PARLAMENTO EUROPEO

2004 *2009*

Documento di seduta

FINALE
A6-0173/2007

10.5.2007

RELAZIONE

sull'impatto e sulle conseguenze dell'esclusione dei servizi sanitari dalla direttiva sui servizi nel mercato interno
(2006/2275(INI))

Commissione per il mercato interno e la protezione dei consumatori

Relatrice: Bernadette Vergnaud

INDICE

Pagina

PROPOSTA DI RISOLUZIONE DEL PARLAMENTO EUROPEO 3

MOTIVAZIONE 14

PARERE DELLA COMMISSIONE PER L'OCCUPAZIONE E GLI AFFARI SOCIALI 17

PARERE DELLA COMMISSIONE PER L'AMBIENTE, LA SANITÀ PUBBLICA E LA SICUREZZA ALIMENTARE 24

PROCEDURA 28

PROPOSTA DI RISOLUZIONE DEL PARLAMENTO EUROPEO

sull'impatto e sulle conseguenze dell'esclusione dei servizi sanitari dalla direttiva sui servizi nel mercato interno
(2006/2275(INI))

Il Parlamento europeo,

– visti gli articoli 16, 49, 50, 95, paragrafo 1, e 152 del trattato CE,

– visto l'articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea,

– viste le sentenze della Corte di giustizia delle Comunità europee, del 28 aprile 1998, nelle cause C-120/95, Decker/Caisse de maladie des employés privés[1] e C-158/96, Kohll/Union des caisses de maladie[2] del 12 luglio 2001, nelle cause C-157/99, Geraets-Smits e Peerbooms[3] e C-368/98, Vanbraekel e.a.[4], del 25 febbraio 2003, nella causa C-326/00, IKA[5], del 13 maggio 2003, nella causa C-385/99, Müller-Fauré e Van Riet[6], del 23 ottobre 2003, nella causa C-56/01, Inizan[7], del 18 marzo 2004, nella causa C-8/02, Leichtle[8], del 16 maggio 2005, nella causa C-372/04, Watts[9],

– vista la direttiva 2006/123/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 dicembre 2006, relativa ai servizi nel mercato interno[10], in particolare l'articolo 2, paragrafo 2, lettera f) e i considerando 22-23,

– vista la comunicazione della Commissione, del 26 settembre 2006, intitolata "consultazione relativa ad un'azione comunitaria nel settore dei servizi sanitari" (SEC(2006)1195/4),

– vista la sua risoluzione, del 9 giugno 2005, sulla mobilità dei pazienti e l'evoluzione delle cure sanitarie nell'Unione europea[11],

– viste le conclusioni del Consiglio sui valori e principi comuni dei sistemi sanitari dell'Unione europea[12],

– visto l'articolo 152, paragrafo 5, del trattato, che statuisce il principio di sussidiarietà in materia di sanità pubblica, e visti il regolamento (CE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori

---

[1] Racc. 1998, pag. I-1831.
[2] Racc. 1998, pag. I-1931.
[3] Racc. 2001, pag. I-5473.
[4] Racc. 2001, pag. I-5363.
[5] Racc. 2003, pag. I-1703.
[6] Racc. 2003, pag. I-4509.
[7] Racc. 2003, pag. I-12403.
[8] Racc. 2004, pag. I-2641.
[9] Racc. 2006, pag. I-4325.
[10] GU L 376 del 27.12.2006, pag. 36.
[11] GU C 124 E del 25.5.2006, pag. 543.
[12] GU C 146 del 22.6.2006, pag. 1.

dipendenti e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità[1] , il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale[2] nonché l'articolo 49 del trattato,

– visto l'articolo 45 del suo regolamento,

– vista la relazione della commissione per il mercato interno e la protezione dei consumatori (A6-0000/2007) e i pareri, della commissione per l'occupazione e gli affari sociali e della commissione per l'ambiente, la sanità pubblica e la sicurezza alimentare (A6-0173/2007),

A. considerando che gli Stati membri sono responsabili dell'organizzazione, della gestione, della fornitura e del finanziamento dei sistemi sanitari che differiscono da uno Stato membro all'altro,

B. considerando che la Corte di giustizia delle Comunità europee ha pronunciato un certo numero di sentenze su questioni quali l'accesso all'assistenza sanitaria, i criteri relativi alle procedure di autorizzazione preventiva e al rimborso dei costi e il diritto dei cittadini dell'UE di circolare liberamente per avvalersi dei servizi medici in un altro Stato membro,

C. considerando che, nelle sue conclusioni del 1° e 2 giugno 2006, il Consiglio ha approvato una dichiarazione dei 25 ministri della Salute dell'Unione europea concernente i valori e principi comuni sui cui si fondano i sistemi sanitari europei[3],

Principi

1. ritiene che la mobilità transfrontaliera dei pazienti e dei professionisti della sanità è destinata in futuro a crescere, offrendo pertanto al paziente una maggiore scelta; ritiene che sia opportuno garantire a tempo debito a tutti i cittadini europei, quale che sia il loro livello di reddito e di luogo di residenza, un accesso uguale e abbordabile alle cure sanitarie conformemente ai principi di universalità, qualità, sicurezza, continuità e solidarietà, per contribuire alla coesione sociale e territoriale dell'Unione, assicurando al tempo stesso la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari nazionali; ritiene che, in linea con tali principi, la mobilità dei pazienti e dei professionisti della sanità possa contribuire a migliorare l'accessibilità all'assistenza sanitaria e la loro qualità;

2. constata l'inadeguatezza del sostegno all'assistenza sanitaria da parte degli Stati membri e ritiene che ciò finisca per pregiudicare i diritti del malato;

3. ricorda che gli Stati membri che hanno applicato la giurisprudenza della Corte di giustizia europea non hanno registrato aumenti importanti della spesa sanitaria in conseguenza della mobilità dei pazienti;

4. tiene conto del fatto che gli Stati membri possono solo introdurre un sistema di autorizzazione preventiva una volta che sia stato dimostrato che il movimento transfrontaliero dei pazienti ha un effetto negativo sull'equilibrio finanziario del bilancio nazionale in materia di sanità; esorta gli Stati membri a prendere atto della possibilità di

[1] GU L 149 del 5.7.1971, pag. 2.
[2] GU L 166 del 30.4.2004, pag. 1.
[3] GU C 146 del 22.6.2006, pag. 1.

introdurre un periodo di prova durante il quale non sia utilizzata un'autorizzazione preventiva;

5. sottolinea che l'accesso all'assistenza sanitaria transfrontaliera è necessario per realizzare la libera circolazione dei cittadini all'interno della Comunità e favorisce l'aumento dei livelli di occupazione e di competitività negli Stati membri;

6. sottolinea l'esigenza di ridurre la burocrazia collegata tanto all'uso quanto alla fornitura di servizi sanitari transfrontalieri;

7. osserva che, per ridurre la burocrazia collegata all'uso dei servizi sanitari transfrontalieri, è necessario migliorare i sistemi elettronici di identificazione del paziente e il trattamento delle sue richieste di rimborso;

8. invita la Commissione a esortare gli Stati membri a sostenere attivamente l'introduzione del sistema sanitario in linea e della telemedicina;

9. ricorda che gli Stati membri hanno, nel rispetto delle disposizioni del trattato, la responsabilità primaria della fornitura ai loro cittadini di servizi sanitari efficaci e di elevata qualità; sottolinea che, a tal fine, essi dovrebbero poter utilizzare gli appropriati strumenti regolatori, sia a livello UE che a livello multilaterale e bilaterale, per gestire i loro sistemi nazionali sanitari e le amministrazioni competenti in tale settore e, che, nell'esercizio di tali poteri, essi dovrebbero sempre rispettare le disposizioni dei trattati e il principio di sussidiarietà;

10. sottolinea che la situazione d'incertezza giuridica in cui attualmente si trovano i servizi sanitari è insoddisfacente e che le decisioni della Corte di giustizia delle Comunità europee, adottate in ordine a casi specifici, non possono essere sufficienti per definire una politica in materia di servizi sanitari;

11. sottolinea che le regole del mercato interno, compresi le disposizioni specifiche sui servizi di interesse economico generale e la giurisprudenza della CGCE, si applicano ai servizi sanitari e che i fornitori di tali servizi sono pienamente autorizzati a stabilirsi e a fornire servizi in qualsiasi Stato membro, sulla base delle norme nazionali e comunitarie; sottolinea parimenti che i pazienti sono pienamente autorizzati a seguire un trattamento medico in un altro Stato membro;

