Parlament Europejski
2024-2029

Komisja Zdrowia Publicznego

2025/2206(INL)

29.6.2026

PROJEKT SPRAWOZDANIA

zawierającego zalecenia dla Komisji w sprawie nowelizacji przepisów dotyczących praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (2025/2206(INL))

Komisja Zdrowia Publicznego

Sprawozdawca: Giorgos Georgiou

(Inicjatywa – art. 47 Regulaminu)

(Autor wniosku: Giorgos Georgiou)

SPIS TREŚCI

Strona

PROJEKT REZOLUCJI PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO 3

ZAŁĄCZNIK DO PROJEKTU REZOLUCJI: ZALECENIA DOTCZĄCE SPORZĄDZENIA DYREKTYWY PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY ZMIENIAJĄCEJ DYREKTYWĘ 2011/24/UE W SPRAWIE STOSOWANIA PRAW PACJENTÓW W TRANSGRANICZNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ 8

ZAŁĄCZNIK: WYKAZ PODMIOTÓW, OD KTÓRYCH SPRAWOZDAWCA OTRZYMAŁ INFORMACJE 13

PROJEKT REZOLUCJI PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO

zawierającego zalecenia dla Komisji w sprawie nowelizacji przepisów dotyczących praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej

(2025/2206(INL))

Parlament Europejski,

– uwzględniając art. 114, 168 i 225 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej,

– uwzględniając art. 26, 34, 35, 41, 45 i 47 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej,

– uwzględniając swoją rezolucję z dnia 12 lutego 2019 r. w sprawie wdrażania dyrektywy w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej (2018/2108(INI)),

– uwzględniając opinię Komisji Prawnej w sprawie proponowanej podstawy prawnej,

– uwzględniając dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej,

– uwzględniając rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2025/327 w sprawie europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia,

– uwzględniając rozporządzenie (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz rozporządzenie (WE) nr 987/2009 dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004,

– uwzględniając Europejski filar praw socjalnych, w szczególności jego zasadę nr 16 dotyczącą opieki zdrowotnej,

– uwzględniając Konwencję ONZ o prawach osób niepełnosprawnych ratyfikowaną przez UE,

– uwzględniając sprawozdanie Europejskiego Forum Pacjentów w sprawie dostępu do opieki zdrowotnej (2016 r.),

– uwzględniając wyroki Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawach C-120/95 Decker, C-158/96 Kohll, C-157/99 Smits i Peerbooms, C-385/99 Müller-Fauré i Van Riet oraz C-372/04 Watts,

– uwzględniając sprawozdanie specjalne nr 07/2019 Europejskiego Trybunału Obrachunkowego pt. „Działania UE w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej – ustanowiono ambitne cele, lecz konieczne jest usprawnienie zarządzania”,

– uwzględniając art. 47 i 55 Regulaminu,

– uwzględniając sprawozdanie Komisji Zdrowia Publicznego (A10-0000/2026),

A. mając na uwadze, że zdrowie jest podstawowym prawem człowieka, a nie przywilejem;

B. mając na uwadze, że –jak wynika z ustaleń Europejskiego Trybunału Obrachunkowego – dyrektywa 2011/24/UE nie zlikwidowała strukturalnych barier w dostępie do transgranicznej opieki zdrowotnej, takich jak obowiązek pokrycia kosztów leczenia z góry, nieprzejrzyste procedury uprzedniej zgody, niewystarczające zasady zwrotu kosztów oraz rozproszone informacje;

C. mając na uwadze, że transgraniczna opieka zdrowotna powinna uzupełniać silne, powszechne i finansowane ze środków publicznych krajowe systemy opieki zdrowotnej;

D. mając na uwadze, że trwałość funkcjonowania europejskich sieci referencyjnych (ESR) jest zagrożona z powodu niestabilnego finansowania, niewystarczającego uznania w przepisach oraz nierównomiernego udziału państw członkowskich oraz że należy znacząco wzmocnić ESR i zapewnić im trwałe podstawy funkcjonowania oraz odpowiednie i stabilne zasoby;

