

**UDENRIGSMINISTERIET**

Medlemmerne af Folketingets Europaudvalg  
og deres stedfortrædere

Asiatisk Plads 2  
DK-1448 København K  
Tel. +45 33 92 00 00  
Fax +45 32 54 05 33  
E-mail: um@um.dk  
Telex 31292 ETR DK  
Telegr. adr. Etrangeres  
Girokonto 300-1806



Bilag  
1

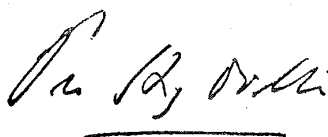
Journalnummer  
400.C.2-0

Kontor  
EUK

30. januar 2004

På Indenrigs- og Sundhedsministeriets anmodning vedlægges til underretning for Folketingets Europaudvalg rapport af 9. december 2003 fra Refleksionsprocessen vedrørende patienternes mobilitet og den fremtidige udvikling inden for sundhedspleje i EU.

Materialet er ligeledes sendt til Folketingets Sundhedsudvalg.

  
Per Stig Møller



**EUROPA-KOMMISSIONEN**  
GENERALDIREKTORATET FOR SUNDHED OG FORBRUGERBESKYTTELSE

**PROCESSEN FOR OVERVEJELSER PÅ HØJT PLAN VEDRØRENDE PATIENTERNES  
MOBILITET OG DEN FREMTIDIGE UDVIKLING INDEN FOR SUNDHEDSPLEJE I EU**

<b>Dokument:</b> Resultater af processen for overvejelser	
<b>Dato:</b> 9/12/2003	<b>Reference:</b> HLPR/2003/16
<b>Til:</b> Personlige repræsentanter	<b>Fra:</b> Sekretariatet
<b>Tiltag:</b> Information	
Denne rapport vedrørende processen for overvejelser afspejler den aftale, som man nåede frem til på det afsluttende møde den 8. december 2003.	

## PROCESSEN FOR OVERVEJELSER PÅ HØJT PLAN VEDRØRENDE PATIENTERNES MOBILITET OG DEN FREMTIDIGE UDVIKLING INDEN FOR SUNDHEDSPLEJE I EU

### INDLEDNING

Processen for overvejelser på højt plan vedrørende patienternes mobilitet og den fremtidige udvikling inden for sundhedspleje i EU blev iværksat af Kommissionen på grundlag af konklusionerne fra mødet i Rådet (sundhedsministrene) den 26. juni 2002. Da sundhedsvæsenene og sundhedspolitikkerne i hele EU i stadig stigende grad bliver indbyrdes forbundne, er det hensigten at oprette et forum for udvikling af en fælles europæisk vision på dette område under hensyntagen til de enkelte medlemsstaters ansvar for deres eget sundhedsvæsen. I rapportens afsnit 4 gives en mere detaljeret beskrivelse af, hvad det nationale ansvar for sundhedssystemer indebærer, og det omfatter emner som f.eks. finansiering af sundhedssystemet, intern tildeling af ressourcer, fastsættelse af de overordnede prioriteringer for udgifter på sundhedsområdet og retten til at bestemme omfanget af den offentligt finansierede sundhedspleje, prioritering af den enkeltes adgang til sundhedsvæsenet (hvis der betales inden for rammerne af den nationale ordning) under hensyntagen til det kliniske behov, forvaltningsstrategier inden for de fastsatte budgetter, og forhold vedrørende sundhedsplejens kvalitet og effektivitet som f.eks. kliniske retningslinjer.

På trods af at Fællesskabets indsats på folkesundhedsområdet fuldt ud skal respektere medlemsstaternes ansvar for organisation og levering af sundhedstjenesteydelser og medicinsk behandling i henhold til traktatens artikel 152, kan udviklingen på andre områder (f.eks. med hensyn til det indre marked) påvirke sundhedsvæsenene. Der er allerede blevet peget på vigtige emner, navnlig af det højtstående udvalg for sundhed i rapporten af 17. december 2001 om det indre marked og sundhedstjenesteydelser<sup>1</sup> og på EU's sundhedsministres møde i Malaga den 8. februar 2002. Derudover har Kommissionens tjenestegrene i juli 2003 udarbejdet en sammenfattende rapport om den nationale anvendelse af Domstolens retspraksis inden for tilbagebetaling af udgifter til lægehjælp, som patienten har modtaget i en anden medlemsstat<sup>2</sup>. Som beskrevet i Rådets konklusioner er der en merværdi forbundet med at undersøge visse sundhedsspørgsmål med udgangspunkt i et perspektiv, som rækker ud over de nationale grænser. Der er behov for at styrke samarbejdet med henblik på at fremme mulighederne for adgang til sundhedspleje af høj kvalitet, samtidig med at sundhedsvæsenernes økonomiske bæredygtighed i EU opretholdes. Den umiddelbart forestående udvidelse af EU betyder, at dette bliver af endnu større betydning, da sundhedsvæsenenes forskellighed i et udvidet Europa vil medføre øget tilskyndelse til mobilitet blandt både de ansatte i sundhedsvæsenet og patienterne. Dette kunne gøre det særligt vanskeligt for de tiltrædende lande at beskytte adgangen til samt kvaliteten og bæredygtigheden af deres sundhedsvæsen.

---

<sup>1</sup> Jf. [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_overview/Documents/key06\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/key06_en.pdf)

<sup>2</sup> SEK(2003) 900 af 28. juli 2003.

