



30.10.2018

PROIECT DE RAPORT

referitor la punerea în aplicare a Directivei privind asistența medicală
transfrontalieră
(2018/2108(INI))

Comisia pentru mediu, sănătate publică și siguranță alimentară

Raportor: Ivo Belet

CUPRINS

	Pagina
EXPUNERE DE MOTIVE - REZUMATUL FAPTELOR ȘI AL CONSTATĂRILOR	3
PROPUNERE DE REZOLUȚIE A PARLAMENTULUI EUROPEAN	7
ANEXĂ: LISTA ENTITĂȚILOR SAU PERSOANELOR DE LA CARE RAPORTORUL A PRIMIT CONTRIBUȚII	14

EXPUNERE DE MOTIVE - REZUMATUL FAPTELOR ȘI AL CONSTATĂRILOR

Procedura și sursele

La 16 aprilie 2018, raportorul i-a fost încredințată sarcina de a pregăti un raport referitor la punerea în aplicare a Directivei 2011/24/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 9 martie 2011 privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere.

Prezentul raport intenționează să analizeze deficiențele actuale în ceea ce privește punerea în aplicare a directivei și să facă recomandări pentru îmbunătățirea acesteia. Prin urmare, raportorul a organizat reuniuni cu părțile interesate (a se vedea anexa).

De asemenea, raportorul a invitat părțile interesate la o audiere publică în Parlamentul European, la 17 octombrie 2018.

Originea, structura și scopul directivei

În conformitate cu articolul 168 alineatul (1) din Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene (TFUE), în definirea și punerea în aplicare a tuturor politicilor și activităților Uniunii, este necesar să se asigure un nivel ridicat de protecție a sănătății umane, iar organizarea, gestionarea, finanțarea și furnizarea asistenței medicale rămân în responsabilitatea statelor membre ale UE.

Jurisprudența din ultimii ani a recunoscut faptul că, în anumite condiții, pacienții au dreptul de a avea acces la asistență medicală în alte state membre decât al lor.

Scopul principal al directivei este de a crea un cadru și un set de drepturi ale UE pentru a asigura accesul cetățenilor UE la asistență medicală în străinătate, cu intenția de a facilita o cooperare mai strânsă într-o serie de domenii ale medicinei și asistenței medicale, cum ar fi e-sănătatea și tratamentul bolilor rare.

Drepturile prevăzute de directivă există în paralel cu beneficii similare acordate prin Regulamentul (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială. Directiva se aplică fără a aduce atingere regulamentului. În practică, asistența planificată și neplanificată pot fi adesea furnizate într-un mod mai favorabil în temeiul regulamentului. În consecință, pacienții vor alege să primească asistență medicală într-un alt stat membru mai curând în temeiul dispozițiilor regulamentului decât ale directivei, deoarece plățile în avans și cererile de rambursare ulterioare nu sunt necesare în cazul asistenței medicale neplanificate.

Urmând logica neutralității costurilor pentru sistemele naționale de sănătate generate de tratamentul transfrontalier, în temeiul directivei se acoperă costurile doar până la nivelul tratamentului în statul membru de origine, în timp ce în temeiul regulamentului se acoperă în întregime costurile suportate de pacienți.

Cu toate acestea, aspectele speciale ale asistenței medicale în străinătate s-au îmbunătățit semnificativ în urma directivei. Regulamentul acoperă doar asistența medicală furnizată de furnizorii publici sau contractați, în timp ce directiva acoperă toți furnizorii de asistență medicală din UE. În plus, directiva ar trebui să faciliteze îngrijirea planificată în străinătate, deoarece, în comparație cu asistența medicală transfrontalieră în temeiul regulamentului,

autorizarea prealabilă reprezintă mai degrabă o excepție decât o obligație în cazul asistenței medicale planificate.

Punerea în aplicare

Astfel cum se prevede în directivă, termenul de transpunere a fost 25 octombrie 2013. Din cauza punerii în aplicare întârziate sau incomplete, au fost inițiate proceduri de constatare a neîndeplinirii obligațiilor împotriva a 26 de state membre. În prezent, toate statele membre și-au notificat măsurile de transpunere completă.