E. mając na uwadze, że krajowe punkty kontaktowe (KPK) od lat borykają się z niedoborem personelu, funkcjonują w oparciu o niespójne rozwiązania organizacyjne i zbyt często pozostają w praktyce niedostępne dla pacjentów o niższych kompetencjach cyfrowych, pacjentów z niepełnosprawnościami oraz pacjentów napotykających bariery językowe;

Przegląd i udoskonalenie ram prawnych

1. wzywa Komisję do przedstawienia zmodernizowanych ram prawnych dotyczących transgranicznej opieki zdrowotnej przy jednoczesnym uruchomieniu odpowiednich instrumentów finansowych, aby zagwarantować równy i terminowy dostęp do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej w całej Unii, ograniczyć bariery administracyjne i finansowe między regionami i państwami członkowskimi oraz zapewnić wszystkim pacjentom dostęp do opieki wysokiej jakości niezależnie od miejsca zamieszkania;

2. podkreśla, że organizacje pacjentów należy formalnie włączyć w funkcjonowanie i zarządzanie krajowymi punktami kontaktowymi (KPK), aby przekazywane informacje odpowiadały rzeczywistym potrzebom pacjentów; akcentuje znaczenie zapewnienia organizacjom pacjentów stabilnego, obiektywnego i przejrzystego finansowania ze środków publicznych, aby mogły uczestniczyć w życiu publicznym i strukturach zarządzania oraz zachować niezależność finansową;

Równość i opieka zorientowana na pacjenta

3. zwraca uwagę, że opieka zdrowotna musi pozostać dobrem publicznym opartym na zasadzie solidarności i równego dostępu; wzywa Komisję i państwa członkowskie do wprowadzenia skutecznych zabezpieczeń, w tym do usunięcia barier, takich jak obowiązek pokrycia kosztów leczenia z góry, aby zapewnić wszystkim równy dostęp do transgranicznej opieki zdrowotnej, niezależnie od obywatelstwa, statusu społeczno-ekonomicznego, niepełnosprawności, tożsamości płciowej czy miejsca zamieszkania;

4. podkreśla potrzebę wyeliminowania dysproporcji regionalnych w dostępie do

diagnostyki, leczenia i specjalistycznej wiedzy medycznej, między innymi przez wzmocnienie europejskich sieci referencyjnych;

Uprzednia zgoda: przejrzystość, sprawiedliwość i odpowiedzialność

5. wzywa Komisję i państwa członkowskie do reformy systemu uprzedniej zgody, aby służył potrzebom pacjentów, a nie pełnił funkcji administracyjnego mechanizmu ograniczającego dostęp do świadczeń;

6. wzywa państwa członkowskie do zastąpienia szerokich i nieprecyzyjnych kategorii szczegółowymi, publicznie dostępnymi wykazami konkretnych świadczeń opieki zdrowotnej objętych wymogiem uzyskania uprzedniej zgody;

7. wzywa Komisję do ustanowienia minimalnych europejskich standardów w zakresie praw pacjentów, obejmujących prawo do terminowego leczenia, świadomej zgody i niedyskryminacji, a także do zapewnienia sprawnego transgranicznego dostępu do elektronicznej dokumentacji medycznej dzięki obowiązkowemu wdrożeniu europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia (EPDZ);

Dostępność finansowa i mechanizmy solidarności w Unii

8. wzywa państwa członkowskie do wdrożenia mechanizmów bezpośrednich rozliczeń finansowych między właściwymi instytucjami ponad granicami, z wykorzystaniem modeli płatności stosowanych na podstawie przepisów dotyczących koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (rozporządzenie (WE) nr 883/2004) do finansowania świadczeń objętych dyrektywą 2011/24/UE, aby pacjenci nie musieli rezygnować z szerszego zakresu uprawnień przewidzianych w tej dyrektywie tylko po to, by uniknąć konieczności pokrycia kosztów leczenia z góry;

