

**Det Europæiske Økonomiske og Sociale Udvalgs Udtalelse om »Kommissionens forslag til Europa-Parlamentets og Rådets direktiv om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelse«**

KOM(2008) 414 endelig — 2008/0142 (COD)

(2009/C 175/22)

Rådet for Den Europæiske Union besluttede den 23. juli 2008 under henvisning til EF-traktatens artikel 262 at anmode om Det Europæiske Økonomiske og Sociale Udvalgs udtalelse om:

*Forslag til Europa-Parlamentets og Rådets direktiv om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelse*

KOM(2008) 414 endelig — 2008/0142 (COD).

Det forberedende arbejde henvistes til Den Faglige Sektion for Beskæftigelse, Sociale og Arbejdsmarkedsmæssige Spørgsmål og Borgerrettigheder, som udpegede Lucien BOUIS til ordfører. Sektionen vedtog sin udtalelse den 4. november 2008.

Det Europæiske Økonomiske og Sociale Udvalg vedtog på sin 449. plenarforsamling den 3.-4. december 2008, mødet den 4. december 2008, følgende udtalelse med 80 stemmer for og 3 imod:

## 1. Bemærkninger og henstillinger

1.1 EØSU har i flere udtalelser behandlet problematikken omkring sundhed og patientrettigheder og er opmærksom på dette direktivforslag, ikke mindst fordi teksten som reaktion på EF-domstolens afgørelser har sin begrundelse i patientrettigheder og udformning af en samordning af sundhedspolitikken i medlemsstaterne.

1.2 Det hedder i dokumentet, at sundhedssystemerne henhører under medlemsstaternes kompetence og ikke ændrer på godtgørelsespraksis. Dog vil de foreslåede bestemmelser på sigt indvirke på sundhedssystemerne, som bygger på solidaritet og finansiel bæredygtighed. EØSU rejser derfor spørgsmålet om de konkrete gennemførelsesbestemmelser set i forhold til subsidiaritetsprincippet i sundhedspolitikken og fremsætter en række bemærkninger og henstillinger.

1.3 EØSU er bange for, at der kan opstå større forskelle mellem forskellige samfundsgruppers adgang til sundhedsydelse, og ønsker, at det i direktivet nedfældes, at sundhedsydelse skal tilbydes på en måde, som respekterer alle menneskers ligeværd, og at den, som har størst behov og/eller ringeste sociale dækning, også skal behandles først.

1.4 Enhver brugers grundlæggende ret til de nødvendige garantier for kvalitet og sikkerhed medfører forpligtelser til standardisering, certificering og evaluering af materiel og menneskelige formåen og tilrettelæggelse af sundhedsydelse.

1.5 Adgangen til grænseoverskridende sundhedsydelse forudsætter, at sundhedstjenesterne i de enkelte lande har kapaciteter, som supplerer hinanden og er afbalancerede i henseende til tekniske og menneskelige ressourcer, lægeligt udstyr og sundhedstjenesteydernes ansvar. Det forudsætter en europæisk støttepolitik for erhvervsuddannelse og sundhedsudstyr. Man bør være særligt opmærksom på visse medicinske risici, som hænger sammen med større patientmobilitet.

1.6 Efter EØSU's mening bør teksten ikke give udtryk for en vilje til at gøre patientmobilitet generel, men foreslå en ramme, som gør det muligt at udøve denne ret, uden at det går ud over retten til kvalitetsbehandling tæt på patienten. De ordninger, der indføres, bør ikke stå i et misforhold til omfanget af de grænseoverskridende sundhedsydelse.

1.7 EØSU er foruroliget over direktivets sondring mellem sundhedsydelse, der ikke kræver hospitalsindlæggelse, og hospitalsbehandling, da sondringen beror mere på finansielle aspekter end på sundhedssystemernes faktiske tilrettelæggelse i de enkelte lande, og henstiller, jf. nærhedsprincippet og traktatens artikel 86, stk. 2, at hver enkelt medlemsstat fastlægger, hvad den forstår ved sundhedsydelse med og uden hospitalsindlæggelse.

1.8 Den adgang til sundhedsydelse i en anden medlemsstat, som alle borgere har, skal finde sted uden forskelsbehandling som nedfældet i traktatens artikel 13 og under overholdelse af patienternes rettigheder som anført af EØSU<sup>(1)</sup>, især i kraft af et sundhedskort og en europæisk patientjournal, som indeholder relevante oplysninger, og som sundhedsprofessionelle og patienten selv har adgang til.