EU har gode muligheder for at forbedre borgernes liv. Det har givet klare fordele inden for folkesundhed både med hensyn til at tackle determinanterne for dårligt helbred og trusler mod sundheden, og folkesundhedsprogrammet<sup>3</sup> vil give endnu flere fordele. Forordning 1408/71 om koordinering af sociale sikringsordninger indeholder bestemmelser om adgang til sundhedspleje for personer, som flytter inden for EU's grænser, og forordningen er blevet ajourført med henblik på at afspejle de ændrede forhold. Det udvalg for social beskyttelse, som EF-traktatens artikel 144<sup>4</sup> indeholder bestemmelser om, fremmer samarbejde om politikker vedrørende social beskyttelse, herunder sundhedspleje. De europæiske rammeprogrammer for forskning og teknologisk udvikling bidrager til at forbedre viden om sundhed og sundhedspleje. EF-traktatens artikel 152 kræver, at der skal sikres et højt sundhedsbeskyttelsesniveau ved fastlæggelsen og gennemførelsen af alle Fællesskabets politikker og aktiviteter. Af udkastet til forfatningstraktaten fremgår det, at det skal være et mål for EU at fremme befolkningernes velfærd samt at fremme social retfærdighed og beskyttelse.

Forbedret samarbejde inden for sundhed og sundhedspleje betyder, at borgerne i højere grad får opfyldt deres forventninger, og giver patienterne bedre adgang til pleje og et større udvalg af tjenesteudbydere på sundhedsområdet. Det øger også borgernes frihed til at rejse, studere, arbejde eller leve i et andet land. Det er i alle borgernes interesse, at disse fremskridt opnås på en måde, som respekterer de grundlæggende principper, som karakteriserer alle EU-landenes sundhedsordninger: universel karakter, lighed, solidaritet og økonomisk bæredygtighed. Med henblik på at sikre sundhedspleje af høj kvalitet og patienternes sikkerhed er det også nødvendigt at have fagfolk i sundhedsvæsenet med den rette uddannelse og de rette kvalifikationer i hele EU og at lette disses mobilitet.

I den forbindelse anerkendte Rådet og medlemsstaternes repræsentanter på mødet i Rådet, at det ville være af stor værdi, at Kommissionen gennemfører en proces for overvejelser på højt plan i tæt samarbejde med Rådet og alle medlemsstaterne, navnlig med sundhedsministrene og andre fremtrædende interessenter. Ministre fra Østrig, Belgien, Danmark, Finland, Frankrig, Tyskland, Grækenland, Irland, Italien, Nederlandene, Portugal, Spanien, Sverige og Det Forenede Kongerige deltog i processen sammen med repræsentanter for International Mutual Association (AIM), Standing Committee of the Hospitals of the EU (HOPE), European Health Management Association (EHMA), Europæisk Patientforum, European Social Insurance Partners (ESIP), Standing Committee of European Doctors (CPME) og Europa-Parlamentet. Deltagerne i processen for overvejelser på højt plan har holdt møde den 3. februar og den 7. juli med et afsluttende møde den 8. december suppleret med yderligere møder med deltagelse af personlige repræsentanter for deltagerne i processen for overvejelser. Med henblik på at bestemme og inkorporere specifikke udvidelsesrelaterede aspekter blev sundhedsministrene fra de tiltrædende lande indbudt til det afsluttende møde, og derudover blev deres repræsentanter inddraget i den afsluttende fase af processen for overvejelser.

Alle de personer, som har deltaget i processen for overvejelser, har deltaget som enkeltpersoner, og konklusionerne berører ikke de holdninger, som er blevet vedtaget i forbindelse med andre drøftelser eller i andre fora. Navnlig har Europa-Kommissionen fungeret som iværksætter af processen for overvejelser på højt plan, men de synspunkter,

---

<sup>3</sup> Jf. [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_programme/programme\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm)

<sup>4</sup> Traktaten om oprettelse af Det Europæiske Fællesskab.

der er blevet fremsat, er ikke nødvendigvis udtryk for Kommissionens holdning. Alle, som berøres af de anbefalinger, som processen for overvejelser har resulteret i, skal overveje, hvorledes det er mest hensigtsmæssigt at reagere; Kommissionen planlægger i den forbindelse at offentliggøre en meddelelse som reaktion på processen for overvejelser i marts 2004.

Denne rapport er struktureret på grundlag af fem emner:

- europæisk samarbejde med henblik på at muliggøre en bedre anvendelse af ressourcerne
- det behov for oplysninger, som patienter, ansatte i sundhedssektoren og politiske beslutningstagere har
- adgangen til og kvaliteten af sundhedspleje
- overensstemmelse mellem den nationale sundhedspolitik og forpligtelser på europæisk plan
- sundhedsrelaterede spørgsmål og EU's Samhørighedsfond og strukturfonde.

## **1. EUROPÆISK SAMARBEJDE**

Medlemmerne af denne arbejdsgruppe, som beskæftigede sig med europæisk samarbejde vedrørende bedre anvendelse af ressourcerne, repræsenterede Frankrig, Sverige, Danmark, Østrig, ESIP og HOPE. Den konference, som HOPE arrangerede den 18. - 20. juni 2003 i Luxembourg med støtte fra Europa-Kommissionen vedrørende hospitalernes rolle i forbindelse med fri bevægelighed og samarbejde på tværs af grænserne i Europa, og dermed forbundet arbejde har også bidraget med materiale, som er relevant for dette emne. På grundlag af denne gruppes arbejde har man i forbindelse med processen for overvejelser peget på følgende emner og anbefalinger.