9. wzywa Komisję do zaproponowania ukierunkowanych zmian w art. 7 ust. 4 dyrektywy 2011/24/UE w celu uproszczenia i usprawnienia procedur administracyjnych dotyczących zwrotu innych kosztów związanych z leczeniem, takich jak koszty podróży i zakwaterowania, z uwzględnieniem kryterium dochodowego; podkreśla w tym kontekście potrzebę ustanowienia jasnych i przyspieszonych mechanizmów zwrotu dodatkowych kosztów, tak aby procedury nie nakładały na pacjentów nieproporcjonalnych obciążeń administracyjnych;

Europejskie sieci referencyjne: zrównoważone finansowanie

10. zachęca do wzmocnienia i zrównoważonego finansowania ESR jako głównych motorów transgranicznej współpracy klinicznej; wzywa Komisję, aby w związku z tym zaproponowała ramy prawne nadające ESR odrębny status prawny, który umożliwi im bezpośrednie ubieganie się o finansowanie ze środków Unii, zawieranie umów oraz skuteczne funkcjonowanie jako jednolite podmioty w krajowych systemach opieki zdrowotnej;

Cyfrowa opieka zdrowotna i europejska przestrzeń danych dotyczących zdrowia

11. podkreśla, że w regulacji należy nadać priorytet solidnym rozwiązaniom skoncentrowanym na pacjencie, które zapewnią bezpieczną wymianę danych

dotyczących zdrowia oraz dobrych praktyk między systemami opieki zdrowotnej w Unii, między innymi przez obowiązkowe rozszerzenie infrastruktury MojeZdrowie@UE, aby zagwarantować pacjentom przemieszczającym się między państwami członkowskimi dostęp do opieki zdrowotnej na wysokim poziomie;

Prawa osób z niepełnosprawnościami, chorobami rzadkimi i złożonymi

12. akcentuje potrzebę wprowadzenia wieloletnich, odnawialnych zgód na leczenie transgraniczne dla pacjentów z chorobami przewlekłymi, długotrwałymi lub postępującymi, wymagających ciągłego leczenia, zamiast obecnej praktyki polegającej na obowiązku uzyskiwania odrębnej zgody na każdy etap leczenia, która nakłada niedopuszczalne obciążenia administracyjne na pacjentów w najtrudniejszej sytuacji;

13. wzywa Komisję i państwa członkowskie do formalnego uznania w znowelizowanych ramach prawnych, że choroby rzadkie i złożone ze swojej natury wymagają wysoko wyspecjalizowanej wiedzy, multidyscyplinarnej koordynacji opieki oraz dostępu do najnowszych osiągnięć badań naukowych i innowacji, których nie można zapewnić w sposób równy i spójny wyłącznie w granicach jednego państwa członkowskiego; wzywa je również do formalnego uznania, że w związku z tym dostęp pacjentów z chorobami rzadkimi i złożonymi do transgranicznej opieki zdrowotnej nie powinien stanowić wyjątku, lecz element strukturalny systemu opieki zdrowotnej Unii, który wymaga odrębnych przepisów prawnych, gwarantowanego finansowania oraz aktywnego ułatwiania dostępu przez państwa członkowskie;

14. wzywa Komisję do rozszerzenia zakresu unijnych przepisów dotyczących transgranicznej opieki zdrowotnej tak, aby wyraźnie obejmowały udział w badaniach klinicznych dotyczących chorób rzadkich i złożonych, w tym we wczesnych fazach badań; uznaje, że w przypadku schorzeń, w których badania kliniczne o niskim stopniu interwencji stanowią element standardowego leczenia, a terapie eksperymentalne dają drugą szansę pacjentom z nawrotem choroby nowotworowej lub nowotworami opornymi na leczenie, dostęp do badań prowadzonych w wyspecjalizowanych ośrodkach w Europie stanowi niezbędny, a nie fakultatywny element opieki zdrowotnej;

