

Yttrande från Europeiska ekonomiska och sociala kommittén om "Förslag till Europaparlamentets och rådets direktiv om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård"

KOM(2008) 414 slutlig – 2008/0142 (COD)
(2009/C 175/22)

Den 23 juli 2008 beslutade rådet att i enlighet med artikel 262 i EG-fördraget rådfråga Europeiska ekonomiska och sociala kommittén om

"Förslag till Europaparlamentets och rådets direktiv om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård"

KOM(2008) 414 slutlig – 2008/0142 (COD).

Facksektionen för sysselsättning, sociala frågor och medborgarna, som svarat för kommitténs beredning av ärendet, antog sitt yttrande den 4 november 2008. Föredragande var Lucien BOUIS.

Vid sin 449:e plenarsession den 3–4 december 2008 (sammanträdet den 4 december) antog Europeiska ekonomiska och sociala kommittén följande yttrande med 80 röster för och 3 emot.

1. Synpunkter och rekommendationer

1.1 EESK har i olika yttranden behandlat frågor kopplade till hälsovård och patienträttigheter, och avser nu att granska detta förslag till direktiv, som är ett svar på beslut från EG-domstolen och som dessutom bygger på patienternas rättigheter och syftar till en samordning av medlemsstaternas politik på folkhälsoområdet.

1.2 I förslaget bekräftas att hälsovårdssystemen faller under medlemsstaternas befogenheter, och bestämmelserna innebär ingen ändring i praxis i samband med återbetalning. De bestämmelser som föreslås kommer emellertid på sikt att påverka de olika hälsovårdssystem som är grundade på solidaritet och långsiktig ekonomisk hållbarhet. Kommittén undrar således hur bestämmelserna kommer att tillämpas i praktiken med avseende på subsidiaritetsprincipen på folkhälsoområdet, och lägger fram ett antal synpunkter och rekommendationer.

1.3 Kommittén är oroad över risken för ökade skillnader i tillgång till vård mellan olika grupper i samhället. Vi vill att man i direktivet ska skriva in att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och att de som har störst behov eller sämst socialt skydd också ska ges företräde till vården.

1.4 Varje användares grundläggande rättighet att erhålla nödvändiga garantier vad avser kvalitet och säkerhet innebär krav på standardisering, certifiering och utvärdering av kapaciteten i fråga om utrustning och personal i vårdorganisationen.

1.5 Tillgång till gränsöverskridande hälsovård förutsätter att kapaciteten i de olika ländernas sjukvårdsorganisation är komplementär och balanserad med avseende på tekniska och personella insatser, medicinsk utrustning och vårdgivaransvar. Detta förutsätter en europeisk stödpolitik i fråga om yrkesutbildning och medicinsk utrustning. Man bör fästa särskild uppmärksamhet på vissa av de medicinska risker som kan kopplas till en ökad rörlighet av patienter.

1.6 EESK anser inte att dokumentet bör uttrycka någon vilja att öka patientrörligheten, men det bör däremot innehålla en ram som gör det möjligt att utöva denna rättighet, utan att man för den skull glömmer behovet av kvalitetsvård så nära vårdtagaren som möjligt. De mekanismer som skapas bör inte vara oproportionerliga med avseende på omfattningen av den gränsöverskridande vården.

1.7 Kommittén hyser oro inför den skillnad som görs i direktivet mellan sjukhusvård och vård utanför sjukhus. Denna distinktion grundar sig mer på ekonomiska aspekter än på verkligheten i sjukvårdsorganisationen i de olika länderna, och EESK rekommenderar i enlighet med subsidiaritetsprincipen och artikel 86.2 i fördraget att varje medlemsstat själv ska fastställa vad som avses med sjukhusvård respektive vård utanför sjukhus.

1.8 Den tillgång till vård i en annan medlemsstat som erbjuds alla medborgare bör vara fri från varje diskriminering, i linje med artikel 13 i fördraget, och respektera patientens rättigheter i enlighet med EESK:s förslag ⁽¹⁾. Detta bör säkerställas genom ett europeiskt hälsokort och en europeisk hälsojournal som bör innehålla relevant information och vara tillgänglig för sjukvårdspersonal och för patienten själv.

1.9 En effektiv informationspolitik är mycket viktig i fråga om gränsöverskridande vård eftersom man endast genom information kan ge innehåll åt principen om lika tillgång till vård och ge användarna möjlighet att göra fria och medvetna val. Denna politik bör utformas av medlemsstaterna själva.