1.9 En effektiv informationspolitik er særligt nødvendig for grænseoverskridende sundhedsydelser, fordi det er den eneste måde at udmønte princippet om lige adgang til sundhedsydelser på og gøre det muligt for brugerne at træffe frie og begrundede valg. Den bør bygges op under de enkelte medlemsstaters ansvar.

1.10 Der bør også informeres om klagemuligheder i tilfælde af skader og om bestemmelserne om behandling af tvister; i den forbindelse er det relevant at indføre ét enkelt informationspunkt, ligesom klager bør kunne indbringes for retten dér, hvor patienten bor. Endvidere anbefaler EØSU, at systemet med obligatorisk forsikring udvides til at omfatte alle sundhedsprofessionelle.

1.11 For at begrænse den ulige adgang til sundhedsydelser bør man i ordningerne for efterfølgende godtgørelse være meget opmærksom på fristerne for godtgørelse og på forskelle i behandlingspraksis og udlevering af lægemidler og udstyr mellem behandlingslandet og forsikringslandet.

1.12 I godtgørelsessystemet bør man tillige være opmærksom på risikoen for uligheder eller sågar tvister, fordi sygeforsikrings-systemerne ikke er ens og indeholder særlige nationale træk: direkte afregning, delvis egenbetaling, honorarforskelle, henvisende læge, kodificering af lægelige handlinger osv.

1.13 I alle informationstiltag bør der ikke blot tages hensyn til kravene til sikkerhed og kvaliteten af de udsendte budskaber, men tiltagene bør sætte de enkelte borgere i stand til frit at vælge og lette samspillet mellem økonomisk konkurrenceevne, samhörighed, social retfærdighed og kollektiv solidaritet.

1.14 De nationale kontaktpunkter skal stå i forbindelse med de forskellige sammenslutninger af arbejdstagere, familier og sundhedsbrugere og udformes i snævert samarbejde med sygeforsikringsinstitutionerne og fungere som informationsformidlere. De skal tillige udvikle informations/uddannelsestiltag for læger, paramedicinsk personale og socialarbejdere omkring mulighederne for grænseoverskridende sundhedsydelser.

1.15 Man bør være ganske særligt opmærksom på kontinuitet i behandlingen, patientopfølgning, tilpasning af medicinske anordninger og lægemiddelforbrug. Her er det nødvendigt, at sundhedsprofessionelle og sundhedsstrukturer koordineres med hensyn til inddragelse af fagdiscipliner og planer for patienternes langsigtede behandling.

1.16 Etableringen af europæiske netværk af referencecentre skal ske sideløbende med ikt-teknologiernes udvikling, i fuld interoperabilitet, og alle patienter bør kunne drage fordel heraf, uanset hvor de bor. Ekspertiseudveksling skal gøre det muligt at forbedre kvaliteten af medlemsstaternes systemer til gavn for samtlige aktører: institutioner, sundhedsprofessionelle, patienter osv.

1.17 Medlemsstaternes indsamling af data til statistisk brug skal gøre det muligt at gøre status over direktivets gennemførelse. Den skal også gøre det muligt at udforme indikatorer, der kan give et billede af sundhedssystemernes stærke og svage sider og af befolkningens behov og præferencer. Rapporten bør også forelægges EØSU, som giver tilsagn om at foretage opfølgning og eventuelt afgive nye initiativudtalelser.

1.18 Etablering af egentlige patientrettigheder for grænseoverskridende sundhedsydelser kræver en vis tilpasningstid, så der kan foretages en gennemgribende ændring af praksis og ske en udvikling i holdninger og uddannelse af sundhedsprofessionelle. Det forudsætter, at man i de nationale regelsæt indfører principperne i et europæisk charter for de forskellige sundhedsaktørers gensidige rettigheder og pligter.

1.19 EØSU anser det for indlysende, at den valgte tilgang ikke fuldt ud har formået at forene spørgsmålet om subsidiaritet i sundhedsvæsenet med behovet for en konsekvent fremgangsmåde for grænseoverskridende behandling. Der er fortsat mulighed for forskellige fortolkninger, med deraf følgende juridiske vanskeligheder for såvel patienter som plejepersonale.

## 2. Resume af meddelelsen

### 2.1 Anmodningens juridiske og politiske kontekst

2.1.1 I lyset af Domstolens retspraksis blev Kommissionen allerede i 2003 anmodet om at undersøge, hvordan retssikkerheden for grænseoverskridende sundhedsydelser kan forbedres.

