

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 6. februar 2007
Kontor: Int.kt
J.nr.: 2006-10331-27
Sagsbeh.: ksc

**Besvarelse af spørgsmål nr. 5, som Europaudvalget
har stillet den 30. november 2006**

Spørgsmål 5:

"Ministeren bedes – som lovet på Europaudvalgets møde den 24. november 2006 – redegøre for udviklingen af domspraksis vedrørende patientmobilitet, herunder redegøre for hvilket hjemmelsgrundlag EF-Domstolen lægger til grund herfor. Notatet bedes desuden redegøre for servicedirektivets betydning for EU-borgeres rettigheder vedrørende patientmobilitet samt Forfatningstraktatens bestemmelser om sundhed – set i forhold de gældende bestemmelser.

Svar:

Om EF-Domstolens praksis kan jeg oplyse, at Domstolen i en række domme afsagt siden 1998 har fastslået, at patientbehandling både i og uden for hospitalssektoren er tjenesteydelser i EF-traktatens forstand og derfor omfattet af traktatens regler om fri bevægelighed, herunder artikel 49 om fri bevægelighed for tjenesteydelser. Jeg kan i den forbindelse bl.a. henvise til sag C-158/96 Kohll, sag C-120/95 Decker, sag C-368/98 Vanbraekel, sag C-157/99 Smits og Peerbooms, sag C-56/01 Inizan, sag C-385/99 Müller Fauré og Van Riet samt sag C-372/04 Watts. Dommene kan læses i deres helhed på EF-Domstolens hjemmeside (www.curia.europa.eu)

Med dommene har Domstolen gjort det klart, at sundhedsydelser, der normalt leveres mod økonomisk vederlag, skal betragtes som tjenesteydelser i traktatens forstand, og de er derfor omfattet af traktatens regler om fri bevægelighed for tjenesteydelser. Med dommen i sag C-372/04 Watts har Domstolen klarlagt, at det afgørende for, om en ydelse er en tjenesteydelse i traktatens forstand, er det faktum, at en patient rejser til en anden medlemsstat for dér at modtage behandling mod vederlag. Det er i den forbindelse ikke nødvendigt at tage stilling til, om den behandling, som patienten kunne have fået i sit hjemland, i sig selv udgør en tjenesteydelse, der er omfattet af reglerne om fri udveksling af tjenesteydelser. Det vil sige, at medlemslande med rent offentlige sundhedssystemer, og hvor det offentlige selv driver sygehusene og kun yder behandling dér, f.eks. som i Storbritannien, også er omfattet af traktatens regler om fri bevægelighed.

En begrænsning i den frie udveksling af sundhedstjenesteydelser skal kunne begrundes i tvingende almene hensyn og må ikke overskride, hvad der er objektivt nødvendigt med henblik på formålet, og det samme resultat må ikke kunne opnås med mindre indgribende regler.

Domstolen har endvidere fastslået, at visse objektive hensyn efter omstændighederne kan retfærdiggøre en begrænsning af den frie udveksling af sundhedstjenesteydelser:

- beskyttelse af folkesundheden, herunder opretholdelse af et stabilt læge- og hospitalsvæsen, som alle har adgang til, og som bidrager til et højt niveau for beskyttelse af sundheden ved opretholdelse af behandlingsmuligheder eller en lægelig kompetence på sundhedsområdet eller en lægelig kompetence på det nationale område,
- risikoen for et alvorligt indgreb i sundhedsvæsenets økonomiske balance, såfremt det overordnede niveau for beskyttelse af den offentlige sundhed påvirkes.

Regler om forhåndsgodkendelse skal efter EF-Domstolens praksis således være proportionale i forhold til formålene, og en forhåndsgodkendelse skal bygge på objektive, saglige og på forhånd fastlagte kriterier.

I praksis har Domstolen ved efterprøvelsen af disse hensyn sondret mellem behandling i og udenfor hospitalsvæsenet. Domstolen har bemærket, at det kan være vanskeligt at sondre mellem hospitalsydelser og ydelser, der ikke er hospitalsydelser. Sondringen har imidlertid ikke været et omtvistet punkt i de for Domstolen hidtil forelagte sager.

Med hensyn til ikke-hospitalsbehandling har Domstolen fastslået, at sådan behandling, som en person har ret til i sin egen medlemsstat, kan vedkommende også søge i en anden medlemsstat uden forhåndstilladelse og få godtgjort med et beløb, der højst svarer til den godtgørelse, vedkommende ville have fået gennem sit eget system. Domstolen har således ikke hidtil fundet, at der for så vidt angår ikke-hospitalsbehandling i de konkrete sager har været sådanne tvingende hensyn, der kunne retfærdiggøre begrænsninger i udvekslingen af sådanne ydelser.