12. rileva che, anche se i sistemi sanitari non rientrano nelle competenze della Comunità, le questioni connesse a tali sistemi, quali l'accesso ai medicinali e alle cure, l'informazione dei pazienti e la circolazione di società assicurative e di professionisti della sanità, hanno un carattere transfrontaliero; osserva che tali questioni devono essere affrontate dall'Unione europea;

13. ricorda che i pazienti devono poter usufruire in ogni caso di un accesso paritario ad un trattamento appropriato quanto più vicino al loro domicilio e nella loro lingua; reputa pertanto opportuno garantire una migliore applicazione della direttiva 89/105/CE del Consiglio del 21 dicembre 1988[1] sulla trasparenza onde accelerare i termini di immissione

[1] GU L 40 del 11.2.1989, pag. 8.

sul mercato dei farmaci, appoggiare l'innovazione e la sicurezza dei medicinali e incentivare maggiormente il ricorso alla procedura centralizzata di autorizzazione di commercializzazione;

14. sottolinea l'esigenza che gli Stati membri trattino i residenti di un altro Stato membro su di una base paritaria per quanto riguarda l'accesso ai servizi sanitari, indipendentemente dal fatto che si tratti di pazienti pubblici o privati;

15. osserva che i pazienti dovrebbero avere accesso alle informazioni sui fornitori di servizi sanitari che hanno ottenuto accreditamento internazionale e ritiene che i fornitori accreditati dei servizi sanitari dovrebbero, indipendentemente dal luogo in cui operano nell'ambito dell'UE, assicurare che l'assistenza sanitaria è sicura e basata su indicatori di qualità internazionali misurabili;

16. sottolinea che ogni iniziativa politica in relazione ai servizi sanitari dovrebbe essere soggetta, il più possibile, all'azione legislativa a livello parlamentare piuttosto che ad uno sviluppo ad hoc attraverso le sentenze della Corte di Giustizia Europea;

17. ritiene che la sicurezza e i diritti dei pazienti non siano garantiti nell'ambito della prestazione transfrontaliera di servizi di assistenza sanitaria e che esista incertezza giuridica per quanto riguarda i meccanismi di rimborso, l'obbligo per le autorità nazionali di condividere informazioni regolamentari, l'obbligo di assistenza per la terapia iniziale e per quelle successive e le disposizioni in materia di gestione dei rischi per i pazienti privati;

Definizioni

18. chiede una definizione chiara dei servizi sanitari e una chiara indicazione degli elementi di un sistema sanitario rilevanti in tale contesto;

19. osserva che i servizi di assistenza sanitaria perseguono obiettivi comparabili a quelli di altri servizi sociali di interesse generale, nella misura in cui sono basati sul principio di solidarietà, sono spesso inseriti nei sistemi nazionali di protezione sociale e incentrati sulla persona, e garantiscono ai cittadini il godimento dei diritti fondamentali e un elevato livello di protezione sociale, rafforzando nel contempo la coesione sociale e territoriale;

20. ritiene che ogni azione comunitaria in materia di servizi sanitari debba essere coerente con l'azione comunitaria relativa ai servizi sociali di interesse generale;

21. chiede che un'ulteriore chiarificazione dei concetti utilizzati nella giurisprudenza dalla Corte di giustizia europea non alteri l'equilibrio stabilito dalla Corte di giustizia europea tra le prerogative degli Stati membri nel settore della sanità pubblica e i diritti dei singoli pazienti; ricorda a tale riguardo che, per quanto concerne il concetto del "termine ragionevole", la Corte europea di giustizia ha chiaramente indicato che tale termine dovrebbe essere definito esclusivamente alla luce di una valutazione della situazione clinica di ciascun paziente e che le considerazioni di ordine economico non dovrebbero svolgere alcun ruolo in tale valutazione;

22. chiede una definizione chiara dei servizi sanitari al fine di precisare e di chiarire il campo

di applicazione della legislazione futura in tale settore;

23. osserva che la giurisprudenza della Corte si applica direttamente e non richiede misure esecutive rileva in particolare che la Commissione dovrebbe assicurare che non sia richiesta alcuna autorizzazione per il rimborso dei costi di servizi non ospedalieri forniti in un altro Stato membro;

24. rileva che per quanto riguarda i servizi ospedalieri in un altro Stato membro, la procedura di autorizzazione deve prevedere una garanzia che protegga il paziente da decisioni arbitrarie adottate dalle sue autorità nazionali; osserva che, onde facilitare la libera circolazione dei pazienti senza pregiudicare gli obiettivi di pianificazione degli Stati membri, alla luce della giurisprudenza della Corte di giustizia europea, il trattamento ospedaliero dovrebbe essere definito in senso stretto, quale trattamento che può essere offerto solo nell'ambito di infrastrutture ospedaliere e non, ad esempio, in uno studio medico o a casa del paziente; sottolinea in particolare l'esigenza che il rifiuto di accordare una autorizzazione possa essere contestato nell'ambito di procedure giudiziarie o quasi giudiziarie e che, ai fini della valutazione della situazione clinica di ciascun paziente, dovrebbe essere richiesto l'avviso assolutamente obiettivo e imparziale di esperti indipendenti;

Mobilità dei pazienti

25. rileva la grande diversità di mobilità - e di motivazioni della mobilità - tra i pazienti inviati all'estero dal loro sistema sanitario nazionale e i pazienti che ricorrono a un trattamento medico all'estero di loro spontanea volontà, i turisti che si ammalano, i lavoratori migranti, gli studenti, i pensionati e tutte le persone che risiedono in uno Stato dell'Unione diverso dal loro Stato d'origine o che vivono in regioni transfrontaliere, e sottolinea che tali differenze andrebbero tenute nel debito conto nella definizione della politica in tale settore;

26. sottolinea l'opportunità di distinguere da un lato i servizi sanitari transfrontalieri, ossia quelli che sono situati al di qua e al di là di una frontiera comune a due Stati membri, onde mantenere e offrire ai pazienti un elevato livello di cure e di accesso e, dall'altro, i servizi sanitari internazionali all'interno dell'Unione europea, che devono offrire assistenza sanitaria per la cura delle malattie rare o orfane e/o che necessitano di tecnologie sofisticate e altamente costose (Centri sanitari di riferimento), ovvero dare accesso a terapie che lo Stato membro o di residenza degli interessati non è attualmente in grado di offrire;

27. invita la Commissione a fornire statistiche annuali per ogni Stato membro in ordine alla mobilità dei pazienti nonché al numero e ai motivi addotti per rifiutare i rimborsi;

28. pur riconoscendo che la politica in materia di assistenza sanitaria è principalmente di competenza degli Stati membri e sottolineando l'esigenza della prestazione di un'assistenza sanitaria di elevata qualità nel paese di origine del paziente, si compiace dell'iniziativa della Commissione di avviare una procedura di consultazione sulla migliore forma di azione comunitaria al fine di migliorare l'accesso dei pazienti, entro tempi ragionevoli, ad un quadro sicuro, di elevata qualità ed efficiente relativo agli aspetti transfrontalieri dell'assistenza sanitaria ed invita la Commissione ad avanzare proposte

concrete per incoraggiare e monitorare i progressi in questo ambito;

29. osserva che un numero considerevole di pazienti di vari Stati membri non è in grado di ricevere il necessario trattamento medico nel proprio paese entro termini ragionevoli a causa delle liste di attesa e osserva che tali pazienti sono pertanto dipendenti da un trattamento medico all'estero;

Miglioramento dell'informazione ai pazienti

30. constata la difficoltà per i pazienti di accedere ad informazioni chiare e precise relative alle cure sanitarie, in particolare in relazione all'assistenza sanitaria transfrontaliera e la complessità delle procedure da seguire; constata inoltre che tale difficoltà, che non è creata unicamente dalle barriere linguistiche, può aumentare i rischi per quanto concerne la sicurezza del paziente;

31. ritiene che l'UE abbia un importante ruolo da svolgere per quanto concerne il miglioramento dell'accesso dei pazienti alle informazioni sull'assistenza sanitaria transfrontaliera;

32. constata che una condivisione e uno scambio di informazioni efficace in materia sanitaria, in modo trasparente, costituisce un requisito essenziale per assicurare la coerenza e il mantenimento di un sistema sanitario di alta qualità ove si utilizzino servizi sanitari in differenti Stati membri;