A doua fază a evaluării conformității de către Comisia Europeană se află în curs de desfășurare. Principalul obiectiv al Comisiei este de a evalua dacă toate actele juridice naționale și alte măsuri sunt conforme cu directiva. În total, Comisiei i-au fost notificate peste cinci sute de măsuri naționale. În urma anchetelor din proprie inițiativă prin care se colectează informații pentru o conformitate adecvată, în prezent mai este deschisă doar o procedură de constatare a neîndeplinirii obligațiilor.

Finanțare

Finanțarea pentru asistența medicală transfrontalieră provine în principal din al doilea (2008-2013) și al treilea (2014-2020) program de sănătate, care prevăd un total de aproximativ 64 de milioane EUR pe an pentru aspecte legate de sănătate. Comisia propune ca finanțarea să continue în cadrul Fondului social european Plus (FSE +), care va avea printre obiectivele sale operaționale sprijinirea punerii în aplicare a legislației Uniunii în domeniul asistenței medicale transfrontaliere.

Pe lângă acestea, programele-cadru de cercetare anterioare (PC7 & PCI) și actuale (Orizont 2020), Fondul european de dezvoltare regională, Fondul de coeziune și Fondul InvestEU oferă, de asemenea, mijloace pentru proiecte transfrontaliere în domeniul asistenței medicale și al e-sănătății.

Mobilitatea pacienților

Mobilitatea transfrontalieră a pacienților reprezintă o chestiune de politică importantă. Deși în prezent nivelurile de mobilitate a pacienților sunt încă relativ scăzute, pentru anumite grupuri de pacienți, din cauza bolilor rare sau dată fiind apropierea geografică de serviciile de asistență medicală, asistența medicală transfrontalieră este cea mai adecvată și accesibilă formă de asistență medicală. Mobilitatea transfrontalieră a pacienților aduce cu sine anumite probleme, cum ar fi continuitatea asistenței medicale și schimbul de informații între profesioniștii din domeniul sănătății de o parte și de alta a unei frontiere. Pe lângă aceasta, există, de asemenea, bariere logistice și administrative, care pot afecta neintenționat în mod negativ asistența medicală transfrontalieră acordată pacienților.

Cele mai mari fluxuri de pacienți care călătoresc în scopul de a beneficia de asistență medicală după primirea unei autorizații prealabile se înregistrează dinspre Franța înspre Spania. Când nu era necesară o autorizație, cel mai mare flux a fost dinspre Franța înspre Germania. Analizând direcția fluxului de pacienți, o tendință semnificativă care se desprinde clar este aceea că cea mai mare parte a mobilității are loc peste frontiere comune. Cu toate acestea, există o excepție

semnificativă, și anume numărul de pacienți care călătoresc din Norvegia în Spania.

Comisia a identificat patru domenii, care au cel mai mare potențial de a acționa ca bariere pentru pacienți, dacă nu sunt remediate: sistemele de rambursare, utilizarea autorizării prealabile, cerințele administrative și facturarea pacienților la internare.

Deși statele membre au obligația, în temeiul articolului 7 din directivă, să notifice Comisiei orice decizie de a introduce restricții, iar unele state membre au transpus măsuri care ar putea fi considerate drept limitări, Comisia nu a primit nicio notificare specifică din partea statelor membre.

Informații care trebuie furnizate pacienților: Punctele naționale de contact

Directiva are un mare potențial de a îmbunătăți și de a facilita accesul pacienților la asistența medicală transfrontalieră și, cel mai important, de a asigura cea mai bună calitate a asistenței medicale pentru toți pacienții. Cu toate acestea, pentru ca directiva să aibă succes, este esențial ca pacienții, cadrele medicale și alte părți interesate să fie bine informate cu privire la directivă în toate aspectele sale. Din păcate, acest lucru nu se întâmplă în prezent.

Sondajul Eurobarometru din mai 2015 arată că mai puțin de 20 % dintre cetățeni se consideră bine informați cu privire la drepturile lor de asistență medicală transfrontalieră.

Astfel cum se prevede la articolul 6 din directivă, fiecare stat membru are cel puțin un punct național de contact (PNC) pentru a furniza pacienților și cadrelor medicale informații privind drepturile lor în ceea ce privește un serviciu sau un produs de asistență medicală transfrontalieră.