2.1.2 Direktivet om tjenesteydelser i det indre marked fra 2004 indeholdt bestemmelser herom. Parlamentet og Rådet forkastede dem, fordi de ikke mente, at de tog hensyn nok til sundhedspolitikernes særlige forhold, som er stærkt forskellige fra land til land, til deres tekniske kompleksitet og til deres finansiering. Den store bevågenhed i offentligheden har også betydning i dette spørgsmål.

(1) EØSU's initiativudtalelse om »Patientrettigheder«, ordfører: Lucien Bouis (EUT C 10 af 15. januar 2008).

Kommissionen har i 2008 besluttet at foreslå en meddelelse og et direktiv om indførelse af en klar og gennemsigtig ramme for levering af grænseoverskridende sundhedsydelse i EU. Der er tale om sundhedsydelse i udlandet, dvs. når en patient begiver sig til en sundhedstjenesteyder i en anden medlemsstat for at få behandling. Til det formål foreslår Kommissionen en definition på sundhedsydelse, der ikke kræver hospitalsindlæggelse, og hospitalsbehandling.

## 2.2 Foreslået ramme

2.2.1 Forslaget bygger på traktatens artikel 95 om det indre markeds funktion, artikel 152 om folkesundhed og de generelle principper i charteret om grundlæggende rettigheder som nedfældet i ændringstraktaten.

2.2.2 For at nå målene er de retlige definitioner og de generelle bestemmelser inddelt i tre hovedområder: fælles principper for alle sundhedssystemer i EU, en specifik ramme for grænseoverskridende sundhedsydelse og EU-samarbejde om sundhedsydelse. I direktivet præciseres principperne for godtgørelse af sundhedsydelse i en anden medlemsstat og bestemmelserne om praktisk udøvelse af patientrettigheder, idet der sondres mellem ydelse, der kræver hospitalsindlæggelse, og hospitalsbehandling.

2.2.3 Forslaget ændrer intet ved den eksisterende regelramme for samordning af socialsikringsordningerne.

2.2.4 I direktivet præciseres det, hvilke procedurer der skal følges, og der lægges op til indførelse af passende ordninger til at informere og bistå patienter via nationale kontaktpunkter. En patient, der ikke kan få adgang til sundhedsydelse i sit eget land inden for en rimelig frist, får ret til ydelse i en anden medlemsstat.

2.2.5 Direktivet opfordrer til mere samarbejde i EU ved at oprette europæiske netværk af referencecentre, evaluering af sundhedsteknologier og udvikling af on-line-ikt.

## 3. Generelle bemærkninger

3.1 EØSU har i forskellige udtalelser behandlet problematikken omkring sundhed og patientrettigheder og er opmærksom på Kommissionens vilje til at tage grænseoverskridende sundhedsydelse op.

3.2 Efter EØSU's mening bør dette skridt ikke give udtryk for en vilje til at gøre patientmobilitet generel, men foreslå en ramme, som gør det muligt at udøve denne ret. De ordninger, der indføres, bør ikke stå i et misforhold — i udstrækning eller omkostninger — til omfanget af de grænseoverskridende sundhedsydelse.

3.3 Teksten stemmer overens med Den Europæiske Unions og Tallinn-charterets værdier <sup>(2)</sup>. Teksterne har til formål at sørge for kvalitetssundhedsydelse overalt i Europa og for, at alle får adgang til dem.

3.4 Direktivforslaget er tilbøjeligt til at overse, hvor komplekse, varierede og uensartede sundhedssystemerne i de 27 medlemsstater er. Det er næsten givet, at direktivet ikke vil blive fortolket på samme måde i de forskellige medlemsstaters sundhedssystemer. Derfor rejser EØSU spørgsmålet om de konkrete gennemførelsesbestemmelser og udtrykker ønske om, at sundhedsydelse med og uden hospitalsindlæggelse defineres klart for at styrke retssikkerheden for patienter og sundhedstjenester.

3.4.1 Det bekræftes i teksten, at sundhedssystemerne henhører under medlemsstaternes kompetence og man synes fuldt ud at respektere deres ansvar for sundhedssystemernes tilrettelæggelse, levering af lægeydelse og godtgørelse af behandlinger. De foreslåede bestemmelser vil dog på sigt få konsekvenser for sundhedssystemerne, deres finansielle bæredygtighed og omfanget af de dermed forbundne rettigheder.