### **Patienternes rettigheder og pligter.**

Patienterne har en række rettigheder, krav og forventninger inden for sundhedspleje. Patienternes rettigheder anerkendes også delvist i charteret om grundlæggende rettigheder. Af artikel 35 fremgår følgende: "Enhver har ret til at få adgang til sundhedsforebyggelse og til at modtage lægehjælp på de betingelser, der er fastsat ved medlemsstaternes lovgivning og praksis." Det ville være nyttigt med mere klarhed over disse emner på europæisk plan, og emner som f.eks. overordnede oplysninger om sundhedspleje, personlig information, beskyttelse af personoplysninger, erstatning, og informeret samtykke bør være omfattet. Spørgsmål vedrørende rettigheder og pligter for ansatte i sundhedssektoren, hvad angår patienterne, kunne også afklares sammen patienternes pligter som f.eks. afgivelse af fuldstændige og nøjagtige oplysninger.

#### Anbefaling:

- Yderligere undersøgelse af muligheden for at nå frem til en fælles tilgang til spørgsmål vedrørende patienternes rettigheder, individuelle og sociale rettigheder og pligter på europæisk plan med udgangspunkt i indsamling af eksisterende oplysninger om disse emner, og om hvordan de behandles i medlemsstaterne og de tiltrædende lande.

## **Udnyttelse af overskydende kapacitet og sundhedspleje på tværs af grænserne**

Samarbejde mellem sundhedsvæsenene kan være fordelagtigt i visse situationer, f.eks. i grænseregioner eller hvor der findes begrænsninger, som skyldes manglende kapacitet. "Sundhedspleje på tværs af grænserne" er et overordnet begreb, som både dækker samarbejde i grænseregioner og mere overordnet sundhedspleje, som er blevet ydet i en anden medlemsstat, uden at de involverede medlemsstater nødvendigvis har en fælles grænse. Samarbejde mellem sundhedsvæsenene kan dog vanskeliggøres på grund af forskellige lovgivningsmæssige rammer, forhold vedrørende ansvar, planlægningsvanskeligheder forbundet med forskellige systemer og godtgørelsesmekanismer - problemer der bør findes en løsning på. Hvis der modtages sundhedspleje i andre medlemsstater, kan det både have konsekvenser i det land, hvor plejen modtages, og i modtagerens land.

### **Anbefalinger:**

- Opfordring til Kommissionen om på europæisk plan at fremme udvekslingen af oplysninger om de muligheder for sundhedspleje, som er til rådighed, udbuddet af den eksisterende sundhedspleje, rettigheder og procedurer, omkostninger, priser, komplikationer, journaler, nomenklatur for lidelser, behandlinger og produkter samt sundhedsplejens kontinuitet og kvalitet i hele Europa som en del af de overordnede rammer for oplysninger, som er behandlet i afsnittet om oplysninger nedenfor. Aktionen kunne omfatte støtte til netværkssamarbejde og udvikling af databaser.
- Evaluering af eksisterende sundhedsprojekter, som går på tværs af grænserne, navnlig Euregio-projekter, og udvikling af netværkssamarbejde mellem projekter med henblik på at udveksle eksempler på bedste praksis.
- Opfordring til Kommissionen om at undersøge, om det er muligt at udarbejde et sæt klare og gennemsigtige rammer for handel med sundhedspleje mellem medlemsstaterne, som de kompetente myndigheder i medlemsstaterne kan anvende, når de indgår aftaler med hinanden, samt opfordring til at fremsætte passende forslag.
- Fremme af Kommissionens, Rådets og Parlamentets igangværende arbejde for at sikre klare, enkle og gennemsigtige anerkendelsesprocedurer med en høj grad af automatisk anerkendelse som i de nuværende sektorspecifikke bestemmelser med henblik på at lette og udvikle mobiliteten for ansatte i sundhedsvæsenet.

### **Europæiske referencecentre**

Europæiske referencecentre skal være centre, som kan behandle lidelser, der kræver en særlig koncentration af ressourcer eller ekspertise, for at sundhedsplejen kan være af høj kvalitet og omkostningseffektiv, navnlig hvad angår sjældne sygdomme. Referencecentrene kunne også bidrage til uddannelse af læger og medicinsk forskning samt spredning og evaluering af oplysninger. Uanset formen bør de europæiske referencecentre være fleksible, objektive og gennemsigtige med klare kriterier og et videnskabeligt og fagligt engagement, det bør sikres, at centrene fordeles i hele det udvidede EU, og det bør være op til de myndigheder, som bærer ansvaret for den pågældende sundhedspleje, at afgøre, hvorledes referencecentrene skal anvendes.

### **Anbefaling:**

- Opfordring til Kommissionen om i samarbejde med medlemsstaterne og de tiltrædende lande at gennemføre et kortlægningsarbejde vedrørende referencecentre under hensyntagen til de ovenfor beskrevne principper, og at undersøge, hvordan netværkssamarbejde og andre former for samarbejde om disse emner kan fremmes, herunder tilrettelæggelse, udpegning og udvikling af centre.

### **Vurdering af sundhedsteknologien**

En vurdering af sundhedsteknologien kan hjælpe de politiske beslutningstagere med at træffe velbegrundede beslutninger gennem tilvejebringelse af dokumentation om lægelige, sociale, økonomiske og etiske aspekter vedrørende politik og praksis inden for sundhedspleje. Den nuværende fragmentering af vurderingen af sundhedsteknologien i EU medfører unødvendigt dobbeltarbejde, mens mange teknologier med høj prioritet slet ikke vurderes. Udvekslingen af oplysninger kan forbedres ved hjælp af mere systematisk europæisk samarbejde.