În cadrul celor 29 de puncte naționale de contact din Europa, Norvegia și alte țări din SEE care furnizează date, în 2017 au fost adresate 74 589 de cereri de informații, însă majoritatea statelor membre au primit mai puțin de 1 000 de cereri. Numărul cererilor de informații diferă foarte mult între diferitele PNC. În general, pacienții nu au cunoștință de existența punctului lor național de contact. O campanie de informare extinsă și de durată privind PNC și drepturile pacienților ceea ce privește asistența medicală transfrontalieră este vitală.

Aceasta arată că, în general, pe site-urile de internet ale PNC nu există informații detaliate cu privire la drepturile pacienților. Sunt destul de puține informații cu privire la ce trebuie făcut în cazul unei întârzieri nejustificate, puține informații privind procedurile de depunere a plângerilor și de soluționare a litigiilor, la fel și informațiile referitoare la durata procesului de rambursare sau la cererile de autorizare prealabilă.

Rețelele europene de referință

În conformitate cu articolul 12 din directivă, Comisia Europeană sprijină statele membre în dezvoltarea rețelelor europene de referință (RER) între furnizorii de asistență medicală și centrele de expertiză din statele membre.

La 1 martie 2017, primele 24 de rețele europene de referință și-au început oficial activitatea, pe baza cadrului oferit de Comisia Europeană și sub autoritatea furnizorilor de asistență medicală implicați și a autorităților naționale din domeniul sănătății. Scopul rețelelor este de a aborda problematica bolilor complexe sau rare, care necesită tratament și cunoștințe specializate. În

total, RER reunesc peste 900 de unități medicale foarte specializate localizate în peste 300 de spitale din UE, Norvegia și țările SEE.

Având în vedere că în UE există 5 800 de boli rare recunoscute, care afectează aproximativ 6-8 % dintre toți cetățenii europeni, doar un mic număr de pacienți sunt afectați de fiecare boală rară. Dată fiind și lipsa de cunoștințe și de expertiză relevantă, cooperarea la nivelul UE are un potențial ridicat de a genera valoare adăugată.

e-Sănătatea

Obiectivul e-sănătății este de a genera beneficii economice și sociale durabile aduse de sisteme, servicii și aplicații interoperabile europene de e-sănătate, pentru atinge un nivel ridicat de încredere și securitate, a pentru a îmbunătăți continuitatea îngrijirii medicale și pentru a asigura acces la servicii de sănătate sigure și de înaltă calitate.

Maximizarea potențialului e-sănătății în UE le permite profesioniștilor din domeniul sănătății să facă schimb la nivel transfrontalier de fișe și de date privind pacienții. Transferabilitatea datelor va facilita asistența medicală transfrontalieră reducând barierele, dar este, de asemenea, esențială pentru continuarea cercetării, în special în domeniul bolilor rare.

Cooperarea transfrontalieră regională

Regiunile transfrontaliere reprezintă 40 % din teritoriul UE și peste 1 din 3 de europeni locuiesc într-o regiune de frontieră. În total, în Europa există 37 de zone urbane transfrontaliere.

Inițiativele transfrontaliere în materie de asistență medicală în regiunile de frontieră și-au dovedit utilitatea de-a lungul anilor. Similitudinea de factori precum contextul geografic, obiceiurile, cultura, limba și constelația politică și administrativă are un impact major asupra sustenabilității cooperării.

Brexitul

Conform estimărilor, 1 000 de cetățeni britanici sunt rambursați pentru tratamente în conformitate cu directiva în fiecare an. Franța, Polonia și Letonia se numără printre cele mai populare destinații de tratament. Pe lângă numărul de mai sus, Regatul Unit tratează circa 1 500 de pacienți din UE în temeiul directivei. Deoarece nu toate statele membre sunt în măsură să prezinte Comisiei date relevante privind mobilitatea pacienților, în practică mobilitatea către Regatul Unit este puțin mai mare decât se estimase. În plus, aproximativ 40 de spitale din cadrul *National Health Service* (serviciul național de sănătate) din Regatul Unit sunt implicate în rețelele europene de referință care au fost create în temeiul directivei.