3.4.2 På baggrund af de betydelige forskelle i, hvilke sundhedsydelse der leveres og hvad de koster, indebærer systemet med godtgørelse efter patientens betaling for ydelse en risiko for uligheder eller sågar tvister, fordi sygeforsikringssystemerne ikke er ens og indeholder særlige nationale træk. EØSU er bange for, at direktivet vil være en anledning til at åbne sundhedsydelsesmarkedet for konkurrence og at det, efter tjenesteydelsesdirektivets ikrafttrædelse, vil underminere kvaliteten af hele sundhedsbeskyttelsen i Europa.

3.4.3 Effektiviteten og den gode brug af grænseoverskridende sundhedsydelse forudsætter, at sundhedstjenesterne i de enkelte lande har kapaciteter, som supplerer hinanden og er afbalance-rede i henseende til tekniske og menneskelige ressourcer, lægeligt udstyr og fastlæggelse af sundhedstjenesteydernes ansvar.

3.4.4 Når der er tale om grænseoverskridende sundhedsydelse, må patienterne i alle tilfælde kunne forvente garantier for deres kvalitet og sikkerhed. Denne grundlæggende ret opkaster spørgsmålet om harmonisering af certificeringsprocedurer, evaluering af praksis inden for branchen, det medicinske udstyrs kapacitet og tilrettelæggelsen af godtgørelsessystemet i tilfælde af skade.

3.4.5 For grænseoverskridende kvalitetssundhedsydelse og af hensyn til tilliden til værtslandets sundhedsydelse skal en række betingelser opfyldes af hensyn til kontinuitet i ydelse, bl.a.:

— Generel indførelse af et sundhedskort for hver enkelt borger straks fra fødslen

<sup>(2)</sup> Charter undertegnet i Tallinn den 27. juni 2008 af sundhedsministrene fra Verdenssundhedsorganisationens europæiske lande.

- En behørigt ført europæisk patientjournal, som sundhedsprofessionelle og patienten selv har adgang til
- En fælles formulering af godtgørelsesprotokoller
- Samordnet receptpraksis, herunder almen brug af aktivstofets navn i stedet for handelsnavnet, selv om lægemidler er underlagt de internationale handelsregler
- standarder og certificering af implantater og medicinsk udstyr og medicinske anordninger
- indførelse af europæisk akkreditering eller endog certificering af medicinsk og paramedicinsk hospitalsudstyr
- en fællesskabsprocedure for tilladelse til markedsføring af lægemidler

Alle disse betingelser forudsætter udvikling af nye teknologier og interoperabilitet mellem it-systemerne.

3.4.6 Sådanne ændringer i systemets og sundhedsydelsespraksisens tilrettelæggelse kræver en udvikling i holdninger og uddannelse af sundhedsprofessionelle, men også en juridisk udvikling i fastlæggelsen af kompetencer, rolle og ansvarsopgaver for de enkelte landes sundhedsmyndigheder, hvilket forudsætter en vis tilpasningstid.

3.4.7 Enhver patients mulighed for grænseoverskridende sundhedsydelser bør indebære lige adgang til alle ydelser og sundhedsprofessionelle uden forskelsbehandling begrundet i køn, race eller etnisk oprindelse, religion eller overbevisninger, et handicap, alder eller seksuel orientering. Det kræver bl.a. en effektiv informationspolitik med to dimensioner:

3.4.7.1 Information om udbuddet af ydelser, som enhver borger skal have adgang til for at kunne benytte sig af grænseoverskridende ydelser, offentliggjort under sundhedsmyndighedernes ansvar. Disse skal ligeledes sørge for, at visse sårbare grupper som socialt isolerede og usikkert stillede får adgang til informationen.

3.4.7.2 Information om sygdommen, om behandlingsmuligheder, inklusive disses fordele og ulemper, og om strukturernes og de sundhedsprofessionelles karakteristika.

3.4.7.3 Da informationen formidles i et samspil med en sundhedsprofessionel, forudsætter det, at den pågældende sundhedsprofessionelle selv holder sig ajour med, hvilke muligheder der findes i Europa. Det er derfor vigtigt at etablere en forbindelse mellem sundhedsydere og nationale kontaktpunkter, hvorfor der bør afsættes finansielle midler hertil. Også sprogskranken bør overvindes.

3.4.8 Informationen skal være fuldstændig og relevant, så patienten kan foretage frie og begrundede valg uden at være udsat for kundejagt og kommerciel afsporing.

3.4.9 Kun med sådanne informationsforpligtelser kan man konkretisere princippet om lige adgang til sundhedsydelser som nedfældet i direktivet, uanset hvilket behov for brug af grænseoverskridende ydelser der er tale om.

