserne og den måde, hvorpå erhvervene udøves, fortsat findes eller er fastlagt en utilstrækkelig overensstemmelse i kvalitetsmæssig henseende;
41. understreger, at Unionen i henhold til artikel 35 i Den Europæiske Unions charter om grundlæggende rettigheder skal sikre et højt sundhedsbeskyttelsesniveau, og henviser i denne forbindelse til, at sundhedstjenester af høj kvalitet og sektorens mulighed for at fastholde medarbejdere er betinget af kvaliteten af sundhedspersonalet arbejde og arbejdsvilkår, herunder hviletid og videreuddannelsesmuligheder; påpeger endvidere, at der gennem ledsagende foranstaltninger som kvalitetssikring, tilsyn og anvendelse af ny informationsteknologi bør sikres patienterne den bedst mulige lægebehandling;
42. betragter det som yderst vigtigt for sundhedsplejeudbydere, der er i direkte kontakt med patienter, at beherske det talte sprog i den berørte værtsmedlemsstat tilstrækkeligt;
43. opfordrer Kommissionen til at oprette et instrument til dataindsamling og udveksling af oplysninger mellem de forskellige nationale myndigheder om udbydere af sundhedsydelser samt til at oprette et europæisk kort med oplysninger om de kvalifikationer, fagfolkene i sundhedssektoren besidder, og gøre disse oplysninger tilgængelige for patienter samt til at udvikle et troværdigt sundhedsoplysningssystem for tjenesteudbydere med en forpligtelse for de nationale myndigheder til at dele sådanne oplysninger;
44. anmoder Kommissionen om i lyset af den øgede faglige mobilitet i Europa at indføre en retlig forpligtelse for de nationale myndigheder til at udveksle oplysninger om registrering af og disciplinære foranstaltninger over for sundhedspersonale af hensyn til patienternes sikkerhed;
45. glæder sig over det arbejde, som "Health Professionals Crossing Borders" har udført som et godt eksempel på et tæt multilateralt samarbejde mellem medlemsstaternes sundhedsmyndigheder;

¹ EUT L 255 af 30.9.2005, s. 22.

46. understreger behovet for bedre at informere fagfolk i sundhedssektoren om deres ret til mobilitet inden for EU ved at bruge eksisterende redskaber, som Kommissionen har fastlagt, som f.eks. EURES (Den Europæiske Beskæftigelsestjeneste);

Retligt ansvar

47. insisterer på, at patientmobilitet kræver sikkerhedsforanstaltninger i form af samstemmende og klare regler om ansvar for præstation af grænseoverskridende sundhedstjenester og det deraf følgende behov for at lette adgangen til erstatnings- og retsmekanismer, særlig hvis de forskellige faser af behandlingen har fundet sted i mere end en medlemsstat;
48. bemærker, at kombinationen af nuværende international privatret om retspraksis og lovvalgsregler, med forskellige fællesskabsretlige instrumenter, fører til et kompliceret og problematisk væv af ordninger om retsregler og ansvar, som ikke fremmer en lettere adgang til retssystemet; understreger, at dette navnlig er bekymrende i forbindelse med sundhedstjenester, som af naturen er både personlige og individuelle; bemærker derudover, at en patient, der søger kompensation, sandsynligvis både er sårbar og handler alene mod enten en institution eller et erhvervsorgan;
49. understreger derfor nødvendigheden af at garantere patienternes og fagfolkenes retssikkerhed, opfordrer til, at ansvaret for eventuelle skader klarlægges, og at alle fagfolk i sundhedssektoren forpligtes til at have en obligatorisk ansvarsforsikring til en rimelig pris;
50. understreger behovet for at styrke beskyttelsen af patienter ved at kræve af fagfolk, at de tegner erhvervsansvarsforsikring; noterer imidlertid, at både midlerne til at garantere dette samt definitionen af fagfolk i sundhedssektoren vil blive afgjort af de relevante forsikringsordninger eller andre finansielle sikkerhedsordninger i hver medlemsstat;
51. understreger, at sundhedsydelse ofte kræver regelmæssigt lægetilsyn; opfordrer til, at reglerne om ansvarsfordeling mellem leverandørerne af sundhedsydelser i de forskellige faser af denne behandling klarlægges for at sikre kontinuitet i behandlingen; påpeger, at telemedicin og e-sundhed udvikler sig i et sådant omfang, at der må aftales nye spilleregler vedrørende social sikring, finansiering og adgang til sådan pleje;

Samarbejde mellem medlemsstaterne

52. mener, at et styrket samarbejde mellem sundhedssystemerne på lokalt, regionalt, mellemstatsligt samt europæisk niveau vil gøre det muligt at få en passende behandling i andre medlemsstater og sundhedsydelser af højere kvalitet, hvilket vil øge borgernes tillid;
53. påpeger, at der ved et grænseoverskridende samarbejde mellem de berørte parter kan findes hensigtsmæssige løsninger, hvilket Euroregis er et godt eksempel på;
54. forventer, at medlemsstaterne etablerer et grænseoverskridende samarbejde med hensyn til udbud af sundhedsydelser for at gøre de respektive sundhedssystemer mere omkostningseffektive;