33. ritiene che sia importante dare ai pazienti il diritto di scegliere le cure sanitarie in un altro Stato quando tale scelta permette loro di ricevere un idoneo trattamento, dopo averli informati esaurientemente sia sui termini e le condizioni di accesso a tali cure che sulle implicazioni di tale scelta, ma ritiene che il turismo medico non debba essere attivamente promosso; ritiene che, in conformità della giurisprudenza della Corte di giustizia europea citata nella presente relazione, l'autorizzazione preventiva per l'assistenza ospedaliera debba essere facilmente accessibile, e che la relativa richiesta debba essere evasa immediatamente e valutata sulla base di criteri obiettivi e neutrali;ritiene anche che qualsiasi rifiuto dell'autorizzazione debba essere giustificato e motivato da ragioni oggettive, trasparenti e verificabili, facendo riferimento al parere di esperti indipendenti;

34. rileva che negli Stati membri esistono già Carte sui diritti dei pazienti;

Rimborso

35. riconosce l'esistenza di differenze tra i sistemi sanitari degli Stati membri e la complessità delle disposizioni giuridiche che disciplinano i rimborsi; chiede che l'attuale giurisprudenza in materia di rimborso delle prestazioni sanitarie transfrontaliere sia codificata in modo da garantirne la corretta applicazione da parte di tutti gli Stati membri e che le informazioni a disposizione dei pazienti, dei sistemi nazionali di assicurazione contro le malattie e dei prestatori di cure siano migliorate evitando di creare ulteriori oneri burocratici agli Stati membri;

36. invita la Commissione ad esortare tutti gli Stati membri ad applicare le procedure vigenti circa il rimborso delle cure sanitarie transfrontaliere; ritiene che debba essere possibile per

la Commissione perseguire gli Stati inadempienti;

37. chiede che sia elaborato un sistema europeo di riferimento per i rimborsi onde consentire ai cittadini di fare confronti e di effettuare la scelta di trattamento a loro più favorevole;

38. chiede che vengano esaminati modi per promuovere e sostenere attivamente l'opera volta a rendere corrente l'impiego della Carta europea di assicurazione contro le malattie con una serie standardizzata di dati elettronici sui pazienti, in modo da semplificare le procedure per i cittadini europei che si sottopongono a cure mediche in altri Stati membri e da assicurare la riservatezza dei dati medici sensibili; ritiene che spetti ai detentori della Carta decidere quali dati vi debbano figurare; sollecita l'adozione di indicatori sanitari europei per ottimizzare l'efficacia di tale sistema; ritiene che, ai fini della sicurezza dei pazienti, sia indispensabile esortare le autorità nazionali a scambiarsi le informazioni sulla registrazione e le questioni disciplinari relative ai prestatori di servizi sanitari che operano a livello transfrontaliero; reputa opportuno integrare il sistema della Carta europea di assicurazione contro le malattie con un sistema di scambi internazionali di dati sullo status assicurativo del paziente;

39. chiede agli Stati membri di garantire che i prestatori di servizi sanitari espongano in modo chiaramente visibile un simbolo indicante (come nel caso delle carte di credito in alberghi, ristoranti, ecc.) che la Carta europea di assicurazione malattia di un paziente può essere accettata in un determinato Stato membro, conformemente al regolamento (CE) n. 883/2004; auspica un maggiore livello di protezione dei dati dei pazienti nell'ambito della cooperazione transfrontaliera nel settore dei servizi sanitari al fine di garantire la riservatezza dei dati medici sensibili;

Mobilità del personale sanitario

40. ricorda che la direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 settembre 2005, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali[1] non colma tutte le lacune regolamentari esistenti a livello UE per quanto riguarda la libera circolazione del personale sanitario, in particolare in materia di formazione continua e garanzia delle competenze degli operatori sanitari; sottolinea che qualsiasi futura legislazione in questo campo dovrebbe agevolare sensibilmente la fornitura di servizi sanitari transfrontalieri e lo stabilimento di prestatori di servizi di altri Stati membri;

41. rileva che, sebbene in Europa viga il riconoscimento reciproco delle qualifiche professionali, resta insufficiente l'uniformità della qualità contenutistica della formazione professionale e delle modalità di esercizio della professione e/o restano insufficienti le disposizioni ai fini di una siffatta uniformità;

42. sottolinea che, ai sensi dell'articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali, l'Unione garantisce un livello elevato di protezione della salute umana e a questo proposito rileva che la qualità dei servizi sanitari e la capacità del settore sanitario di mantenere il proprio personale sono subordinati alla qualità del lavoro e alle condizioni di lavoro del personale sanitario, tra cui periodi di riposo e possibilità di formazione; rileva inoltre che le misure di accompagnamento, quali i controlli di qualità, la supervisione e l'uso delle nuove

[1] GU L 255 del 30.9.2005, pag. 22.

tecnologie dell'informazione, devono garantire ai pazienti la migliore assistenza sanitaria possibile;

43. reputa oltremodo importante che il personale sanitario, in diretto contatto con i pazienti, disponga di adeguate conoscenze della lingua dello Stato ospite;

44. invita la Commissione ad introdurre un meccanismo di raccolta di dati e di scambio di informazioni tra le varie autorità nazionali sui fornitori di servizi sanitari, nonché una carta europea per l'accesso alle informazioni sulle competenze del personale sanitario che renda tali informazioni disponibili per i pazienti, e a mettere a punto un sistema affidabile di informazioni sanitarie per i fornitori di servizi sanitari, che preveda l'obbligo per le autorità nazionali di condividere tali informazioni;

45. si compiace del lavoro svolto dall'organismo "Health Professionals Crossing Borders", che costituisce un buon esempio di stretta cooperazione multilaterale fra le autorità di regolamentazione degli Stati membri in materia di assistenza sanitaria;

46. sottolinea la necessità di informare meglio gli operatori sanitari sul loro diritto di mobilità all'interno dell'UE utilizzando gli strumenti messi a punto dalla Commissione, ad esempio EURES (Rete europea di servizi per l'occupazione);

47. sottolinea la necessità di rafforzare la protezione dei pazienti chiedendo agli operatori sanitari di contrarre un'assicurazione di responsabilità professionale;

Responsabilità

48. insiste sul fatto che la mobilità dei pazienti non può continuare ad aumentare in modo incontrollato e in assenza di norme chiare e coordinate che disciplinino la responsabilità nella prestazione di servizi sanitari transfrontalieri, nonché sulla conseguente necessità di facilitare l'accesso ai meccanismi giudiziari e di risarcimento, in particolare se le varie fasi del trattamento si sono svolte in più di un paese;

49. fa presente che le attuali norme di diritto internazionale privato relative alla giurisdizione e alla legge applicabile combinate con i diversi strumenti comunitari costituiscono una rete complessa e intricata di regimi sulla responsabilità giuridica che non favorisce l'accesso alla giustizia e crea particolari preoccupazioni in relazione ai servizi sanitari che sono, per loro natura, personali e individuali; rileva inoltre che un paziente che vuole ottenere una riparazione si trova in una posizione vulnerabile e deve agire da solo nei confronti di un'istituzione o di un organismo professionale;

50. sottolinea di conseguenza la necessità di garantire la certezza giuridica dei pazienti e del personale sanitario, sollecita la chiarificazione delle responsabilità nelle ipotesi in cui sopravvenisse un danno e l'obbligo per tutto il personale sanitario di disporre di un'assicurazione obbligatoria contro la responsabilità a congrui costi;

51. sottolinea la necessità di rafforzare la protezione dei pazienti chiedendo agli operatori sanitari di contrarre un'assicurazione di responsabilità professionale; rileva tuttavia che le modalità per garantire il rispetto di tale requisito e la definizione di un operatore sanitario saranno stabiliti da pertinenti disposizioni di tipo assicurativo o di sicurezza finanziaria in

ciascuno Stato membro;

52. precisa che le cure sanitarie esigono sovente un'assistenza medica; sollecita una chiarificazione delle regole sulla ripartizione delle responsabilità tra i prestatori di cure nel corso delle varie fasi del trattamento al fine di garantirne la continuità; rileva che, in materia di telesanità e E-health, gli sviluppi sono talmente vasti da rendere necessario concordare nuove norme in materia di copertura sociale, finanziamento ed accesso a tali cure;

