

Stanovisko Evropského hospodářského a sociálního výboru k „návrhu směrnice Evropského parlamentu a Rady o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči“

KOM(2008) 414 v konečném znění – 2008/0142 (COD)
(2009/C 175/22)

Dne 23. července 2008 se Rada, v souladu s článkem 262 Smlouvy o založení Evropského společenství, rozhodla konzultovat Evropský hospodářský a sociální výbor ve věci

návrhu směrnice Evropského parlamentu a Rady o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči

KOM(2008) 414 v konečném znění – 2008/0142 (COD).

Specializovaná sekce, kterou Výbor pověřil přípravou podkladů na toto téma, přijala stanovisko dne 4. listopadu 2008. Zpravodajem byl pan BOUIS.

Na 449. plenárním zasedání, které se konalo ve dnech 3. a 4. prosince 2008 (jednání dne 4. prosince 2008), přijal Evropský hospodářský a sociální výbor následující stanovisko 80 hlasy pro, 3 hlasy byly proti.

1. Přípomínky a doporučení

1.1 EHSV se problematice zdravotní péče a práv pacientů již věnoval v několika svých různých stanoviscích; vyjádří se proto rovněž k tomuto návrhu směrnice, a to nejen proto, že jde o reakci na rozsudky Evropského soudního dvora, ale také z toho důvodu, že uvedený text se dotýká práv pacientů a podoby koordinace zdravotních politik v členských státech.

1.2 Znění návrhu potvrzuje, že systémy zdravotní péče spadají do pravomoci členských států, a nemění postupy náhrady nákladů provedených výkonů. Navrhovaná ustanovení nicméně budou mít v dlouhodobém měřítku dopad na zdravotnické systémy založené na principu solidarity a jejich dlouhodobou finanční životaschopnost. EHSV proto posoudí konkrétní použití směrnice v praxi s ohledem na zásadu subsidiarity ve zdravotní politice a vysloví několik připomínek a doporučení.

1.3 Protože se Výbor obává zvětšení rozdílů ve zdravotní péči, požaduje, aby směrnice obsahovala ustanovení, že zdravotní péče by měla být poskytována rovnoprávně všem lidem a že ti, kdo ji potřebují nejvíce a/nebo kdo mají nejslabší sociální zabezpečení, by k ní měli mít také přednostní přístup.

1.4 Ze základního práva každého příjemce zdravotní péče na záruky kvality a bezpečnosti vyplývá nutnost zajistit normalizaci, certifikaci a hodnocení materiální, lidské a organizační složky poskytnuté péče.

1.5 Přeshraniční přístup ke zdravotní péči vyžaduje, aby se kapacity zdravotnických zařízení různých zemí vzájemně doplňovaly a byly vyvážené z hlediska technického a personálního zabezpečení, vybavenosti lékařskými zařízeními a odpovědnosti poskytovatelů této péče. Předpokladem je podpůrná evropská politika v oblasti vzdělávání zdravotníků a v oblasti zdravotnického vybavení. Zvláštní pozornost by měla být věnována určitým lékařským rizikům spojeným s nárůstem mobility pacientů.

1.6 Podle názoru EHSV by tento text neměl být projevem vůle rozšířit mobilitu pacientů, ale spíše by měl navrhnout rámec, který umožní využití tohoto práva, aniž by byl zanedbán nezbytný požadavek na kvalitní péči v co nejtěsnější blízkosti bydliště pacienta. Zavedené mechanismy nesmějí být nepřiměřené rozsahu přeshraniční zdravotní péče.

1.7 EHSV znepokojuje skutečnost, že směrnice rozlišuje mezi nemocniční a mimonemocniční péčí, a to spíše z finančních důvodů, než kvůli konkrétnímu nastavení zdravotní péče v každé ze zúčastněných zemí; doporučuje proto v souladu se zásadou subsidiarity a podle čl. 86 odst. 2 Smlouvy, aby každý členský stát definoval své pojetí nemocniční a mimonemocniční péče.

1.8 Přístup ke zdravotní péči v jiném členském státě otevřený všem občanům musí být zajištěn bez diskriminace dle znění článku 13 Smlouvy a při zachování práv pacienta dle stanoviska EHSV⁽¹⁾, zejména pokud jde o zdravotní kartu a obsahově kompletní evropskou lékařskou dokumentaci přístupnou jak zdravotníkům, tak pacientovi samému.