#### Anbefaling:

- Opfordring til Kommissionen om at overveje, hvordan et bæredygtigt netværk og en bæredygtig koordineringsfunktion for vurdering af sundhedsteknologi kan oprettes og finansieres, og at fremsætte passende forslag.

## **2. OPLYSNING**

Medlemmerne af den arbejdsgruppe, som behandler spørgsmål vedrørende oplysninger til patienter, ansatte i sundhedssektoren og udbydere af tjenesteydelser på området, repræsenterede Finland, Spanien, Irland, CPME og Europæisk Patientforum. På grundlag af denne gruppes arbejde har man i forbindelse med processen for overvejelser peget på følgende emner og anbefalinger.

### **Et sæt EU-rammer for oplysning**

Når befolkningen bliver mere mobil, får ansatte i sundhedssektoren og borgerne behov for adgang til oplysninger om sundhedsrelaterede beslutninger og tjenesteydelser i sundhedsvæsenet, både hvad angår deres eget og andre systemer. Politiske beslutningstagere og tjenesteudbydere har også behov for information for at kunne garantere en bæredygtig udvikling inden for tjenesteydelser i sundhedssystemet. Der er behov for et sæt strategiske rammer, som tilvejebringer sammenhæng, komplementaritet og gennemsigtighed i forbindelse med oplysningsinitiativerne på EU-plan, og som dækker de berørte parters brede vifte af forventninger. Inden for rammerne bør overordnede emner som sundhedspolitikker, sundhedssystemer, sundhedsovervågning, kvalitetssikring, adgangen til oplysninger og beskyttelse af personoplysninger behandles. Inden for rammerne skal også specifikke punkter som passende teknologiske løsninger og standarder, forvaltning af journaler, ansvarsbestemmelser, retningslinjer vedrørende bedste praksis inden for godkendelse og rekruttering af ansatte i sundhedsvæsenet (herunder etiske spørgsmål) og meddelelse om procedurer vedrørende faglig forsømmelighed behandles.

Udvidelsen af Fællesskabet vil medføre yderligere udfordringer for borgerne og beslutningstagerne på EU-plan, hvad angår indsamling af data. Datastandarder skal kunne sikre, at data er sammenlignelige, og en formålstjenlig teknologi skal sikre, at

disse er til rådighed, når der er behov for dem. Folkesundhedsprogrammet 2003-2008, som har forbedring af oplysningerne som et af de vigtigste mål, udgør det vigtigste grundlag for fastlæggelse af en strategi for informationsstyring. En informationsstrategi skal også tage hensyn til andet relevant arbejde på internationalt plan, herunder arbejde, som udføres af Verdenssundhedsorganisationen (WHO) og Organisationen for Økonomisk Samarbejde og Udvikling (OECD). Mange aspekter vedrørende information er også blevet drøftet, og specifikke anbefalinger vedrørende de tre andre områder inden for europæisk samarbejde - adgang og kvalitet samt overensstemmelse mellem nationale politikker og forpligtelser på europæisk plan - og disses informationsaspekter bør også tages i betragtning i forbindelse med den overordnede tilgang beskrevet nedenfor.

#### Anbefalinger:

- Opfordring til Kommissionen om at udvikle et sæt rammer for sundhedsoplysninger på EU-plan på grundlag af de resultater, som folkesundhedsprogrammet giver, herunder bestemmelse af forskellige krav til oplysningerne set fra henholdsvis de politiske beslutningstagere, patienterne og fagfolkens perspektiv. Dette omfatter fastlæggelse af metoder for tilvejebringelse af oplysningerne og de forskellige relevante aktørers ansvarsområder under hensyntagen til relevant arbejde, som udføres af WHO og OECD.
- Opfordring til Kommissionen om at behandle spørgsmål vedrørende beskyttelse af personoplysninger og udveksling af fortrolige data mellem medlemsstaterne og på EU-plan.
- Opfordring til Kommissionen om at overveje at fastlægge europæiske principper for den kompetence og det ansvar, som udbydere af e-sundhedstjenester skal have.

### **3. ADGANG OG KVALITET**

Tyskland, Italien, Grækenland, Det Forenede Kongerige, Portugal, EHMA og AIM var medlemmer af den arbejdsgruppe, som behandlede adgang til pleje og kvaliteten heraf. Bidragene til gruppen omfatter en gennemgang af litteraturen om sundhedspleje på tværs af grænserne iværksat på foranledning af EHMA og materiale fra konferencen om adgangen til og kvaliteten af sundhedspleje i EU - forbedring af patienternes erfaringer og resultaterne, som blev afholdt den 4. - 6. maj 2003 på universitetet i Patras (under det græske formandskab og med støtte fra Europa-Kommissionen).

Der findes en lang række forskelligartede sundhedsvæsen i Europa. Både hvad angår adgang og kvalitet, findes der forskellige aspekter. Adgang omfatter fysisk adgang, økonomisk adgang og adgang til oplysninger og dækker navnlig følgende områder:

- Andelen af befolkningen, som er dækket af den offentligt støttede ordning.
- Udbuddet af tjenester, som er til rådighed under den offentligt støttede ordning.
- Adgangen til frivillig sygesikring.
- Den tid, som det tager at få den pågældende tjenesteydelse.
- Adgangen til tjenesteydelser af god kvalitet.
- Adgangen til nye behandlingsformer.
- Prisen på tjenesteydelser på sundhedsområdet og omfanget af omkostningsdeling.



- Befolkningens valgmuligheder (f.eks. henvisningsregler eller udbydere, med hvilke der er indgået overenskomst).
- Socioøkonomiske forskelle.
- Oplysninger om tjenesteydelser/fagfolk, herunder deres mobilitet.