53. sottolinea la necessità di rafforzare la protezione dei pazienti chiedendo agli operatori sanitari di contrarre un'assicurazione di responsabilità professionale;

Cooperazione tra Stati membri

54. ritiene che una maggiore cooperazione tra i sistemi sanitari a livello locale, regionale, intergovernativo ed europeo dovrebbe consentire di ottenere cure adeguate in altri Stati membri, migliorare la qualità dei servizi e aumentare così la fiducia dei cittadini;

55. sottolinea che la cooperazione transfrontaliera tra gli interessati può portare a individuare soluzioni adeguate, come dimostrato dall'esempio di Euroregis;

56. si attende che gli Stati membri cooperino a livello transfrontaliero per quanto concerne l'offerta di servizi sanitari, al fine di poter gestire i rispettivi sistemi sanitari in modo più efficiente in termini di costi;

57. chiede alla Commissione di elaborare norme tecniche e ai governi degli Stati membri di sostenere attivamente l'introduzione di sistemi d'informazione interoperativi trasparenti che consentano uno scambio e una condivisione efficaci di informazioni in materia sanitaria tra i fornitori di servizi sanitari nei singoli Stati membri;

58. incoraggia lo sviluppo di reti di centri di riferimento, compresi centri di riferimento elettronici concernenti alcune malattie rare, specifiche e croniche, nonché lo scambio di conoscenze sulle migliori pratiche di trattamento e sull'organizzazione dei sistemi di cure sanitarie tra i vari paesi dell'Unione; invita pertanto la Commissione ad ottimizzare le cooperazioni amministrative transnazionali;

59. ritiene che l'UE possa svolgere un ruolo importante nel miglioramento della disponibilità di informazione per i pazienti in materia di mobilità transfrontaliera, anche promuovendo indicatori sanitari europei;

60. ritiene che la qualità dei servizi sanitari abbia più da guadagnare da uno scambio di informazioni in fatto di metodi di cura che non dalla mobilità illimitata dei pazienti;

61. riconosce l'esistenza di una domanda di servizi sanitari e farmaceutici transfrontalieri correttamente regolamentati e di elevata qualità nonché di cooperazione e scambio di esperienza scientifica e tecnologica tra centri medici altamente specializzati; rileva peraltro che i sondaggi evidenziano come gran parte degli interessati preferirebbe ottenere cure di elevata qualità nei pressi del proprio luogo di residenza; ritiene che, per fornire la risposta legislativa più idonea, la Commissione debba preliminarmente condurre un'analisi

completa, da un lato sui bisogni reali di mobilità dei pazienti, e dall'altro sulla popolazione interessata dalla mobilità, valutando al tempo stesso l'impatto della mobilità sui sistemi sanitari;

62. si attende, alla luce delle differenze esistenti, che gli Stati membri risolvano tra loro le questioni attinenti all'accesso, alla qualità dell'assistenza e al controllo dei costi;

63. ritiene che il metodo di coordinamento aperto rientri tra gli strumenti atti a rafforzare la cooperazione tra Stati membri;

64. auspica lo sviluppo di accordi bilaterali o multilaterali tra Stati membri, regioni, autorità locali e fra gli operatori sanitari, atti ad incrementare la condivisione dei mezzi mezzi materiali ed umani nelle zone transfrontaliere, e in particolare in zone con un gran numero di visitatori a breve termine, nonché gli scambi di competenze e di conoscenze;

65. chiede la creazione e l'utilizzo di "sportelli unici" sulla base degli strumenti comunitari già esistenti e in conformità delle specificità organizzative di ciascun sistema di assistenza sanitaria, onde garantire l'accesso ad informazioni obiettive ed indipendenti per i pazienti, il personale sanitario, le istituzioni sanitarie e le autorità competenti; ritiene che gli operatori sanitari siano in grado di assistere i pazienti nella ricerca di tali informazioni;

66. invita la Commissione ad utilizzare tutti gli strumenti esistenti, ad esempio la rete SOLVIT e le procedure d'infrazione, per assistere i pazienti ai quali sia stato negato il rimborso (per cure non ospedaliere) o l'autorizzazione (per cure ospedaliere) anche se le condizioni stabilite dalla giurisprudenza risultano soddisfatte;

67. invita la Commissione a continuare a raccogliere dati dagli Stati membri e ad analizzare ulteriormente le tendenze e le sfide collegate alla mobilità transfrontaliera di pazienti e operatori sanitari;

Conclusioni

68. ritiene che i trattati e la giurisprudenza della Corte europea di giustizia siano chiari in merito ai diritti e agli obblighi dei pazienti e degli operatori sanitari ove si tratti di servizi transfrontalieri;

69. chiede alla Commissione di rafforzare la sua politica consistente nel perseguire le violazioni della normativa UE allo scopo di garantire che tutti gli Stati membri rispettino la giurisprudenza della Corte di giustizia europea e che tutti i pazienti europei, indipendentemente dal loro paese d'origine, beneficino dei diritti loro conferiti dal Trattato;

70. invita la Commissione a presentare al Parlamento e al Consiglio una proposta per uno strumento adeguato, in particolare ai fini di una codifica della giurisprudenza della Corte di giustizia europea;

71. invita la Commissione a presentare al Parlamento una proposta volta a reintrodurre i servizi sanitari nella direttiva 2006/123/CE, nonché una proposta di codificazione delle sentenze della Corte di giustizia europea riguardanti i diritti dei pazienti europei;

72. ritiene che, innanzitutto, un nuovo quadro regolamentare europeo per l'assistenza sanitaria transfrontaliera dovrebbe migliorare l'accesso ad un'assistenza sanitaria di elevata qualità in caso di malattia, contribuire alla sicurezza dei pazienti e rafforzare le opzioni di cui dispongono tutti i pazienti nell'Unione europea, senza contribuire alla disparità nei risultati sanitari.

73. incarica il suo Presidente di trasmettere la presente risoluzione al Consiglio e alla Commissione.

Traduzione esterna

MOTIVAZIONE

1. I servizi sanitari e farmaceutici sono stati esclusi dalla direttiva relativa ai servizi nel mercato interno alla luce della loro grande particolarità: in effetti, per loro stessa natura, essi non possono essere considerati come servizi commerciali ordinari.

   Per rispondere alla volontà del Consiglio e del Parlamento di trattare il settore sanitario nel quadro di una riflessione specifica, la Commissione europea ha avviato una consultazione per agevolare iniziative future in questo ambito.

2. I servizi sanitari costituiscono uno degli elementi fondamentali del modello sociale europeo, contribuiscono alla coesione economica, sociale e territoriale dell'Unione e possono suscitare – o meno – la fiducia dei cittadini.
   In un settore così delicato che riguarda il bene più prezioso dell'uomo e influisce sulla sua vita quotidiana svolgendo una missione importante di preservazione della vita, la posta in gioco dal punto di vista politico è elevata.

3. Nel rispetto dei trattati e del principio di sussidiarietà, tali servizi rientrano nelle competenze degli Stati membri e l'azione di regolamentazione e garanzia delle diverse forme di mobilità dei pazienti e dei professionisti del settore – attualmente scarsa, ma in continua crescita – da parte dell'Unione deve avvenire nel rispetto di valori e principi condivisi a livello europeo: universalità, sicurezza, qualità, solidarietà, pari accesso a tutti su tutto il territorio comunitario.

   In questo senso il valore aggiunto dell'Unione può essere essenziale.

4. In quanto capaci di creare un considerevole numero di posti di lavoro qualificati, i servizi sanitari contribuiscono attivamente agli obiettivi della strategia di Lisbona e costituiscono un valore economico e sociale considerevole.

5. I sistemi sanitari presentano notevoli differenze da un paese all'altro, ma devono adeguarsi ed evolvere per mantenere livelli elevati di qualità ed efficacia.
   La crescita della mobilità dei professionisti non deve causare squilibri nella demografia medica degli Stati membri. Una regolamentazione a livello europeo e un miglioramento della cooperazione tra gli Stati si rivelano quindi necessari per preservare la coesione sociale e territoriale e garantire un pari accesso a servizi di qualità in tutta Europa attraverso una buona struttura territoriale, come esplicitamente riconosciuto dall'articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione.

