

Soins de santé et soins pour les personnes âgées

Résolution du Parlement européen sur la communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social européen et au Comité des régions "Proposition de rapport conjoint - Soins de santé et soins pour les personnes âgées: soutenir les stratégies nationales visant un degré élevé de protection sociale" (COM(2002) 774 – C5-0408/2003 - 2003/2134(INI))

Le Parlement européen,

- vu la communication de la Commission (COM(2002) 774 - C5-0408/2003),
- vu le rapport conjoint de la Commission et du Conseil intitulé "Soutenir les stratégies nationales pour l'avenir des soins de santé et des soins aux personnes âgées", qui a été approuvé tant par le Conseil "Emploi, politique sociale, santé et consommateurs" que par le Conseil "Affaires économiques et financières" lors des réunions des 6 et 7 mars 2003,
- vu les conclusions du Conseil européen qui s'est tenu les 20 et 21 mars 2003 à Bruxelles ainsi que les conclusions relatives aux soins de santé et aux soins de longue durée qui avaient été adoptées antérieurement par les Conseils européens de Lisbonne, de Göteborg et de Barcelone,
- vu sa résolution du 15 janvier 2003 sur la communication de la Commission intitulée "L'avenir des soins de santé et des soins pour les personnes âgées: garantir l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière"¹,
- vu sa résolution du 16 février 2000 sur la communication de la Commission intitulée "Une stratégie concertée pour moderniser la protection sociale"²,
- vu la recommandation 92/442/CEE du Conseil du 27 juillet 1992 relative à la convergence des objectifs et politiques de protection sociale³,
- vu sa résolution du 15 décembre 2000 sur la communication de la Commission intitulée "Vers une Europe pour tous les âges – Promouvoir la prospérité et la solidarité entre les générations"⁴,
- vu la communication de la Commission au Conseil et au Parlement européen intitulée "La réponse de l'Europe au vieillissement de la population mondiale – Promouvoir le progrès économique et social dans un monde vieillissant – Contribution de la Commission européenne à la Deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement" (COM(2002) 143),
- vu sa résolution du 9 mars 1999 sur la communication de la Commission intitulée "L'état de

¹ JO C 38 E du 12.2.2004, p. 269.

² JO C 339 du 29.11.2000, p. 154.

³ JO L 245 du 26.8.1992, p. 49.

⁴ JO C 232 du 17.8.2001, p. 381.

santé des femmes dans la Communauté européenne"¹,

- vu sa résolution du 16 novembre 2000 sur l'assurance maladie complémentaire²,
 - vu les conclusions du Conseil "Santé" du 19 juillet 2002 sur la mobilité des patients³ et le rapport du processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne, du 8 décembre 2003,
 - vu la communication de la Commission intitulée "Renforcement de la dimension sociale de la stratégie de Lisbonne: rationalisation de la coordination ouverte dans le domaine de la protection sociale" (COM(2003) 261),
 - vu le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté⁴ et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972⁵, fixant les modalités d'application du règlement précité, qui sont en cours de révision
 - vu la décision n° 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008)⁶,
 - vu la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, l'article 5 de la déclaration universelle des droits de l'homme, l'article 7 du pacte international relatif aux droits civils et politiques et la convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants,
 - vu l'article 47, paragraphe 2, et l'article 163 de son règlement,
 - vu le rapport de la commission de l'emploi et des affaires sociales et l'avis de la commission des droits de la femme et de l'égalité des chances (A5-0098/2004),
- A. considérant que les systèmes de santé dans l'Union sont fondés sur les principes de solidarité, d'équité et d'universalité afin que toute personne malade ou nécessitant des soins soit assurée de recevoir des soins appropriés et de qualité, indépendamment de ses revenus, de sa richesse et de son âge,
- B. considérant que la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne reconnaît le droit des personnes âgées à mener une vie digne et indépendante et à participer à la vie sociale, culturelle et professionnelle ainsi que le droit de toute personne à avoir accès aux soins de santé et aux soins médicaux,
- C. considérant que la prévention est un élément central de toute politique sanitaire à long terme

¹ JO C 175 du 21.6.1999, p. 68.