For så vidt angår hospitalsbehandling har Domstolen i de hidtidige sager fastslået, at en person med ret til hospitalsbehandling i sin egen medlemsstat kan søge denne behandling i en anden medlemsstat, hvis vedkommende har fået forhåndstilladelse gennem sit eget system. Forhåndstilladelse skal gives, hvis personens eget sundhedsvæsen ikke kan yde den pågældende behandling inden for en frist, der er rimelig ud fra en objektiv, medicinsk vurdering af de samlede omstændigheder, der kendetegner patientens tilstand og behandlingsbehov. Med hensyn til refusion af udgifterne til behandlingen i den anden medlemsstat har Domstolen fastslået, at godtgørelsen skal svare til mindst den godtgørelse, som vedkommende ville have fået gennem sit eget sundhedsvæsen.

Domstolen har for så vidt angår traktatens artikel 152, stk. 5, om, at Fællesskabets indsats på sundhedsområdet fuldt ud respekterer medlemslandenes ansvar for organisation og levering af sundhedstjenesteydelser og medicinsk behandling, fastslået, at denne bestemmelse ikke udelukker, at medlemslandene kan være forpligtet til i henhold til andre traktatbestemmelser, f.eks. artikel 49, eller i henhold til fællesskabsforanstaltninger ved-

taget på grundlag af andre traktatbestemmelser at foretage tilpasninger af deres nationale socialsikringssystemer.

For så vidt angår servicedirektivets betydning for EU-borgeres rettigheder vedrørende patientmobilitet kan jeg oplyse, at sundhedstjenesteydelser er undtaget fra direktivets anvendelsesområde. Jeg kan i den forbindelse i øvrigt henvise til det samlenotat, der er oversendt til udvalget den 16. maj 2006 i forbindelse med rådsmødet (konkurrenceevne) den 29. maj 2006.

I forlængelse heraf kan jeg oplyse, at Europa-Parlamentet ved afslutningen den 16. februar 2006 af sin førstelæsning af Kommissionens oprindelige forslag opfordrede Kommissionen til at fremsætte et særskilt forslag vedrørende sundhedstjenesteydelser med henblik på tilvejebringelse af større retlig sikkerhed og klarhed. Kommissionen kvitterede for denne opfordring i forbindelse med fremsættelse af det reviderede forslag til direktiv den 4. april 2006, idet Kommissionen bekræftede, at den ville tage et særligt initiativ vedrørende disse ydelser. Hertil kommer, at Rådet ved rådsmødet (beskæftigelse, socialpolitik, sundhed og forbrugerbeskyttelse) den 1.-2. juni 2006 vedtog konklusioner om fælles værdier og principper i de europæiske sundhedssystemer. Det fremgår af samlenotatet (sundhedspunkterne) side 5, der blev oversendt til udvalget den 16. maj 2006, at "sigtet med rådskonklusionerne og den dertil hørende erklæring er at sende et politisk signal primært til Kommissionen om, at de principper og værdier, der er fælles for de europæiske sundhedssystemer, bør respekteres og bevares i forbindelse med Kommissionens fremtidige initiativ."

Jeg har med hensyn til udvalgets ønske om en redegørelse for Forfatnings-traktatens bestemmelser om sundhed set i forhold til de gældende bestemmelser indhentet følgende udtalelse fra Udenrigsministeriet, som jeg kan henholde mig til:

"I forhold til de gældende bestemmelser i Nice-traktatens artikel 152 udvides området for folkesundhed på enkelte punkter i forfatningstraktatens artikel III-278. Målsætningen for EU's indsats på folkesundhedsområdet udvides således til også at omfatte overvågning, varsling og bekæmpelse af alvorlige grænseoverskridende sundhedstrusler. Derudover fastholdes den gældende målsætning om forbedring af folkesundheden og forebyggelse af sygdomme, samt sundhedsforskning, -oplysning og -uddannelse, jfr. artikel III-278.

I forlængelse heraf indføres der som en delt kompetence mellem EU og medlemslandene et retsgrundlag for vedtagelse af foranstaltninger i forbindelse med overvågning, varsling og bekæmpelse af alvorlige grænseoverskridende sundhedstrusler. Baggrunden er ikke mindst sundhedstruende epidemier, som f.eks. SARS. EU får også som noget nyt et eksplicit retsgrundlag til at fastsætte høje standarder for kvaliteten og sikkerheden af lægemidler og medicinsk udstyr. Derudover fremhæves EU's mulighed for understøttende og supplerende tiltag med en adgang til at træffe tilskyndelsesforanstaltninger med direkte henblik på beskyttelse af folkesundheden i

forbindelse med tobak og alkoholmisbrug, jfr. forfatningstraktatens artikel III-278, stk. 4 og 5.

Endvidere er sundhedsbeskyttelse omtalt i artikel II-95 i charteret om grundlæggende rettigheder, som er en del af forfatningstraktaten. Charteret udvider eller ændrer dog ikke EU's beføjelser på sundhedsområdet. Der følger af bestemmelsen, at enhver har ret til at få adgang til forebyggende sundhedsydelser og til at modtage lægehjælp på de betingelser der er fastsat ved medlemsstaternes lovgivning og praksis. Det fremgår endvidere, at der skal sikres et højt sundhedsbeskyttelsesniveau ved fastlæggelsen og gennemførelsen af alle Unionens politikker. "