

Europaudvalget
Folketinget
Christiansborg
1240 København K

DANSKE
REGIONER



Til orientering

30-01-2007
Sag nr. 06/4442
Dokumentnr. 7113/07
Sagsbehandler
Christina Carlsen
Tel. +45 3529 8221
E-mail: cca@regioner.dk

**Danske Regioners høringsvar på Kommissionens meddelelse vedr.
Høring om Fællesskabets indsats vedrørende Sundhedssektoren SEC
(2006) 1195/4**

Kommissionen lancerede den 26. september 2006 en åben høringsproces i forbindelse med et kommende EU-initiativ i relation til sundhedssektoren.

Danske Regioner fremsender hermed til orientering Foreningens høringsvar på Kommissionens meddelelse vedr. Høring om Fællesskabets indsats vedrørende sundhedssektoren SEC (2006) 1195/4.

Med venlig hilsen


Christina Carlsen

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

European Commission
DG Health and Consumer Protection
Health services consultation
B232 8/102
B-1049 Bruxelles
Belgium

DANSKE
REGIONER



25-01-2007

Sag nr. 06/4442

Dokumentnr. 1622/07

Sagsbehandler

Christina Carlsen

Carina Bock

**Danske Regioners høringsvar på Kommissionens meddelelse vedr.
Høring om Fællesskabets indsats vedrørende sundhedssektoren SEC
(2006) 1195/4**

Kommissionen lancerede den 26. september 2006 en åben høringsproces i forbindelse med et kommende EU-initiativ i relation til sundhedsydelser. Meddelelsen vedr. Høring om Fællesskabets indsats vedrørende sundhedssektoren danner udgangspunkt for denne høring.

De danske regioner – det regionale niveau- har ansvaret for organiseringen og driften af sygehusvæsenet og den primære sundhedssektor, hvorfor dette initiativ er af stor interesse. Som interesseorganisationen for de 5 regioner i Danmark ønsker Danske Regioner hermed at afgive høringsvar.

Hovedpointerne i Danske Regioners høringsvar er opridset nedenfor:

- Danske Regioner forudsætter, at Amsterdam-traktatens artikel 152, der fastslår at det behandlende sundhedsvæsen som udgangspunkt er et nationalt anliggende, respekteres.
- Danske Regioner støtter ønsket om skabelsen af juridisk klarhed om patienternes rettigheder i forhold til behandling i andre EU-medlemsstater.
- Danske Regioner finder det afgørende for EU-medlemsstaternes muligheder for at udøve omkostningskontrol og opretholde den finansielle bæredygtighed, at de patienter der tilbydes behandling i

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

udlandet, kun har ret til behandlinger, som tilbydes i det nationale system.

Side 2

- Danske Regioner påpeger, at muligheden for at indgå nationale og regionale aftaler om behandlingstilbud som element i regionernes planlægning og organisering af sundhedsvæsenet skal respekteres.
- Danske Regioner finder, at det som udgangspunkt bør være reglerne i det land, hvor patienterne modtager behandling, der gælder. Tjenesteydere der opholder sig midlertidigt eller permanent i en anden EU-medlemsstat med henblik på at udføre tjenesteydelser, skal følge reglerne i det land, hvor ydelsen udbydes.
- Danske Regioner påpeger endvidere, at et kommende EU-initiativ ikke må forhindre opretholdelsen af de eksisterende danske registreringssystemer og procedurer på medicinområdet.
- Danske Regioner finder, at det gældende princip om henvisning til specialiseret behandling skal kunne opretholdes i Danmark.
- Danske Regioner påpeger, at det - for det danske sundhedsvæsen - gældende og afgørende princip om, at borgere skal være tilmeldt en fast almen praktiserende læge (egen læge), efter et listesystem, skal kunne opretholdes i Danmark.
- Danske Regioner påpeger, at det skal være muligt for sygehusafdelingerne at afvise patienter af kapacitetsmæssige årsager.
- Afslutningsvis opfordrer Danske Regioner til, at det regionale myndighedsniveau som ansvarlig for sundhedsvæsenet sikres repræsentation i de fora, netværk og arbejdsgrupper der etableres i EU-regi i relation til sundhedsområdet.