PROPUNERE DE REZOLUȚIE A PARLAMENTULUI EUROPEAN

referitoare la punerea în aplicare a Directivei privind asistența medicală transfrontalieră (2018/2108(INI))

Parlamentul European,

- având în vedere Directiva 2011/24/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 9 martie 2011 privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere¹,
- având în vedere Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene, în special articolele 114 și 168,
- având în vedere Regulamentul (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială²,
- având în vedere concluziile Consiliului din 6 iunie 2011 privind trecerea la sisteme de sănătate moderne, reactive și sustenabile³,
- având în vedere programele de sănătate multianuale pentru perioadele 2003-2008⁴, 2008-2013⁵ și, respectiv, 2014-2020⁶,
- având în vedere rapoartele Comisiei din 4 septembrie 2015 și 21 septembrie 2018 privind funcționarea Directivei privind asistența medicală transfrontalieră (COM(2015)0421, COM(2018)0651),
- având în vedere raportul Comisiei din 18 iulie 2018 privind datele din statele membre referitoare la asistența medicală transfrontalieră a pacienților în anul 2016⁷,
- având în vedere Decizia de punere în aplicare 2011/890/UE din 22 decembrie 2011 de stabilire a normelor pentru înființarea, gestionarea și funcționarea rețelei de autorități naționale responsabile cu e-sănătatea⁸,
- având în vedere Comunicarea Comisiei din 6 mai 2015 intitulată „O strategie privind piața unică digitală pentru Europa” (COM(2015)0192),
- având în vedere Planul de acțiune privind e-sănătatea 2012-2020, în special

¹ JO L 88, 4.4.2011, p. 45.

² JO L 166, 30.4.2004, p. 1.

³ JO C 202, 8.7.2011, p. 10.

⁴ Decizia nr. 1786/2002/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 23 septembrie 2002 de adoptare a unui program de acțiune comunitară în domeniul sănătății publice (2003-2008) (JO L 271, 9.10.2002, p. 1).

⁵ Decizia nr. 1350/2007/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 23 octombrie 2007 de instituire a unui al Doilea program de acțiune comunitară în domeniul sănătății (2008-2013) (JO L 301, 20.11.2007, p. 3).

⁶ Regulamentul (UE) nr. 282/2014 al Parlamentului European și al Consiliului din 11 martie 2014 privind instituirea celui de al treilea program de acțiune a Uniunii în domeniul sănătății (2014-2020) și de abrogare a Deciziei nr. 1350/2007/CE (JO L 86, 21.3.2014, p. 1).

⁷ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2016_msdata_en.pdf

⁸ JO L 344, 28.12.2011, p. 48.

dimensiunea transfrontalieră explicită (COM(2012)0736),

- având în vedere evaluarea la jumătatea perioadei realizată de către Comisie a Planului de acțiune privind e-sănătatea 2012-2020 (COM(2017)0586),
 - având în vedere Comunicarea Comisiei din 11 noiembrie 2008 privind bolile rare (COM(2008)0679) și Recomandarea Consiliului din 8 iunie 2009 privind o acțiune în domeniul bolilor rare¹,
 - având în vedere raportul Comisiei din 5 septembrie 2014 privind punerea în aplicare a Comunicării privind bolile rare (COM(2014)0548),
 - având în vedere documentul de referință din mai 2018 al Curții de Conturi privind asistența medicală transfrontalieră în UE²,
 - având în vedere Comunicarea Comisiei din 20 septembrie 2017 intitulată „Stimularea creșterii economice și a coeziunii în regiunile frontaliere ale UE” (COM(2017)0534),
 - având în vedere Proclamația interinstituțională privind Pilonul european al drepturilor sociale³,
 - având în vedere articolul 52 din Regulamentul său de procedură, precum și articolul 1 alineatul (1) litera (e) și anexa 3 la decizia Conferinței președinților din 12 decembrie 2002 privind procedura de autorizare a rapoartelor din proprie inițiativă,
 - având în vedere raportul Comisiei pentru mediu, sănătate publică și siguranță alimentară și avizul Comisiei pentru piața internă și protecția consumatorilor (A8-0000/2018),
- A. întrucât sistemele de sănătate din UE sunt esențiale pentru a asigura un nivel ridicat de protecție socială, de coeziune socială și de justiție socială;
- B. întrucât Directiva 2011/24/UE respectă libertatea fiecărui stat membru de a lua decizii adecvate în materie de asistență medicală și nu interferează și nu subminează opțiunile etice fundamentale ale statelor membre;
- C. întrucât sistemele de sănătate din UE se confruntă cu provocări din cauza îmbătrânirii populației și a constrângerilor bugetare;
- D. întrucât asistența medicală de care cetățenii au nevoie uneori poate fi furnizată cel mai bine într-un alt stat membru, grație proximității, naturii specializate a îngrijirilor medicale sau lipsei de capacitate în propriul lor stat membru;
- E. întrucât sectorul sănătății este o parte vitală a economiei UE, reprezentând 10 % din PIB-ul său, cifră care ar putea crește la 12,6 % până în 2060;
- F. întrucât directiva prevede un temei juridic clar pentru cooperarea și colaborarea europeană în ceea ce privește evaluarea tehnologiilor medicale (HTA), e-sănătatea,