1.10 Informationen bör också ta upp möjligheterna till överklagan i händelse av skada, och formerna för hur tvisten ska handläggas. Här vore det lämpligt med en enda kontaktpunkt, och det tycks nödvändigt att följa den rättspraxis som gäller på patientens hemort. EESK rekommenderar för övrigt att systemet med obligatoriska försäkringar utsträcks till att omfatta all sjukvårdspersonal.

1.11 För att kunna begränsa ojämlikheten i fråga om tillgång till vård bör det i bestämmelserna i fråga om formerna för ersättning i efterhand tas mycket stor hänsyn till tidsgränserna i fråga om återbetalning och till skillnader mellan olika behandlingsformer, tillhandahållande av läkemedel eller apparater i det land där vården ges och det land där vårddagarna är sjukförsäkrad.

1.12 Ersättningsystemet bör också ta hänsyn till risken för orättvisor eller tvister, eftersom sjukförsäkringssystemen inte är lika utan präglas av nationella särdrag: direktsubventionerad sjukvård, självrisk, differentierade avgifter, referensläkare, kodifiering av behandling osv.

1.13 Formerna för hur informationen sprids måste beakta både säkerhetskrav och kvalitetskrav, men också möjliggöra individens fria val och underlätta hänsynstagande till ekonomisk konkurrenskraft, sammanhållning, social rättvisa och kollektiv solidaritet.

1.14 De nationella kontaktpunkterna måste stå i förbindelse med olika sammanslutningar av arbetstagare, familjer och användare och byggas upp i nära samarbete med sjukförsäkringsinstitutionerna, så att dessa organisationer kan vidarebefordra informationen. De bör också genomföra informations- och utbildningsåtgärder med inriktning på vårdgivare, paramedicinsk personal och socialarbetare i fråga om möjligheterna till gränsöverskridande vård.

⁽¹⁾ EESK:s initiativyttrande av om "Patienträttigheter", föredragande: Lucien Bouis (EUT C 10, 15.1.2008).

1.15 Särskild uppmärksamhet bör riktas mot kontinuiteten i vården, uppföljningen av patienter, anpassning av medicintekniska produkter samt läkemedelskonsumtion. Vårdpersonal och vårdorganisationer måste samordna arbetet i vårdkedjan och formerna för omhändertagandet av patienten under hela vårdtiden.

1.16 Inrättandet av europeiska referensnätverk bör åtföljas av en utveckling av informationsteknik, som ska vara fullständigt driftskompatibel – något som alla patienter ska kunna dra nytta av, oavsett var de bor. Erfarenhetsutbyte mellan sakkunniga bör åstadkomma kvalitetsförbättringar i medlemsstaternas system, vilket gynnar alla aktörer: institutioner, yrkesutövare, patienter osv.

1.17 Statistik som samlats in i medlemsstaterna bör göra det möjligt att utvärdera tillämpningen av direktivet. Genom statistiken bör man också kunna ta fram indikatorer som kan peka på sjukvårdssystemens starka och svaga sidor samt befolkningens behov och önskemål. Denna rapport bör också tillsändas EESK, som å sin sida åtar sig att följa upp den och vid behov utarbeta ett nytt initiativyttrande.

1.18 En verklig tillämpning av patienträttigheter i fråga om gränsöverskridande vård kräver en viss anpassningsperiod för att möjliggöra en djupgående förändring av metoderna samt av personalens inställning och utbildning. En sådan tillämpning förutsätter att en europeisk strategi för ömsesidiga rättigheter och skyldigheter för de olika aktörerna på sjukvårdsområdet integreras i de nationella bestämmelserna.

1.19 Enligt EESK är det tydligt att kommissionen inte har lyckats förena subsidiaritet inom hälsovården med behovet av ett konsekvent angreppssätt i samband med gränsöverskridande behandlingar. Både patienter och vårdgivare kan därmed även fortsättningsvis drabbas av skilda tolkningar och därmed sammanhängande rättsprocesser.

2. Sammanfattning av meddelandet

2.1 Remissens rättsliga och politiska bakgrund

2.1.1 Till följd av EG-domstolens rättspraxis uppmanades kommissionen redan 2003 att undersöka hur det skulle kunna skapas ett tydligare rättsläge i fråga om gränsöverskridande vård.