I det følgende uddybes ovenstående hovedpointer og bemærkninger.

Generelle overordnede bemærkninger

Der lægges i meddelelsen vægt på, at der skal skabes juridisk klarhed i relation til patienters ret til behandling i andre EU-medlemsstater, og at der skal formuleres en samlet strategi for de europæiske borgeres rettigheder til sundhedsydelser. Behovet for skabelsen af juridisk klarhed i forhold til pa-

atienternes ret til behandling i andre EU-medlemsstater skal ses i lyset af EF-domstolens afgørelser i en række sager herom.

Side 3

EF-domstolens afgørelser, som har haft indflydelse på sundhedsområdet skal som hovedregel ses som en konsekvens af den grundlæggende EU målsætning om fri bevægelighed inden for det indre marked.

Markedstankegangen baserer sig på forbrugernes individuelle rettigheder til at søge behandling i andre EU-medlemsstater, samt udbyders ret til at etablere sig. Den organisatoriske og finansielle opbygning af sundhedsvæsenet i mange medlemsstater baserer sig imidlertid på politisk bestemte kollektive og sociale kriterier såsom tilgængelighed, solidarisk finansiering/fordelingsmæssige aspekter samt fri og lige adgang til ydelserne. De specifikke karakteristika der knytter sig til social- og sundhedsydelser var da også et væsentligt argument for at undtage disse ydelser fra tjenesteydelsesdirektivet.

Danske Regioner vurderer, at der kan være en fordel i, at der skabes fælles retningslinier vedrørende patientrettigheder og patientmobilitet på europæisk niveau, idet man derved fjerner uklarhederne om betydningen af retspraksis på europæisk niveau for patienterne og for de nationale sundhedssystemer. Dermed undgår man, at det bliver EF-domstolen, der udøver politik på området via afgørelser i enkeltsager.

Danske Regioner ønsker dog samtidig at påpege, at det er af afgørende betydning, at EU's grundlæggende målsætning om fri bevægelighed ikke begrænser medlemsstaternes kompetence på sundhedsområdet. I EF-domstolens afgørelser er sundhedsydelser blevet sidestillet med tjenesteydelser af almen økonomisk interesse. Det er uantageligt, hvis ophøjelsen af EU-retspraksis til direktiv som følge af behovet for skabelsen af juridisk klarhed, hindrer EU-medlemsstaternes i at intervenere over for markedsfejl og sikre omkostningskontrol, kvalitet, udligning og lige adgang til sundhedsydelser.

Et kommende EU-initiativ bør begrænse sig til skabelsen af juridisk klarhed i forhold til grænseoverskridende sundhedsydelser og de elementer der følger naturligt heraf, med respekt for Amsterdam-traktatens § 152, der fastslår, at det behandlende sundhedsvæsen som udgangspunkt alene er et nationalt anliggende for de enkelte medlemsstater. Det danske regionale myndighedsniveaus muligheder for prioritering, planlægning, og organisering af sundhedsvæsenet skal respekteres.

Det fremgår af Kommissionens høringsmeddelelse, at høringen omfatter flere former for grænseoverskridende virksomhed, herunder patientmobilitet, mobilitet af sundhedsfagligt personale, levering af tjenester på tværs af grænser (telemedicintjenester, fjerndiagnosticering m.v.) samt tjenesteyderes midlertidige og permanente ophold i en anden EU-medlemsstat. Danske Regioner ønsker i den forbindelse at bemærke, at Kommissionen i høringsmeddelelsen desværre næsten udelukkende fokuserer på patientmobilitet, hvorfor det syntes vanskeligt at kommentere indgående på de øvrige former for grænseoverskridende virksomhed.

På baggrund af disse generelle overordnede kommentarer og betragtninger har Danske Regioner følgende kommentarer til de 9 spørgsmål opridset i Kommissionens meddelelse.

Spørgsmål 1: Hvilke virkninger (på lokalt, regionalt og nationalt plan) har grænseoverskridende sundhedstjenester nu på adgangen til, kvaliteten af og den finansielle bæredygtighed i sundhedssystemerne, og hvordan forventes situationen at udvikle sig?

