



European Commission
Health and Consumer Protection Directorate-General
Health services consultation
B232 8/102
1049 Brussels
Belgium

Dato: 12. februar 2007
Kontor: Internationalt kt.
J.nr.: 2006-10333-293

**Høringssvar fra den danske regering vedrørende Kommissionens meddelelse
"Høring om Fællesskabets indsats vedrørende sundhedssektoren"
(SEC(2006)1195/4)**

Den danske regering finder det konstruktivt, at Kommissionen som led i sine overvejelser om kommende fællesskabsinitiativer vedrørende sundhedssektoren har valgt at konsultere medlemslandene og andre interesserede parter. Den danske regering har noteret sig, at formålet med meddelelsen er at iværksætte en offentlig høring af såvel offentlige som private aktører med henblik på at få belyst, hvilke emner der bør tages op i forbindelse med en kommende fællesskabsindsats på sundhedsområdet. Kommissionen rejser med sin høring en række relevante spørgsmål både i forhold til adgangen til betalt behandling i andre medlemslande og i forhold til et øget samarbejde mellem medlemslandenes sundhedsvæsen.

Meddelelsen indeholder en række specifikke spørgsmål dels vedrørende EU-retlig regulering af grænseoverskridende sundhedstjenesteydelser, dels vedrørende øget frivilligt samarbejde på sundhedsområdet, hvor en samordnet indsats kan bibringe medlemslandenes egne tiltag på sundhedsområdet merværdi. Den danske regering har valgt at fokusere på spørgsmålet om kodifikation af EF-domstolens praksis vedrørende borgernes adgang til behandling i andre medlemslande i medfør af Traktatens bestemmelser om fri bevægelighed af sundhedstjenesteydelser. Den danske regering skal indledningsvis understrege, at der er tale om foreløbige synspunkter, og regeringen forbeholder sig mulighed for til at fremkomme med yderligere bemærkninger, såfremt den måtte finde det nødvendigt.

Om kodifikation af EF-domstolens praksis vedrørende borgernes adgang til såvel hospitalsbehandling som ikke-hospitalsbehandling i andre medlemslande skal den danske regering indledningsvis bemærke, at man fra dansk side er enig med Kommissionen i, at der kan være grundlag for at tilvejebringe større retlig klarhed og sikkerhed. Fra dansk side finder man, at det vil være hensigtsmæssigt, at retten til at modtage behandling i et andet medlemsland udmøntes i et for borgerne og myndighederne klart og forståeligt regelsæt. Den danske regering vil som udgangspunkt også være åben over for muligheden af, at der i dette regelsæt fastsættes regler vedrørende patienters adgang til klage og erstatning i tilfælde af skader som følge af behandling.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at det er en afgørende forudsætning for den danske regering, at det enkelte medlemsland selv beslutter, hvilke ydelser der tilbydes inden for rammerne af det nationale sundhedsvæsen, og dermed hvilke ydelser, der er under de givne betingelser er omfattet af retten til betalt behandling i et andet medlemsland, jf. også EF-traktatens artikel 152, stk. 5. Det følger heraf, at en patient ikke vil kunne rejse til et andet EU-land og dér modtage en sundhedsydelse og få udgiften hertil godtgjort, såfremt den pågældende ydelse ikke tilbydes af sikringsordninger i patientens hjemland. Det er ligeledes det enkelte medlemsland, der suverænt beslutter, hvilke betingelser der skal gælde for den enkelte patients adgang til den konkrete sundhedsydelse, herunder krav om henvisning. Denne grundlæggende forudsætning bør efter dansk opfattelse fremgå klart og tydeligt af et EU-regelsæt.