¹ JO C 151, 3.7.2009, p. 7.

² https://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/BP_CBH/BP_Cross-border_healthcare_EN.pdf

³ JO C 428, 13.12.2017, p. 10.

bolile rare și standardele de siguranță și de calitate ale serviciilor și produselor de asistență medicală;

- G. întrucât numărul pacienților care beneficiază de dreptul lor la asistență medicală transfrontalieră, astfel cum este prevăzut în directivă, este în creștere, deși foarte lentă;
- H. întrucât mobilitatea pacienților în UE rămâne relativ scăzută și nu a avut un impact bugetar semnificativ asupra sustenabilității sistemelor naționale de sănătate;
- I. întrucât statele membre sunt responsabile pentru furnizarea accesului la asistență medicală de care au nevoie oamenii și pentru asigurarea rambursării costurilor relevante; întrucât serviciile naționale de sănătate ale statelor membre sunt responsabile cu stabilirea criteriilor care permit cetățenilor să beneficieze de asistență medicală într-un alt stat membru;
- J. întrucât rolul punctelor naționale de contact (PNC) este de a se asigura că pacienții primesc informațiile corecte pentru a lua o decizie în cunoștință de cauză;
- K. întrucât eficiența și raza de acțiune a PNC depind de sprijinul pe care îl primesc atât de la UE, cât și de la statele membre;
- L. întrucât există diferențe mari între diferitele PNC în ceea ce privește funcționarea, vizibilitatea și alocarea resurselor;
- M. întrucât directiva va fi eficientă numai dacă pacienții, cadrele medicale și alte părți interesate vor fi bine informate cu privire la aceasta;
- N. întrucât pacienții și cadrele medicale se confruntă în continuare cu un deficit important de informații în ceea ce privește drepturile pacienților în temeiul directivei;
- O. întrucât există o marjă considerabilă de îmbunătățire a procedurilor de rambursare în mai multe state membre;
- P. întrucât în șase state membre și în Norvegia nu există în prezent niciun fel de sisteme de autorizare prealabilă, oferindu-le pacienților libertatea de a alege și reducând sarcinile administrative;
- Q. întrucât există o serie de acorduri bilaterale între state și regiuni învecinate, care ar putea servi ca bază pentru cele mai bune practici de a dezvolta în continuare asistența medicală transfrontalieră la nivelul UE;

Punerea în aplicare

1. salută acțiunile întreprinse de Comisie pentru a evalua dacă statele membre au transpus directiva în mod corect;
2. invită Comisia să realizeze rapoartele sale triennale referitoare la modul de funcționare a directivei și să le prezinte ulterior Parlamentului și Consiliului;
3. reamintește statelor membre angajamentul lor de a furniza Comisiei asistență și toate informațiile necesare de care dispun, în scopul efectuării evaluării și pregătirii

rapoartelor menționate anterior;

4. subliniază că statele membre ar trebui să transpună directiva în mod corect pentru a asigura cel mai înalt nivel de calitate și pentru a asigura o asistență medicală transfrontalieră ușor accesibilă pacienților;

Finanțare

5. își exprimă profunda îngrijorare cu privire la reducerea propusă a finanțării programului în domeniul sănătății; își reiterează apelul pentru ca programul în domeniul sănătății să fie reinstabilit ca program autonom solid și cu o finanțare sporită în următorul cadru financiar multianual (CFM) 2021-2027, pentru a se implementa obiectivele de dezvoltare durabilă (ODD) în materie de sănătate publică, sisteme de sănătate și probleme de mediu, pentru a asigura o politică de sănătate ambițioasă, cu accent pe problemele la nivel transfrontalier, marcată în special de o intensificare considerabilă a eforturilor comune ale UE în lupta împotriva cancerului, în prevenirea bolilor cronice și a bolilor rare, în combaterea rezistenței antimicrobiene și în facilitarea accesului la asistența medicală transfrontalieră;

