

# EIROPAS PARLAMENTS

2004



2009

---

*Sesijas dokuments*

GALĪGAIS  
**A6-0129/2005**

29.4.2005

## **ZIŅOJUMS**

par pacientu mobilitāti un veselības aprūpes attīstību Eiropas Savienībā  
2004/2148(INI))

Vides, sabiedrības veselības un pārtikas nekaitīguma komiteja

Referents: *John Bowis*

PR\_INI

## SATURS

	<b>Lpp.</b>
EIROPAS PARLAMENTA REZOLŪCIJAS PRIEKŠLIKUMS .....	3
PASKAIDROJUMS .....	11
PROCEDŪRA .....	13

## EIROPAS PARLAMENTA REZOLŪCIJAS PRIEKŠLIKUMS

### par pacientu mobilitāti un veselības aprūpes attīstību Eiropas Savienībā (2004/2148(INI))

*Eiropas Parlaments,*

- ņemot vērā Komisijas paziņojumu — “Turpinājums augsta līmeņa viedokļu apmaiņas procesam par pacientu mobilitāti un veselības aprūpes attīstību Eiropas Savienībā” (COM(2004)0301),
- ņemot vērā EK Līguma 152. pantu, kā arī 5., 18., 43. un 47. pantu,
- ņemot vērā Komisijas paziņojumu Padomei, Eiropas Parlamentam, Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejai un Reģionu komitejai “Sociālās aizsardzības modernizācija augstas kvalitātes, pieejamas un ilgtspējīgas veselības aprūpes un ilgtermiņa aprūpes attīstīšanai — atbalsts valsts stratēģijām, kurās izmanto “atklāto koordinācijas metodi”” (COM(2004)0304),
- ņemot vērā Direktīvu 95/46/EK<sup>1</sup> par personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti,
- ņemot vērā Komisijas paziņojumu Padomei, Eiropas Parlamentam, Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejai un Reģionu komitejai “E-veselība — veidojot labāku veselības aprūpi Eiropas pilsoņiem: rīcības plāns Eiropas e-veselības jomai” (COM(2004)0356),
- ņemot vērā Komisijas paziņojumu Padomei, Eiropas Parlamentam, Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejai un Reģionu komitejai “E-Eiropa 2002 — kvalitātes kritēriji tīmekļa vietnēm, kas saistītas ar veselību” (COM(2002)0667),
- ņemot vērā Eiropas Kopienas Tiesas spriedumus *Decker* (C-120/95, 1998. gada 28. aprīlis), *Kohll* (C-158/96, 1998. gada 28. aprīlis), *Geraets-Smits & Peerbooms* (C-57/99, 2001. gada 12. jūlijs), *IKA* (C-326/00, 2003. gada 25. februāris) un *Müller-Fauré & van Riet* (C-385/99, 2003. gada 13. maijs) lietās,
- ņemot vērā Komisijas priekšlikumu Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīvai par profesionālās kvalifikācijas atzīšanu (COM(2002)0119-COD 2002/0061),
- ņemot vērā Komisijas priekšlikumu Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīvai par pakalpojumiem iekšējā tirgū (COM(2004)0119-COD 2004/0061),
- ņemot vērā tā 2003. gada 15. janvāra un 2004. gada 11. marta rezolūcijas par veselības aprūpes nākotni un vecāka gadagājuma cilvēku aprūpi<sup>2</sup> un par veselības aprūpi un vecāka gadagājuma cilvēku aprūpi<sup>3</sup>,

<sup>1</sup> OV L 281, 23.11.1995, 30.lpp.

<sup>2</sup> OV C 038 E, 12.2.2004. 269.-277.lpp.