Derudover lægger den danske regering vægt på, at der ved udmøntning af EF-domstolens praksis i et klart og forståeligt regelsæt sikres en passende balance mellem på den ene side medlemslandenes kompetence med hensyn til organisation og levering af sundhedstjenesteydelser og medicinsk behandling, jf. også EF-traktatens artikel 152, stk. 5, og på den anden side borgernes adgang til at modtage behandling i andre medlemslande. Efter den danske regerings opfattelse må retten til at modtage betalt behandling i andre medlemslande under ingen omstændigheder føre til underminering af det enkelte medlemslands sundhedsvæsen til skade for de patienter, der modtager behandling i deres hjemland. Efter dansk opfattelse bør Kommissionen i samarbejde med medlemslandene under det videre arbejde sikre tilbundsgående og grundige overvejelser af denne problemstilling med henblik på at sikre, at hvert enkelt medlemsland også fremover fuldt ud kan opfylde deres forpligtelse over for sine borgere med hensyn til lige og let adgang til sundhedsydelser og et finansielt bæredygtigt sundhedsvæsen. Den danske regering skal i den forbindelse henvise til rådskonklusionerne om fælles principper og værdier i de europæiske sundhedssystemer af 2. juni 2006 med den dertil hørende erklæring.

Det er endvidere den danske regerings synspunkt, at det ved kodifikation af EF-domstolens praksis vedrørende patientmobilitet vil være tvingende nødvendigt at se nærmere på den af Domstolen opstillede sondring mellem hospitalsbehandling og ikke-hospitalsbehandling. Efter dansk opfattelse beror denne sondring på, at hospitalsbehandling er særligt udgiftstung og planlægningskrævende, og at det derfor på dette område er berettiget at beskytte medlemslandenes udgiftsniveau, investeringer og muligheder for at planlægge. Krav om forhåndsgodkendelse accepteres derfor med hensyn til hospitalsbehandling. Imidlertid kan behandling uden for hospital også i visse tilfælde være særdeles kostbar og krævende og forudsætte store investeringer. Det gælder for eksempel scanninger.

Det er på den baggrund den danske regerings opfattelse, at der for så vidt angår ikke-hospitalsbehandling, vil kunne være objektive hensyn, der kan retfærdiggøre en begrænsning af den frie udveksling af sundhedstjenesteydelser - det vil sige, hvor der også bør kunne stilles krav om forhåndstilladelse. Den danske regering finder således, at et EU-regelsæt vedrørende patientmobilitet skal indeholde mulighed for, at medlemslandene i nærmere afgrænsede situationer kan stille krav om forhåndstilladelse med hensyn til ikke-hospitalsbehandling som betingelse for godtgørelse af udgifterne til den pågældende behandling.

Fra dansk side vil man dog også være rede til positivt at overveje andre løsningsmuligheder, der giver medlemslandene mulighed for at kræve forhåndsgodkendelse også for andre behandlinger end hospitalsbehandlinger.

Med hensyn til ikke-hospitalsbehandling, herunder valg af egen alment praktiserende læge (familielæge), er det den danske regerings vurdering, at lægens gode kendskab til den enkelte patient kvalificerer henvisningssystemet og bidrager derigennem til at rationalisere trækket på den specialiserede viden i f.eks. sygehusvæsenet til de fagligt relevante tilfælde, ligesom det bidrager til at understøtte kontinuitet og helhed i indsatsen og derved et relevant behandlingsforløb for patienterne. Et tilmeldingssystem, som understøttes af, at det offentlige tilskud betinges af, at patienten konsulterer den valgte egen alment praktiserende læge, bidrager således til den mest hensigtsmæssige udnyttelse af de samlede ressourcer i sundhedsvæsenet. Det bidrager endvidere til at sikre patienterne sammenhængende og kvalificerede behandlingsforløb. Efter gældende dansk lovgivning kan danske sikrede vælge mellem at lade sig sikre i den såkaldte gruppe 1 eller gruppe 2. Patienter, der er sikret i gruppe 1, har adgang til vederlagsfri behandling hos deres valgte egen alment praktiserende læge og hos speciallæger, idet behandling hos speciallæger med undtagelse af øre-, næse- og halslæger og øjenlæger forudsætter en forudgående henvisning fra deres egen alment praktiserende læge. Danske sikrede, der ikke ønsker at være tilknyttet en bestemt alment praktiserende læge, og som ønsker at kunne konsultere en speciallæge uden forudgående henvisning, kan lade sig sikre i den såkaldte gruppe 2 og herved opnå adgang til med sygesikringstilskud at konsultere såvel alment praktiserende læger som speciallæger efter eget valg både i Danmark og i et andet medlemsland. Danske sikrede kan frit vælge mellem gruppe 1 og gruppe 2, idet skift mellem gruppe 1 og 2 kan finde sted én gang på årsbasis.