² JO C 223 du 8.8.2001, p. 339.

³ JO C 183 du 1.8.2002, p. 1.

⁴ JO L 149 du 5.7.1971, p. 2. Règlement modifié et mis à jour par le règlement (CE) n° 118/97 (JO L 28 du 30.1.1997, p. 1).

⁵ JO L 74 du 27.3.1972, p. 1.

⁶ JO L 271 du 9.10.2002, p. 1.

et que des mesures systématiques de prévention augmentent l'espérance de vie, réduisent les différences sociales en ce qui concerne les délais d'attente pour l'accès aux soins, empêchent la propagation de pathologies chroniques, ce qui permet d'économiser des frais de traitement,

- D. considérant que les systèmes de santé dans l'Union se trouvent aux prises avec les mêmes difficultés en raison des progrès médicaux et techniques, de l'expansion démographique et de la demande croissante de services de soins de santé et de médicaments,
- E. considérant que la stratégie de la Communauté européenne et le programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008) présentent une approche intégrée des politiques et des soins de santé, fondée notamment sur la promotion de la santé et la prévention primaire, la prévention des causes de danger pour la santé, l'inclusion d'un niveau élevé de protection de la santé dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques sectorielles et la lutte contre les inégalités sociales en tant que source de problèmes en matière de santé,
- F. considérant que, même si l'organisation et le financement des systèmes de santé restent du ressort des États membres, il faut renforcer d'urgence la coopération dans le domaine des soins de santé et des soins de longue durée afin d'appuyer efficacement, grâce à des échanges structurés d'informations, d'expérience et des meilleures pratiques, les efforts entrepris par les États membres,
- G. considérant, comme il ressort aussi clairement de la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes, que l'on assistera sans nul doute à une augmentation de la mobilité des patients et des prestations sanitaires transfrontalières et que cette évolution, associée au renforcement du marché intérieur, aura des répercussions de plus en plus importantes sur les systèmes de santé nationaux, lesquelles ne doivent pas mettre en danger les principes et les objectifs de ces derniers,
- H. considérant que la Cour de justice des Communautés européennes a, à plusieurs reprises, reconnu le droit des patients de bénéficier d'un remboursement, tout en opérant une distinction entre soins hospitaliers et soins non hospitaliers, dans le cas de soins médicaux dispensés dans un autre État membre et a ainsi encouragé l'exercice de ce droit à des conditions de nature, notamment, à garantir l'équilibre financier et la sécurité sociale, sans jamais perdre de vue l'objectif d'un degré élevé de protection de la santé¹,
- I. considérant que la promotion d'un haut niveau de protection sociale est un objectif constant de l'Union et qu'une meilleure coopération dans le domaine des soins de santé et des soins

¹ Arrêt Müller-Fauré et van Riet de la Cour dans l'affaire C-385/99, du 13 mai 2003, Recueil 2003 p. I-4509, relatif à la question de l'autorisation d'un remboursement dans le cas de soins dispensés dans un autre État membre. Cet arrêt fait suite à une série d'autres arrêts rendus par la Cour sur le même sujet depuis 1998 (voir ci-dessous). Il convient de rappeler que la Cour s'est récemment prononcée à cet égard dans l'affaire Inizan.

Arrêt Kohll, affaire C-158/96, du 28 avril 1998, Recueil 1998 p. I-1931, arrêt Decker, affaire C-120/95, du 28 avril 1998, Recueil 1998 p. I-1831; arrêt Smits et Peerbooms, affaire C-157/99, du 12 juillet 2001, Recueil 2001 p. I-5473; arrêt Vanbraekel, affaire C-368/98, du 12 juillet 2001, Recueil 2001 p. I-5363 et arrêt Inizan/Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine, affaire C-56/01, du 23 octobre 2003 (non encore publié). C'est à la lumière de l'ensemble de cette jurisprudence qu'il faut considérer les questions posées à la Commission.

de longue durée contribue à une modernisation durable du modèle social européen et à une cohésion sociale renforcée,