Mobilitatea pacienților

6. constată că există trei motive pentru mobilitatea redusă a pacienților: (i) unele state membre au pus în aplicare directiva destul de târziu; (ii) informarea cetățenilor cu privire la drepturile lor generale la rambursare este extrem de scăzută și (iii) statele membre au transpus directiva în moduri care ar putea fi interpretate ca limitând asistența medicală transfrontalieră;
7. solicită Comisiei să continue dialogurile structurate cu statele membre, oferind o mai mare claritate în ceea ce privește cerințele de autorizare prealabilă;
8. reamintește statelor membre că orice limitare privind aplicarea normelor de rambursare a asistenței medicale transfrontaliere ar trebui să fie necesară și proporțională și nu ar trebui să dea naștere la discriminări arbitrare sau la obstacole nejustificate în calea liberei circulații a pacienților și a serviciilor;
9. îndeamnă statele membre să notifice Comisia cu privire la orice decizie de a introduce restricții în ceea ce privește rambursarea costurilor în temeiul articolului 7 alineatul (9) din directivă;
10. regretă faptul că unele state membre acordă niveluri mai scăzute de rambursare pentru asistența medicală transfrontalieră furnizată de furnizori de servicii medicale privați sau necontractați de pe teritoriul lor decât pentru asistența medicală acordată de furnizorii de servicii medicale publici sau contractați;
11. solicită Comisiei și statelor membre să colaboreze pentru a evalua, a realinia și a simplifica în mod semnificativ procedurile de rambursare pentru pacienții care primesc asistență medicală transfrontalieră și pentru a instala un ghișeu unic;
12. invită Comisia să se asigure că normele privind rambursarea în temeiul articolului 7 alineatul (1) și al articolului 4 alineatul (1) se aplică, de asemenea, serviciilor de

sănătate furnizate la distanță (telemedicină);

Regiunile de frontieră

13. încurajează statele membre și regiunile de frontieră să aprofundeze cooperarea în domeniul asistenței medicale transfrontaliere, într-un mod eficient și sustenabil din punct de vedere financiar, pentru a asigura cea mai bună asistență posibilă pentru pacienți; solicită Comisiei să sprijine și să stimuleze schimbul structural de bune practici între regiunile de frontieră;
14. salută propunerea Comisiei de a consolida coeziunea dintre regiunile de frontieră prin abordarea unora dintre obstacolele juridice și administrative cu care se confruntă și prin crearea unui mecanism transfrontalier al UE;

Informațiile pentru pacienți

15. invită Comisia și statele membre să investească în continuare în dezvoltarea unor PNC foarte accesibile și clar vizibile, care să ofere pacienților și cadrelor medicale informații ușor de utilizat;
16. recomandă Comisiei să elaboreze orientări privind funcționarea PNC și să faciliteze și să îmbunătățească în continuare schimbul structural de informații și de practici între acestea;
17. invită statele membre să asigure fonduri suficiente pentru punctele lor naționale de contact, pentru a fi în măsură să elaboreze informații cuprinzătoare și solicită Comisiei să intensifice cooperarea dintre PNC din întreaga Uniune;
18. solicită Comisiei să clarifice, în interesul experților naționali și prin intermediul campaniilor de informare, complexitatea situației juridice actuale care rezultă din interacțiunea dintre directivă și regulamentele aplicabile în domeniul coordonării securității sociale;
19. solicită Comisiei să organizeze, în colaborare cu autoritățile naționale competente, PNC, organizațiile de pacienți și rețelele de cadre medicale, campanii de informare menite să promoveze informarea structurată cu privire la drepturile pacienților în temeiul directivei;

Bolile rare și rețelele europene de referință (RER)