Den danske regering ønsker, at hensynet til medlemslandenes mulighed for at opretholde en tilmeldingsbaseret ordning med egen alment praktiserende læge som "gate keeper" for adgang til sygehusbehandling og anden specialiseret behandling og som tovholder for patienternes behandlingsforløb inddrages i det videre arbejde.

For hospitalsbehandling gælder efter dansk lovgivning, at enhver med bopæl i Danmark har ret til vederlagsfri sygehusbehandling. Den danske lovgivning på sygehusområdet vedrørende såvel ambulante behandling som behandling under indlæggelse forudsætter, at patienter, som ikke har akut behov for behandling, bliver prioriteret på ventelister efter en konkret vurdering af deres tilstand og behov for behandling, og at de, så vidt det er muligt, bliver tilbudt behandling uden unødigt forsinkelse.

Der er fastlagt en 2 måneders behandlingsfrist, som fra 1. oktober 2007 bliver nedsat til en 1 måneders behandlingsfrist. Derudover er der fastsat maksimale ventetider for livstruende sygdomme. Der gælder også særlige regler vedrørende højt specialiseret behandling. Disse regler giver under nærmere bestemte betingelser patienterne ret til behandling i udlandet, såfremt fristerne overskrides. Herudover kan de kompetente myndigheder af egen drift henvise patienter til behandling i udlandet, herunder under visse betingelser også til eksperimentel og forskningsmæssig behandling. I sidstnævnte tilfælde er der dog ikke tale om en patientret.

Den danske regering finder på baggrund af sine erfaringer med den danske lovgivning og administrationen heraf, at der ved kodifikation af EF-domstolens praksis for så vidt angår hospitalsbehandling vil skulle inddrages følgende elementer:

For det første, at en betingelse for at opnå forhåndsgodkendelse er, at tilgængelig behandling efter en lægefaglig vurdering af den enkelte patients behov for behandling i det konkrete tilfælde ikke kan ydes rettidigt af den kompetente myndighed, og at den pågældende behandling kan ydes hurtigere på et sygehus i et andet medlemsland.

For det andet, at der kun gives forhåndstilladelse til behandling på et sygehus i et andet medlemsland, som har indgået en aftale med den eller de kompetente nationale myndigheder, idet de pågældende myndigheder bør være forpligtede til at indgå aftaler med ethvert sygehus i et andet medlemsland, som måtte ønske det. Det forudsætter selvsagt, at der kan opnås enighed om aftalevilkårene mellem den eller de kompetente myndigheder og det pågældende sygehus.

For så vidt angår sådanne aftaler bør der af hensyn til at sikre kvalitet i behandlingen og sammenhæng mellem pris og behandling af de nationale myndigheder kunne stilles krav om dokumentation vedrørende behandlingstilbud, herunder behandlingserfaring, faglige kvalifikationer, vagtberedskab, apparaturstandard, behandlingsprincipper, ventetid til behandling samt iagttagelse af patientrettigheder

Det bør endvidere være således, at en myndighed i den kompetente medlemsstat efter anmodning fra et sygehus i et andet medlemsland har adgang til at fastsætte aftalevilkårene, herunder taksterne, såfremt aftaleparterne ikke selv kan nå til enighed. Derudover bør der af hensyn til administration af sygehusvæsenet i patientens hjemland ved indgåelse af aftaler kunne stilles krav om information fra sygehuset i det andet medlemsland til den kompetente institution i patientens hjemland til brug for afregning, statistik og forskning.