- J. considérant que les soins de santé et les soins de longue durée sont des services d'intérêt général qui doivent accorder la priorité au principe de solidarité,
- K. considérant que, en raison du vieillissement de la population, le nombre des personnes âgées augmentera considérablement, d'où il résultera une nette augmentation des maladies chroniques telles que la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence qui ne sont pas nécessairement très exigeantes en termes d'interventions médicales mais qui nécessitent des soins de longue durée, et que les soins palliatifs vont donc gagner en importance à l'avenir,
- L. considérant que les soins de longue durée constituent un risque social majeur pour les personnes dépendantes et leurs proches et que, dans de nombreux États membres, les mécanismes de protection sociale destinés à couvrir ce risque sont encore relativement nouveaux ou ne sont qu'en cours de mise en place,
- M. considérant que les soins à domicile dispensés par un service mobile de soins professionnels, un membre de la famille ou une autre personne présentent l'avantage de permettre à la personne qui nécessite des soins d'être assistée par un familier et de rester dans son environnement habituel et que cette forme de soins de longue durée est relativement avantageuse d'un point de vue financier, mais qu'il faut garantir une formation adéquate et une aide appropriée d'ordre social, financier et psychologique à la famille ou aux voisins qui dispensent ces soins, ainsi qu'un système permettant de les remplacer dans leur tâche, parallèlement à l'offre de services mobiles de soins,
- N. considérant que les femmes qui travaillent doivent souvent faire face à une double charge dès lors que, outre leur activité professionnelle, il leur faut soigner et assister leurs proches et que soigner et assister les intéressés ne vont pas sans une charge de nature physique et psychique,
- O. considérant que, selon une étude remontant à l'année 2000, les femmes représentent 63% de la tranche d'âge 75-84 ans et 72% de la tranche d'âge supérieure à 85 ans, ce qui signifie qu'à terme, les problèmes des soins de santé et des soins de longue durée concerneront tout particulièrement les femmes, à la fois comme prestataires et comme destinataires des soins,
- P. considérant que, du fait des changements intervenant dans la structure des ménages, les soins dispensés au sein du cercle familial sont une option qui risque de régresser à l'avenir,
- Q. considérant que l'offre de services professionnels de soins prend plus d'importance, étant donné que les personnes nécessitant des soins auront à l'avenir moins de proches parents et que, dans bien des cas, ceux-ci vivront loin d'eux ou seront encore en activité,
- R. considérant que le secteur socio-sanitaire et de soins est un des plus gros employeurs et est en forte croissance dans l'Union européenne,
- S. considérant que l'utilisation de lits-cages dans les établissements psychiatriques et les structures sociales de soins est reconnue comme étant une pratique qui va directement à l'encontre des normes internationales relatives à la prise en charge des personnes souffrant de problèmes de santé mentale et/ou de handicaps intellectuels,