1.9 Neméně důležitá je pak u přeshraniční zdravotní péče také účinná informační politika, neboť jen tak lze dodat obsah zásadě rovnosti přístupu k péči a umožnit jejím příjemcům svobodnou volbu na základě jasných informací. Zodpovědnost za její nastolení musí převzít každý z členských států.

1.10 Informace se musejí týkat též postupů v případě újmy a řešení právních sporů; zde se jako vhodné řešení jeví zřízení jednoho správního místa a jako nezbytná možnost podat žalobu k soudu v místě bydliště pacienta. EHSV dále doporučuje rozšíření systému povinného pojištění na veškerý personál.

1.11 Z důvodu omezení nerovnosti v přístupu k péči bude zapotřebí, aby v mechanismech zpětného proplácení byly důsledně zpracovány lhůty pro proplácení a rozdíly panující v postupech při poskytování péče a při výdeji léků a zdravotnických potřeb mezi zemí, v níž je poskytována péče, a zemí, v níž má pacient sjednáno pojištění.

1.12 V systému proplácení musí být rovněž pamatováno na riziko nerovnosti či přímo soudních sporů vlivem nehomogenních systémů zdravotního pojištění s vnitrostátními specifiky, jako jsou: částečné úhrady, osobní spoluúčast, různé sazby za výkony, osobní lékař, číselníky výkonů atd.

1.13 Informace ve všech podobách musejí nejen vyhovovat přísným požadavkům na bezpečnost a kvalitu; musejí být navíc prvkem, který umožní svobodnou volbu jednotlivce a usnadní nalezení rovnováhy mezi ekonomickou konkurenceschopností, soudržností, sociální spravedlností a kolektivní solidaritou.

1.14 Vnitrostátní kontaktní místa musejí být ve spojení s různými sdruženími pracujících, rodin a příjemců zdravotní péče a úzce spolupracovat se zdravotními pojišťovnami, kterým budou tyto informace předávat. Musejí též rozvíjet informační a osvětové projekty o možnostech přeshraniční zdravotní péče, jež budou určeny praktickým lékařům, zdravotnickému personálu a sociálním pracovníkům.

1.15 Zvláštní pozornost je pak nutné věnovat kontinuitě péče, průběžné kontrole pacientů, přizpůsobení lékařských nástrojů a vybavení a spotřebě léků. Proto je nutné, aby zdravotníci a zdravotnická zařízení postupovali koordinovaně, co se týče postupů a dlouhodobé péče o pacienty.

1.16 Zavedení evropských referenčních sítí musí provázet rozvoj informačních technologií, a to vzájemně plně kompatibilních tak, aby mohly sloužit kterémukoli pacientovi bez ohledu na místo jeho pobytu. Výměna odborných zkušeností by měla umožnit zvýšení kvality v systémech členských států ve prospěch všech zainteresovaných subjektů: institucí, zdravotníků, pacientů a dalších.

1.17 Sběr statistických údajů v členských státech musí umožnit hodnocení provádění směrnice. Dále musí umožnit též stanovení ukazatelů, které napomohou identifikovat silné a slabé stránky systémů zdravotní péče stejně jako potřeby a preference obyvatel. I tato zpráva by měla být předložena k posouzení EHSV, jenž se zavazuje provést monitorování a případně vypracovat nová stanoviska z vlastní iniciativy.

1.18 Uplatnění skutečného práva pacientů v oblasti přeshraniční péče vyžaduje určitou dobu nutnou k provedení hloubkové změny postupů a též ke změně myšlení a odborné přípravy zdravotníků. Předpokládá integraci zásad evropské charty vzájemných práv a povinností jednotlivých subjektů v oblasti zdraví do vnitrostátních předpisů.

1.19 Podle názoru EHSV je zřejmé, že zvolený přístup není plně uspokojivou odpovědí na otázku subsidiarity v poskytování zdravotní péče a nutnosti uceleného modu operandi pro přeshraniční péči. Zůstává tak prostor pro různorodé výklady, jež povedou k právním potížím jak pro pacienty, tak pro poskytovatele zdravotní péče

2. Shrnutí sdělení

2.1 Právní a politický kontext žádosti

2.1.1 V návaznosti na judikaturu Soudního dvora byla Komise v roce 2003 vyzvána, aby prozkoumala, jak by mohla být zlepšena právní jistota v oblasti přeshraniční zdravotní péče.