<sup>3</sup> Pieņemtie teksti, P5\_TA(2004)0184

- ņemot vērā Reglamenta 45. pantu,
  - ņemot vērā Vides, sabiedrības veselības un pārtikas nekaitīguma komitejas ziņojumu (A6-0129/2005),
- A. tā kā veselības aprūpe ES pašreiz tiek pārveidota, attīstoties medicīnai, tehnoloģijām, e-veselībai, pacientu zināšanām un likumdošanai;
  - B. tā kā E111 veidlapu sistēmu neplānotai ārstēšanai, īslaicīgi atrodoties citā dalībvalstī, aizstāj ar Eiropas Veselības apdrošināšanas karti, un tā kā ir nepieciešams nomainīt vai būtiski pārveidot birokrātisko un ierobežojošo E112 veidlapu sistēmas izmantošanu plānotai ārstniecībai citā dalībvalstī;
  - C. tā kā profilakse ir būtisks vispārējās veselības politikas elements un sistemātiski profilakses pasākumi pagarina paredzamo mūža ilgumu, samazina atšķirības starp sociālām grupām attiecībā uz veselības aprūpes gaidīšanas laiku un aptur hronisko slimību izplatīšanos, tādējādi ļaujot samazināt ārstniecības izmaksas;
  - D. tā kā Eiropas veselības aprūpes politikas virzība notiek nesistemātiskā veidā, izmantojot Eiropas Kopienų Tiesas nolēmumus par pacientu mobilitāti, un paplašināšanās Eiropas Kopienų Tiesai radīs vēl sarežģītākas lietas, par kurām lemt, un tā kā gan pacientu, gan valdības interesēs ir nekavējoties vienoties un īstenot skaidru politiku un procedūras;
  - E. tā kā galvenā atbildība par medicīnas pakalpojumu un medicīnas aprūpes organizēšanu, finansēšanu un sniegšanu ir dalībvalstīm, taču vienlaikus Eiropas Savienība atbild par sabiedrības veselību, veselības veicināšanu, pētniecību un agrīno atklāšanu, kā arī pārrobežu mobilitāti;
  - F. tā kā ir vajadzīga lielāka skaidrība, lai dotu iespēju pacientiem, veselības aprūpes darbiniekiem, atbildīgajiem par veselības budžetu un apdrošinātājiem saprast un piedalīties pārrobežu un pārnacionālajā veselības aprūpē;
  - G. tā kā pastāv ievērojamas materiāli tehniskās apgādes, administratīvas, kultūras un klīniskas problēmas, lai izveidotu konsekventu, drošu un pieejamu pacientu mobilitātes sistēmu ES;
  - H. tā kā veselības aprūpes sistēmas Savienībā balstās uz solidaritātes, vienlīdzības un universāluma principa, lai garantētu, ka neatkarīgi no ienākumiem, labklājības līmeņa un vecuma jebkurš cilvēks slimības gadījumā saņem atbilstīgu, augstas kvalitātes aprūpi;
  - I. tā kā pacientu mobilitāte ir komplekss jautājums, kas ir atkarīgs no valstu veselības aprūpes sistēmām un tradīcijām; tā kā tam tomēr nevajadzētu kavēt centienus risināt koordinācijas un efektivitātes problēmas, ar kurām saskaras lietotāji, un centienus uzlabot pakalpojumus,
1. atzinīgi vērtē Komisijas paziņojumu par pacientu mobilitāti un tajā izklāstītās idejas par sadarbības strukturēšanu veselības aprūpē;