Derudover lægger den danske regering også afgørende vægt på, at medlemslandene i overensstemmelse med domspraksis ikke forpligtes til at godtgøre udgifter for behandling modtaget i udlandet, der overstiger det beløb som ville være ydet, såfremt patienten var blevet behandlet i sit hjemland.

Med hensyn til spørgsmålet om tilsyn med sundhedsvæsenet (hospitaller, klinikker mv.) i det enkelte medlemsland er det den danske regerings klare opfattelse, at dette tilsyn bør udøves af de kompetente nationale myndigheder i det enkelte medlemsland. I forlængelse heraf finder man fra dansk side, at klager fra patienter, der har modtaget behandling i et andet medlemsland, bør behandles efter klagesystemet i behandlingslandet. Patienter, der blevet behandlet i et andet medlemsland end deres hjemland, bør således ikke kunne indgive klage over den pågældende behandling i deres hjemland, idet hjemlandets myndigheder ikke vil have mulighed for og adgang til at tilvejebringe det fornødne grundlag for at kunne behandle en sådan klage. Den danske regering vil dog ikke afvise muligheden af et samarbejde mellem medlemslandene med henblik på at lette patienternes adgang til at klage over grænseoverskridende sundhedsydelser. Et sådant samarbejde kunne eksempelvis bestå i udpegning af et eller flere nationale kontaktpunkter med henblik på at give patienterne nem adgang til oplysninger om, hvorledes der kan indgives klage i et andet medlemsland, hvor man har været behandlet.

Derudover finder den danske regering, at et samarbejde mellem medlemslandenes kompetente sundhedsmyndigheder bør overvejes med henblik på en forsvarlig og effektiv udveksling af oplysninger om kritisabel faglig adfærd. Konkret finder den danske regering, at det i forbindelse med grænseoverskridende sundhedstjenesteydelser vil være nyttigt med et samarbejde, der tager sigte på at gøre det muligt for de kompetente myndigheder i den enkelte patients hjemland i berettigede tilfælde at gøre de kompetente myndigheder i behandlingslandet opmærksom på kritisabel faglig adfærd udøvet af en sundhedsperson, der hører under deres ansvarsområde. Udveksling af sådanne oplysninger vil kunne medvirke til at sikre, at de kompetente nationale myndigheder bliver i stand til at følge op på fejl begået inden for rammerne af det nationale sundhedsvæsen i forbindelse med behandling af patienter fra andre medlemslande.

Modaliteterne for et samarbejde af denne karakter bør undergives en nærmere analyse med henblik på fastsættelse af betingelser for videregivelse af oplysninger, herunder også under behørig hensyntagen til behovet for beskyttelse af personoplysninger.

Med hensyn til erstatning kan den danske regering oplyse, at de danske erstatningsregler (patientforsikringsordningen) også omfatter patienter, der er henvist til behandling på sygehuse, klinikker mv. i udlandet efter lov nr. 546 af 24. juni 2005 (Sundhedsloven), hvorimod andre patienter, der uden henvisning er blevet behandlet i udlandet, må søge erstatning efter de almindelige erstatningsretlige regler. Dette er også tilfældet for så vidt angår behandling, som betales af den offentlige danske sygesikring efter reglerne i forordning 1408/71. Den danske patientforsikringsordning omfatter tillige patienter fra andre lande, som modtager behandling i Danmark, både for så vidt angår behandling i det offentlige sundhedsvæsen eller på privatklinikker mv. Den danske regering finder, at det er vigtigt, at patienter, der modtager behandling i et andet medlemsland, under alle omstændigheder er sikret adgang til at kunne søge erstatning. Det er som udgangspunkt den danske regerings opfattelse, at den enkelte patient som minimum bør kunne søge erstatning efter behandlingslandets regler.