2.1.2 Směrnice o službách na vnitřním trhu z roku 2004 obsahovala ustanovení týkající se této oblasti. Evropský parlament a Rada je však zamítly, neboť dle jejich názoru nebyly dostatečně zohledněny zvláštní aspekty zdravotních politik, které se v jednotlivých zemích značně liší, jejich technická složitost a problémy spojené s financováním. Zdůraznit je též nutno citlivost těchto otázek pro veřejné mínění.

(1) Stanovisko EHSV z vlastní iniciativy ze k tématu Práva pacientů, zpráva: p. Bouis (Úř. věst. C 10, 15.1.2008).

Komise se rozhodla předložit v roce 2008 návrh sdělení a směrnice, jejichž cílem bude stanovit jasný a transparentní rámec pro poskytování přeshraniční zdravotní péče v Unii. Jedná se o zdravotní péči využitou v zahraničí, kdy pacient je ošetřen u poskytovatele péče se sídlem v jiném členském státě. Pro tyto účely Komise navrhuje definici nemocniční a mimonemocniční péče.

2.2 Navrhovaný rámec

2.2.1 Předložený návrh se opírá o článek 95 Smlouvy, který se týká vytvoření a fungování vnitřního trhu, článek 152 o veřejném zdraví a obecné zásady Listiny základních práv ve znění ustanovení reformní smlouvy.

2.2.2 Ke splnění cílů jsou právní definice a obecná právní ustanovení soustředěny do tří hlavních oblastí: společné zásady ve všech zdravotnických systémech EU, zvláštní rámec pro přeshraniční zdravotní péči a evropská spolupráce v oblasti zdravotní péče. Směrnice upřesňuje zásady náhrady nákladů na zdravotní péči poskytnutou v jiném členském státě a způsoby uplatňování práv pacientů v praxi s rozlišením nemocniční a mimonemocniční péče.

2.2.3 Tento návrh nemění stávající rámec pro koordinaci systémů sociálního zabezpečení.

2.2.4 Směrnice upřesňuje postupy a též zavádí mechanismy, jejichž cílem bude poskytnout pacientům informace a pomoc prostřednictvím vnitrostátních kontaktních míst. Každý pacient, který nebude moci využít v přiměřené lhůtě zdravotní péči ve své vlastní zemi, bude mít právo využít tuto péči v jiném členském státě.

2.2.5 Směrnice vybízí k větší evropské spolupráci pomocí zřízení evropských referenčních sítí, hodnocení zdravotnických technologií a rozvoje informačních a komunikačních technologií pro účely elektronického zdravotnictví.

3. Obecné připomínky

3.1 EHSV se problematice zdravotní péče a práv pacientů již věnoval v několika svých různých stanoviscích; prozkoumá tedy zájem Evropské komise týkající se přeshraniční péče.

3.2 Podle názoru EHSV by tento krok neměl být projevem vůle rozšířit mobilitu pacientů, ale spíše by měl navrhnout rámec, který umožní využití tohoto práva. Zavedené mechanismy nesmějí být škálou ani nákladově nepřiměřené rozsahu přeshraniční zdravotní péče.

3.3 Tento text je součástí hodnot Evropské unie a Tallinnské charty⁽²⁾. Cílem těchto textů je nabídnout všude v Evropě vysoce kvalitní a dostupnou péči pro všechny.

3.4 Navržená směrnice podle všeho nebere dostatečně v potaz složitost, rozmanitost a odlišnost systémů zdravotnictví ve 27 členských státech. Je téměř jisté, že tato směrnice nebude v jednotlivých systémech zdravotnictví v různých členských státech vykládána totožným způsobem. Proto EHSV zajímá konkrétní provádění směrnice a požaduje jasnou definici nemocniční a mimonemocniční péče z důvodu posílení právní jistoty pacientů a zdravotnických služeb.

3.4.1 Znění návrhu potvrzuje, že systémy zdravotní péče spadají do pravomoci členských států, a kloní se k úplnému zachování jejich pravomoci týkajících se uspořádání systémů zdravotnictví, poskytování zdravotní péče a náhrady nákladů na provedené výkony. Navrhovaná ustanovení nicméně budou mít v dlouhodobém měřítku dopad na zdravotnické systémy, na jejich dlouhodobou finanční životaschopnost a na rozsah práv, která k nim přísluší.