2. uzsver vajadzību, atbilstīgi ņemot vērā prioritāti saglabāt un nodrošināt neierobežotu un vispārēju pieeju sabiedriskajiem veselības pakalpojumiem, Eiropas Savienībai nekavējoties izstrādāt konsekventu pacientu mobilitātes politiku saskaņā ar Eiropas Kopienas Tiesas spriedumiem un augsta līmeņa viedokļu apmaiņas procesa ziņojumu par pacientu mobilitāti un veselības aprūpes attīstību un vienoties par galvenajām vadlīnijām pacientiem, veselības aprūpes darbiniekiem un finansēšanas aģentūrām; uzskata, ka pacientam, kura dzīvība ir apdraudēta, kā minimumu ir tiesības laikus saņemt ārstēšanu citā dalībvalstī, ja to nav iespējams saņemt viņa/viņas valstī vai pienācīgā laikā;
3. uzskata, ka turpmākā sadarbība starp dalībvalstīm, ko attiecīgos gadījumos koordinē Komisija, jākoncentrē uz specifiskiem jautājumiem saistībā ar pārrobežu veselības aprūpi. Vienlaikus īpaša uzmanība jāpievērš reģionālās sadarbības aspektiem un atbilstīgi jāņem vērā pieredze, kas gūta pārrobežu rajonos. Tādā veidā var rast risinājumus, kas piemēroti cilvēku vajadzībām dažādos reģionos. Praktisko pieredzi var izmantot vislabākās prakses paraugu veidā;
4. uzsver, ka veselības aprūpes pakalpojumi ir domāti cilvēkiem, kuri nokļuvuši grūtībās, un tāpēc tos nevar salīdzināt ar pārdodamām precēm; tāpēc uzskata, ka par tiem ir nepieciešams atsevišķs Komisijas priekšlikums un tos nevajadzētu iekļaut vispārējā Direktīvā par pakalpojumiem; tomēr vēlreiz uzsver vajadzību pēc noteikta un laikā fiksēta priekšlikuma par rīcību pacientu mobilitātes jomā, kurā būtu ņemti vērā secinājumi, ko izstrādāja Veselības pakalpojumu un medicīniskās aprūpes augsta līmeņa grupa;
5. izsaka nožēlu, ka Komisijas paziņojumā par pacientu mobilitāti nav norādīts rīcības grafiks un nav minētas nekādas saistības attiecībā uz integrētu politiku pacientu mobilitātes jomā;
6. uzskata, ka atklātā koordinācijas metode ir atbilstīga sistēma pacientu mobilitātes problēmu risināšanai, vienlaikus neizslēdzot sadarbību starp dalībvalstīm jautājumos, par kuriem atbild to veselības dienesti;
7. uzskata, ka vadlīnijās jāietver procedūras par to, kā piekļūt ārstēšanai, informācijas avoti par veselības aprūpes darbiniekiem un veselības aprūpes iestādēm, aprūpes apmaksas mehānismi, ceļošanas un lingvistiskā atbalsta iegūšanas kārtība, noteikumi par nepārtrauktu aprūpi, uzraudzību, atvēršanos un rehabilitācijas iespējas pirms vai pēc atgriešanās, sūdzības un citas saistītās procedūras, kā arī īpaša aprūpe vecāka gadagājuma cilvēkiem un pensionāriem; norāda, ka aprūpes apmaksas mehānismiem jābūt vienotiem un objektīviem, lai izvairītos no nevienlīdzības un neizdevīguma noteiktiem pacientiem;
8. uzskata, ka ir būtiski veicināt pārrobežu sadarbību, lai nodrošinātu efektīvu vai steidzamu ārstēšanu galvenokārt ārkārtas, hronisku slimību un nopietnu slimību vai alerģiju gadījumos;
9. atzinīgi vērtē Komisijas paziņojumu par “atklātās koordinācijas metodes” piemērošanas attiecināšanu arī uz veselības aprūpi un ilgtermiņa aprūpi un gaida turpmāko darbu, lai

nodrošinātu dalībvalstu sadarbības veidošanas mehānismu ar konkrētiem mērķiem un regulāriem pārskatiem;