- T. considérant que le problème risque de se poser en des termes plus aigus dans les zones rurales et de montagne, plus nombreuses étant les personnes âgées qui choisissent d'y vivre,
1. se félicite de la coopération qui a été amorcée entre les États membres en matière de soins de santé et de soins de longue durée; réaffirme son adhésion aux trois objectifs fondamentaux que sont l'accès pour tous, indépendamment des revenus et de la richesse, un niveau élevé de qualité des soins et la viabilité financière;
 2. demande à la Commission et aux États membres de tenir davantage compte de l'importance de la prévention et de la promotion de la santé lors de la fixation d'objectifs et d'indicateurs communs;
 3. souligne que des mesures préventives générales, à caractère intersectoriel, et une amélioration de la santé et de la sécurité au travail permettraient de faire régresser considérablement les grandes maladies qui tuent (comme les cancers et les maladies cardiovasculaires) et les grandes maladies invalidantes (comme les troubles musculo-squelettiques et autres maladies professionnelles chroniques, les problèmes de santé liés, par exemple, à un régime alimentaire malsain, à la drogue, à la dégradation de l'environnement ou à la réduction de l'activité physique);
 4. souligne que, compte tenu de l'augmentation constante des grandes maladies, la prévention et la promotion de la santé doivent se voir accorder la même importance que le traitement et la réadaptation, sachant que, sans un renforcement de la prévention et de la promotion de la santé, la médecine curative ne pourra faire face aux charges croissantes liées aux soins à dispenser aux malades; estime que, pour réaliser l'objectif de viabilité financière, il convient d'explorer à fond l'énorme potentiel de réduction des coûts que recèlent les stratégies préventives au lieu de procéder simplement à des coupes dans les services de soins de santé des États membres; demande un renforcement des actions de prévention proposées pour les écoles, les entreprises et pour l'ensemble de la population, ainsi que l'introduction de programmes nationaux de prévention concernant les grandes maladies;
 5. se félicite du renforcement de la dimension sociale dans le processus de Lisbonne; estime que la création d'un cadre intégré et la rationalisation de la coordination en matière de protection sociale offrent la possibilité de mettre en relief l'importance sociale et économique que revêt, en soi, la dimension sociale de la protection sociale par rapport à la coordination des politiques économiques et de l'emploi;
 6. invite les États membres et les pays qui vont adhérer prochainement à renforcer leurs infrastructures de soins et d'assistance, publiques et privées, en utilisant toute l'offre disponible dans le pays d'origine, compte tenu notamment du fait que, même s'il y a une mobilité croissante des individus et, partant, des patients à l'intérieur de l'UE, force est de constater que de larges couches de la population de chaque État membre de l'UE peuvent seulement, pour des raisons financières, physiques et d'âge, tabler sur la disponibilité et l'efficacité des systèmes de santé nationaux;
 7. se félicite que le Conseil se soit prononcé en faveur d'une coopération renforcée, d'échanges d'informations et d'expérience et de la détection des meilleures pratiques nationales en matière de soins de santé et de soins de longue durée; demande que la Commission présente au printemps 2004 des propositions concernant la procédure à suivre ultérieurement, que le Conseil, lors du Conseil européen de juin 2004, décide en principe de l'application de la méthode ouverte de coordination et arrête un calendrier précis et que les États membres

fixent des objectifs et des indicateurs communs d'ici au Conseil européen qui aura lieu au printemps 2006; demande à la Commission, au Conseil et au comité de la protection sociale de l'informer de leurs intentions;

8. demande aux États membres et à la Commission de considérer la suppression des inégalités en ce qui concerne l'état de santé comme un objectif à long terme, ce qui suppose à la fois tant l'adoption de mesures pour remédier aux inégalités d'ordre socio-économique ou liées au sexe ou à l'âge en ce qui concerne l'état de santé que l'accès, à égalité de droits, à des soins de santé et à des soins de longue durée qui soient de qualité; invite instamment la Commission et les États membres à coordonner cette action avec les politiques de lutte contre la discrimination qu'ils ont décidé d'engager en 2000, notamment en ce qui concerne la discrimination liée à l'âge en matière d'accès à la santé;
9. souligne la nécessité d'entreprendre des projets de recherche portant sur certaines maladies et affections et d'assurer la diffusion des informations à travers l'UE; invite la Commission à intensifier les échanges d'informations sur la recherche dans le domaine de la santé;
10. souligne que la santé et les soins sont des objectifs sociaux, un service aux personnes dans le besoin, et qu'ils ne peuvent dès lors être comparés à une marchandise;
11. attire l'attention sur le fait que les États membres augmentent la quote-part des dépenses de santé à la charge du patient et pose en principe qu'un tel système doit continuer à permettre aux catégories sociales défavorisées d'accéder à des soins de santé appropriés;
12. demande aux États membres de prendre des dispositions pour éviter qu'un mauvais état de santé conduise à la paupérisation et que de faibles revenus soient un obstacle à l'accès aux soins de santé;
13. souligne qu'une répartition équilibrée des services appropriés de soins de santé et de soins de longue durée entre les zones urbaines et les zones rurales ainsi qu'entre les régions prospères et les régions pauvres est nécessaire; demande à la Commission et aux États membres de veiller à ce que les ressources des fonds structurels et d'autres instruments d'aide appropriés au niveau communautaire soient davantage mobilisés à l'avenir en faveur d'investissements dans des infrastructures de soins de santé et de soins de longue durée ainsi que pour la formation et le perfectionnement des professionnels de la santé, en particulier dans les régions de l'objectif 1;
14. constate avec préoccupation que, dans tous les États membres, il existe, fût-ce à des degrés divers, une pénurie croissante de médecins ainsi que de personnel médical et soignant qui soient bien formés; demande instamment aux États membres de prendre des mesures ciblées pour améliorer la qualité du travail, rendre ces professions plus attrayantes et remédier à la pénurie actuelle de personnel; souligne la nécessité de promouvoir la formation et le perfectionnement des bénévoles et du personnel déjà qualifié travaillant dans ce secteur; souligne dans ce contexte que les États membres actuels doivent appliquer les mêmes normes de qualité du travail, de qualification professionnelle et de rémunération lorsqu'ils recrutent du personnel médical et soignant dans les nouveaux États membres et tendre à limiter le recrutement de personnel provenant de pays tiers moins nantis afin de ne pas aggraver la situation des pays en question;
15. fait observer aux États membres que, dans la mise en œuvre de leurs politiques de protection et d'intégration sociales, ils doivent tenir compte de la même manière des