Udvidet frit sygehusvalg - aftalesystem

Som konsekvens af EF-domstolens afgørelser er de danske regler om udvidet frit sygehusvalg indrettet således, at udenlandske sygehuse og klinikker på lige fod med danske privatklinikker og -hospitaller, kan anmode Danske Regioner om indgåelse af aftale til behandling af patienter, som ikke kan tilbydes behandling i det offentlige danske sundhedsvæsen inden 8 uger.

Muligheden for at blive behandlet i udlandet er hidtil kun blevet brugt i begrænset omfang af danske patienter. I perioden juli 2002 til januar 2006 benyttede 75.465 danske patienter sig af det udvidede frie sygehusvalg. Indtil januar 2005 havde blot 643 valgt at få behandling i udlandet. De danske regioner har endvidere indgået aftale med enkelte udenlandske sygehuse om behandling af patienter med livstruende sygdomme. Patienter med livstruende sygdomme er omfattet af fastsatte ventetidsgarantier. Eftersom det af kapacitetsmæssige årsager kan være vanskeligt at overholde disse tider på f.eks. strålebehandling af danske kræftpatienter, kan regionerne indgå aftale med udenlandske sygehuse om behandling af disse patienter.

Det er uklart, hvordan disse bilaterale aftaler bliver passet ind i et eventuelt EU-initiativ. I Danmark forvaltes det således i regionerne, at et udenlandsk sygehus, der indgår aftale med de danske regioner i forening om behandling af udvidet fritvalgspatienter eller patienter med livstruende sygdom, er at

betragte som en forhåndstilladelse fra den hjemlige myndighed, om at patienten kan få betalt for sin behandling i udlandet forudsat patienten henvises til sygehuset. Danske Regioner ønsker i den forbindelse at påpege, at sådanne ordninger skal kunne fortsætte uhindret, som element i regionernes organisering og planlægning af behandlingen. Eventuelle EU tiltag skal derfor ubetinget respektere de nationale og regionale myndigheders kompetence i forhold til det behandelende sundhedsvæsen.

Øget patientmobilitet – ulige pres

Høringsmeddelelsen baserer sig på en forudsætning om, at patientmobiliteten mellem EU-medlemsstaterne på nuværende tidspunkt er yderst begrænset. Patienterne foretrækker som oftest at modtage behandling i deres eget hjemland, og der er visse barrierer (sprogproblemer, utryghed, kultur, sygdomstilstand m.v.) for patientmobiliteten. Det må dog være forventningen, at skabelsen af klarhed over patienternes retsstilling kan øge graden af mobilitet. Der skal derfor tages højde for, at forudsætningen om en lav grad af patientmobilitet på sigt kan ændre sig med et øget pres på EU-medlemsstaternes sundhedssystemer til følge. Dette betyder, at de nationale og regionale myndigheders muligheder for styring, planlægning og organisering af sundhedsvæsenet vanskeliggøres, hvilket ikke er acceptabelt.

Endvidere vil patientmobiliteten sandsynligvis være ulige fordelt, både i relation til "afsender" og "modtagerlande", hvorfor nogle EU-medlemsstater vil opleve et større pres end andre. Derudover kan presset variere i forhold til eksempelvis visse specialiserede behandlinger, hvilke kan skabe problemer i forhold til personalemangel inden for visse medicinske specialer m.v. Afslutningsvist vil en øget patientmobilitet medføre øgede krav til det sundhedsfaglige personale (sprog/kommunikation, kultur m.v.). Det er således væsentligt, at udviklingen i patientmobiliteten følges.

Spørgsmål 2: Hvilken specifik lovmæssig præcisering og hvilke praktiske oplysninger er der behov for hos hvem (myndigheder, indkøbere, leverandører, patienter) for at muliggøre sikre og effektive grænseoverskridende sundhedsydelser af høj kvalitet?