10. aicina izstrādāt vispārēju zinātnisku pieeju, lai strukturētu atklātās koordinācijas metodes procesu vislabākajā iespējamajā veidā. Tam nepieciešama visas Eiropas datu savietojamība, kā arī centralizēts metalīmeņa indekss. Ir jāizpēta, kādā mērā var integrēt pašlaik pieejamos datus;
11. atzinīgi vērtē Veselības un patērētāju aizsardzības ģenerāldirektorāta 2005. gada darba plānu saskaņā ar sabiedrības veselības pamatprogrammu, kurā ir iekļauti eksperimentāli priekšlikumi pārrobežu sadarbībai veselības pakalpojumu jomā, lai palīdzētu attīstīt sadarbību un noteikt potenciālos ieguvumus un problēmas saistībā ar šādu sadarbību;
12. uzskata, ka nepietiekamais progress pacientu informācijas jomā ir nopietns drauds veselības aprūpes attīstībai ES un it īpaši pacientu mobilitātes nodrošināšanai; aicina Komisiju un Padomi steidzami izstrādāt sistēmu pacientu regulārai informēšanai;
13. kritizē to, ka vēl nav saskaņoti viedokļi par pacientu tiesībām un pienākumiem, kā to ieteica viedokļu apmaiņas procesa dalībnieki, un aicina Padomi un Komisiju to nekavējoties darīt; aicina dalībvalstis pieņemt pacientu likumu jeb pacientu hartu, kurā pacientiem cita starpā ir noteiktas šādas tiesības:
  - tiesības uz atbilstošu un kvalificētu medicīnisko aprūpi, ko sniedz kvalificēts medicīniskais personāls,
  - tiesības uz viegli saprotamu, kvalificētu un pienācīgu informāciju un ieteikumiem, ko sniedz ārsts,
  - tiesības pieņemt patstāvīgu lēmumu, balstoties uz pilnīgu informāciju,
  - tiesības uz ārstēšanas procesa dokumentāciju un tās pārbaudi,
  - tiesības uz konfidencialitāti un datu aizsardzību,
  - tiesības iesniegt sūdzību,
  - garantijas, ka bez iepriekšējas pacienta piekrišanas nenotiks novērošana vai medicīniski eksperimenti;
14. uzskata, ka, lai gan dalībvalstīm ir vieglāk izstrādāt skaidras valsts pacientu informācijas vadlīnijas, kas ir saskaņā ar valsts veselības aizsardzības sistēmām, tam nevajadzētu atturēt Komisiju noteikt kopējus pacientu informācijas pamatelementus, izstrādāt rokasgrāmatu par veselības pakalpojumiem, norādīt pacientu tiesības un pienākumus, kompensējamus pakalpojumus un atmaksāšanas noteikumus;
15. aicina Komisiju apsvērt, kā, ievērojot valstu noteikumus, saskaņot procedūras attiecībā uz izdevumu atlīdzību, kā noteikts ar Padomes 1971. gada 14. jūnija Regulu (EEK) Nr. 1408/71 par sociālā nodrošinājuma sistēmu piemērošanu darbiniekiem un viņu ģimenēm, kas pārvietojas Kopienā, kā arī ar Eiropas Kopienas Tiesas spriedumiem, lai

- nodrošinātu juridisko noteiktību attiecībā uz pacientu izdevumu atlīdzināšanu;
16. aicina Komisiju līdz 2007. gada 1. janvārim izstrādāt vadlīniju kopumu par galvenajiem pacientu mobilitātes jautājumiem; pēc tam dalībvalstis 12 mēnešu laikā izstrādā valsts vadlīnijas, kurām jābūt saskaņā ar Komisijas vadlīnijām;
  17. uzskata, ka pacientu mobilitātes kontekstā prioritāte jāpiešķir vadlīniju pieņemšanai par piekļuvi ārstēšanai, kas nav pieejama pacienta izcelsmes dalībvalstī, un steidzamai ārstēšanai, ko nav iespējams nekavējoties saņemt pacienta izcelsmes dalībvalstī;
  18. uzskata, ka ir būtiski visām dalībvalstīm pieņemt noteikumus par recepšu izrakstīšanu, zāļu saņemšanu un maksājumu atlīdzību pacientiem, kuri veikuši maksājumus citā dalībvalstī, lai veicinātu pacientu mobilitāti starp dalībvalstīm;
  19. mudina Komisiju noteikt termiņus datu apkopošanai un novērtēšanai par pašreizējo pacientu pārrobežu kustību un aicina Komisiju informēt par rezultātiem pēc iespējas drīzāk; vēlreiz atgādina par tādu starpvalstu nolīgumu kā *Euregio* projekti izvērtēšanas un pieredzes apmaiņas vērtību;
  20. aicina Komisiju sniegt ziņojumu par veselības tūrisma raksturu un izplatību un to, kādā mērā to pašreiz apmaksā valsts iestādes un privātais apdrošināšanas sektors vai arī tas tiek apmaksāts no personīgajiem līdzekļiem;
  21. aicina Komisiju un dalībvalstis līdz 2007. gada jūnijam sagatavot ziņojumu par pacientu mobilitātes apmēriem un iebraucēju un patstāvīgo iedzīvotāju saņemtajiem pakalpojumiem gan valsts, gan privātajā sektorā;
  22. aicina dalībvalstis laikus ziņot par skaidras un pārredzamas pārrobežu veselības aprūpes pirkšanas shēmas izveidi, kuru šogad izsludināja Veselības pakalpojumu un medicīniskās aprūpes augsta līmeņa darba grupa;
  23. noteikti atbalsta centienus uzlabot zināšanas un likumdošanu par veselības un sociālās aprūpes speciālistu kustību; atgādina Komisijai, ka Direktīvā par profesionālo kvalifikāciju savstarpēju atzīšanu jāiestrādā efektīvi mehānismi, lai atbalstītu pacientu drošības noturēšanu augstā līmenī;
  24. atzīst, ka ir uzsākts darbs, lai izveidotu to ES mēroga ārstu un citu medicīnas un veselības aprūpes darbinieku reģistru, kuru darbība uz laiku vai pavisam tiek pārtraukta nepietiekamu zināšanu vai nolaidīgas rīcības dēļ; uzskata, ka šādai informācijai jābūt pieejamai pacientiem un veselības aprūpes pircējiem; un no Komisijas pieprasa regulāras procesa virzības atskaites;
  25. uzsver potenciālo risku “smadzeņu aizplūšanai” no jaunajām dalībvalstīm uz tām, kuras piedāvā augstākas algas, rezultātā apdraudot šo dalībvalstu veselības aprūpes sistēmu kapacitāti un kvalitāti; tādēļ mudina veikt pētījumus par pacientu mobilitātes iespējamo ietekmi uz šādu aizplūšanu un ES augstākās izglītības sistēmās veikt pētījumus par veselības aprūpes darbinieku pieprasījumu un piedāvājumu nākotnē;
  26. uzsver, ka pacientu brīva pārvietošanās ir stimuls arī valstu veselības aprūpes sistēmai sasniegt iespējami augstākus standartus un, piedāvājot augstas kvalitātes pakalpojumus,