2.1.2 Direktivet om tjänster på inre marknaden, som lades fram 2004, innehöll bestämmelser i frågan. Parlamentet och rådet förkastade dessa bestämmelser eftersom de ansåg att hälso- och sjukvårdstjänsternas särart inte beaktades i tillräcklig utsträckning (skillnaderna är stora mellan länderna), särskilt deras tekniska komplexitet och problemen i samband med finansieringen. Man kan också notera den allmänna opinionens känslighet när det gäller frågan.

Kommissionen beslutade att under 2008 lägga fram ett meddelande och ett direktiv i syfte att se till att det finns tydliga regler för gränsöverskridande hälso- och sjukvård i EU. Det handlar om vård i utlandet – patienten beger sig till en vårdgivare i en annan medlemsstat för att få behandling. Mot den bakgrunden föreslår kommissionen en definition av sjukhusvård respektive vård utanför sjukhus.

2.2 Föreslagen ram

2.2.1 Förslaget bygger på artikel 95 i fördraget som syftar till att upprätta den inre marknaden och få den att fungera, artikel 152 om åtgärder på folkhälsoområdet och de allmänna principerna i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna, som ingår i Lissabonfördraget.

2.2.2 För att uppnå detta syfte är rättsliga definitioner och allmänna bestämmelser uppbyggda kring tre huvudområden: Gemensamma principer för alla hälso- och sjukvårdssystem i EU; särskilda regler för gränsöverskridande hälso- och sjukvård samt europeiskt hälso- och sjukvårdssamarbete. I direktivet anges de principer som ska tillämpas för ersättning av hälso- och sjukvård i en annan medlemsstat samt formerna för hur patienträttigheterna ska utövas i praktiken, där en skillnad görs mellan sjukhusvård och vård utanför sjukhus.

2.2.3 Detta förslag ändrar inte de bestämmelser som redan finns för samordning av de sociala trygghetssystemen.

2.2.4 I direktivet fastställs de förfaranden som ska följas, liksom bestämmelser om inrättandet av lämpliga mekanismer för information och stöd till patienter via nationella kontaktpunkter. Den patient som inte inom rimlig tid kan erbjudas hälsovård i sitt eget land får söka vård i en annan medlemsstat.

2.2.5 Genom direktivet stimuleras ökat samarbete inom Europa genom upprättande av europeiska referensnätverk, utvärdering av medicinska metoder samt utveckling av informations- och kommunikationsteknik (e-hälsotjänster).

3. Allmänna kommentarer

3.1 EESK har i olika yttranden behandlat frågor kopplade till hälsovård och patienträttigheter, och avser nu uppmärksamma kommissionens intresse för gränsöverskridande vård.

3.2 EESK anser inte att initiativet bör uttrycka någon vilja att öka patientrörligheten, men det bör däremot innehålla en ram som gör det möjligt att utöva denna rättighet. De mekanismer som skapas bör inte vara oproportionerliga med avseende på omfattning eller kostnader i förhållande till storleken på den gränsöverskridande vården.

3.3 Förslaget ligger i linje med Europeiska unionens värderingar och värderingarna i Tallinnstadgan⁽²⁾. Syftet med förslaget är att se till att det i hela Europa erbjuds vård av hög kvalitet, tillgänglig för alla.

3.4 I sin nuvarande lydelse beaktar direktivförslaget inte fullt ut komplexiteten, variationen och skillnaderna i de 27 medlemsstaternas olika hälsovårdssystem. Det är mycket troligt att direktivet inte kommer att tolkas på samma sätt i de olika medlemsstaternas hälsovårdssystem. Kommittén undrar således hur bestämmelserna kommer att tillämpas i praktiken och önskar att begreppen sjukhusvård respektive vård utanför sjukhus definieras tydligt för att rättssäkerheten för patienter och vårdpersonal ska stärkas.

3.4.1 I texten bekräftas att hälsovårdssystemen faller under medlemsstaternas befogenheter. Strävan i förslaget är också att fullt ut respektera deras ansvar när det gäller organisationen av hälsovårdssystemen, tillhandahållandet av medicinsk vård samt ersättning. De bestämmelser som föreslås kommer emellertid på sikt att påverka de olika hälsovårdssystemen, deras långsiktiga ekonomiska hållbarhet och de rättigheter som omfattas.