responsabilités assumées par les travailleurs qui s'occupent de personnes âgées dépendantes et par ceux qui assurent la garde d'enfants à charge;

16. s'inquiète du fait que, dans un grand nombre d'États membres, les délais d'attente pour certains soins, urgents ou non, sont excessivement longs; demande à ces États membres de prendre des mesures appropriées pour réduire les délais d'attente;
17. souligne qu'un système de santé financé sur la base de la solidarité doit se caractériser par la qualité, la diversité et la liberté de choix;
18. attire l'attention sur le risque que l'objectif de la viabilité financière soit surévalué par rapport aux coûts de l'accessibilité et de la qualité; fait valoir que les anticipations sur l'augmentation prévisible des coûts sont très complexes et dépendent largement des prémisses de départ;
19. souligne que l'amélioration de la qualité et de la transparence des soins de santé et des soins de longue durée devrait couvrir tous les éléments de la "chaîne de la politique de la santé", de la promotion de la santé aux soins et à la réadaptation, en passant par la prévention et le traitement médical;
20. met l'accent sur le fait que la viabilité financière suppose une utilisation optimale des ressources existantes; souligne que cet objectif ne peut être atteint que si la qualité des soins de santé est rendue plus transparente qu'elle l'est aujourd'hui, que si les États membres introduisent des programmes systématiques visant à améliorer la qualité et établissent des orientations reposant sur des données probantes pour ce qui est des traitements et que s'ils ne mobilisent désormais des ressources publiques que pour des produits et des techniques médicales dont l'utilité est prouvée;
21. invite la Commission à organiser un échange d'expériences sur la question de l'information et des droits des patients afin d'établir des critères communs entre les États membres et une charte européenne des droits du patient; invite les États membres à adopter une loi sur les patients ou une charte du patient, qui reconnaisse notamment au patient les droits suivants:
 - le droit de bénéficier de soins médicaux appropriés et qualifiés, dispensés par du personnel médical compétent,
 - le droit d'obtenir du médecin des informations et des conseils compréhensibles, pertinents et appropriés,
 - le droit de se déterminer librement après avoir reçu une information complète,
 - le droit à une documentation concernant le traitement, avec droit de regard sur cette documentation,
 - le droit à la confidentialité et à la protection des données,
 - le droit de déposer une plainte;
 - le droit de ne pas faire l'objet de mises en observation ou d'expériences médicales sans leur autorisation préalable;