mudināt pacientus neizvēlēties ārstēšanu ārvalstīs;

27. atzinīgi vērtē centienus izveidot references centrus un to potenciālo ieguldījumu retu slimību ārstēšanā; atzīst, ka pacientiem, kuriem ir kāda reta slimība vai īpašs veselības stāvoklis, bieži vien ir lielāka vajadzība pēc šādu speciālistu aprūpes; aicina Eiropas references centrus paredzēt ne tikai retu slimību ārstēšanai, bet arī citām slimībām, kuru ārstēšanai ir pieejami īpaši koncentrēti resursi un zināšanas; uzsver, ka papildus šo slimību ārstēšanai Eiropas references centriem jādod būtisks ieguldījums otrā viedokļa sniegšanā un medicīnas speciālistu tālākizglītībā;
28. brīdina, ka references centru tīkla atbalstam būs nepieciešams papildu finansējums;
29. uzskata, ka kapacitātes kopīga izmantošana, it īpaši specializētas aprūpes veidu gadījumā, var dot būtisku ieguldījumu veselības aprūpes pakalpojumu efektivitātes paaugstināšanā;
30. atzīmē, ka Jorkas Universitātes aptaujā 87% Apvienotās Karalistes pacientu, kas ārstējas citās valstīs, apgalvoja, ka viņus motivēja garās rindas Anglijā; tomēr uzskata, ka lielākā daļa pacientu dod priekšroku un turpinās dot priekšroku ārstēties pēc iespējas tuvāk mājām;
31. atzinīgi vērtē Komisijas apņemšanos uzturēt spēkā esošos datu aizsardzības noteikumus; atzīmē to, ka ir svarīgi nodrošināt efektīvu un drošu pacientu uzskaites datu apmaiņas metodi starp dalībvalstīm;
32. atzinīgi vērtē Komisijas priekšlikumu izstrādāt “e-veselības rīcības plānu”, atzīstot, ka informācijas un komunikācijas tehnoloģijas, it īpaši internets, var palīdzēt uzlabot pieeju medicīnas pakalpojumiem, kā arī uzlabot to kvalitāti un efektivitāti, lai gan “digitālā piekļuves atšķirības” varētu palielināt nevienlīdzību; uzsver vajadzību piemērot kvalitātes kritērijus ar veselību saistītajās interneta tīmekļa vietnēs; atzīst potenciālo telemedicīnas un telepsihiatrijas nozīmi pacientu aprūpes iespēju uzlabošanā un mobilitātes vajadzības samazināšanā; jāņem vērā arī nevienlīdzība attiecībā uz vecāka gadagājuma cilvēkiem un analfabētiem;
33. mudina Komisiju pārraudzīt Eiropas Veselības apdrošināšanas kartes ieviešanu dalībvalstīs, lai pārliecinātos, ka dalībvalstis sabiedrībai nodrošina skaidru un saprotamu informāciju par kartes darbību;
34. pieprasa Komisijai apsvērt vai Eiropas Veselības apdrošināšanas kartei jābūt par pamatu vienotas pieejas veicināšanai pacientu identifikatoru jomā un jaunu funkciju attīstīšanā, kā piemēram neatliekamās medicīnas datu uzglabāšanai, saskaņā ar Seviļas Eiropadomes apstiprināto “E-Eiropas 2005” plānu;
35. aicina Komisiju, vienojoties ar visām ieinteresētajām pusēm, izstrādāt Eiropas Veselības apdrošināšanas kartes satura priekšlikumu, iekļaujot ne tikai apdrošināšanas datus, bet arī pacienta medicīniskos datus, tādējādi veicinot pacientu mobilitāti starp dalībvalstīm un arī nodrošinot atbilstīgu pieeju aprūpei un ārstēšanai, ko pieprasa viņu veselības stāvoklis;