Omfang

Det er afgørende i forhold til EU-medlemsstaternes evne til at udøve omkostningskontrol og opretholde den finansielle bæredygtighed, at de patienter, der ønsker behandling i udlandet, kun har ret til behandlinger, som tilbydes i det nationale system. I modsat fald vil det danske behandlingssortiment reelt udvides betydeligt, eftersom alle udenlandske behandlingstilbud bliver tilgængelige for danske patienter på trods af de begrundelser

(økonomiske, sundhedsfaglige, kvalitetsmæssige m.v.) der har været for ikke at tilbyde dem i det offentlige danske sygehusvæsen.

Side 6

Information

Generelt opstår der et stort behov for kommunikation, hvis et lands statsborger modtager behandling i et andet EU-land. For det første er der behov for kommunikation EU-landene imellem. Hjemlandet har behov for at vide, at en af dets patienter har modtaget behandling i et andet EU-land, hvad baggrunden for denne behandling var, hvori behandlingen bestod, om der skal ske opfølgning eller efterbehandling af patienten mv. I Danmark er der i vidt omfang lovgivet om videregivelse af fortrolige helbredsoplysninger mv. Af disse regler kan udledes, at sundhedspersoner som udgangspunkt kun må videregive helbredsoplysninger i forbindelse med behandling, hvis patienten har givet samtykke hertil. Såfremt lovgivningen i andre EU-lande er forskellig fra den danske, kan der opstå en række problemer som besværliggør og eventuelt endda umuliggør, at sådanne oplysninger kan videregives på tværs af landegrænserne. Herved kan sikkerheden for den enkelte patient være i fare, ligesom der omvendt er en risiko for, at personfølsomme helbredsoplysninger videregives i videre omfang end ønsket af patienten.

Udover behovet for kommunikation EU-landene imellem er det efter Danske Regioners opfattelse meget vigtigt, at der sker en grundig information af patienten. I Danmark er hele behandlingssystemet bygget op om patienters selvbestemmelsesret, hvilket indebærer, at patienten skal give samtykke til behandling. Dette samtykke gives på baggrund af en grundig information, der altid skal gives inden behandling indledes. På den måde har patienten mulighed for at forholde sig til, om det er en behandling, man ønsker. Informationen skal blandt andet indeholde oplysninger om behandlingens/indgrebets art, alternative behandlingsmuligheder og risiko for komplikationer og bivirkninger.

Fælles offentlig sundhedsportal – e-sundhed

I Danmark er den samlede adgang til information omkring sygehusene for patienterne samlet på Internettet via den fælles offentlige sundhedsportal www.sundhed.dk. Her er en bred vifte af information, som både dækker generel information om sundhedsvæsenets ydelser herunder blandt andet ventetidsinformation, behandlingskvalitet og patientrettigheder samt online adgang til egne data i sundhedsvæsenet. For at patienter gives bedre mulighed for at vælge behandling uden for eget land er det relevant at få beskrevet, hvordan information kan deles på tværs af landegrænser.

Ønsker en dansk statsborger behandling i et andet EU-land, må det mest hensigtsmæssige dog være, at det er yderlandet, der informerer patienten om behandlingen, idet yderlandet har de bedste forudsætninger for at kende til konkrete behandlingsmetoder, komplikationer ved denne behandling mv. Såfremt andre EU-landes behandlingssystem ikke er bygget op om udgangspunktet med patienters selvbestemmelsesret, kan det være svært at formå sundhedspersonalet i et andet EU-land til at opfylde denne informationspligt. Ligeledes kan der være sproglige barrierer, idet det kan være vanskeligt for en patient at modtage og fuldt ud forstå information givet på et fremmedsprog. Danske Regioner skal på den baggrund pege på, at der er en risiko for, at danske patienter får en dårligere retssikkerhed i relation til omfanget og forståelsen af den givne information.

Spørgsmål 3: Hvilke ansvarsområder (f.eks. overblik over klinikker, finansielt ansvar) bør høre under myndighederne i hvilket land? Er de forskellige fra de forskellige typer grænseoverskridende sundhedsydelser, der beskrives i afsnit 2.2. ovenfor?

Se besvarelsen til spørgsmål 2,4 og 6.

Spørgsmål 4: Hvem bør have ansvaret for at sørge for sikkerheden i forbindelse med Grænseoverskridende sundhedstjenester? Hvordan sikres det, at patienterne har en klagemulighed, hvis de påføres skader?