Den danske regering er endvidere af den opfattelse, at grænsefladerne mellem domspraksis vedrørende patientmobilitet og EF-forordning 1408/71 nøje bør afklares med henblik på sikre sammenhængende og konsistente regler. Den danske regering skal i den forbindelse fremkomme med følgende bemærkninger:

EF-domstolen har i enkelte afgørelser om fri bevægelighed af sundhedstjenesteydelser forholdt sig til afgrænsede problemstillinger i forhold til bestemmelser om koordinering af offentlige sundhedsydelse i EF-forordning 1408/71 om social sikring af vandrende arbejdstagere. Domstolen har i Kohll-sagen (C-120/95) fastslået, at formålet med artikel 22, stk. 1, i EF-forordning 1408/71 er at gøre det muligt for en sikret, som har fået en tilladelse til at søge behandling i en anden medlemsstat, at modtage behandling der, til udgift for sin hjemlige syge(for)sikring, men i øvrigt på de vilkår, som gælder for sikrede i det land, hvor behandlingen søges.

Domstolen fastslår imidlertid også, at artikel 22 ikke regulerer den situation, hvor en sikret fra sin hjemlige syge(for)sikring søger godtgørelse af udgifter efter hjemlandets takster for behandling, som den pågældende frit og uden tilladelse har modtaget og selv betalt i en anden medlemsstat. Sagen vedrører spørgsmålet om, hvorvidt den na-

tionale lovgivnings bestemmelser herom er i overensstemmelse med EF-traktatens regler om fri bevægelighed af tjenesteydelser.

EF-domstolens afgørelse i denne og lignende sager fører til, at EF-retten via to traktatbestemmelser/afledte regelkomplekser regulerer den sikredes adgang til at få offentligt tilskud til behandling, der søges i en anden medlemsstat end den, hvori patienten er syge(for)sikret. Enten tilskud efter de satser og på de vilkår der følger af lovgivningen, hvorunder patienten er syge(for)sikret, udformet i overensstemmelse med EF-traktatens regler om fri bevægelighed af tjenesteydelser, jf. EF-traktatens artikel 49. Eller tilskud efter de satser og på de vilkår, der følger af lovgivningen i den medlemsstat, hvor en behandling ydes, men til udgift for patientens hjemlige syge(for)sikring, jf. reglerne i EF-forordning 1408/71, der er vedtaget med hjemmel i EF-traktatens artikel 42.

En afklaring af sikredes tilskudsrettigheder i medfør af disse to regelkomplekser, er behandlet ved EF-domstolens afgørelse i Vanbraekel-sagen (C-368/98). I denne fastlægger Domstolen, at "såfremt godtgørelsen af udgifter i forbindelse med tjenesteydelser inden for hospitalssektoren, som er leveret i en opholdsmedlemsstat, og som følge af anvendelsen af de regler, der gælder i denne stat, er lavere end den, der ville have fulgt af anvendelse af lovgivningen i den medlemsstat, hvori vedkommende er forsikret, i tilfælde af hospitalsindlæggelse i sidstnævnte, skal den kompetente institution tildele den socialt sikrede en supplerende godtgørelse svarende til denne forskel".

EF-domstolen har imidlertid ikke fået forelagt sager omfattende andre tilfælde, hvori er indgået en afklaring af spørgsmålet om tilskud til sundhedstjenesteydelser efter de to regelkomplekser. En kommende EU-retlig regulering bør indebære afklaring af de juridiske uklarheder om dette spørgsmål.

Den danske regering finder, at det vil være centralt for en kommende regulering af denne samspilsproblemstilling, at denne både indebærer en juridisk afklaring af de sikredes rettigheder, men også omfatter en løsning udarbejdet under behørig hensyntagen til en enkel og dermed også økonomisk forsvarlig administration af området for de kompetente myndigheder.

Artikel 19 i EF-forordning 1408/71 indeholder bestemmelser, der regulerer en sikrets ret til tilskud til offentlige sundhedsydelse, i tilfælde hvor den pågældende er socialt sikret i én medlemsstat, men bosat i en anden medlemsstat, typisk en grænsearbejder. Forordningen sikrer, at den pågældende har ret til tilskud til offentlige sundhedsydelse i begge medlemsstater på samme vilkår som sikrede i disse stater. Udgiften til ydelser i bopælsstaten betales af sikringsstaten. Den sikrede kan med andre ord selv vælge, i hvilken af de to stater den pågældende ønsker at søge behandling. Tilskud til behandlingen gives på samme vilkår som til andre sikrede i den medlemsstat, hvor behandlingen faktisk modtages.