22. invite les États membres et la Commission à associer davantage les associations de patients aux décisions dans le domaine de la politique de la santé et à soutenir leurs activités de manière appropriée;
23. estime que la réalisation des objectifs de viabilité, d'accessibilité et de qualité des services de santé passe notamment par la création d'un marché intérieur des services et produits sanitaires qui offre, en premier lieu, des garanties de services de santé de qualité élevée, accessibles et financièrement supportables pour tous, compte tenu de la rentabilité et de la capacité financière des systèmes des États membres, qui garantisse la libre circulation des citoyens et l'accès aux soins dans tous les pays de l'UE, qui soit compatible avec les principes susmentionnés des systèmes de santé nationaux et qui n'hypothèque pas les objectifs de la politique sanitaire des États membres;
24. engage les États membres à accorder la priorité au renforcement des capacités et au maintien de la qualité pour les soins de longue durée; demande aux États membres:
- a) de garantir un partage plus large des risques pour les soins de longue durée par la prestation directe de services de soins à domicile, y compris un système de remplacement des parents proches qui assurent ces soins, ou de soins dans des établissements appropriés ou par des mécanismes d'assurance fondés sur la solidarité;
 - b) de garantir aux personnes âgées l'accès à des cures préventives, à la physiothérapie, à la rééducation et à d'autres services qui soient de nature à garantir leur autonomie aussi longtemps que possible, à améliorer leur qualité de vie et à prévenir la maladie; de respecter le droit des personnes âgées à décider librement du traitement, étant donné qu'il est prouvé que cela revêt également une grande importance du point de vue de la réadaptation mentale;
 - c) de mieux coordonner les soins de santé et les soins de longue durée en faveur des personnes âgées, de renforcer la recherche dans le domaine de la gérontologie afin de lutter contre les disparités observées en la matière dans les États membres, de créer des structures gériatriques ou post-traumatiques en dehors des établissements hospitaliers, de prendre des mesures spécifiques pour promouvoir les soins à domicile et mettre en place des services de santé adaptés aux maladies liées à l'âge;
 - d) d'établir des normes appropriées pour les soins à domicile et les établissements dispensant des soins de longue durée et de procéder à des contrôles de qualité en nombre suffisant;
 - e) de créer leurs propres programmes de promotion de la recherche dans le domaine des soins palliatifs;
 - f) de respecter les obligations qu'ils ont contractées en droit international en ce qui concerne les soins destinés aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale et/ou de handicaps intellectuels et de se tenir à leur engagement d'interdire l'utilisation de lits-cages comme mesure de contrainte, ou forme de punition, ou à toute autre fin;
25. souligne qu'il y a lieu de faire preuve d'une grande prudence pour l'établissement d'indicateurs et l'interprétation des résultats et de tenir compte des différences existant entre les systèmes de santé; insiste en revanche pour que soient fixés des indicateurs qui permettent de juger si l'accès aux soins est équitable et si ceux-ci sont de qualité et

efficaces;