36. pieprasa, lai Komisija apsver, kā Eiropas Veselības apdrošināšanas karti var labāk saistīt ar to pensionāru vajadzībām, kuri uz laiku ir apmetušies vai viesojas citā dalībvalstī;
37. tomēr atzīmē, ka attiecībā uz jebkurām jaunām Eiropas Veselības apdrošināšanas kartes funkcijām ir jābūt augstam datu aizsardzības līmenim un ka datiem, kas tajā tiek glabāti, kā arī apmaiņas informācijai starp kompetentajām iestādēm, ir jāatbilst pašreizējiem datu aizsardzības noteikumiem;
38. atzinīgi vērtē Veselības pakalpojumu un medicīniskās aprūpes augsta līmeņa grupas izveidošanu Komisijā, kā arī veselības darba grupas sanāksmes oficiālā līmenī Padomē; pieprasa, lai Parlaments regulāri saņemtu no Komisijas un Padomes jaunāko informāciju par šo grupu darbību; pieprasa arī, lai Parlaments ik pēc sešiem mēnešiem saņemtu ziņojumu no augsta līmeņa grupas;
39. uzskata, ka pacientu drošībai ir izšķiroša nozīme efektīvas veselības politikas izstrādāšanā Eiropas Savienībā; atzīst nepieciešamību cieši sadarboties ar Pasaules Veselības organizācijas Apvienību pacientu drošībai; stingri mudina Veselības pakalpojumu un medicīniskās aprūpes augsta līmeņa grupu izstrādāt priekšlikumus par ES Pacientu drošības tīklu pēc iespējas ātrāk 2005. gada laikā;
40. uzsver, ka citu politikas jomu plānošanā un īstenošanā jāņem vērā veselības aprūpes un pacientu drošības jautājumi; izsaka nožēlu, ka dažreiz ir radušās nesaskaņas starp iekšējā tirgus un veselības aprūpes mērķiem; uzskata, ka iedzīvotāju veselība ir Eiropas ekonomikas darbības rezultātu un konkurētspējas priekšnoteikums;
41. uzsver, ka visas sistēmas centrā ir pacients, kuram ir dabīgas intereses attiecībā uz savu veselību un veselības aprūpes kvalitāti un pieejamību, kurš saņem aprūpi un kurš par to maksā tieši vai piedaloties veselības apdrošināšanā, vai maksājot nodokļus. Tāpēc pacientiem ir tiesības būt pilnībā informētiem par viņu ārstēšanu un veselības stāvokli un tiesības piedalīties lēmumu pieņemšanā par veselības aprūpes izmantošanu;
42. uzskata, ka visā ES pacientiem, veselības aprūpes un vadības darbiniekiem jābūt pieejamam atbilstīgas informācijas tīklam; tāpēc atzinīgi vērtē ES veselības portālu, ko veido Komisija, un cer, ka portāls būs pieejams tiešsaistē 2005. gada beigās kā plānots;
43. piekrīt, ka ir nepieciešams nodrošināt iedzīvotājiem juridisku noteiktību un skaidru informāciju par viņu kā pacientu tiesībām un pienākumiem attiecībā uz piekļuvi veselības aprūpei un citās dalībvalstīs radušos izmaksu atlīdzību;
44. uzskata, ka ir būtiski izstrādāt Pacientu tiesību hartu, kurā, cita starpā, jāiekļauj mobilitātes jautājumi;
45. aicina Komisiju izstrādāt vadlīnijas, lai skaidri definētu tādas frāzes kā “bez nepamatotas kavēšanās”, “standarta prakses”, “salīdzināms maksājums”, “slimnīcas aprūpe”, “apjomīga ārpusstacionāra pacientu aprūpe”, “maza apjoma ārpusstacionāra pacientu aprūpe”; nodrošināt maksimālu atbilstību starp dalībvalstīm attiecībā uz iepriekšējās atļaujas prasībām un “medicīniski attaisnojama termiņa” interpretāciju;
46. uzsver, ka pārrobežu veselības aprūpe nedrīkst kļūt par automātisku rīcību, bet tā ir