Szczególna ochrona i priorytetowe traktowanie dzieci

15. wzywa Komisję i państwa członkowskie do ustanowienia w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej przepisów szczególnych dotyczących dzieci, gwarantujących priorytetowy dostęp do specjalistycznej opieki pediatrycznej i przyspieszone procedury udzielania uprzedniej zgody, a także do zmiany art. 7 ust. 4 dyrektywy 2011/24/UE w celu zapewnienia obowiązkowego zwrotu kosztów podróży i zakwaterowania zarówno dziecka, jak i towarzyszących mu rodziców lub opiekunów, z uwagi na szczególną podatność dzieci oraz nierozerwalny związek wsparcia rodziny ze skutecznością opieki pediatrycznej;

16. wzywa Komisję i państwa członkowskie do uznania szczególnych potrzeb medycznych, społecznych i emocjonalnych dzieci z chorobami rzadkimi i złożonymi oraz do zobowiązania każdego państwa członkowskiego do utworzenia krajowych służb koordynujących transgraniczną opiekę zdrowotną, które będą zapewniać młodym pacjentom, ich rodzinom i opiekunom spersonalizowane i nieodpłatne wsparcie na każdym etapie leczenia transgranicznego, ograniczając w ten sposób nieproporcjonalne

obciążenie administracyjne rodzin funkcjonujących w różnych rozdrobnionych systemach opieki zdrowotnej;

17. wzywa Komisję i państwa członkowskie do zapewnienia wieloletniego finansowania infrastruktury, przeznaczonego na doskonalenie i rozwój istniejących transgranicznych sieci w obszarze chorób rzadkich i złożonych, w tym europejskich sieci referencyjnych ustanowionych na mocy dyrektywy 2011/24/UE, aby rozwijać potencjał specjalistyczny w całej Unii oraz ograniczać nierówności geograficzne w dostępie do wiedzy specjalistycznej;

Ciągłość koordynacji i bezpieczeństwo opieki

18. podkreśla konieczność pełnego wdrożenia europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia (EPDZ), infrastruktury MojeZdrowie@UE oraz europejskiego formatu wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej, aby zapewnić sprawne transgraniczne przekazywanie podsumowań danych pacjenta i kart informacyjnych z leczenia szpitalnego;

19. zwraca się do Komisji o przedłożenie do końca 2027 r., na podstawie art. 114 i 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, wniosku dotyczącego zmiany dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, zgodnie z zaleceniami przedstawionymi w załączniku do niniejszego sprawozdania;

20. uważa, że skutki finansowe postulowanego wniosku należy pokryć z istniejących środków budżetowych;

21. zobowiązuje swoją przewodniczącą do przekazania niniejszej rezolucji oraz zaleceń zawartych w załączniku Komisji i Radzie.

ZAŁĄCZNIK DO PROJEKTU REZOLUCJI: ZALECENIA DOTCZĄCE SPORZĄDZENIA DYREKTYWY PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY ZMIENIAJĄCEJ DYREKTYWĘ 2011/24/UE W SPRAWIE STOSOWANIA PRAW PACJENTÓW W TRANSGRANICZNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

A. ZASADY I CELE POSTULOWANEGO WNIOSKU

1. Celem zmiany dyrektywy 2011/24/UE jest usunięcie utrzymujących się barier finansowych i administracyjnych, które uniemożliwiają pacjentom skuteczne korzystanie z prawa do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej wysokiej jakości, a tym samym grożą pogłębianiem nierówności zdrowotnych w Unii.

2. Aby zapewnić równy dostęp oparty na potrzebach medycznych, a nie na możliwościach finansowych pacjentów, we wniosku przewiduje się ustanowienie mechanizmów bezpośrednich rozliczeń finansowych między instytucjami państw członkowskich, co pozwoli ograniczyć konieczność pokrywania kosztów leczenia z góry. Eliminuje się ponadto dyskryminujące praktyki zwrotu kosztów przez zobowiązanie do ustalania stawek na podstawie taryf publicznych lub stawek wynikających z umów, a także wprowadza się obowiązek stosowania szybkich mechanizmów zwrotu kosztów dodatkowych z uwzględnieniem kryterium dochodowego.