3.4.2 Med tanke på de stora skillnaderna i fråga om den vård som ges och kostnaden för den, finns det också i systemet för ersättning av det belopp som patienten betalat en risk för orättvisor eller tvister eftersom sjukförsäkringssystemen inte är lika utan präglas av nationella särdrag. EESK fruktar att direktivet kan erbjuda en möjlighet att öppna sjukvårdsmarknaden för konkurrens, vilket när tjänstedirektivet har trätt i kraft kan leda till att kvaliteten på hälsoskyddet som helhet i Europa undergrävs.

3.4.3 Om gränsöverskridande hälsovård ska bli effektiv och användas på rätt sätt måste kapaciteten i de olika ländernas sjukvårdsorganisation vara komplementär och balanserad med avseende på tekniska och personella insatser, medicinsk utrustning och fastställande av vårdgivaransvar.

3.4.4 I vilket fall har patienterna, när de utnyttjar sina rättigheter i fråga om gränsöverskridande hälso- och sjukvård, rätt att förvänta sig garantier avseende kvalitet och säkerhet. Denna grundläggande rättighet leder till frågan om en eventuell harmonisering av förfarandena för certifiering, utvärdering av yrkesmetoder, kapaciteten i den medicinska utrustningen och organisationen av systemet för ersättning i händelse av skada.

3.4.5 I fråga om gränsöverskridande vård innebär ett omhändertagande av hög kvalitet och säkerställande av patientens förtroende för den vård som det mottagande landet ger att ett visst antal villkor måste uppfyllas för att garantera kontinuiteten i vården, bl.a. följande:

— Allmän användning av ett personligt hälsokort som följer med den enskilde från födseln.

(2) Stadga som undertecknades den 27 juni 2008 i Tallinn av hälsoministrarna i Världshälsoorganisationens Europaregion.

- En europeisk hälsojournal som bör innehålla relevant information och vara tillgänglig för sjukvårdspersonal och för patienten själv.
- Gemensam utformning av förfarandena för omhändertagande.
- Samordnade metoder för förskrivning av läkemedel, framför allt generell användning av generiska läkemedel, trots att läkemedel regleras av internationella handelsbestämmelser.
- Standardisering och certifiering av implantat, apparater och medicinsk utrustning.
- Åtgärder för europeisk ackreditering eller certifiering av medicinsk och paramedicinsk sjukhusutrustning.
- Ett gemenskapsförfarande för godkännande av läkemedel som släpps ut på marknaden.

Alla dessa villkor förutsätter att man utvecklar ny teknik där data-systemen är driftskompatibla.

3.4.6 Sådana förändringar i organisationen av systemet och i yrkespraxis kräver en förändrad inställning hos och utbildning av personalen, men också en juridisk utvärdering av befogenheter-nas gränser samt den roll och det ansvar som sjukvårdsmyndig-heterna har i de olika länderna, vilket innebär att det behövs en viss period för anpassning.

3.4.7 Patienternas möjligheter till gränsöverskridande vård bör vara en del av rätten till lika tillgång till alla sjukvårdstjänster och till sjukvårdspersonal, utan diskriminering på grundval av kön, ras eller etniskt ursprung, religion eller övertygelse, funktionshinder, ålder eller sexuell läggning. Det behövs bland annat en effektiv informationspolitik om två aspekter:

3.4.7.1 Information från ansvariga organ på sjukvårdsområdet om det utbud av vård som står till medborgarnas förfogande så att dessa kan välja att utnyttja gränsöverskridande vård. Dessa organ bör också säkerställa att olika utsatta grupper, exempelvis personer som är socialt isolerade eller på annat sätt marginalise-rade, får tillgång till informationen.

3.4.7.2 Information om sjukdomen, möjliga behandlingsformer och deras fördelar och risker samt uppgifter om de strukturer eller personer som tillhandahåller vården.

3.4.7.3 Denna information bör spridas i samarbete med perso-ner som arbetar inom sjukvården, vilket förutsätter att dessa per-soner själva har aktuella kunskaper om utbudet i Europa. Det är alltså viktigt att kontakter mellan vårdgivare och nationella kon-taktpunkter byggs upp, vilket förutsätter att ekonomiska medel avsätts i detta syfte. Dessutom måste språkliga hinder övervinnas.

3.4.8 Informationen måste vara fullständig och relevant så att patienter kan göra fria och medvetna val. Det är viktigt att patien-terna inte vilseleds och att marknaden inte snedvrids.