Kvalitet omfatter vilkårene for adgang til markedet, proceduremæssige forhold og evaluering af individuel faglig praksis og dækker navnlig følgende områder:

- Nationale standarder på grundlag af dokumentation for sundhedsplejens effektivitet.
- Organisatoriske mekanismer, som skal sikre en sikker sundhedspleje af høj kvalitet.
- Overvågnings- og evalueringsmekanismer.
- Patienternes sikkerhed.
- Patienternes erfaringer.

En lang række europæiske og andre internationale aktiviteter har betydning for adgangen og kvaliteten. For eksempel hvad angår politikker vedrørende social beskyttelse, herunder sundhedspleje, fremmer det rådgivende udvalg for social beskyttelse samarbejde mellem medlemsstaterne og med Kommissionen. Der er dog stadig behov for at forbedre de mekanismer, som giver mulighed for, at man fra et sundhedsmæssigt perspektiv kan få et samlet overblik over, hvordan disse aktiviteter bidrager til at fremme adgangen til sundhedspleje og kvaliteten heraf.

På grundlag af denne gruppes arbejde har man i forbindelse med processen for overvejelser peget på følgende emner og anbefalinger.

### **Forbedring af kendskabet til spørgsmål vedrørende adgang og kvalitet**

Det er behov for flere oplysninger om omfanget og arten af, mekanismerne og motiverne bag samt resultaterne af sundhedspleje på tværs af grænserne. I den forbindelse bør man behandle specifikke spørgsmål, herunder antallet af personer, vanskeligheder i forbindelse med sundhedspleje på tværs af grænserne, resultater og tilfredshed, eksisterende mekanismer (på nationalt plan, direkte aftaler mellem lande eller mekanismer på fællesskabsplan) samt betydningen for den pleje, som tilbydes de borgere, som forbliver inden for deres eget lands ordning, på grundlag af eksisterende data med henblik på at gøre fremskridt så hurtigt som muligt. Det er også af stor betydning at indsamle oplysninger om de specifikke udfordringer, som de tiltrædende lande står over for.

#### Anbefalinger:

- Opfordring til Kommissionen om at undersøge, hvorledes der kan fastlægges et sæt rammer for systematisk indsamling af data i hele det udvidede EU om, hvor mange patienter og hvilke typer af patienter der bevæger sig på tværs af grænserne både inden for og uden for de ordninger, som er fastlagt i henhold til forordning 1408/71, samt data om patientbevægelser i forbindelse med turisme og langvarige ophold.
- Opfordring til Kommissionen om at gennemføre en undersøgelse med henblik på at fastslå patienternes grunde til at søge pleje i andre lande, hvilke specialområder der påvirkes, bilaterale aftalers karakter, patienterne og klinikernes oplysningsbehov og patienternes erfaringer, navnlig for så vidt angår udvidelsen.

- Opfordring til medlemsstaterne og de tiltrædende lande om at redegøre for deres synspunkter vedrørende, hvordan forskellige former for adgang til sundhedspleje i andre medlemsstater fungerer i deres land, herunder deres betydning, samt opfordring af Kommissionen og medlemsstaterne til at overveje hensigtsmæssige tiltag.
- Opfordring til medlemsstaterne, de tiltrædende lande og Kommissionen om at udvikle og styrke ordningerne for indsamling af nøjagtige data om mobiliteten blandt ansatte i sundhedsvæsenet samt opfordring af medlemsstaterne og de tiltrædende lande til at indsamle og udveksle sammenlignelige data om arbejdsstyrken, hvad angår ansatte i sundhedsvæsenet, i samarbejde med Kommissionen og relevante internationale organisationer.

### **Analyse af europæiske aktiviteters påvirkning af adgangen og kvaliteten**

Et potentielt europæisk samarbejde bør vurderes på grundlag af påvirkningen af både sundhedspleje på tværs af grænserne og den nationale sundhedspleje. Der findes en lang række europæiske aktiviteter, som påvirker adgangen og kvaliteten, herunder koordinering af sociale sikringsordninger (som f.eks. ordningen i henhold til forordning 1408/71), støtte til projekter på tværs af grænserne, Udvalget for Social Beskyttelses arbejde vedrørende sundhedspleje og pleje af de ældre på langt sigt, folkesundhedsprogrammet, rammeforskningsprogrammerne, regler om faglige kvalifikationer, e-Europa, regionalpolitik og strukturfonde, det europæiske sygesikringskort samt andet arbejde, som gennemføres på internationalt plan (navnlig af WHO og OECD).

#### Anbefaling:

- Opfordring til Kommissionen om at udarbejde en analyse af Fællesskabets aktiviteter med henblik på at fastslå, hvorledes disse i højere grad kan bidrage til at forbedre adgangen til sundhedspleje og kvaliteten heraf under hensyntagen til relevante aktiviteter i andre internationale organisationer.

#### **4. OVERENSSTEMMELSE MELLEM NATIONALE MÅLSÆTNINGER OG FORPLIGTELSE PÅ EUROPÆISK PLAN**

Belgien, Nederlandene, Finland, Det Forenede Kongerige, Frankrig, Europæisk Patientforum, HOPE, EHMA og ESIP var medlem af arbejdsgruppen om overensstemmelse mellem nationale målsætninger og forpligtelser på europæisk plan. Denne gruppe udarbejdede et spørgeskema om nationale sundhedsvæsenet i et integreret Europa med spørgsmål vedrørende de nationale sundhedsvæseners grundlæggende mål, den specifikke betydning af reglerne for det indre marked for sundhedsvæsenernes forvaltnings- og styringskapacitet, spørgsmål vedrørende sundhedspleje på tværs af grænserne og mekanismer for forbedring af retssikkerheden. Der er blevet modtaget svar fra repræsentanter for Belgien, Nederlandene, Finland, Det Forenede Kongerige, Frankrig, HOPE, ESIP, Sverige, CPME, AIM, Tyskland og Irland. På grundlag af denne gruppes arbejde har man i forbindelse med processen for overvejelser peget på følgende emner og anbefalinger.