I relation til behandling af udenlandske patienter, skal det være de juridiske regler i det land der yder sundhedsydelsen, der skal være gældende. I det omfang patienter behandles i udlandet som følge af konkrete aftaler mellem en region og et sygehus i udlandet om behandling – altså om benyttelse af kapacitet til at løse regionens behandlingsopgaver, vil disse være omfattet af de danske regler om patientforsikring, klage - og erstatning m.v. Et kommende EU-initiativ må ikke stille sig i vejen herfor.

I forhold til tjenesteydere der opholder sig midlertidigt eller permanent i en anden EU-medlemsstat bør disse følge reglerne i det land, hvor de udbyder ydelsen. Det er således værtslandets ansættelsesretlige bestemmelser, de nationale autorisationsregler, faglige standarder, kvalitetskrav, markedsføringsbestemmelser m.v. der bør gælde.

Klage og erstatningsmuligheder

Alle ydelser efter sundhedsloven er omfattet af reglerne i EF-forordning 1408/71. Det vil sige, at primært EØS-borgere, der udøver beskæftigelse/selvstændig virksomhed i Danmark, der arbejder på et skib der sejler under dansk flag, eller der er tjenestemænd, får samme ret til sundhedsydelser i Danmark som danske statsborgere. Med hensyn til klageadgang og muligheden for at få erstatning for fejl begået i forbindelse med en behandling er EU-borgere stillet på samme måde som danske borgere. Det eneste krav er, at behandlingen skal have fundet sted i Danmark.

Ansvarsplacering

Spørgsmålet om, hvem der bør have ansvaret for behandlingen i et givent land, bør efter Danske Regioners opfattelse være det land, hvor sundhedstjenesten finder sted, idet dette land alt andet lige har en lettere adgang til at gribe ind samt føre kontrol med behandlingsstederne. Det må således være op til hvert enkelt EU-land, hvorledes de vil opbygge/indrette deres klagesystem. Dette betyder dog, at patienter kan risikere at få en dårligere retsstilling ved at blive behandlet i et andet EU-land. Dette er tilfældet, hvis yderlandets regler ikke giver den samme beskyttelse til patienterne som hjemlandet. Det altafgørende i sådanne situationer må derfor være, at patienterne får en forudgående grundig information om, hvordan de er stillet, hvis de vælger at blive behandlet i andet EU-land. Dette rejser det næste spørgsmål om, hvilket land informationspligten bør påhvile? Da yderlandet må forudsættes at have det bedste kendskab til patientens rettigheder og eventuelle pligter, vil det formentlig være mest hensigtsmæssigt at informationspligten påhviler dette.

Medicin

For så vidt angår medicinområdet knytter der sig en lang række problemstillinger i relation til grænseoverskridende sundhedstjenester. På medicinområdet er Danmark i en unik situation, idet der er etableret et meget vel fungerende edb-system, der dels er med til at kontrollere mængden og arten af solgt medicin, dels er med til at øge sikkerheden for den enkelte patient.

For det første føres der i Danmark en god lægemiddelstatistik. Denne statistik viser, hvilke lægemidler der er solgt hvornår og i hvilke mængder. En sådan statistik forudsætter, at der for hver medicinekspedition foretages en registrering af det solgte lægemiddel. Hvis danskere køber medicin i udlandet kan det være svært at sikre en tilstrækkelig registrering heraf, hvilket vil kunne påvirke den samlede statistik.

Derudover har Danmark udviklet den Personlige Elektroniske Medicinprofil (PEM), hvoraf den enkelte patients medicinforbrug fremgår. I denne profil er det registreret, hvilke typer og doser af medicin patienten har modtaget, samt hvornår medicinen er ordineret. Patienten selv, den praktiserende læge samt øvrige behandlende læger har adgang til PEM, og med patientens samtykke vil også andre sundhedspersoner kunne få adgang hertil. Hvis patienten bliver behandlet med eller køber medicin i et andet EU-land, er der en stor risiko for, at denne medicin ikke bliver registreret i patientens PEM i Danmark, hvilket vil kunne influere på den fremtidige behandling af patienten. Hermed er der for eksempel risiko for, at der finder dobbeltmedicinering sted, eller at der bliver ordineret medicin i Danmark, som ikke harmonerer med den medicin, der er ordineret og udleveret i et andet EU-land. Dette vil i høj grad kunne skade patienten.