#### 4. Særlige bemærkninger

##### 4.1 Artikel 3

4.1.1 EØSU noterer sig, at det foreslåede direktiv ikke berører tidligere fastsatte fællesskabsbestemmelser, specielt forordning 1408/71 og forordning 883/2004.

##### 4.2 Artikel 4, litra d)

4.2.1 EØSU anser listen over »sundhedsprofessionelle« for ufuldstændig og foreslår at tilføje paramedicinske professionelle som talepædagoger, øjenlæger osv.

##### 4.3 Artikel 5

4.3.1 EØSU er særligt opmærksom på denne artikel og bemærker, at udfordringen vil bestå i at sikre ydelser, der svarer til borgernes behov og forventninger, ved at tildele dem rettigheder, men også ansvar for at fremme velbefindende ved at kombinere økonomisk konkurrenceevne, samhørighed, social retfærdighed og kollektiv solidaritet. EØSU vil nøje overvåge, at definitionerne af kvalitets- og sikkerhedsstandarder på ingen måde griber ind i de nationale sundhedssystemers forskellighed (art. 152, stk. 5).

4.3.2 EØSU fremhæver sundhedssystemernes betydning for borgerne og ganske særligt de dårligst stillede, men også virkningen af en bedre adgang til sundhedsydelser for den økonomiske vækst, og EØSU understreger, at alle investeringer, der giver adgang til ydelser, vil blive mere effektive, hvis de koordineres.

##### 4.4 Artikel 6

4.4.1 EØSU anser det for nødvendigt, at man i den ordning, der skal indføres for efterfølgende godtgørelser, er meget opmærksom på det forhold, at terapeutisk praksis og udlevering af lægemidler og udstyr foregår i behandlingslandet og ikke i forsikringslandet, som har ansvaret for indførelse af dækningskriterierne. Det er derfor nødvendigt, at der udformes overensstemmelseslister både for godtgørelsessatser og for forpligtelser med hensyn til kontinuitet i ydelserne.

4.4.2 EØSU ser med bekymring på de ekstraudgifter, som patienten vil blive påført i tilfælde af uforudset manglende godtgørelse. Af hensyn til kontinuiteten vil det på sigt være nødvendigt at overveje forsikringslandets finansielle dækning af disse behandlinger. Dette kan få store konsekvenser for finansieringssystemerne.

4.4.3 EØSU ønsker at undgå enhver tilskyndelse til medicinsk behandling med to hastigheder, både i henseende til patienter og lande, og finder det nødvendigt med en afklaring af spørgsmålet om reglerne for afregning af udgifterne i behandlingslandet og betalingsvilkårene. EØSU understreger, at der i forbindelse med afregning bør tages hensyn til eksisterende strukturer og praksis.

#### 4.5 Artikel 7 og 8

4.5.1 EØSU er ganske særligt foruroliget over direktivets sontring mellem hospitalsbehandling og sundhedsydelse, der ikke kræver hospitalsindlæggelse. Det noterer, at sontringen beror mere på finansielle forhold end på, hvordan sundhedssystemet i praksis er tilrettelagt i de enkelte lande.

4.5.2 Kommissionen foreslår at opstille en supplerende liste, men EØSU henstiller med henvisning til nærhedsprincippet og traktatens artikel 86, stk. 2, at det bliver op til medlemsstaterne (når bortses fra indlysende tilfælde af misbrug) at fastlægge, hvad de forstår ved hospitalsbehandling. Stk. 1 og 2 bør ændres i overensstemmelse hermed.

#### 4.6 Artikel 9

4.6.1 EØSU mener, at ordninger med forhåndstilladelse kan være positive, når de fører til nærmere overvejelser og information af patienten i kraft af den dialog, der kan opstå mellem patienten og dækningsinstitutionen. Endvidere kan de sikre dækning af særlige ydelser såsom godtgørelse af transportudgifter.

4.6.2 EØSU mener, at det, uanset om kriterierne for forhåndstilladelse offentliggøres på forhånd, er nødvendigt, at enhver begrundelse for at nægte dækning begrundes behørigt og forklarer patienten.

#### 4.7 Artikel 10

4.7.1 EØSU finder det vigtigt at indføre ordninger til information af patienterne for at give dem mulighed for at vælge grænseoverskridende sundhedsydelser. Informationen skal bl.a. tydeliggøre forpligtelser og grænser for ydelsen samt godtgørelsesregler og hvor meget patienten selv skal betale.