Organiseringen og finansieringen af sundhedspleje og sociale sikringsordninger er medlemsstaternes ansvar. Medlemsstaterne skal dog leve op til deres ansvar på dette område under overholdelse af fællesskabslovgivningen. Fra et økonomisk synspunkt er

der betragtelige forskelle mellem tjenesteydelser i sundhedssektoren og tjenesteydelser på et kommercielt marked, f.eks. fordi fagfolk i sundhedsvæsenet spiller en afgørende rolle med hensyn til at fastslå, hvilke tjenesteydelser patienten har behov for. Derudover betaler patienterne i de fleste tilfælde ikke direkte for lægehjælpen, som derimod betales via sociale sikringsordninger eller sygesikring. Et marked for ydelser på sundhedsområdet er i sagens natur mangelfuldt og i stigende grad kompleks med betydelige forskelligheder med hensyn til information.

Regeringerne i hele EU har spillet en aktiv rolle med hensyn til at organisere sundhedsplejen med henblik på at oprette ordninger, som er baseret på principperne om universel karakter, solidaritet og lighed. I en række domme<sup>5</sup>, som drejede sig om, hvorvidt sundhedssystemerne skulle betale udgifterne til behandling, som er modtaget i en anden medlemsstat, anerkendte Domstolen patienternes ret til at få godtgjort udgifterne til sundhedspleje, som er modtaget i en anden medlemsstat, på visse betingelser. Samtidig anerkendte Domstolen behovet for, at medlemsstaterne kan organisere tjenesteydelserne på sundhedsområdet med henblik på at sikre adgang til et veltilrettelagt udbud af hospitalsbehandlinger af høj kvalitet, at undgå risiko for en alvorlig underminering af de sociale sikringsordningers økonomiske balance og at styre udgifterne for så vidt muligt at forebygge spild af økonomiske, tekniske og menneskelige ressourcer. Medlemsstaterne skal under overholdelse af fællesskabslovgivningen fortsat være ansvarlige for at fastlægge politikkerne på en række områder med henblik på at organisere og finansiere deres sundhedsvæsen og sociale sikringsordninger. Dette ansvar omfatter:

- Hvordan sundhedsvæsenet og den sociale sikringsordning finansieres (f.eks. via skat, socialsikring osv.) og overordnet organisering af ordningen, herunder hvordan priserne fastsættes.
- Intern fordeling af ressourcer (herunder menneskelige ressourcer) via centrale eller decentrale mekanismer.
- Fastsættelse af de overordnede prioriteringer for udgifter på sundhedsområdet og retten til at bestemme omfanget af den offentligt finansierede sundhedspleje.
- Prioritering af den enkeltes adgang til sundhedsvæsenet (hvis der betales inden for rammerne af den nationale ordning) under hensyntagen til det kliniske behov.
- Forvaltningsstrategier inden for de fastsatte budgetter, f.eks. brugen af dokumentationsbaseret medicin - under hensyntagen til nationale forskelligheder inden for sundhedspolitikker og behandlingsmønstre.
- Forhold vedrørende sundhedsplejens kvalitet og effektivitet som f.eks. kliniske retningslinjer.

På alle disse områder ville udveksling af bedste praksis være værdifuldt for alle medlemsstaterne. Der kan også i passende omfang levnes plads til private nonprofitorganisationer, som leverer tjenesteydelser, der danner bro mellem de områder,

---

<sup>5</sup> Navnlig Kohll og Decker (1998), Smits-Peerbooms og Vanbraeckel (2001) og Müller-Fauré/van Riet (2002).

som udelukkende varetages af det offentlige, og de områder, som varetages af virksomheder eller organisationer med profit for øje.

Forskellige former for supplerende sundhedsforsikring spiller en betydningsfuld rolle i mange medlemsstater med hensyn til at sikre adgangen til sundhedspleje. De europæiske lovgivningsmæssige rammer for forsikring er baseret på en tilgang, som indebærer, at forsikringsselskaber, hvis solvens garanteres af de kompetente myndigheder i den medlemsstat, hvor de er hjemmehørende, frit kan konkurrere i Fællesskabet. Der er dog usikkerhed med hensyn til medlemsstaternes mulighed for at fremme sundhedsforsikringer på grundlag af solidaritetsprincipperne.

I traktaten er samspillet mellem den nationale kompetence til at lovgive om tjenesteydelser på sundhedsområdet og reglerne for det indre marked ikke klart defineret. Domstolen har dog afsagt en række domme om anvendelsen af reglerne for det indre marked i forbindelse med godtgørelse af tjenesteydelser på sundhedsområdet, som er blevet leveret i en anden medlemsstat, under hensyntagen til sundhedssektorens særlige kendetegn. Der er muligvis også behov for yderligere foranstaltninger i sundhedssektoren med henblik på at beskytte folkesundheden og ud fra sociale hensyn.

De forskellige muligheder for at forbedre retssikkerheden, hvad angår anvendelsen af EU's bestemmelser vedrørende sundhedsvæsener, omfatter følgende:

- Ændring af traktaten
- Afledt ret
- Europæisk samarbejde, herunder meddelelser fra Kommissionen
- Forbedring af beslutningstagningsprocessen, herunder vurdering af forslagernes betydning for sundheden
- Medlemsstaternes initiativer og bilateralt samarbejde.