I Danmark er der inden for nærmere angivne grænser mulighed for at få tilskud til betalingen af medicin. Tilskuddets størrelse afhænger af, hvilke præparater, der er tale om, samt hvor mange medicinudgifter patienten selv har afholdt. I den forbindelse er der oprettet et centralt tilskudsregister (CTR), hvoraf det fremgår, hvilke præparater den enkelte borger har fået, hvor ofte og i hvilke doser. Det er alene receptpligtig medicin, der er tilskudsberettiget i Danmark og som dermed registres i CTR. Det er ikke på nuværende tidspunkt muligt for danske statsborgere at få tilskud til medicin købt i et andet EU-land. Såfremt dette skulle være muligt, ville der opstå en del praktiske problemer i forhold til CTR, herunder for eksempel hvorledes registreringen i CTR skulle foregå. Hvem skulle have adgang til systemet og dermed til fortrolige personfølsomme oplysninger, og hvad gør man i de tilfælde, hvor et præparat er receptpligtigt i et andet EU-land men ikke i Danmark? Herudover er der ofte forskellige prisniveauer på medicin i EU-landene. Dette kunne skabe tvivl om, hvilken pris der skulle danne grundlag for beregningen af et tilskud til medicin købt i et andet land.

Ydermere skal Danske Regioner gøre opmærksom på, at der er væsentlige forskelle på, hvilke præparater der er godkendt og tilgængelige, i EU-medlemsstaterne. Nogle præparater er godkendte i ét land, men ikke i et andet. I den forbindelse kan det eksempelvis nævnes, at Danmark i modsætning til andre EU-lande er tilbageholdende med at ordinere bredspektret antibiotika med det formål at undgå, at patienten bliver resistent over for dette. De nationale muligheder for at udøve kontrol med hvilke præparater der skal være tilgængelige for de danske patienter, skal bibeholdes.

Endelig har Danmark regler om, at ordinationer af afhængighedsskabende medicin skal indberettes, således at det er muligt at se, hvor meget og hvor ofte dette er ordineret. Derudover skal navnet på den ordinerende læge fremgå. Hermed er det muligt at "føre kontrol" med både læge og patient. Patientsikkerheden kan imidlertid komme i fare, hvis der udleveres afhængighedsskabende medicin i et andet EU-land, og denne medicin ikke bliver registreret i Danmark.

Ovenstående er blot nogle eksempler på problemer der kan opstå i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelse. Danske Regioner finder det særdeles væsentligt at påpege, at eventuelle EU-tiltag i relation til sundhedsområdet, på ingen måde må hindre, at Danmark kan opretholde de meget velfungerende registreringssystemer og medicin-procedurer, som eksisterer i dag.

Kvalitet og patientsikkerhed

Danmark har et udbygget patientsikkerhedssystem som indgår som et væsentligt element i relation til sikring af kvaliteten i sundhedsydelse. I Danmark blev Lov om patientsikkerhed vedtaget i 2004 og pr. 1. januar 2007 er denne indskrevet i sundhedsloven. Loven betyder, at sundhedspersonalet i første omgang på sygehusene forpligtes til at rapportere utilsigtede hændelser, de har kendskab til. Et centralt element i rapporteringen er systemets ikke-sanktionerende karakter. Der er således tale om et lærende system, som allerede efter få år har haft stor betydning for patientsikkerhedsarbejdet i Danmark. Det er vigtigt, at dette unikke system i en international kontekst ikke undermineres ved eksempelvis sammenblanding med klagesystemet.

Spørgsmål 5: Hvilke tiltag er nødvendige for at sikre, at behandling af patienter fra andre medlemsstater er forenelig med princippet om, at alle bør have adgang til en afbalanceret læge- og sygehusbehandling (f.eks. en finansiel godtgørelse for behandling i "modtagerlandene")?