jāizmanto tikai vajadzības vai ārstēšanas kavēšanās nepieļaujamības gadījumā; uzskata, ka dalībvalstu atbildība joprojām ir nodrošināt sabiedriskās veselības pakalpojumus, kas balstās uz universālas un neierobežotas pieejas principa, kurš padarīs plaša mēroga pacientu mobilitāti nevajadzīgu;

47. izsaka bažas par to, ka ārstniecības nosacījumi nedrīkst diskriminēt pacientus ar zemiem ienākumiem, piemēram, lai viņiem nebūtu jāsedz visas ārstniecības izmaksas pirms to atlīdzināšanas;
48. uzdod tā priekšsēdētājam nosūtīt šo rezolūciju Padomei, Komisijai un dalībvalstu valdībām un parlamentiem.

## PASKAIDROJUMS

***"La science ne connaît pas de frontière parce que la connaissance appartient à l'humanité et que c'est la flamme qui illumine le monde." Louis Pasteur 1876***

*("Science recognises no borders, because knowledge belongs to humanity, and is the torch which illuminates the world.")*

The new rights for patients conferred by the European Court of Justice in its sequence of judgements are potentially good news for patients but a substantial headache for health service budget holders and insurers. So far the pace has been set by the courts and patient pressure. If we are happy to leave it to the courts to decide policy and spending priorities, the European Union need do nothing, except to prepare to pay heavy and unpredictable bills, whenever patient probing and legal opinions are delivered.

That is no way to run a Country, much less the venture that is New Europe. Our electors like the idea of patient mobility as an option; but they want and expect it to be properly managed and they want and expect to be offered sound guidance on policy and procedures. Some Member States may prefer to think that, if they delay long enough, the issue will go away and that healthcare delivery is the exclusive preserve of Member States under the Treaties. Yet it is exactly those Treaties that have provided the ECJ with its judgements and have set in motion a process which has the potential to empower patients and enhance the health of Europe's citizens.

The answer to Member States that prefer that their citizens should use their national health and care services is to ensure that these services match the best that is available within the Union. Most patients and their families would certainly prefer to use local services; but, if the quality is poor or the delays are unacceptable, some at least will be prepared to travel, knowing that the bill will be paid by their home country.

Following the ECJ judgements there has been an urgent need to agree the procedures for patients, their doctors, advocacy and support groups and health services and insurers. That led to the setting up of the High Level Reflection Group. The subsequent Communication is welcome and of high quality in confirming the constitutional setting and reality of patient mobility rights and setting out the issues and procedures that need to be agreed. It is not absolutely clear however that it recognises the need to take these forward with a sense of urgency, if the matters are not to go back to the courts. It is also not clear why other parts of the Commission have been allowed to tinker with health services in the draft General Services Directive. It would be better from patients', professionals' and policymakers' points of view to deal separately and comprehensively with the issues of patient and professional mobility.