Da processen vedrørende regeringskonferencen ikke var formelt afsluttet, da denne rapport blev udarbejdet, har det ikke været muligt at foretage en komplet vurdering af disse valgmuligheder. Sundhedsministrene og Kommissionen ønsker at se nærmere på dem på baggrund af den nye traktats endelige tekst. Hvad angår afledt ret, kunne der blive tale om yderligere ajourføring af bestemmelserne om koordinering af de sociale sikringsordninger, overordnede bestemmelser om fri bevægelighed for patienterne eller specifik afklaring af anvendelsen af fællesskabslovgivningen vedrørende tjenesteydelser på sundhedsområdet.

Ved hjælp af en permanent mekanisme på EU-plan kunne man støtte europæisk samarbejde inden for sundhedspleje og overvåge, hvorledes EU påvirker sundhedsvæsenerne. Højtstående repræsentanter for sundhedsvæsenerne i medlemsstaterne, Kommissionen og de relevante berørte parter kunne inddrages i arbejdet i forbindelse med mekanismen med henblik på at tilvejebringe et overblik over spørgsmål vedrørende adgang og kvalitet, som har betydning for mobiliteten blandt patienter og ansatte i sundhedsvæsenet, at fremme politisk dialog og forbedret samarbejde inden for sundhedspleje og at fastlægge rammer for samarbejde om emner som f.eks. bedste praksis under hensyntagen til eksisterende strukturer og det arbejde, som udføres af andre organisationer, som er aktive inden for dette område (herunder WHO og OECD).

### Anbefalinger:

- Opfordring til Kommissionen om at foretage en gennemgang af den dokumentation, som er relevant i forbindelse med de spørgsmål, som samspillet mellem Fællesskabets regler og målsætningerne med de nationale sundhedspolitikker medfører.
- Opfordring til Kommissionen om efter høring af medlemsstaterne at undersøge, hvorledes retssikkerheden kan øges efter Domstolens retspraksis vedrørende patienternes ret til at modtage lægehjælp i en anden medlemsstat, og at fremsætte passende forslag.
- Opfordring til Kommissionen om at overveje at udvikle en permanent mekanisme på EU-plan, som skal støtte europæisk samarbejde inden for sundhedspleje og overvåge, hvorledes EU påvirker sundhedsvæsenene, og at fremsætte passende forslag.

## **5. SUNDHEDSRELATEREDE SPØRGSMAÅL OG EU'S SAMHØRIGHEDSFOND OG STRUKTURFONDE**

Øget mobilitet blandt patienterne giver anledning til en række spørgsmål og bekymringer i de tiltrædende lande, hvad angår udviklingen af infrastrukturen på sundhedsområdet og forbedring af sundhedstilstanden samt udviklingen af kvalifikationer i visse tilfælde. I forbindelse med de nuværende ansøgnings- og støttekriterier er sundhed ikke placeret højt på listen over prioriterede områder, som skal støttes under Samhørighedsfonden og strukturfondene. Det er af afgørende betydning, at sundhed prioriteres højt i forbindelse med ansøgnings- og støttekriterierne for Fællesskabets finansielle instrumenter på dette område. Øgede muligheder for at søge om og modtage støtte fra Fællesskabets finansielle instrumenter til at investere i sundhed (forbedring af befolkningens sundhedstilstand, reducere af sygdomsbelastningen) samt at udvikle infrastrukturen på sundhedsområdet (herunder støtte til at forbedre infrastrukturen i potentielle referencecentre med eksisterende kvalifikationer og færdigheder på højt niveau som en del af overordnede infrastrukturudviklingsprogrammer eller gennemførelse af den udvikling inden for informationsteknologi, som er nødvendig for kontrol af berettigelse til tjenesteydelser på sundhedsområdet, når der gennemføres koordinering af den sociale sikring) kunne bidrage til at forbedre mulighederne for at få adgang til sundhedspleje af høj kvalitet og også bidrage til at bevare sundhedsvæsenernes finansielle bæredygtighed i de nye medlemsstater.

### Anbefaling:

- Opfordring til Kommissionen, medlemsstaterne og de tiltrædende lande om at overveje, hvorledes investeringer i sundhed, udvikling af infrastrukturen på sundhedsområdet og udvikling af færdigheder kan blive et af de prioriterede områder med hensyn til bevilling af støtte under de eksisterende finansielle instrumenter i Fællesskabet, navnlig inden for mål 1-områder.

**BILAG 1 - DELTAGERE I PROCESSEN FOR OVERVEJELSER PÅ HØJT PLAN**

Ulla Schmidt  
Bundesministerin für Gesundheit  
Wilhelmstrasse 49  
D-10117 Berlin  
Germany

Hans J.F. Hoogervorst (*tidligere Dr  
Eduard J Bomhoff*)  
Minister of Health, Welfare and Sport  
Parnassusplein 5  
P.O. Box 20350  
NL-2500 EJ Den Haag  
The Netherlands

Prof Girolamo Sirchia  
Il Ministro della Sanità  
Viale dell'Industria 20  
I-00144 Roma  
Italy

Micheál Martin  
Minister for Health and Children  
Hawkins House - Hawkins Street  
IRL Dublin 2  
Ireland

Rt. Hon. John Hutton MP  
Minister of State for Health  
Richmond House - 79 Whitehall  
SW1A 2NS London  
United Kingdom