4.7.2 EØSU anbefaler, at den obligatoriske forsikringsordning<sup>(3)</sup> udvides til at omfatte alle professionelle og at der gives oplysning om klagemuligheder i tilfælde af skader, som kan henføres til lægelige uheld med eller uden forsømmelighed (behandlingsrisiko).

4.7.3 EØSU finder det på sin plads, at der opereres med ét enkelt kontaktpunkt for alle procedurer og klager og at alle tvister kommer til at henhøre under domstole i patientens bopælsland.

4.7.4 EØSU mener, at on line-informationstjenester og internet-sider er en informationsmulighed, der bør udbygges. Dog må informationskilder og -systemer ikke begrænses til denne metode alene, da mange af vore medborgere kun har ringe eller slet ingen adgang til internettet. Der ville bestå en risiko for at fremme et sundhedssystem med to hastigheder, hvor kun de socialt bedre stillede og bedst informerede patienter ville nyde godt af grænseoverskridende sundhedsydelser.

#### 4.8 Artikel 12

4.8.1 De nationale kontaktpunkter skal stå i forbindelse med de forskellige sammenslutninger af arbejdstagere, familier og sundhedsbrugere og udformes i snævert samarbejde med sygeforsikringsinstitutionerne og de selvstændige sammenslutninger af sundhedsudbydere og fungere som relevante informationsformidlere. Desuden skal kontaktpunkterne udvikle informations/uddannelsestiltag for læger, paramedicinsk personale og socialarbejdere med hensyn til mulighederne for grænseoverskridende sundhedsydelser, idet hver enkelt medlemsstat har ansvaret for at oprette sit nationale kontaktpunkt.

#### 4.9 Artikel 14

4.9.1 EØSU er opmærksom på denne artikel, som udgør en garanti for kontinuitet i sundhedsydelserne med hensyn til forbrug af lægemidler, men ser gerne, på baggrund af risikoen for overforbrug eller smugleri, som kunne opstå, at den gennemføres striks. Det bemærker, at direktivet ikke tager højde for begrænset udlevering af receptpligtige lægemidler.

#### 4.10 Artikel 15

4.10.1 Artiklen tager til dels højde for EØSU's bange anelser med hensyn til ulighed i kvaliteten af sundhedsydelser i medlemsstaterne. Etableringen af europæiske netværk af referencecentre skal ske sideløbende med informations- og kommunikationsteknologiernes udvikling, som gør det muligt for alle patienter, uanset hvor de bor, at drage fordel heraf.

<sup>(3)</sup> Ansvarsforsikring.

4.10.2 Til formålet med de europæiske netværk bør føjes:

- til stk. 2, litra a), »at vurdere og registrere behandlingsmetoder«
- til stk. 2, litra d), »at anerkende kvalifikationer og at følge op på etiske kodekser«.

4.10.3 Selv om der lægges op til en procedure for medlemmers tiltrædelse af disse netværk, minder EØSU om det vigtige i en evaluering eller indførelse af en procedure for certificering.

4.10.4 Til listen over specifikke kriterier og betingelser, som netværkene skal opfylde, foreslår EØSU følgende tilføjelser:

- i stk. 3, litra c), nr. ix): »et sådant samarbejde er særligt nødvendigt med hensyn til brugernes deltagelse i fastlæggelsen af rimelige ventetider«

Bruxelles, den 4. december 2008

Mario SEPI

*Formand for Det Europæiske Økonomiske og Sociale Udvalg*

- i stk. 3, litra a), nr. x): »tilskyndelse til anerkendelse og overholdelse af et fælles charter for patientrettigheder, som sikrer, at rettighederne reelt overholdes i både oprindelseslandet og når der er tale om grænseoverskridende sundhedsydelser«.

4.11 *Artikel 18*

4.11.1 Medlemsstaternes indsamling af data til statistisk brug skal gøre det muligt at gøre status over direktivets gennemførelse. Det er ønskeligt, at dette også gør det muligt at udforme indikatorer, som kan give et bedre billede af sundhedssystemernes stærke og svage sider og at indhente kendskab til befolkningernes behov og præferencer.

4.12 *Artikel 20*

4.12.1 Reglerne om forhåndstilladelser bør tydeliggøres og tilsendes Kommissionen, så de kan analyseres.

4.12.2 Rapporten bør også forelægges EØSU.

Martin WESTLAKE

*Generalsekretær for Det Europæiske Økonomiske og Sociale Udvalg*