26. invite les États membres et la Commission, en s'appuyant notamment sur le programme d'action dans le domaine de la santé, à harmoniser les méthodes de collecte des données et à améliorer l'état des données, ainsi qu'à permettre aux citoyens et aux prestataires de services de santé d'avoir accès, par le biais du portail "Santé" de l'UE en cours de mise en place, à des informations sur les soins de santé et la politique de santé dans d'autres États membres;
27. exprime sa préoccupation au sujet des différences considérables qui existent entre les États membres actuels et la grande majorité des nouveaux États membres en ce qui concerne l'état de santé de la population ainsi que l'accès aux soins de santé et aux soins de longue durée, la qualité de ceux-ci et les ressources mobilisées à cet égard; demande à la Commission et aux États membres de soutenir, à l'aide du programme d'action en matière de santé et d'autres instruments appropriés, les efforts entrepris par les nouveaux États membres pour améliorer les soins de santé et les soins de longue durée;
28. se félicite du rapport final du processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne; invite la Commission à présenter, sur la base des 19 recommandations formulées en vue d'une démarche commune au niveau de l'UE, des propositions concrètes et un calendrier pour leur mise en œuvre;
29. invite la Commission à dresser un état des lieux en ce qui concerne la mobilité des patients et à présenter une étude sur l'expérience acquise à ce jour dans les régions transfrontalières;
30. invite la Commission, en consultation avec les États membres, à examiner, sur la base de la jurisprudence développée par la Cour de justice des Communautés européennes, les moyens de renforcer la sécurité juridique des patients pour ce qui est de leur droit à recourir à des prestations de santé dans un autre État membre, et à soumettre des propositions appropriées en la matière;
31. préconise la mise en place d'un réseau de centres européens de référence pour les maladies qui requièrent une concentration particulière de ressources et de compétences; invite la Commission à dresser un inventaire des centres de référence qui pourraient être mis en place et à soumettre une proposition sur l'accès aux futurs centres de référence de l'UE ainsi que sur leur accréditation et leur financement;
32. estime que la Commission devrait permettre l'échange des informations nécessaires en vue d'une meilleure utilisation commune des capacités disponibles dans les régions frontalières ou en cas de limites de capacités et qu'elle devrait proposer un cadre clair et transparent, comportant des dispositions sur les questions d'accès, de qualité et de coût, pour la fourniture transfrontalière de soins de santé;
33. souligne que la télématique peut apporter une contribution importante à l'amélioration de l'efficacité et de la qualité; relève que le potentiel existant dans les États membres n'est à ce jour exploité que de manière rudimentaire; invite la Commission à intensifier ses efforts et à assurer une meilleure coordination des initiatives et des programmes existants;
34. souligne qu'il est nécessaire que les États membres analysent les progrès de la médecine et des techniques médicales en mettant davantage l'accent sur l'efficacité, l'utilité et la rentabilité; demande que la Commission explore la possibilité de mettre en réseau et de coordonner l'évaluation des technologies de la santé et des orientations médicales,

entreprise dans les États membres;

35. invite la Commission et les États membres à tenir compte de manière appropriée des aspects spécifiques aux femmes dans toutes les mesures relatives à la santé; demande à la Commission de présenter un nouveau rapport sur l'état de la santé des femmes dans l'Union européenne;
36. invite les États membres, lorsque les listes d'attente sont longues et lorsqu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient ne peut être obtenu sur le territoire national en temps utile (également en cas de soins hospitaliers), à coopérer étroitement de manière à pouvoir assurer, dans le respect du principe de la subsidiarité et du maintien de l'équilibre des systèmes nationaux et de l'équilibre financier, un niveau élevé de protection de la santé et de protection sociale pour tous les citoyens de l'Union européenne;
37. met en garde contre une approche purement individuelle de la mobilité des patients et de la fourniture de soins de santé transfrontaliers, comme celle qui, sur la base d'arrêts de la Cour de justice, est reprise actuellement dans les propositions de directive de la Commission pour un marché intérieur des services; demande à la Commission de présenter des propositions plus larges et plus équilibrées pour mieux protéger les systèmes nationaux de santé contre les effets préjudiciables que les règles du marché intérieur peuvent avoir et éviter ainsi une nouvelle atteinte au caractère social et solidaire des systèmes de soins de santé;
38. estime qu'une meilleure protection des droits des patients passe par l'établissement de critères européens transparents propres à assurer des soins de qualité, accessibles et d'un coût abordable;
39. relève que la demande de soins transfrontaliers est certes limitée en volume mais qu'elle ne cesse de se développer à l'intérieur de certains groupes et de certaines régions; invite les États membres à se mettre d'accord avec les assurances maladie, les personnels soignants, les organisations de patients et les autres parties intéressées sur une certaine marge de liberté devant permettre d'apporter des solutions régionales spécifiques;
40. invite la Commission, dans le prolongement du rapport final du processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne, à examiner plus en détail l'influence des règles du marché intérieur européen sur la politique des soins de santé dans les États membres; invite également la Commission à élaborer au niveau de l'UE un mécanisme permanent destiné à soutenir la coopération européenne dans le domaine des soins de santé et à contrôler l'impact de la réglementation communautaire sur les systèmes nationaux de soins de santé;
41. charge son Président de transmettre la présente résolution au Conseil, à la Commission, au comité de la protection sociale ainsi qu'aux parlements des États membres.