6. La maggiore mobilità dei pazienti e dei professionisti del settore sanitario non deve portare alla creazione di un mercato interno dei servizi sanitari basato sulla creazione di concorrenza attraverso i costi, ad un conseguente livellamento verso il basso pregiudizievole per la qualità delle cure, e alla creazione di un sistema sanitario a due velocità, di cui potrebbero beneficiare soltanto i pazienti più benestanti e meglio informati.

7. Nell'ambito della mobilità dei pazienti, è indispensabile che questi ultimi possano accedere facilmente ad informazioni chiare e precise senza incontrare ostacoli burocratici. È quindi necessaria una cooperazione tra le differenti istituzioni interessate, i diversi enti di assicurazione malattia, che preservi la riservatezza dei dati sensibili dei dossier medici. I pazienti devono usufruire di una carta sanitaria europea elettronica comune per tutta l'Unione.

8. Tenuto conto del generalizzato invecchiamento della popolazione europea e della maggiore mobilità transnazionale dei pensionati, appare importante anticipare la creazione di strutture adatte alle cure appropriate, collegate ai servizi sociali competenti.

9. Occorre accrescere la mobilità degli operatori sanitari e si raccomanda vivamente l'adozione di una carta europea comune che ne specifichi le diverse qualifiche professionali, volta ad una migliore organizzazione di sistemi di formazione continua transnazionali, per seguire le costanti evoluzioni delle tecnologie e della ricerca.

10. È fondamentale creare un quadro giuridico che stabilisca le responsabilità in caso di insuccesso terapeutico, di danni arrecati ai pazienti, soprattutto nell'ambito di un controllo medico svolto in diversi paesi.

    Devono essere chiaramente specificate condizioni e modalità di controllo, come quelle del paese in cui operano i professionisti.

    Questi ultimi, a prescindere dagli elevati rischi della loro professione, devono poter beneficiare di un'assicurazione a un costo ragionevole.

11. È inoltre opportuno precisare alcuni concetti: quello di ragionevole lasso di tempo – estremamente variabile da un paese all'altro – e nozioni vaghe quali cure ospedaliere e non ospedaliere, menzionate nelle sentenze della Corte di giustizia europea.

    Vi è l'urgenza di tutelare meglio i pazienti, i professionisti del settore sanitario, i sistemi di assicurazione malattia e di rimuovere ogni forma di incertezza giuridica relativa alle terapie, alle autorizzazioni, alle tariffe e alle condizioni di rimborso.

12. In un'ottica di razionalizzazione dei costi dei sistemi di assicurazione malattia, sarebbe opportuno rafforzare le politiche di prevenzione al livello degli Stati membri. Nelle zone transfrontaliere, una mutualizzazione dei mezzi umani e materiali contribuirebbe a una gestione sanitaria intelligente.

13. Al fine di ottimizzare le condizioni della ricerca sulle malattie specifiche e rare, sarebbe opportuno che in ogni paese fosse creato un centro di riferimento che stimolasse il miglioramento della qualità delle cure prestate.

14. La CGCE ha riconosciuto nelle sue sentenze i diritti dei pazienti. Restano tuttavia incertezze giuridiche in merito ad alcune definizioni relative alle cure, ai diritti reali dei pazienti, a quelli dei professionisti che prestano i loro servizi in differenti Stati, alle condizioni di svolgimento dei controlli, alle norme applicabili in termini di tariffe e

rimborsi, alle responsabilità in caso di danni arrecati ai pazienti, in particolare nel caso di un controllo medico transnazionale.

15. Spetta quindi al legislatore – e ad esso soltanto – poiché tale è il suo ruolo, rimuovere tutte queste persistenti incertezze giuridiche creando uno strumento legislativo che prevenga i problemi posti dall'aumento degli scambi dei servizi sanitari all'interno dell'Unione, che precisi tutte le disposizioni giuridiche applicabili nel quadro della diversità dei casi da trattare, che chiarisca le norme vigenti in materia di autorizzazione e di rimborso e che in alcuni casi provveda ad un'articolazione del settore medico e del settore sociale.
    Tale necessaria attività di chiarimento non deve per questo costituire per i pazienti un incitamento alla prassi "del turismo medico".

16. Una tale iniziativa legislativa, che formulasse risposte coerenti ed efficaci alle richieste di tutela dello stile di vita dei cittadini europei costituirebbe di fatto l'unica garanzia giuridica ed etica di modello sociale.

17. Una direttiva sui servizi sanitari, parallelamente ad una legislazione sui servizi sociali d'interesse generale, che si inserisca nell'obiettivo di una direttiva quadro sui servizi d'interesse economico generale, sembra quindi essere l'unico strumento che consentirebbe all'Unione europea di apportare il suo valore aggiunto, necessario a ridare ed accresce la fiducia dei cittadini europei in un ambito che rappresenta l'essenza stessa della loro vita.

26.3.2007

PARERE DELLA COMMISSIONE PER L'OCCUPAZIONE E GLI AFFARI SOCIALI

destinato alla commissione per il mercato interno e la protezione dei consumatori

sull'impatto e le conseguenze dell'esclusione dei servizi sanitari dalla direttiva sui servizi nel mercato interno
(2006/2275(INI))

Relatore per parere: Harald Ettl

SUGGERIMENTI

La commissione per l'occupazione e gli affari sociali invita la commissione per il mercato interno e la protezione dei consumatori, competente per il merito, a includere nella proposta di risoluzione che approverà i seguenti suggerimenti:

A. considerando che, nelle sue conclusioni del 1° e 2 giugno 2006, il Consiglio ha approvato una dichiarazione dei 25 ministri della Salute dell'Unione europea concernente i valori e principi comuni sui cui si fondano i sistemi sanitari europei[1],

1. sottolinea che i servizi sanitari costituiscono un elemento sostanziale del modello sociale europeo e forniscono un importante contributo alla coesione sociale e territoriale; rileva la necessità di continuare a garantire i valori basilari della parità di accesso, dell'universalità, della parità di trattamento e della solidarietà, nonché dell'accessibilità economica e della sostenibilità finanziaria;

2. ribadisce che l'accesso all'assistenza sanitaria è un diritto fondamentale riconosciuto dall'articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e che in tutta l'Unione europea i sistemi sanitari condividono principi operativi in materia di qualità e sicurezza dell'assistenza basata sulle prove e sull'etica, coinvolgimento dei pazienti, mezzi di ricorso e rispetto della riservatezza; ritiene pertanto che garantire a tutti la parità di accesso a un'offerta equilibrata e adeguata di servizi sanitari di elevata qualità costituisca un compito fondamentale delle autorità pubbliche;

3. rileva che, anche se i sistemi sanitari non rientrano nelle competenze della Comunità, le questioni connesse a tali sistemi, quali l'accesso ai medicinali e alle cure, l'informazione

[1] GU C 146 del 22.6.2006, pag. 1.

dei pazienti e la circolazione di società assicurative e di professionisti della sanità, hanno un carattere transfrontaliero; osserva che tali questioni devono essere affrontate dall'Unione europea;

4. si attende che gli Stati membri cooperino a livello transfrontaliero per quanto concerne l'offerta di servizi sanitari, al fine di poter gestire i rispettivi sistemi sanitari in modo più efficiente in termini di costi;

5. sottolinea che l'accesso all'assistenza transfrontaliera è una condizione per la libera circolazione dei cittadini all'interno della Comunità e contribuisce ad accrescere i livelli di occupazione e competitività degli Stati membri;

6. accoglie con favore l'esclusione dei servizi sanitari dall'ambito di applicazione della direttiva sui servizi, dato che l'assistenza sanitaria transfrontaliera è disciplinata dalla legislazione vigente e i servizi sanitari e sociali costituiscono un bene superiore, che va riconosciuto da un'ulteriore legislazione a livello europeo;

7. ritiene che un eventuale quadro comunitario finalizzato alla disponibilità di servizi sanitari sicuri, di elevata qualità ed efficienti debba essere conforme alle sentenze pronunciate dalla Corte di giustizia delle Comunità europee ma debba anche tenere debitamente conto della priorità di mantenere e garantire l'accesso universale e senza restrizioni al servizio sanitario pubblico;

8. sottolinea che la mobilità dei pazienti contribuisce a migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria e ad accrescerne la qualità;

9. sottolinea la necessità di ridurre la burocrazia connessa al ricorso a servizi sanitari transfrontalieri ovvero alla loro prestazione;