Fra dansk side finder man, at kommende EU-retlig regulering af samspilsproblemer som i ovennævnte situation og regler, der regulerer sikredes adgang til tilskud til offentlige sundhedsydelse i medfør af bestemmelser om fri bevægelighed af sundhedstjenesteydelser, bør udarbejdes med respekt for denne bestemmelse i EF-forordning 1408/71 og uden ændring af de rettigheder og den økonomiske balance, som er skabt gennem EF-forordningens regler.

I forordningen er tillige fastsat bestemmelser, der indebærer, at en sikret, der er syge(for)sikret i én medlemsstat, under ophold i en anden medlemsstat, har ret til tilskud til de offentlige sundhedsydelse, der måtte opstå behov for, under opholdet. Tilskud gives på samme vilkår som til andre offentligt sikrede i opholdsstaten. Udgifterne betales af den sikredes syge(for)forsikring.

Ved en kommende EU-retlig regulering af samspilsproblemer, der også kan opstå i relation til denne bestemmelse, skal man fra dansk side pege på, at administrative og i den sammenhæng også økonomiske hensyn tilsiger, at det må overlades til den sikrede selv at vælge, efter hvilke regler (opholdslandets lovgivning eller forsikringslandets lovgivning) der i det konkrete behandlingstilfælde ønskes tilskud.

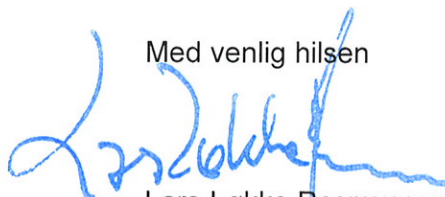

Borgernes valgmuligheder bør imidlertid understøttes af forpligtelser for medlemsstaterne til at udarbejde informationsmateriale til borgerne om de generelle muligheder og vilkår for tilskud til offentlige sundhedsydelse i staterne, herunder også oplysning om konkrete tilskudssatser. Denne information bør også omfatte vejledning om de forskellige regler om tilskud til behandling, der søges uden for den sikredes sikrings/bopælsland.

Den danske regering vil ikke kunne tilslutte sig forslag om en "omberegningsmodel", svarende til artikel 23, stk. 3, i Kommissionens oprindelige forslag til direktiv om tjensteydelse i det indre marked (KOM(2204)2). En sådan model vil medføre omfattende administrative byrder i medlemslandene. Denne opfattelse vedrører dog ikke tilfælde, hvor den sikrede opfylder kriterier i national lovgivning eller reglerne i EF-forordning 1408/71 for at få en henvisning til behandling i udlandet.

For så vidt andre samarbejdsområder er det den danske regerings opfattelse, at et øget frivilligt europæisk samarbejde om bl.a. behandling af sjældne sygdomme, videnscentre med henblik på vidensdeling til gavn for patientbehandlingen, patientsikkerhed og forskning vil kunne have stor merværdi. Den danske regering vil også gerne fremhæve det igangværende europæiske projekt om medicinsk teknologivurdering (EUnetHTA), som man finder, er meget nyttigt og perspektivrigt og derfor bør forfølges på europæisk niveau.

Endelig finder den danske regering, at der for så vidt angår mere gængse behandlingsformer også vil kunne være fordele ved et styrket frivilligt samarbejde mellem medlemslandene. Ledig behandlingsskapacitet i ét medlemsland vil således eventuelt kunne udnyttes med henblik på at reducere ventelisterne i et andet medlemsland. Fra dansk side vil man således gerne bidrage til eventuelle overvejelser om muligheden for på sigt mellem medlemslandene at etablere et samarbejde om gensidig udveksling af oplysninger om ledig behandlingsskapacitet.

Med venlig hilsen


Lars Løkke Rasmussen / 
Mogens Jørgensen