3.4.2 Vzhledem ke značným rozdílům v poskytované péči a jejich nákladech znamená systém proplacení po úhradě péče ze strany pacienta riziko nerovnosti či přímo soudních sporů vlivem nehomogenních systémů zdravotního pojištění s vnitrostátními specifiky. EHSV se obává, že směrnice se stane příležitostí k otevření trhu se zdravím hospodářské soutěži a po vstupu směrnice o službách v platnost k ohrožení kvality ochrany zdraví v Evropě jako celku.

3.4.3 Efektivnost a správné používání zdravotní péče v přeshraničním rámci vyžaduje, aby se kapacity zdravotnických zařízení různých zemí vzájemně doplňovaly a byly vyvážené z hlediska technického a personálního zabezpečení, vybavenosti lékařskými zařízeními a stanovení odpovědnosti poskytovatelů této péče.

3.4.4 V každém případě mají pacienti při výkonu přeshraniční péče právo očekávat záruky kvality a bezpečnosti. Toto základní právo otevírá otázku harmonizace postupů certifikace a hodnocení profesních postupů, kapacity lékařských zařízení a organizace systému pro odškodnění v případě způsobení újmy.

3.4.5 V případě přeshraniční péče předpokládá požadavek na kvalitu a důvěru ve zdravotní péči poskytovanou v hostitelské zemi splnění určitého souboru podmínek, které zajistí mezi jinými kontinuitu péče:

— rozšíření osobní zdravotní karty, provázející každého jednotlivce od narození,

(2) Charta podepsaná 27. června 2008 ministry zdravotnictví zemí evropského regionu WHO v Tallinnu.

- existence obsahově kompletní evropské zdravotní dokumentace přístupné jak zdravotníkům, tak pacientovi,
- společná formulace protokolů pro převzetí nákladů,
- koordinované postupy předepisování léčivých přípravků, a zejména rozšíření značení pomocí skupinového názvu, a nikoli podle komerčního názvu, a to navzdory skutečnosti, že léčivé přípravky spadají do působnosti pravidel mezinárodního obchodu,
- normalizace a certifikace implantátů, zdravotnických aparátů a potřeb,
- zavedení postupu evropské akreditace či certifikace lékařských a pomocných zdravotních nemocničních vybavení,
- společný postup Společenství pro schvalování uvádění léčivých přípravků na trh.

Všechny tyto podmínky vyžadují rozvoj nových technologií se vzájemnou kompatibilitou informačních systémů.

3.4.6 Takové změny v organizaci systému a profesních postupu vyžadují změnu myšlení a odborné přípravy zdravotníků, ale také přizpůsobení právní definice pravomocí, úlohy a povinností zdravotnických orgánů v každém státě, což bude trvat určitý čas.

3.4.7 Možnost nabídnutá všem pacientům v oblasti přeshraniční péče musí být zahrnuta do právně zakotveného přístupu ke všem zdravotním službám a zdravotníkům bez diskriminace na základě pohlaví, rasového nebo etnického původu, náboženského vyznání nebo světového názoru, zdravotního postižení, věku nebo sexuální orientace. Mimo jiné vyžaduje efektivní informační politiky ve dvou oblastech:

3.4.7.1 Informace o nabídce péče, kterou mohou využít všichni občané, aby se mohli rozhodnout k využití přeshraniční péče, jež budou zveřejňovány zdravotnickými úřady. Ty budou muset rovněž zajistit přístup k těmto informacím pro určité znevýhodněné skupiny, jako jsou osoby sociálně izolované či nacházející se v nejjisté situaci.

3.4.7.2 Informace o nemoci, možných léčebných postupech a jejich přínosech a rizicích a popis zařízení či zdravotníků poskytujících tuto péči.

3.4.7.3 Tyto informace jsou šířeny v rámci interakce s zdravotníkem, což znamená, že tento zdravotník musí mít přehled o tom, co v Evropě existuje. Je tudíž nezbytné vytvořit vazbu mezi poskytovateli zdravotní péče a vnitrostátními kontaktními místy, a k tomu účelu je nutno vyčlenit finanční prostředky. Dále je také zapotřebí překonat jazykovou bariéru.

3.4.8 Informace musejí být úplné a relevantní tak, aby pacientům umožnily svobodnou volbu na základě jasných informací, a nevyvolávaly riziko, že se stanou obětí lákání klientely a komerčních praktik.

3.4.9 Pouze takové informační povinnosti budou moci dodat obsah zásadě rovnosti přístupu k péči dle záměru směrnice bez ohledu na konkrétní potřebu využití přeshraniční péče.