3.4.9 Endast sådana informationskrav kan ge innehåll åt prin-cipen om lika tillgång till vård i enlighet med direktivet, oavsett behovet av gränsöverskridande vård.

4. Särskilda kommentarer

4.1 Artikel 3

4.1.1 EESK anser att förslaget till direktiv ska gälla utan att påverka tillämpningen av de gemenskapsbestämmelser som nämnts tidigare, i synnerhet förordningarna 1408/71 och 883/2004.

4.2 Artikel 4 d

4.2.1 EESK anser att förteckningen över hälso- och sjukvårds-personal är ofullständig, och vill tillägga paramedicinsk personal, t.ex. talpedagoger och ortoptister.

4.3 Artikel 5

4.3.1 EESK anser att denna artikel är särskilt viktig, och noterar att utmaningen kommer att bestå i att garantera vård som mot-svarar medborgarnas behov och önskemål genom att tillerkänna dem rättigheter men också ansvar i syfte att främja välbefinnande genom att kombinera ekonomisk konkurrenskraft, sammanhåll-ning, social rättvisa och kollektiv solidaritet. EESK kommer att noga bevaka att definitionerna av kvalitets- och säkerhetsnor-merna inte äventyrar mångfalden i de nationella vårdsystemen (artikel 152.5 i EG-fördraget).

4.3.2 EESK vill peka på vikten av att det finns hälsovårdssystem för hela befolkningen, i synnerhet för de mest missgynnade, men också på att bättre tillgång till vård får konsekvenser för den eko-nomiska tillväxten. Kommittén vill också understryka att alla investeringar som förbättrar tillgången till vård blir effektivare om de är samordnade.

4.4 Artikel 6

4.4.1 EESK anser att den mekanism som inrättas för ersättning i efterhand i hög grad bör beakta att behandling och tillhandahåll-lande av läkemedel eller apparater sker i det land där vården ges, inte i det land där vårdtagaren är sjukförsäkrad och som ansvarar för kriterierna för vad som omfattas. Det blir därför nödvändigt att upprätta jämförelsetabeller med avseende på både ersättnings-nivåer och krav i fråga om vårdens kontinuitet.

4.4.2 EESK hyser oro för den extra kostnad som patienten måste stå för om ersättningen uteblir av icke-förutsedda skäl. För att säkerställa kontinuiteten kommer det så småningom att bli nödvändigt att granska möjligheterna till att låta det land där vårdtagaren är sjukförsäkrad direkt ta hand om kostnaderna. Detta skulle kunna få stora konsekvenser för finansieringssystemet.

4.4.3 Kommittén är mån om att inte främja en sjukvård uppdelad i två kategorier – en för fattiga och en för rika patienter inom en medlemsstat och en för fattiga och en för rika stater. EESK anser därför att kostnadsfrågan måste klarläggas i detalj. EESK understryker att man i fråga om avräkningen måste beakta befintliga strukturer och metoder.

4.5 Artiklarna 7 och 8

4.5.1 Kommittén hyser stor oro inför den skillnad som i direktivet görs mellan sjukhusvård och vård utanför sjukhus. Kommittén noterar att denna distinktion grundar sig mer på ekonomiska aspekter än på verkligheten i sjukvårdsorganisationen i de olika länderna.

4.5.2 Kommissionen föreslår att det upprättas en särskild förteckning, men EESK rekommenderar, i enlighet med subsidiaritetsprincipen och artikel 86.2 i fördraget, att medlemsstaterna får ansvar för att fastställa vad de avser med sjukhusvård, såvida detta system inte uppenbarligen missbrukas. Punkterna 1 och 2 bör ändras i enlighet med detta.

4.6 Artikel 9

4.6.1 EESK anser att system för förhandstillstånd kan vara positivt eftersom den processen utgör en möjlighet till diskussion och patientinformation genom den dialog som kan uppstå mellan patienten och den instans som ersätter kostnaderna. Sådana system kan också säkerställa ersättning för specifika insatser, exempelvis transporter.

4.6.2 Oberoende av om man i förväg offentliggör kriterier för förhandstillstånd anser EESK att alla avslag måste motiveras och förklaras för patienten.

4.7 Artikel 10

4.7.1 För EESK är det viktigt att bestämmelserna utformas med tanke på att patienten ska få information så att han eller hon kan välja gränsöverskridande vård. Denna information bör bland annat redovisa skyldigheter och begränsningar vad avser vården samt formerna för ersättning och hur stor del av kostnaden som åligger patienten.