55. opfordrer Kommissionen til at udarbejde tekniske standarder og opfordrer medlemsstaternes regeringer til aktivt at støtte indførelsen af interoperable gennemsigtige informationssystemer, der muliggør en effektiv udveksling og deling af information om sundhed blandt sundhedsplejeudbydere i de forskellige medlemsstater;
56. tilskynder til oprettelse af net af referencecentre, herunder elektroniske referencecentre, der tager sig af nogle sjældne, specifikke og kroniske sygdomme, samt til udveksling af viden om bedste praksis på behandlingsområdet og om sundhedssystemernes organisation i de forskellige medlemsstater; opfordrer således Kommissionen til at bevilge betydelige midler til optimering af det grænseoverskridende administrative samarbejde;
57. mener, at EU kan spille en vigtig rolle i forbindelse med forbedringen af patienters adgang til oplysninger om grænseoverskridende mobilitet, herunder ved at fremme europæiske sundhedsindikatorer;
58. erkender, at der er behov for behørigt regulerede grænseoverskridende sundhedstjenester og farmaceutiske tjenester af høj kvalitet og for samarbejde og udveksling af videnskabelig og teknologisk erfaring mellem højt specialiserede behandlingscentre; påpeger dog, at undersøgelser viser, at de fleste mennesker ville foretrække at få behandling af høj kvalitet tæt på deres hjem; mener, at Kommissionen for at give det mest velegnede lovgivningssvar først bør gennemføre en tilbundsående analyse dels af det reelle behov for bevægelighed for patienter, dels af de personer, der kan omfattes af bevægelighed, og at den samtidig skal evaluere indvirkningen af denne bevægelighed på sundhedssystemerne;
59. forventer - på baggrund af de eksisterende forskelle - at medlemsstaterne løser spørgsmål som f.eks. adgang til sundhedspleje, plejens kvalitet og kontrol med udgifterne indbyrdes;
60. mener, at den åbne koordinationsmetode er et af de passende redskaber, hvormed der kan tilrettelægges et tættere samarbejde mellem medlemsstaterne;
61. ønsker at få udviklet bilaterale eller multilaterale aftaler mellem medlemsstater, regioner og lokale myndigheder samt mellem aktørerne i sundhedssektoren, og mener, at dette vil fremme den gensidige fordeling af materielle og menneskelige midler i grænseområderne og særlig i områder med et højt antal korttidsbesøgende samt udvekslingen af erfaringer og viden;
62. opfordrer til, at der oprettes og anvendes enkeltstående kontaktpunkter på grundlag af de allerede eksisterende fællesskabsinstrumenter i overensstemmelse med de særegne træk ved hvert enkelt sundhedssystem med det formål at sikre adgang til objektive og uafhængige oplysninger for patienter, fagfolk i sundhedssektoren, institutioner i sundhedssektoren og kompetente myndigheder; mener, at fagfolkene i sundhedssektoren kan bistå patienterne i deres søgen efter sådanne oplysninger;
63. opfordrer Kommissionen til at anvende alle eksisterende instrumenter, som f.eks. SOLVIT og overtrædelsesprocedurer for at hjælpe patienter, som er blevet nægtet refusion (for pleje uden for hospitalet) eller tilladelse (til hospitalspleje), selv om de fastlagte betingelser i henhold til retspraksis er opfyldt;

64. opfordrer Kommissionen til at fortsætte med at indsamle data fra medlemsstaterne og analysere tendenser og udfordringer, som patienter og fagfolk i sundhedssektoren står over for i situationer med grænseoverskridende mobilitet;

Konklusioner

65. anmoder Kommissionen om at styrke sin politik med at forfølge brud på EU-lovgivning med henblik på at sikre, at alle medlemsstater overholder Domstolens praksis, samt at alle europæiske patienter, uanset oprindelsesland, drager fordel af de rettigheder, traktaten giver dem;
66. opfordrer Kommissionen til at forelægge Parlamentet og Rådet et forslag til et passende instrument særlig med henblik på at kodificere Domstolens praksis;
67. opfordrer Kommissionen til at forelægge et forslag, der tager hensyn til denne beslutning og til Domstolens afgørelser om patientrettigheder; slår til lyd for, at patienterne i videst muligt omfang garanteres adgang til sundhedstjenester overalt i Europa, og at udbydere af sundhedstjenester garanteres ret til at udbyde tjenester og til at etablere sig;
68. henviser til, at Kommissionens forslag om at lade sundhedsspørgsmål være omfattet af direktiv 2006/123/EF ikke blev accepteret af Parlamentet og Rådet, og fastslår på denne baggrund, at der nu er behov for yderligere initiativer for at bevare eksisterende rettigheder; opfordrer derfor Kommissionen til i sin egenskab af traktaternes vogter at garantere beskyttelsen af disse rettigheder;
69. mener, at en ny europæisk lovramme for grænseoverskridende sundhedspleje først og fremmest bør forbedre adgangen til sundhedspleje af høj kvalitet ved sygdom, bidrage til patienternes sikkerhed og skabe flere muligheder for alle patienter i EU uden at skabe uligheder med hensyn til resultaterne af sundhedspleje;

o
o o

70. pålægger sin formand at sende denne beslutning til Rådet og Kommissionen.