4. Konkrétní připomínky

4.1 Článek 3

4.1.1 EHSV souhlasí, aby se navrhovaná směrnice použila, aniž jsou dotčeny výše definované předpisy Společenství, zejména pokud jde o nařízení č. 1408/71 a č. 883/2004.

4.2 Čl. 4 písm. d)

4.2.1 EHSV považuje seznam zdravotnických pracovníků za neúplný a rád by přidal pomocný zdravotnický personál, jako jsou logopedi, ortoptisté atd.

4.3 Článek 5

4.3.1 EHSV zvláště upozorňuje na tento článek a konstatuje, že hlavní výzvou bude zajistit péči podle potřeb a představ občanů tím, že jim budou udělena práva, ale také povinnosti, kde cílem bude podporovat dobré životní podmínky a zkombinovat ekonomickou konkurenceschopnost, soudržnost, sociální spravedlnost a kolektivní solidaritu. EHSV bude pozorně dohlížet na to, aby definice standardů kvality a bezpečnosti nijak neohrozily rozmanitost systémů zdravotnictví členských států (čl. 152 odst. 5).

4.3.2 EHSV trvá na důležitosti systémů zdravotnictví pro obyvatele, a zvláště pak pro ty nejpotřebnější; trvá též na účinku lepšího přístupu k péči na hospodářský růst a zdůrazňuje, že všechny investice umožňující přístup k péči budou o to účinnější, budou-li koordinovány.

4.4 Článek 6

4.4.1 Pro EHSV je nezbytné, aby v zavedených mechanismech zpětného proplácení bylo pečlivě pamatováno na skutečnost, že léčebné postupy a výdej léků či zdravotnických aparátů budou v pravomoci země, v níž je péče poskytována, a nikoli země, kde má pacient sjednáno zdravotní pojištění, která zodpovídá za stanovení kritérií plnění. Je proto nezbytné vypracovat srovnávací číselníky z důvodu sazeb za výkony a povinnosti zajistit kontinuální péči.

4.4.2 EHSV je znepokojen dodatečnými náklady, které bude muset pacient uhradit v případě neočekávaného neproplacení. Má-li být zajištěna dlouhodobá kontinuita, bude nutné připravit převzetí finančních závazků za tuto péči státem, v němž má pacient sjednáno pojištění. To může mít významné dopady na systémy financování.

4.4.3 Ve snaze předejít jakékoli možnosti vzniku nejednotného zdravotnictví z hlediska pacientů a států považuje EHSV za nutné vyjasnění otázky postupů pro vyúčtování nákladů ve státě, v němž byla péče poskytnuta, a podmínek její úhrady. EHSV zdůrazňuje, že se v otázce zúčtování musí brát zřetel na strukturovanou organizaci a existující postupy.

4.5 Články 7 a 8

4.5.1 EHSV je zvláště znepokojen tím, že směrnice rozlišuje mezi nemocniční a mimonemocniční péčí. Konstatuje, že toto rozlišení vychází spíše z finančního hlediska, než z reálného uspořádání systémů zdravotnictví v jednotlivých členských státech.

4.5.2 Zatímco Komise tedy navrhuje vypracovat zvláštní seznam, EHSV doporučuje v souladu se zásadou subsidiarity a čl. 86 odst. 2 Smlouvy, aby pravomoc definovat nemocniční péči zůstala – vyjma případů zjevného zneužití – na členských státech. Bylo by pak zapotřebí náležitě upravit odstavce 1 a 2.

4.6 Článek 9

4.6.1 Dle mínění EHSV mohou být systémy předchozího povolení přínosem, pokud se stanou příležitostí k reflexi a informování pacienta díky dialogu, který bude možno navázat mezi pacientem a jeho zdravotní pojišťovnou. Dále mohou zajistit úhradu specifických služeb, jako je např. náhrada cestovních výdajů.

4.6.2 EHSV se domnívá, že nezávisle na předchozím zveřejnění kritérií pro odepření předchozího povolení je nezbytné, aby všechny důvody byly náležitě zdůvodněny a vysvětleny pacientovi.

4.7 Článek 10

4.7.1 Podle názoru EHSV je důležité, aby byly vytvořeny prostředky informování pacientů, které jim umožní volbu přeshraniční péče. Tyto informace musejí především pojednávat o povinnostech a omezeních této péče a dále též o způsobech náhrady nákladů a spoluúčasti pacienta.