Lars Løkke Rasmussen  
Minister for the Interior and Health  
Slotholmsgade 10-12  
DK-1216 Copenhagen K  
Denmark

Liisa Hyssälä (*tidligere Eva Biaudet*)  
Minister of Health and Social Services  
PO Box 33  
FIN-00023 Helsinki  
Finland

Lars Engqvist  
Minister of Health and Social Affairs  
Fredsgatan 8  
SE-103-33 Stockholm  
Sweden

Jean-François Mattei  
Ministre de la Santé, de la Famille et des  
Personnes handicapées  
8, avenue de Ségur  
F-75350 Paris 07 SP  
France

Costas Stefanis  
Minister of Health and Welfare  
17, Aristotelous Street  
GR-104 33 Athens  
Greece

Ana María Pastor Julián  
Ministra de Sanidad y Consumo  
Paseo del Prado 18-20  
E-280 14 Madrid  
Spain

Frank Vandenbroucke  
Minister of Employment and Pensions  
Rue de la Loi 62 Wetstraat  
B-1040 Bruxelles/Brussel  
Belgium

Luís Filipe da Conceição Pereira  
Ministro da Saúde  
Av. João Crisóstomo,9  
PT-1049-062 Lisboa  
Portugal

Dr Reinhart Waneck  
Staatssekretär für Gesundheit  
Stubenring 1  
A-1010 Vienna  
Austria

Gérard Vincent  
Standing Committee of the Hospitals of  
the EU (HOPE)  
Bd Auguste Reyers 207-209  
030 Brussels  
Belgium

Ron Hendriks  
President  
Association Internationale de la  
Mutualité (AIM)  
Rue d'Arlon 50  
1000 Brussels  
Belgium

Dr Reiner Brettenthaler  
President  
Standing Committee of European  
Doctors (CPME)  
Rue de la Science 41  
1040 Brussels  
Belgium

Dr Franz Terwey  
European Social Insurance Partners  
(ESIP)  
Rue d'Arlon 50  
1000 Brussels  
Belgium

Rodney Elgie  
European Patients' Platform (EPP)  
River Lawn Road, Tonbridge  
PN91EP Kent  
United Kingdom

Philip Berman  
European Health Management  
Association (EHMA)  
Vergemount Hall, Clonskeagh  
Dublin 6  
Ireland

Caroline JACKSON (*repræsenteret af  
Mr John Bowis MEP*).  
European Parliament  
Rue Wiertz  
B-1047 Bruxelles

Dr Louis Degnara  
Minister of Health

Palazzo Castellania  
Merchants Street  
Valletta – CME 02  
Malta

Costandia Akkelidou  
Minister of Health  
10, Marcou Drakou Street  
1448 Nicosia  
Cyprus

Ingrida Circene  
Minister of Health  
Baznicas Street 25  
1010 Riga  
Latvia

Dusan Keber  
Minister of Health  
Stefanova 5  
Ljubljana 1000  
Slovenia

Juozas Olekas  
Minister of Health  
Vilniaus g. 33  
2001 Vilnius  
Lithuania

Leszek Sikorski  
Minister of Health  
ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa  
Poland

Rudolf Zajac  
Minister of Health  
Limbova  
837 52 Bratislava  
Slovak Republic

Marko Pomerants  
Minister of Social Affairs  
Gonsiori 29  
15027 Tallinn  
Estonia

Mihály Kókény *repræsenteret af Ms  
Zsuzsanna Jakab, Secretary of State*

Minister of Health, Social and Family  
Affairs  
Ministry of health  
6-8 Arany János utca  
H-1051 Budapest

Marie Souckova  
Minister of Health  
Palackeho nam. 4  
128 01 Praha 1  
Czech Republic



## BILAG 2 - REFERENCEDOKUMENTER

*Følgende dokumenter kan findes på Europa-Kommissionens websted på følgende adresse:*

[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/patient\\_mobility\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/co_operation/mobility/patient_mobility_en.htm)

Sammenfattende dokument fra arbejdsgruppe 1 om europæisk samarbejde med henblik på at muliggøre en bedre anvendelse af ressourcerne.

Sammenfattende dokument fra arbejdsgruppe 2 om oplysninger til patienter, ansatte i sundhedssektoren og udbydere af tjenesteydelser på området.

Sammenfattende dokument fra arbejdsgruppe 3 om adgangen til og kvaliteten af sundhedspleje.

Sammenfattende dokument fra arbejdsgruppe 4 om overensstemmelse mellem nationale målsætninger og forpligtelser på europæisk plan.

Rapport fra det højtstående udvalg for sundhed af 17. december 2001 om det indre marked og sundhedstjenesteydelser.

Bidrag fra Generaldirektoratet for Beskæftigelse, Sociale Anliggender og Arbejdsmarkedsforhold "Council Regulation (EC) No 1408/71 — a sound basis for mobility for both patients and social security institutions" (Rådets henstilling (EF) nr. 1408/71 - et solidt grundlag for mobilitet for både patienter og sygekasser).

Sammenfattende rapport fra Kommissionens tjenestegrene om den nationale anvendelse af Domstolens retspraksis inden for tilbagebetaling af udgifter til lægehjælp, som patienten har modtaget i en anden medlemsstat (SEK (2003) 900 af 28. juli 2003).

HOPE's rapport om samarbejde mellem hospitaler i grænseregioner i Europa, juni 2003.

EHMA's litteratursøgning vedrørende kvalitet inden for sundhedspleje på tværs af grænserne, april 2003.

Det europæiske sundhedsforums anbefalinger vedrørende sundhed og udvidelsen samt mobilitet blandt ansatte i sundhedsvæsenet.

- - -