4.7.2 EESK rekommenderar att det obligatoriska försäkringssystemet ⁽³⁾ utvidgas så att det omfattar all vårdpersonal, och att information ges om systemet för överklagan i händelse av skada efter medicinsk olycka, oavsett om felbehandling har skett eller inte (bestämmelser om strikt ansvar).

4.7.3 EESK anser att det är viktigt att principen om en enda kontaktpunkt bibehålls i samband med klagomålsförfaranden, och att alla tvister ska behandlas i det land där patienten har sin sjukvårdsförsäkring.

4.7.4 Informationstjänster on-line och webbplatser med information är enligt EESK informationskanaler som bör utvecklas bättre. Informationskällorna och formerna för informationsspridningen kan emellertid inte begränsa sig till ett enda verktyg, eftersom ett stort antal av medborgarna har liten eller ingen tillgång till Internet. Risken finns att man skapar ett hälsovårdssystem med två hastigheter, där endast de högsta socialklasserna och de mest välinformerade skulle kunna dra nytta av gränsöverskridande vård.

4.8 Artikel 12

4.8.1 De nationella kontaktpunkterna måste stå i förbindelse med olika sammanslutningar av arbetstagare, familjer och användare och byggas upp i nära samarbete med sjukförsäkringsinstitutionerna och vårdgivarnas oberoende organ, så att dessa organisationer kan vidarebefordra informationen. Det är dessutom nödvändigt att dessa kontaktpunkter gör informations- och utbildningsinsatser riktade mot vårdgivare, paramedicinsk personal och socialarbetare i fråga om möjligheterna till gränsöverskridande vård. Varje medlemsstat är ansvarig för att inrätta sin nationella kontaktpunkt.

4.9 Artikel 14

4.9.1 EESK anser att denna artikel möjliggör kontinuitet i vården i fråga om läkemedelskonsumtion. Kommittén önskar emellertid en strikt tillämpning med hänsyn till risken för överkonsumtion och till och med eventuell smuggling. EESK noterar att direktivet inte uppmärksammar begränsad utdelning av receptbelagda mediciner.

4.10 Artikel 15

4.10.1 EESK menar att denna artikel delvis utgör ett svar på kommitténs oro vad avser ojämlikhet i vårdens kvalitet i medlemsstaterna. Inrättandet av europeiska referensnätverk bör åtföljas av en utveckling av informations- och kommunikationsteknik, något som alla patienter ska kunna dra nytta av, oavsett var de bor.

⁽³⁾ Ansvarsförsäkring.

4.10.2 I målen för de europeiska referensnätverken bör följande läggas till:

- Punkt 2 a: "bedömning och registrering av behandlingsmetoder".
- Punkt 2 d: "samt erkännande av yrkesutbildningsbevis och respekt för etiska uppförandekoder".

4.10.3 Om något förfarande planeras för anslutningen av medlemmar till nätverket vill EESK också peka på vikten av utvärdering, eller till och med inrättande av ett certifieringsförfarande.

4.10.4 I förteckningen över särskilda kriterier och villkor som referensnätverken måste uppfylla önskar EESK se följande kompletteringar:

- Punkt 3 a ix bör kompletteras med "ett sådant samarbete framstår som nödvändigt i synnerhet när det gäller användardeltagande i fastställandet av skäliga väntetider".

Bryssel den 4 december 2008.

Europeiska ekonomiska och sociala kommitténs ordförande
Mario SEPI

- En punkt 3 a x bör tilläggas med följande lydelse: "får incitament att erkänna och beakta en gemensam stadga om patienträttigheter som garanterar tillämpning i praktiken av dessa rättigheter både i ursprungslandet och i samband med gränsöverskridande vård".

4.11 *Artikel 18*

4.11.1 Statistik som samlats in i medlemsstaterna bör göra det möjligt att utvärdera tillämpningen av föreliggande direktiv. Det vore önskvärt om man genom statistiken även kunde ta fram indikatorer som mer i detalj kan peka på sjukvårdssystemens starka och svaga sidor samt befolkningens behov och önskemål.

4.12 *Artikel 20*

4.12.1 Formerna för förhandstillstånd bör göras tydligare och överlämnas till kommissionen för analys.

4.12.2 Denna rapport bör också tillsändas EESK.

Europeiska ekonomiska och sociala kommitténs generalsekreterare
Martin WESTLAKE