3. Należy uprościć i ujednolicić postępowania administracyjne. We wniosku przewiduje się rozszerzenie dobrowolnego systemu uprzedniego powiadamiania oraz zobowiązuje państwa członkowskie do publikowania jasnych i szczegółowych wykazów świadczeń opieki zdrowotnej objętych wymogiem uzyskania uprzedniej zgody. Aby zagwarantować równy dostęp do informacji, zobowiązuje się również krajowe punkty kontaktowe do udostępniania tych informacji co najmniej w językach urzędowych danego państwa członkowskiego.

B. TEKST POSTULOWANEGO WNIOSKU

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady zmieniająca dyrektywę 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej

PARLAMENT EUROPEJSKI I RADA UNII EUROPEJSKIEJ,

uwzględniając Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, w szczególności jego art. 114 i 168,

uwzględniając wniosek Parlamentu Europejskiego skierowany do Komisji Europejskiej[1],

uwzględniając wniosek Komisji Europejskiej,

po przekazaniu projektu aktu ustawodawczego parlamentom narodowym,

[1] [Dz.U. C, C/202../..., ELI: http://data.europa.eu/eli/C/.../oj/ Dotychczas nieopublikowany w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*].

uwzględniając opinię Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego[2],

uwzględniając opinię Komitetu Regionów[3],

stanowiąc zgodnie ze zwykłą procedurą ustawodawczą,

a także mając na uwadze, co następuje:

(1) Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE wymaga wprowadzenia ukierunkowanych zmian, aby uprościć ramy prawne, ograniczyć obciążenia administracyjne, zwiększyć przejrzystość, poprawić integrację cyfrową oraz zapewnić równość między państwami członkowskimi.

(2) Art. 35 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej stanowi, że każdy ma prawo dostępu do profilaktyki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych. Należy zagwarantować poszanowanie tego prawa zgodnie z nadrzędnymi zasadami równego dostępu do opieki zdrowotnej wysokiej jakości oraz solidarności między państwami członkowskimi, a także zapewnić pacjentom równe traktowanie oparte na ich potrzebach zdrowotnych, a nie na możliwościach finansowych czy państwie członkowskim ubezpieczenia,

PRZYJMUJĄ NINIEJSZĄ DYREKTYWĘ:

Artykuł 1

Zmiany w dyrektywie 2011/24/WE

W dyrektywie 2011/24/WE wprowadza się następujące zmiany:

1) w **art. 4** dodaje się literę w brzmieniu:

„g) ustanowiono sprawną komunikację i wymianę informacji między pracownikami ochrony zdrowia oraz podmiotami odpowiedzialnymi za leczenie, aby umożliwić bezpieczne przekazanie pacjenta oraz zapewnić ciągłość opieki ponad granicami; taką komunikację i wymianę informacji zapewnia się z uwzględnieniem obowiązkowego stosowania europejskiego formatu wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej.”;

2) w **art. 6** wprowadza się następujące zmiany:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

[2] Dz.U. …
[3] Dz.U. …

„1. Każde państwo członkowskie powołuje co najmniej jeden krajowy punkt kontaktowy do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej oraz podaje Komisji jego dane kontaktowe. Komisja i państwa członkowskie podają te informacje do wiadomości publicznej oraz zapewniają ich łatwą dostępność, w tym na specjalnej stronie internetowej.