10. rileva che l'identificazione probante e rapida dei pazienti e dei loro diritti e richieste nell'ambito dei rispettivi sistemi di sicurezza sociale è un requisito fondamentale per la riduzione della burocrazia connessa al ricorso ai servizi sanitari transfrontalieri;

11. chiede alla Commissione di accelerare i lavori per la messa a punto di uno standard e invita i governi degli Stati membri a sostenere attivamente l'introduzione di una *smart card* sanitaria europea che consentirebbe di identificare i pazienti, nonché i loro diritti e le loro richieste, nell'ambito dei rispettivi sistemi di sicurezza sociale;

12. rileva che la condivisione e lo scambio efficace di informazioni sanitarie è una delle premesse per garantire la coerenza e mantenere un'elevata qualità dell'assistenza sanitaria allorché ci si avvale dei servizi sanitari in diversi Stati membri;

13. chiede alla Commissione di elaborare norme tecniche e ai governi degli Stati membri di sostenere attivamente l'introduzione di sistemi informativi reciprocamente compatibili, che consentano uno scambio e una condivisione efficace delle informazioni sanitarie tra i prestatori di assistenza sanitaria nei singoli Stati membri;

14. sottolinea che, ai sensi dell'articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali, l'Unione garantisce un livello elevato di protezione della salute umana e a questo proposito rileva

che la qualità dei servizi sanitari e la capacità del settore sanitario di mantenere il proprio personale sono subordinati alla qualità del lavoro e alle condizioni di lavoro del personale sanitario, tra cui periodi di riposo e possibilità di formazione; rileva inoltre che le misure di accompagnamento, quali i controlli di qualità, la supervisione e l'uso delle nuove tecnologie dell'informazione, devono garantire ai pazienti la migliore assistenza sanitaria possibile;

15. è favorevole allo sviluppo di procedure di valutazione di vasto respiro per la politica sanitaria a livello nazionale ed europeo e chiede una maggiore complementarità a livello di medicina sociale e preventiva, onde migliorare gli strumenti di registrazione e di contrasto delle cause delle malattie, tenendo conto dell'ambiente sociale;

16. è del parere che l'esclusione dei servizi sanitari dalla direttiva sui servizi, che era intesa a individuare i servizi sanitari quali bene di valore superiore per l'Unione europea, richieda misure di accompagnamento, come ad esempio una migliore messa in rete e un migliore coordinamento tra i centri di riferimento; rileva che la cooperazione tra Stati membri nell'ambito delle reti dei centri di riferimento fa ben sperare nella realizzazione di uno scambio di competenze eccellenti e dunque di valore aggiunto europeo e va a vantaggio dei pazienti con esigenze specifiche;

17. sottolinea che i servizi sanitari non devono essere trattati alla stregua di altri servizi, in quanto sono caratterizzati da un'asimmetria d'informazioni tra pazienti e prestatori di assistenza, da un ampio grado di finanziamento pubblico, da una domanda indotta dai prestatori e dagli effetti sull'offerta e la domanda di assistenza sanitaria imputabili all'assicurazione sanitaria;

18. ribadisce l'importanza della capacità direttiva degli Stati membri e delle loro competenze normative nel settore dell'assistenza sanitaria, nonché la libertà degli Stati membri di mantenere o istituire strumenti come la pianificazione, meccanismi di fissazione delle tariffe e regimi di autorizzazione volti a garantire l'accesso universale a un'assistenza di elevata qualità nonché la continuità; ritiene che tali strumenti, se utilizzati dagli Stati membri per salvaguardare i valori e principi comuni su cui si fondano i loro sistemi sanitari, conseguire obiettivi di interesse generale e ovviare alle attuali imperfezioni del mercato, debbano essere considerati pienamente giustificati per ragioni preminenti di interesse pubblico;

19. invita la Commissione a presentare una proposta di direttiva settoriale sui servizi sanitari, con il coinvolgimento delle parti sociali e dei decisori, che riconosca la capacità delle autorità nazionali e regionali di organizzare, finanziare e ammodernare i sistemi sanitari, chiarendo nel contempo le condizioni in base alle quali il ricorso a strumenti normativi è giustificato alla luce delle disposizioni del trattato CE in materia di libera circolazione, concorrenza e aiuti di Stato;

20. sottolinea che la giurisprudenza della Corte di giustizia delle Comunità europee in materia di servizi sanitari è esauriente, in particolare per quanto concerne il rimborso delle spese di cura, e che una normativa comunitaria circoscritta e mirata sui servizi sanitari e l'assistenza sanitaria transfrontaliera deve chiarire le situazioni in cui i pazienti hanno diritto a chiedere il rimborso dell'assistenza medica in un altro Stato membro nel quadro del sistema di sicurezza sociale dello Stato membro di affiliazione, in conformità della

giurisprudenza della Corte di giustizia e ai sensi del regolamento (CE) n. 883/04 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale[1];

21. sottolinea la tensione esistente attualmente tra gli obiettivi di politica sanitaria e gli obiettivi del mercato interno dei servizi, in virtù della quale, in caso di conflitto, gli obiettivi di politica sanitaria hanno sempre la precedenza per cogenti ragioni di interesse generale (ad es. obiettivi di sanità pubblica e sociali connessi, mantenimento del pareggio finanziario del sistema di previdenza sociale, ecc.);

22. rileva che lo strumento prioritario di azione in materia di servizi sanitari dovrebbe essere la cooperazione tra gli Stati membri, con il necessario coordinamento della Commissione;

23. chiede alla Commissione di adottare le misure necessarie in materia di mobilità dei pazienti, in termini di diritti dei pazienti, norme minime di qualità dell'assistenza sanitaria, responsabilità dei prestatori di assistenza e questioni relative al risarcimento, e di instaurare una più stretta cooperazione tra le autorità sanitarie degli Stati membri al riguardo; ritiene che il metodo di coordinamento aperto rientri tra gli strumenti atti a rafforzare la cooperazione tra Stati membri;

24. osserva che i servizi di assistenza sanitaria perseguono obiettivi comparabili a quelli di altri servizi sociali di interesse generale, nella misura in cui sono basati sul principio di solidarietà, sono spesso inseriti nei sistemi nazionali di protezione sociale e incentrati sulla persona, e garantiscono ai cittadini il godimento dei diritti fondamentali e un elevato livello di protezione sociale, rafforzando nel contempo la coesione sociale e territoriale;

25. constata che nella pratica è difficile operare una distinzione netta tra la prestazione di servizi di assistenza sanitaria e la prestazione di altri servizi sociali di interesse generale, in quanto i prestatori di assistenza medica spesso intervengono nella prestazione di servizi puramente sociali; rileva inoltre che sarebbe opportuno includere nel concetto di servizi sanitari anche l'intero settore ospedaliero e della riabilitazione, tra cui le cure ambulatoriali e tutte le cure in cui intervengono medici e personale paramedico e infermieristico;

26. ritiene che ogni azione comunitaria in materia di servizi sanitari debba essere coerente con l'azione comunitaria relativa ai servizi sociali di interesse generale;

27. sottolinea che le disposizioni di una futura direttiva sui servizi sanitari deve essere conforme alle norme comunitarie in materia di regimi di sicurezza sociale, alle modalità di stabilimento dei prestatori di servizi (applicando le stesse norme sociali, di diritto del lavoro e di qualità), di mobilità (dei pazienti) e di mutuo riconoscimento delle qualifiche professionali;

28. si esprime pertanto a favore di misure atte ad assicurare la libera circolazione dei pazienti nell'ambito dei sistemi sanitari, poiché ciò consente di ridurre i periodi d'attesa e di migliorare l'accesso agli specialisti;

29. si attende, alla luce delle differenze esistenti, che gli Stati membri risolvano tra loro le questioni attinenti all'accesso, alla qualità dell'assistenza e al controllo dei costi;

[1] GU L 166 del 30.4.2004, pag. 1.