20. subliniază importanța cooperării la nivelul UE pentru a asigura punerea în comun eficientă a cunoștințelor și a resurselor în vederea abordării eficiente a domeniului reprezentat de bolile rare în întreaga UE;
21. încurajează acțiunile deja întreprinse în vederea creșterii gradului de informare și de înțelegere a bolilor rare la nivel public și a creșterii finanțării pentru C&D;
22. propune Comisiei să lanseze un nou apel pentru dezvoltarea de noi rețele europene de referință și să sprijine în continuare dezvoltarea și extinderea modelului rețelelor europene de referință;

23. regretă incertitudinea cu privire la principiile de funcționare ale RER și la interacțiunea acestora cu sistemele naționale de sănătate și cu alte programe ale UE; solicită, prin urmare, Comisiei să sprijine statele membre și RER în stabilirea de norme clare și transparente pentru trimiterea pacienților și să ajungă la un acord cu privire la forma sprijinului pe care statele membre trebuie să îl acorde RER;
24. îndeamnă Comisia să pună în aplicare un plan de acțiune pentru dezvoltarea și finanțarea în continuare a RER, prin intermediul Programului comun european privind bolile rare;

Recunoașterea reciprocă a rețetelor medicale (electronice)

25. regretă dificultățile cu care se confruntă pacienții în asigurarea accesului la medicamente în alte state membre și a obținerea rambursării acestora, din cauza unor disponibilități și unor norme diferite în UE;
26. propune ca rețetele emise de centre de expertiză legate de RER să fie acceptate spre rambursare în toate statele membre; solicită Comisiei să adopte o inițiativă legislativă în acest sens;
27. salută sprijinul din partea Mecanismului pentru interconectarea Europei (MIE), ca parte a eforturilor de asigurare a faptului că actualele proiecte-pilot privind schimbul de rețete electronice și de dosare ale pacienților sunt dezvoltate cu succes și pregătesc terenul pentru exemplul pe care alte state membre să îl urmeze până în 2020;

e-Sănătatea

28. remarcă faptul că e-sănătatea poate contribui la asigurarea faptului că sistemele de sănătate sunt sustenabile și că pot reprezenta o parte importantă a reacției UE la provocările actuale în materie de sănătate;
29. salută crearea infrastructurii de servicii digitale de e-sănătate la nivelul UE (eHDSI), care va promova schimbul transfrontalier de date medicale, în special rețetele electronice și fișele pacienților;
30. îndeamnă statele membre să ia rapid măsuri pentru a conecta sistemele lor de sănătate la eHDSI printr-un punct de contact național dedicat pentru e-sănătate și solicită Comisiei să faciliteze acest proces;

Brexitul

31. solicită Comisiei să negocieze un acord solid cu Regatul Unit după Brexit cu privire la sănătate, acordând o atenție deosebită drepturilor transfrontaliere ale pacienților și funcționării rețelelor europene de referință;

o

o o

32. invită statele membre să pună în aplicare în mod corespunzător și în deplină cooperare cu Comisia toate dispozițiile din directivă;

33. încredințează Președintelui sarcina de a transmite prezenta rezoluție Consiliului și Comisiei.

**ANEXĂ: LISTA ENTITĂȚILOR SAU PERSOANELOR DE LA CARE
RAPORTORUL A PRIMIT CONTRIBUȚII**

Următoarea listă este întocmită în mod absolut voluntar, sub responsabilitatea exclusivă a raportorului. Raportorul a primit contribuții de la următoarele entități sau persoane în pregătirea raportului, până la adoptarea acestuia în comisie:

Entitatea și/sau persoana
BEUC:
Jelena Malinina
Francesca Cattarin
Forumul European al Pacienților
Kaisa Immonen
Kostas Aligiannis
Christelijke Mutualiteit:
Michael Callens
Bernard Debbaut
Agnès Chapelle
Asociația Internațională a Societăților de Ajutor Reciproc
Corinna Hartrampf
Departamentul de eSănătate al Ministerului Sănătății din Țările de Jos:
Marcel Floor
Federația Europeană a Spitalelor și a Serviciilor Medicale:
Pascal Garel
Curtea de Conturi Europeană:
Janusz Wojciechowski
Kinga Wisniewska-Danek
Nicholas Edwards
Colm Friel
Joanna Kokot
Comisia Europeană, DG SANTE:
Thea Emmerling
Balasz Lengyel
Brian Kilgallen
Antti Maunu
Corina Vasilescu
Andrzej Jan Rys
Marie-Sophie Wenzel
Lim Roger