Państwa członkowskie zapewniają, by krajowe punkty kontaktowe:

a) aktywnie prowadziły kampanie informacyjne, aby zwiększać świadomość obywateli na temat przysługujących im praw oraz roli krajowych punktów kontaktowych;

b) nawiązywały formalne partnerstwa z organizacjami pacjentów, świadczeniodawcami oraz podmiotami oferującymi ubezpieczenia zdrowotne, a także regularnie prowadziły z nimi konsultacje i współpracę.”;

b) dodaje się ustęp w brzmieniu:

„3a. Do celów ust. 3 niniejszego artykułu Komisja, zgodnie z procedurą regulacyjną, o której mowa w art. 16 ust. 2, przyjmuje środki umożliwiające wskazanie szczegółowo określonych kategorii informacji, które krajowe punkty kontaktowe mają udostępniać.”;

c) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Informacje, o których mowa w niniejszym artykule, są łatwo dostępne, przekazane jasnym i prostym językiem oraz co najmniej w języku urzędowym danego państwa, aby zagwarantować równy dostęp pacjentom przybywającym z innych państw. Udostępnia się je drogą elektroniczną oraz w formatach dostępnych dla osób z niepełnosprawnościami. Państwa członkowskie dopilnowują, aby krajowe punkty kontaktowe podawały do wiadomości publicznej jednoznaczne szczegółowe wykazy konkretnych świadczeń opieki zdrowotnej, które wymagają uprzedniego zezwolenia.”;

3) w **art. 7** wprowadza się następujące zmiany:

a) dodaje się ustęp w brzmieniu:

„1a. Niniejszy artykuł stosuje się również do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych z wykorzystaniem telemedycyny. Jeżeli ubezpieczony jest uprawniony do opieki zdrowotnej w państwie członkowskim ubezpieczenia, państwo to nie może odmówić zwrotu kosztów wyłącznie z tego powodu, że świadczenia udzielono z wykorzystaniem telemedycyny.”;

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Koszty transgranicznej opieki zdrowotnej są zwracane lub płacone bezpośrednio przez państwo członkowskie ubezpieczenia do poziomu, na którym pokrywałoby je państwo członkowskie ubezpieczenia, gdyby opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium, w wysokości nieprzekraczającej rzeczywistego kosztu otrzymanej opieki zdrowotnej.

Państwa członkowskie ustalają stawki zwrotu kosztów na podstawie kosztów, jakie poniosłyby w przypadku świadczeń udzielonych przez publicznego świadczeniodawcę lub świadczeniodawcę, z którym zawarto umowę, w państwie członkowskim ubezpieczenia, niezależnie od tego, kto udzielił świadczenia w państwie członkowskim leczenia.

Jeżeli pełny koszt transgranicznej opieki zdrowotnej przekracza poziom kosztów, jakie pokryłoby państwo członkowskie ubezpieczenia, gdyby opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium, państwo członkowskie ubezpieczenia może mimo wszystko zdecydować o zwrocie kosztów w pełnej wysokości z uwzględnieniem kryterium dochodowego oraz kryteriów podatności na zagrożenia. Aby zapewnić równy dostęp do opieki zdrowotnej, państwo członkowskie ubezpieczenia ustanawia mechanizm zwrotu innych kosztów związanych z leczeniem, takich jak koszty podróży i zakwaterowania, zgodnie z prawem krajowym oraz z uwzględnieniem kryterium dochodowego i kryteriów podatności na zagrożenia. W tym celu upraszcza i usprawnia postępowania administracyjne dla pacjentów.

Państwa członkowskie ustanawiają jasne, dostępne i szybkie mechanizmy zwrotu dodatkowych kosztów, które osoby z niepełnosprawnościami mogą ponosić w związku z korzystaniem z transgranicznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zapewnieniu, aby stosowanie tych przepisów nie nakładało na nie nieproporcjonalnych obciążeń administracyjnych.”;

4) w **art. 9** wprowadza się następujące zmiany:

a) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Państwa członkowskie ustanawiają system uprzedniego powiadamiania, który umożliwia pacjentom otrzymanie, na wniosek, pisemnego potwierdzenia szacunkowej kwoty podlegającej zwrotowi. Przy szacowaniu tej kwoty bierze się pod uwagę kliniczny przypadek pacjenta oraz określa procedury medyczne, które prawdopodobnie zostaną zastosowane.”;

b) dodaje się ustęp w brzmieniu:

