

PARLAMENTO EUROPEO

2004



2009

Commissione per il mercato interno e la protezione dei consumatori

**PROVVISORIO
2006/2275(INI)**

6.3.2007

PROGETTO DI 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

PR_INI

INDICE

	Pagina
PROPOSTA DI RISOLUZIONE DEL PARLAMENTO EUROPEO	3
MOTIVAZIONE.....	8

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 privés¹ e C-158/96, Kohll/Union des caisses de maladie² del 12 luglio 2001, nelle cause C-157/99, Geraets-Smits e Peerbooms³ e C-368/98, Vanbraekel e.a.⁴, del 25 febbraio 2003, nella causa C-326/00, IKA⁵, del 13 maggio 2003, nella causa C-385/99, Müller-Fauré e Van Riet⁶, del 23 ottobre 2003, nella causa C-56/01, Inizan⁷, del 18 marzo 2004, nella causa C-8/02, Leichtle⁸, del 16 maggio 2005, nella causa C-372/04, Watts⁹,
- vista la direttiva 2006/123/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 dicembre 2006, relativa ai servizi nel mercato interno¹⁰, 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",
- vista la sua risoluzione, del 9 giugno 2005, sulla mobilità dei pazienti e l'evoluzione delle cure sanitarie nell'Unione europea¹¹,
- viste le conclusioni del Consiglio sui valori e principi comuni dei sistemi sanitari dell'Unione europea¹²,
- 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 dipendenti e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità¹³, il regolamento

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.

¹³ GU L 149 del 5.7.1971, pag. 2.

(CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale¹ 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),
- A. considerando che gli Stati membri sono responsabili dell'organizzazione, della gestione, della fornitura e del finanziamento dei servizi 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 che autorizzano i pazienti a spostarsi liberamente alla ricerca di cure mediche,

Principi

1. ritiene che la mobilità dei pazienti e dei professionisti della sanità è destinata a crescere nei prossimi anni nell'Unione e che è opportuno garantire a tutti i cittadini europei, quale che sia il loro livello di reddito e di luogo di residenza, un accesso uguale alle cure sanitarie nel rispetto dei principi di universalità, qualità, sicurezza, continuità, solidarietà, contribuendo in tal modo alla coesione sociale e territoriale dell'Unione;
2. ricorda che gli Stati membri devono salvaguardare, nel rispetto delle disposizioni del trattato, i necessari strumenti regolatori: sistemi di autorizzazione, pianificazione delle cure e regolamento tariffario;
3. sottolinea la specificità dei servizi sanitari dovuta alla loro missione di interesse generale riconosciuta dagli articoli 16 e 152 del trattato e ritiene che essa va garantita in sede di applicazione delle disposizioni in materia di libera circolazione dei servizi, libertà di stabilimento, concorrenza e aiuti di Stato;
4. 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;

Definizioni

5. sollecita una chiarificazione delle regole relative alla fornitura dei servizi sanitari che formano oggetto di un accompagnamento sociale quali le cure per le persone anziane o disabili;
6. sollecita una maggiore chiarificazione dei concetti relativi alla nozione di "termine ragionevole" e alla definizione dei trattamenti ospedalieri e non ospedalieri;

Mobilità dei pazienti

7. rileva la grande diversità di mobilità tra i pazienti inviati all'estero dal loro sistema

¹ GU L 166 del 30.4.2004, pag. 1.

sanitario nazionale, 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;

Miglioramento dell'informazione ai pazienti

8. constata la difficoltà per i pazienti di accedere ad informazioni chiare e precise relative alle cure sanitarie e la complessità delle procedure da seguire;
9. ritiene che è importante dare ai pazienti il diritto di scegliere le cure sanitarie transfrontaliere allorché tale scelta permette loro di accedere più rapidamente a cure migliori e, pertanto, che l'autorizzazione preventiva dovrebbe essere facilmente accessibile, evasa immediatamente, valutata sulla base di criteri obiettivi e neutrali ed essere esaminata da un medico specialista e indipendente;
10. auspica l'adozione di una Carta europea dei diritti dei pazienti sulla base delle varie carte esistenti negli Stati membri e dei lavori realizzati dalle organizzazioni non governative;

Rimborso

11. sollecita la chiarificazione delle procedure delle condizioni di rimborso onde garantire una migliore certezza giuridica per i pazienti, i sistemi nazionali di assicurazione contro le malattie e i prestatori di cure;
12. auspica che la Carta europea di assicurazione contro le malattie sia obbligatoria per tutti i cittadini europei, con un sistema di registrazione elettronica normalizzato dei pazienti che garantisca la riservatezza dei dati medici sensibili;

Mobilità del personale sanitario

13. ricorda che la direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 settembre 2005, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali¹, non ancora recepita in tutti gli Stati membri,² 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;
14. sottolinea la necessità di tener conto, a livello europeo, della formazione continua del personale sanitario onde garantire la migliore qualità possibile delle cure;
15. invita la Commissione a introdurre un meccanismo di raccolta di dati e di scambio di informazioni tra le varie autorità nazionali sui prestatori di cure nonché una carta europea a supporto delle informazioni sulle competenze del personale sanitario; sollecita altresì un divieto di pubblicità per i prestatori di cure sanitarie;

Responsabilità

¹ GU L 255 del 30.9.2005, pag. 22.

² Termine di recepimento: 20 ottobre 2007.

16. rileva che la mobilità transfrontaliera dei pazienti genera un'incertezza giuridica sulla determinazione della legge applicabile quanto alla responsabilità in caso di cura fallita o di danni arrecati al paziente, in particolare se le varie fasi del trattamento si sono svolte in più di un paese;
17. 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;
18. 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 delle cure mediche;

Cooperazione tra Stati membri

19. ritiene che una maggiore cooperazione tra i sistemi sanitari permetterebbe di conseguire un trattamento transfrontaliero appropriato, una migliore qualità dei servizi e aumenterebbe in tal modo la fiducia dei cittadini;
20. incoraggia lo sviluppo di reti di centri di riferimento per talune malattie rare e specifiche nonché del metodo aperto di coordinamento, scambi di conoscenze sulle migliori pratiche di trattamento e sull'organizzazione dei sistemi di cure sanitarie tra i vari Stati dell'Unione; invita pertanto la Commissione ad assegnare risorse adeguate al fine di ottimizzare le cooperazioni amministrative transnazionali;
21. auspica lo sviluppo di accordi bilaterali o multilaterali tra Stati membri atti ad incrementare il mutuo ricorso a mezzi materiali ed umani nelle zone transfrontaliere nonché gli scambi di competenze e di conoscenze, contribuendo così ad una razionalizzazione finanziaria dei sistemi sanitari e di assicurazione contro le malattie;
22. sollecita la creazione di sportelli unici in ogni Stato membro destinati a 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 sono in grado di assistere i pazienti nella ricerca di tali informazioni;

Conclusioni

23. reputa necessario uno strumento legislativo che specifichi i diritti ed i doveri dei pazienti e del personale sanitario, in relazione ai sistemi di assicurazione contro le malattie, nonché delle autorità competenti ove si tratti di servizi transfrontalieri;
24. invita la Commissione a presentare al Parlamento e al Consiglio una proposta di direttiva sui servizi sanitari, parallelamente ad una direttiva settoriale sui servizi sociali di interesse generale, ed una direttiva quadro sui servizi di interesse economico generale.

o o

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

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 elettronica europea di assicurazione malattia 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.