To come down to basics: if I am waiting for treatment of a painful, uncomfortable or life-threatening disease or disorder, I want to know my options. Where could I go; how can I be sure of the professional competence and standards of care and treatment; how do I or my family or specialist doctor know where there is capacity in hospital or clinic and in

professional diaries; what forms do I need to complete and under what circumstances will my application be agreed; what does “undue delay” mean in relation to my personal condition; what financial cover is provided for the operation, for other medical and care costs, for travel and convalescence, and for family accompanying or visiting; if the cost is too high, can I top up above the set limit and who is to set such limits; are there complications if I travel from a Euro to a non-Euro zone or vice versa; what if something goes wrong or I have a complaint – what complaints systems will there be and will there be a cross-Europe register of professionals guilty of malpractice. These are but some of the individual’s questions.

Those of budget holders will start from the question of how I am to be reimbursed for unplanned expenditure resulting from this new patients’ freedom and they and governments will want to know how they are to set local or national priorities for treatment, if these are to be unpredictably affected by impatient patients. The truth is that we are very unlikely to see more than a trickle of patients going to other Member States; that the incentive to avoid even this by raising the standards of local services is a likely and beneficial outcome; and that the concept of money following patients is not a bad one, if managed sensibly, as many governments already do in managing the transfer of patients to other health districts, to the voluntary and private sector and by bilateral agreement with hospitals in other countries to reduce waiting lists.

The urgency is real; the perceived fear of large numbers or vast costs is not – or not unless courts, rather than politicians, are allowed to determine policy.

## PROCEDŪRA

<b>Virsraksts</b>	Pacientu mobilitāte un veselības aprūpes attīstība Eiropas Savienībā	
<b>Procedūras numurs</b>	2004/2148(INI)	
<b>Atsauce uz Reglamentu</b>	45. pants	
<b>Atbildīgā komiteja</b>	ENVI	
Datums, kad paziņoja plenārsēdē	28.10.2004	
<b>Komiteja(s), kurai(ām) ir lūgts sniegt atzinumu</b>	nav	
Datums, kad paziņoja plenārsēdē		
Atzinumu(s) nav sniegusi Lēmuma pieņemšanas datums		
<b>Ciešāka sadarbība</b>	Nē	
Datums, kad paziņoja plenārsēdē		
<b>Ziņojumā iekļautais(-ie) rezolūcijas priekšlikums(-i)</b>		
<b>Referents(-e/-i/-es)</b>	<i>John Bowis</i>	
Iecelšanas datums	1.9.2004	
<b>Aizstātais(-ie) referents(-i)</b>		
<b>Izskatīšana komitejā</b>	14.3.2005	
<b>Pieņemšanas datums</b>	26.4.2005	
<b>Galīgā balsojuma rezultāti</b>	par:	47
	pret:	1
	atturas:	2
<b>Deputāti, kas bija klāt galīgajā balsojumā</b>	<i>Georgs Andrejevs, Liam Aylward, Irena Belohorská, Johannes Blokland, John Bowis, Frederika Brepoels, Hiltrud Breyer, Dorette Corbey, Chris Davies, Avril Doyle, Mojca Drčar Murko, Anne Ferreira, Karl-Heinz Florenz, Françoise Grossetete, Satu Hassi, Mary Honeyball, Marie Anne Isler Béguin, Dan Jørgensen, Christa Klafß, Eija-Riitta Korhola, Holger Kraemer, Urszula Krupa, Peter Liese, Jules Maaten, Riitta Myller, Dimitrios Papadimoulis, Frédérique Ries, Dagmar Roth-Behrendt, Guido Sacconi, Karin Scheele, Carl Schlyter, Richard Seiber, Kathy Sinnott, Jonas Sjöstedt, María Sornosa Martínez, Antonios Trakatellis, Thomas Ulmer, Anja Weisgerber, Åsa Westlund, Anders Wijkman</i>	
<b>Aizstājēji, kas bija klāt galīgajā balsojumā</b>	<i>Danutė Budreikaitė, Christofer Fjellner, Milan Gaľa, Genowefa Grabowska, Vasco Graça Moura, Erna Hennicot-Schoepges, Miroslav Mikolášik, Renate Sommer, Robert Sturdy, Phillip Whitehead</i>	
<b>Aizstājēji (178. panta 2. punkts), kas bija klāt galīgajā balsojumā</b>		
<b>Iesniegšanas datums — A6</b>	29.4.2005	A6-0129/2005