„6. Państwa członkowskie unikają nakładania na pacjentów ubiegających się o zwrot kosztów nieproporcjonalnych obciążeń administracyjnych. W szczególności państwa członkowskie nie mogą wymagać od pacjentów przedkładania uwierzytelnionych ani poświadczonych tłumaczeń dokumentacji medycznej i faktur.”;

c) dodaje się ustęp w brzmieniu:

„7. Państwa członkowskie ustanawiają mechanizmy bezpośrednich transgranicznych rozliczeń finansowych między właściwymi instytucjami, aby wyeliminować konieczność pokrywania przez pacjentów kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej z góry.”;

5) **art. 10** ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Państwa członkowskie ułatwiają współpracę transgraniczną w świadczeniu opieki zdrowotnej na poziomie regionalnym i lokalnym, za pomocą TIK lub w inny sposób. W przypadku uznanego stanu zagrożenia zdrowia publicznego w rozumieniu art. 23 rozporządzenia (UE) 2022/2371 w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia państwa członkowskie mogą odstąpić od procedur udzielania uprzedniej zgody, o których mowa w art. 8 niniejszej dyrektywy, oraz stosować uproszczone procedury zwrotu kosztów, o których mowa w art. 7 niniejszej dyrektywy.”;

6) w **art. 12** dodaje się ustęp w brzmieniu:

„1a. Komisja i państwa członkowskie zapewniają stabilne finansowanie oraz strukturalną integrację europejskich sieci referencyjnych z krajowymi systemami opieki zdrowotnej, a także ustanawiają jasne ścieżki skierowań. Państwa członkowskie ustalają odpowiednie taryfy wynagrodzeń dla pracowników ochrony zdrowia, uwzględniając czas poświęcony na diagnozowanie i leczenie pacjentów podczas transgranicznych wirtualnych paneli konsultacyjnych, w szczególności organizowanych za pośrednictwem systemu zarządzania danymi klinicznymi pacjentów.”;.

ZAŁĄCZNIK: WYKAZ PODMIOTÓW, OD KTÓRYCH SPRAWOZDAWCA OTRZYMAŁ INFORMACJE

Zgodnie z art. 8 załącznika I do Regulaminu sprawozdawca oświadcza, że ujął w swoim sprawozdaniu informacje dotyczące kwestii związanych z tematem, które otrzymał podczas sporządzania projektu sprawozdania od następujących przedstawicieli grup interesu objętych zakresem porozumienia międzyinstytucjonalnego w sprawie obowiązkowego rejestru służącego przejrzystości[1] lub od następujących przedstawicieli organów publicznych państw trzecich, w tym ich misji dyplomatycznych i ambasad:

1. Przedstawiciele grup interesu objęci zakresem porozumienia międzyinstytucjonalnego w sprawie obowiązkowego rejestru służącego przejrzystości
SIOPE
European Cancer Organisation
EURORDIS
EFN
2. Przedstawiciele organów publicznych państw trzecich, w tym ich misji dyplomatycznych i ambasad
Brak

Powyższy wykaz został sporządzony na wyłączną odpowiedzialność sprawozdawcy.

Gdy osoby fizyczne są wymienione w wykazie z imienia i nazwiska, zidentyfikowane poprzez swoją funkcję lub wymienione z imienia i nazwiska wraz z podaniem ich funkcji, sprawozdawca oświadcza, że przedstawił tym osobom fizycznym Oświadczenie o ochronie prywatności w Parlamencie Europejskim nr 484 (https://www.europarl.europa.eu/data-protect/index.do), w którym określono warunki mające zastosowanie do przetwarzania danych osobowych tych osób oraz prawa związane z takim przetwarzaniem.

[1] Porozumienie międzyinstytucjonalne z dnia 20 maja 2021 r. pomiędzy Parlamentem Europejskim, Radą Unii Europejskiej i Komisją Europejską w sprawie obowiązkowego rejestru służącego przejrzystości (Dz.U. L 207 z 11.6.2021, s. 1, ELI: http://data.europa.eu/eli/agree_interinstit/2021/611/oj).