30. è del parere che in virtù della futura direttiva sui servizi sanitari che riconosca esplicitamente i principi di sussidiarietà e d'interesse generale già ammessi dalla Corte di giustizia, la prestazione di servizi debba essere assoggettata, in linea di massima, al diritto dello Stato membro in cui è effettuata e sottolinea la necessità che sia preservata la piena competenza degli Stati membri in materia di organizzazione e finanziamento dei servizi sanitari nazionali, tra cui la verifica delle prestazioni, e che la legislazione comunitaria assicuri che l'equilibrio finanziario dei sistemi sociali non sia penalizzato dall'aumento della mobilità dei pazienti;

31. ritiene che, per soddisfare rapidamente i bisogni dei cittadini europei che si spostano alla ricerca di servizi sanitari di qualità, occorra privilegiare un maggiore coinvolgimento dei sistemi sanitari regionali, probabilmente più in grado di trovare soluzioni ai bisogni della popolazione, adattati su base regionale, e sia prestata particolare attenzione alle esperienze e alle prassi corrette acquisite nelle regioni di frontiera e nelle euroregioni;

32. si attende che la Commissione modifichi il regolamento relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale al fine di renderlo conforme ai principi sanciti dalla Corte di giustizia in materia di mobilità dei pazienti;

33. sottolinea che la cooperazione transfrontaliera tra gli interessati può portare a individuare soluzioni adeguate, come dimostrato dall'esempio di Euroregis;

34. rileva che l'aumento della mobilità dei pazienti implica la necessità di uniformare le regole in materia di responsabilità per danni causati dalle cure e che dovrebbe essere resa possibile l'esecuzione di domande di indennizzo in tutti gli Stati membri dinanzi ai relativi tribunali o autorità competenti;

35. ritiene che, ai sensi dei vigenti strumenti normativi, l'autorizzazione ufficiale previa debba basarsi su norme procedurali facilmente accessibili e garantire al paziente interessato che la domanda sia trattata immediatamente e valutata sulla base di criteri medici obiettivi e neutrali, con il consenso del paziente stesso;

36. rileva che, per un paziente straniero, un'assistenza sanitaria sicura e di alta qualità dipende dalla disponibilità e accessibilità dei suoi dati medici e amministrativi e che tali dati sono spesso conservati nel suo paese di residenza; ritiene pertanto che – tenuto conto della protezione dei dati – l'accesso transfrontaliero ai dati pertinenti del paziente debba essere agevolato e garantito in modo sicuro e adeguato e che ciò richieda non solo la definizione di norme europee ma anche di disposizioni giuridiche a disciplina della trasmissione tra Stati membri di dati medici digitalizzati;

37. rileva che, sebbene in Europa viga il riconoscimento reciproco delle qualifiche professionali, resta insufficiente l'uniformità della qualità contenutistica della formazione professionale e delle modalità di esercizio della professione e/o restano insufficienti le disposizioni ai fini di una siffatta uniformità;

38. rileva che le grandi differenze esistenti nei diversi Stati membri per quanto concerne le denominazioni, le prescrizioni, la distribuzione, i prezzi e il rimborso del costo delle medicine rappresentano un ostacolo pratico alla mobilità dei pazienti e che ciò costituisce un settore in cui, ai fini di un'assistenza transfrontaliera sicura e di elevata qualità, vi sarà bisogno di un'opera di standardizzazione e di trasparenza;

PROCEDURA

Titolo	Impatto e le conseguenze dell'esclusione dei servizi sanitari dalla direttiva sui servizi nel mercato interno
Riferimenti	(2006/2275(INI))
Commissione competente per il merito	IMCO
Parere espresso da Annuncio in Aula	EMPL 29.11.2006
Cooperazione rafforzata – annuncio in Aula	
Relatore per parere Nomina	Harald Ettl 22.11.2006
Relatore per parere sostituito	
Esame in commissione	24.1.2007 28.2.2007 20.3.2007
Approvazione	21.3.2007
Esito della votazione finale	+ : 34 – : 4 0 : 0
Membri titolari presenti al momento della votazione finale	Jan Andersson, Roselyne Bachelot-Narquin, Edit Bauer, Jean-Luc Bennahmias, Emine Bozkurt, Iles Braghetto, Milan Cabrnoch, Alejandro Cercas, Ole Christensen, Luigi Cocilovo, Proinsias De Rossa, Harald Ettl, Richard Falbr, Ilda Figueiredo, Joel Hasse Ferreira, Stephen Hughes, Karin Jöns, Jan Jerzy Kułakowski, Jean Lambert, Thomas Mann, Jiří Maštálka, Ana Mato Adrover, Maria Matsouka, Ria Oomen-Ruijten, Csaba Őry, Siiri Oviir, Marie Panayotopoulos-Cassiotou, Pier Antonio Panzeri, Jacek Protasiewicz, Elisabeth Schroedter, José Albino Silva Peneda, Kathy Sinnott, Jean Spautz, Gabriele Stauner, Anne Van Lancker, Gabriele Zimmer
Supplenti presenti al momento della votazione finale	Dimitrios Papadimoulis, Patrizia Toia
Supplenti (art. 178, par. 2) presenti al momento della votazione finale	
Osservazioni (disponibili in una sola lingua)	...

23.3.2007

PARERE DELLA COMMISSIONE PER L'AMBIENTE, LA SANITÀ PUBBLICA E LA SICUREZZA ALIMENTARE

destinato alla commissione per il mercato interno e la protezione dei consumatori

sull'impatto e le conseguenze dell'esclusione dei servizi sanitari dalla direttiva sui servizi nel mercato interno
(2006/2275(INI))

Relatore per parere: Jules Maaten

SUGGERIMENTI

La commissione per l'ambiente, la sanità pubblica e la sicurezza alimentare invita la commissione per il mercato interno e la protezione dei consumatori, competente per il merito, a includere nella proposta di risoluzione che approverà i seguenti suggerimenti:

1. sottolinea che i servizi sanitari degli Stati membri fanno parte fondamentale dell'infrastruttura sociale europea[1]; ricorda che l'assistenza sanitaria è stata esclusa dall'ambito di applicazione della direttiva sui servizi perché non è come gli altri servizi e richiede speciali salvaguardie, al fine di garantire che tutti possano accedere ad un'assistenza sanitaria di elevata qualità, e comporta scelte politiche a livello europeo, nazionale e regionale;

2. sottolinea che l'Europa è caratterizzata dalla messa a disposizione a tutti i cittadini di un'assistenza sanitaria di elevata qualità, a prescindere dalle condizioni personali e quindi, mentre l'accesso all'assistenza sanitaria transfrontaliera e la libera circolazione dei pazienti e degli operatori sanitari potrebbe contribuire a migliorare i risultati sanitari, il punto di partenza dovrebbe essere che tutti i pazienti ottengano un'idonea terapia nel proprio paese e la mobilità dei pazienti non dovrebbe assolutamente pregiudicare la sicurezza dell'assistenza sanitaria;

3. ritiene che, per gli stati patologici non acuti, debba essere garantito il diritto al rimborso delle cure in un altro Stato membro qualora nel proprio paese i tempi di attesa siano lunghi o la qualità delle cure sia inferiore rispetto ad altri Stati membri, fatto salvo il reciproco accordo tra gli Stati membri interessati; ritiene inoltre intollerabile che i pazienti subiscano pressioni per sottoporsi a terapie più economiche in un altro Stato;

[1] Dichiarazione dei Ministri della salute UE sui valori e i principi comuni, Lussemburgo, 1-2 giugno 2006.

4. pur riconoscendo che la politica in materia di assistenza sanitaria è principalmente di competenza degli Stati membri e sottolineando l'esigenza della prestazione di un'assistenza sanitaria di elevata qualità nel paese di origine del paziente, si compiace dell'iniziativa della Commissione di avviare una procedura di consultazione sulla migliore forma di azione comunitaria al fine di migliorare l'accesso dei pazienti, entro tempi ragionevoli, ad un quadro sicuro, di elevata qualità ed efficiente relativo agli aspetti transfrontalieri dell'assistenza sanitaria ed invita la Commissione ad avanzare proposte concrete per incoraggiare e monitorare i progressi in questo ambito;

5. constata l'inadeguatezza del sostegno all'assistenza sanitaria da parte degli Stati membri e ritiene che ciò finisca per pregiudicare i diritti del malato;

6. sottolinea che, pur rispettando appieno le conclusioni del Consiglio in materia di universalità, solidarietà ed equità in quanto principi fondatori dei sistemi europei di assistenza sanitaria nonché le limitate disposizioni dell'articolo 152 del trattato CE, le sentenze della Corte di giustizia delle Comunità europee affrontano i problemi attinenti al diritto del paziente, in determinate circostanze, di farsi curare all'estero ed essere successivamente rimborsato dal proprio ente assicurativo nazionale;