4.7.2 EHSV doporučuje, aby systém povinného pojištění⁽³⁾ byl rozšířen na veškerý personál a aby byly poskytnuty informace o systémech pro podání žaloby v případě způsobené újmy z důvodu zaviněného či nezaviněného lékařského pochybení (riziko selhání léčebného postupu).

4.7.3 EHSV považuje za důležité, aby byl zachován princip jednoho správního místa pro postupy a podání stížností a aby všechny spory spadaly do pravomoci země, v níž má pacient místo bydliště.

4.7.4 Pro EHSV jsou elektronické služby a informace informačním prvkem pro pacienty, který zasluhuje další rozvoj. Zdroje a způsoby šíření těchto informací však nelze omezovat pouze na tento nástroj, neboť velký počet našich občanů nemá přístup k internetu, nebo jej mají pouze omezený. Bylo by rizikem propagovat dvourychlostní systém zdravotnictví, kde by přístup k přeshraniční péči měly pouze ty nejvyšší a nejlépe informované sociální vrstvy.

4.8 Článek 12

4.8.1 Vnitrostátní kontaktní místa musejí být ve spojení s různými sdruženími pracujících, rodin a příjemců zdravotní péče, úzce spolupracovat se zdravotními pojišťovnami a s administrativou poskytovatelů zdravotní péče a fungovat jako relevantní prostředník pro poskytování těchto informací. Dále je nutné, aby tato kontaktní místa rozvíjela informační a osvětovou činnost určenou praktickým lékařům, zdravotnickému personálu a sociálním pracovníkům o nabízených možnostech přeshraniční zdravotní péče, kde každý členský stát bude zodpovídat za zřízení svého vnitrostátního kontaktního místa.

4.9 Článek 14

4.9.1 EHSV klade důraz na tento článek, který umožňuje záruku kontinuity péče z hlediska spotřeby léčivých přípravků, avšak přál by si jeho přísné vymáhání vzhledem k riziku nadměrné spotřeby či dokonce možného vzniku nepovoleného obchodování. Konstatuje, že směrnice nezohledňuje vydávání léčivých přípravků na lékařský předpis s omezením.

4.10 Článek 15

4.10.1 Dle EHSV je tento článek částečnou odpovědí na jeho obavy týkající se nerovnosti v kvalitě péče v členských státech. Je třeba dále zajistit, aby zavedení evropských referenčních sítí proval rozvoj informačních a komunikačních technologií tak, aby jich mohl využít kterýkoli pacient bez ohledu na místo jeho pobytu.

⁽³⁾ Pojištění odpovědnosti

4.10.2 Mezi cíle evropských sítí by měly být rovněž zahrnuty:

- jako doplnění k odst. 2 písm. a) „ohodnocení a registrace léčebných postupů“,
- jako doplnění k odst. 2 písm. d) „uznání diplomů a dodržování kodexů chování“.

4.10.3 Dále, pokud je plánován postup vstupu členů do těchto sítí, připomíná EHSV důležitost hodnocení, či přímo zavedení postupu certifikace.

4.10.4 Pokud jde o specifická kritéria a podmínky, jež musí tyto sítě splňovat, přál by si EHSV:

- doplnění odst. 3 písm. a) ix) o text „Tato spolupráce je zvláště důležitá pro účast příjemců péče na definici ospravedlnitelné čekací lhůty“,

- doplnění odst. 3 písm. a) x) o text „výzva k uznání a dodržování společné charty práv pacientů, která by zajistila účinný výkon těchto práv jak v zemi původu, tak v přeshraniční péči“.

4.11 Článek 18

4.11.1 Sběr statistických údajů v členských státech musí umožnit hodnocení provádění této směrnice. Bylo by žádoucí, aby dále umožnil stanovení ukazatelů, které napomohou podrobněji identifikovat silné a slabé stránky systémů zdravotní péče stejně jako potřeby a preference obyvatel.

4.12 Článek 20

4.12.1 Je třeba vysvětlit a zaslat Komisi způsoby vydání předchozího povolení jako údaje pro účely další analýzy.

4.12.2 I tato zpráva by měla být předložena k posouzení EHSV.

V Bruselu dne 4. prosince 2008.

předseda Evropského hospodářského a sociálního výboru
Mario SEPI

generální tajemník Evropského hospodářského a sociálního výboru
Martin WESTLAKE