7. riconosce che i servizi sanitari possono trarre benefici da una maggiore apertura delle frontiere; sottolinea che i metodi di cura e le probabilità di sopravvivenza dei pazienti differiscono notevolmente da uno Stato membro all'altro; ritiene che la qualità dei servizi sanitari abbia più da guadagnare da uno scambio di informazioni in fatto di metodi di cura che non dalla mobilità illimitata dei pazienti;

8. riconosce l'esistenza di una domanda di servizi sanitari e farmaceutici transfrontalieri correttamente regolamentati e di elevata qualità nonché di cooperazione e scambio di esperienza scientifica e tecnologica tra centri medici altamente specializzati; rileva peraltro che i sondaggi evidenziano come gran parte degli interessati preferirebbe ottenere cure di elevata qualità nei pressi del proprio luogo di residenza; ritiene che, per fornire la risposta legislativa più idonea, la Commissione debba preliminarmente condurre un'analisi completa, da un lato sui bisogni reali di mobilità dei pazienti, e dall'altro sulla popolazione interessata dalla mobilità, valutando al tempo stesso l'impatto della mobilità sui sistemi sanitari;

9. sottolinea l'opportunità di distinguere da un lato i servizi sanitari transfrontalieri, ossia quelli che sono situati al di qua e al di là di una frontiera comune a due Stati membri, onde mantenere e offrire ai pazienti un elevato livello di cure e di accesso e, dall'altro, i servizi sanitari internazionali all'interno dell'Unione europea, che devono offrire assistenza sanitaria per la cura delle malattie rare o orfane e/o che necessitano di tecnologie sofisticate e altamente costose (Centri sanitari di riferimento), ovvero dare accesso a terapie che lo Stato membro o di residenza degli interessati non è attualmente in grado di offrire;

10. evidenzia che il regolamento (CE) n. 1408/71 e il regolamento (CE) n. 883/2004, relativi al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché la direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, non colmano tutte le attuali lacune regolamentari a livello UE né garantiscono le competenze attuali dei membri delle professioni sanitarie regolamentate; ritiene che la sicurezza e i diritti dei pazienti non

siano garantiti nell'ambito della prestazione transfrontaliera di servizi di assistenza sanitaria e che esista incertezza giuridica per quanto riguarda i meccanismi di rimborso, l'obbligo per le autorità nazionali di condividere informazioni regolamentari, l'obbligo di assistenza per la terapia iniziale e per quelle successive e le disposizioni in materia di gestione dei rischi per i pazienti privati;

11. evidenzia che le disposizioni destinate a garantire l'accesso all'informazione dei pazienti e alle autorità nazionali in materia di prestazione di assistenza sanitaria transfrontaliera, riconoscimento degli operatori sanitari e terapie sono lacunose;

12. ritiene che l'UE possa svolgere un ruolo importante nel miglioramento della disponibilità di informazione per i pazienti in materia di mobilità transfrontaliera, anche promuovendo indicatori sanitari europei;

13. evidenzia che attualmente la carta sanitaria europea non consente lo scambio di informazioni sui pazienti tra operatori sanitari;

14. considera necessario, stante l'accresciuta mobilità professionale in Europa, prevedere all'interno del quadro normativo europeo l'obbligo per le autorità nazionali di scambiarsi informazioni amministrative o disciplinari sui membri delle professioni sanitarie, nei casi in cui la vita del paziente sia a rischio;

15. ritiene che l'introduzione di un quadro normativo comunitario sia il modo migliore per garantire certezza giuridica ai pazienti, ai sistemi nazionali di assistenza sanitaria e ai fornitori privati di tali servizi; che detto quadro normativo debba rispettare i principi fondamentali di universalità, solidarietà, parità di accesso, qualità, sicurezza e durata nel tempo; che esso debba anche garantire la possibilità per gli Stati membri di conservare i propri sistemi autorizzativi, nel rispetto delle norme comunitarie sulla regolamentazione dei prezzi e sulla pianificazione sanitaria, consentendo loro in tal modo di organizzare e finanziare i propri servizi sanitari;

16. ritiene che, innanzitutto, un nuovo quadro regolamentare europeo per l'assistenza sanitaria transfrontaliera dovrebbe migliorare l'accesso ad un'assistenza sanitaria di elevata qualità in caso di malattia, contribuire alla sicurezza dei pazienti e rafforzare le opzioni di cui dispongono tutti i pazienti nell'Unione europea, senza contribuire alla disparità nei risultati sanitari.

PROCEDURA

Titolo	Impatto e le conseguenze dell'esclusione dei servizi sanitari dalla direttiva sui servizi nel mercato interno
Riferimenti	2006/2275(INI)
Commissione competente per il merito	IMCO
Parere espresso da Annuncio in Aula	ENVI 29.11.2006
Cooperazione rafforzata – annuncio in Aula	
Relatore per parere Nomina	Jules Maaten 28.11.2006
Relatore per parere sostituito	
Esame in commissione	22.1.2007 28.2.2007 21.3.2007
Approvazione	21.3.2007
Esito della votazione finale	+ : 41 – : 0 0 : 0
Membri titolari presenti al momento della votazione finale	Adamos Adamou, Georgs Andrejevs, Liam Aylward, Pilar Ayuso, Johannes Blokland, John Bowis, Frieda Brepoels, Dorette Corbey, Chris Davies, Avril Doyle, Mojca Drčar Murko, Matthias Groote, Françoise Grossetête, Satu Hassi, Gyula Hegyi, Caroline Jackson, Dan Jørgensen, Eija-Riitta Korhola, Aldis Kušķis, Peter Liese, Jules Maaten, Linda McAvan, Marios Matsakis, Alexandru-Ioan Morţun, Riitta Myller, Miroslav Ouzký, Antonyia Parvanova, Frédérique Ries, Guido Sacconi, Richard Seeber, Bogusław Sonik, María Sornosa Martínez, Antonios Trakatellis, Evangelia Tzampazi, Thomas Ulmer, Glenis Willmott
Supplenti presenti al momento della votazione finale	Alfonso Andria, Kader Arif, Giovanni Berlinguer, Alojz Poterle
Supplenti (art. 178, par. 2) presenti al momento della votazione finale	Radu Podgorean
Osservazioni (disponibili in una sola lingua)	

PROCEDURA

Titolo	Impatto e sulle conseguenze dell'esclusione dei servizi sanitari dalla direttiva sui servizi nel mercato interno
Numero di procedura	(2006/2275(INI))
Commissione competente per il merito Annuncio in Aula dell'autorizzazione	IMCO 29.11.2006
Commissione(i) competente(i) per parere Annuncio in Aula	EMPL ENVI 29.11.2006 29.11.2006
Relatore(i) Nomina	Bernadette Vergnaud 22.11.2006
Esame in commissione	19.12.2006 24.1.2007 1.3.2007 21.3.2007 12.4.2007
	23.4.2007 7.5.2007
Approvazione	8.5.2007
Esito della votazione finale	+ : 20 – : 18 0 : 2
Membri titolari presenti al momento della votazione finale	Adam Bielan, Daniela Buruiană-Aprodu, Charlotte Cederschiöld, Mia De Vits, Rosa Díez González, Janelly Fourtou, Evelyne Gebhardt, Malcolm Harbour, Pierre Jonckheer, Lasse Lehtinen, Toine Manders, Arlene McCarthy, Bill Newton Dunn, Béatrice Patrie, Zita Pleštinská, Guido Podestà, Zuzana Roithová, Luisa Fernanda Rudi Ubeda, Heide Rühle, Leopold Józef Rutowicz, Christel Schaldemose, Andreas Schwab, Alexander Stubb, Eva-Britt Svensson, Marianne Thyssen, Jacques Toubon, Bernadette Vergnaud, Barbara Weiler
Supplenti presenti al momento della votazione finale	Šarūnas Birutis, André Brie, Wolfgang Bulfon, Ieke van den Burg, Joel Hasse Ferreira, Konstantinos Hatzidakis, Filip Kaczmarek, Othmar Karas, Manuel Medina Ortega, Pier Antonio Panzeri, Søren Bo Søndergaard, Marc Tarabella, Anja Weisgerber
Supplenti (art. 178, par. 2) presenti al momento della votazione finale	Philip Bushill-Matthews, Marian Harkin, Mieczysław Edmund Janowski, Alexander Radwan, Herbert Reul, Horia-Victor Toma, Anne Van Lancker
Deposito	10.5.2007
Osservazioni (disponibili in una sola lingua)	...