Ventetider

Ifølge Watts-dommen, har patienter ret til behandling i udlandet, hvis ventetiden i hjemlandet er "urimeligt" lang. Imidlertid er der ingen præcisering af, hvad der kan betragtes som "urimeligt lang" ventetid og hvem der skal afgøre det. Danske Regioner ønsker i den forbindelse at bemærke, at en sådan vurdering må basere sig på lægefaglige kriterier, der defineres i de enkelte EU-medlemslande.

Ventetiderne varierer betydeligt på europæisk niveau. I Danmark vil patienter efter den 1. oktober 2007 få ret til behandling på et privatsygehus eller et udenlandsk sygehus, hvis de ikke kan blive forundersøgt og behandlet inden for 4 uger i det danske offentlige sygehusvæsen. Dette gælder elektive ikke-akutte behandlinger, og ventetidsgarantien er mere at betragte som et servicemål snarere end funderet i en medicinsk indikation.

Det er vigtigt, at regionerne bibeholder mulighed for at planlægge behandlingsindsatsen af hensyn til de berettigede patienter og de offentlige udgifter.

Fri og lige adgang

Patienter, der er villige til at rejse til udlandet og modtage behandling vil ofte være mere ressourcestærke og mere mobile end øvrige patienter i det offentlige sundhedsvæsen. Det er vigtigt at Kommissionen undersøger, hvilke patienter der rejser under de nuværende forhold, og hvordan dette vil udvikle sig alt afhængig af de forslag til tiltag, der fremsættes. Det er derfor essentielt, at Kommissionen foretager grundig sundhedskonsekvensanalyse inden tiltag sættes i værk. Retten til "let og lige" adgang til sundhedsvæsenet skal sikres.

Det bør sikres, at der er let og lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser, således at udenlandske patienter der søger behandling i Danmark, har samme vilkår som danske borgere, eksempelvis i forhold til ventetider m.v. Samtidig bør det sikres, at den lette og lige adgang til sundhedsydelser, som danske borgere har ret til ifølge den danske sundhedslov, ikke samlet set forringes som følge af EU initiativer/lovgivning på sundhedsydelser. I relation hertil ønsker Danske Regioner at påpege, at det i Danmark ved planlagt behandling er muligt for sygehusafdelinger at afvise patienter fra en anden region, af kapacitetsmæssige årsager, herunder hvis afdelingen har væsentlig længere ventetider til den pågældende behandling end andre afdelinger, eller hvis væsentlige hensyn til patienter fra egen region vil blive tilsidesat. Det er væsentligt, at dette princip kan fastholdes. EF-domstolen har tidligere slået fast, at patienters eventuelle behandling i et andet EU land ikke må bringe det generelle nationale sygesikringssystem i fare. Patientmobilitet må således ikke reducere de regionale myndigheders muligheder for at organisere, planlægge, omkostningskontrollere og prioritere i relation til sundhedsområdet.

I Danmark forudsætter fri speciallægehjælp, at der foreligger en henvisning fra den praktiserende læge (med undtagelse af øjen- og ørelæger). Det

samme gælder for adgangen til sygehusvæsenets ydelser. Det danske princip om henvisning til specialiseret behandling skal kunne opretholdes. Derudover skal Danske Regioner gøre opmærksom på, at alle borgere i Danmark er tilmeldt en alment praktiserende læge – ”familielægen” eller ”egen læge”, efter et listesystem. Den alment praktiserende læge fungerer som en slags tovholder for patienterne og konstruktionen sikrer kontinuitet og helhed i relation til den enkelte borgers helbredsforhold over en lang periode. Dette princip er af helt afgørende betydning for indretningen af det danske sundhedsvæsen og skal kunne opretholdes og rummes inden for rammerne af et EU-initiativ.

Finansiering

Der er væsentlig forskel på EU-medlemsstaternes organisering af sundhedsvæsenet, herunder eksempelvis i forhold til egenbetaling mv. Det bør sikres, at betalingssystemet indrettes fleksibelt således, at der tages højde for de forskellige landes indretning og organisering af sundhedsvæsenet. Generelt bør det i forhold til finansieringen sikres, at godtgørelsen for behandlingen kanaliseres tilbage til sundhedsvæsenet i de enkelte EU-medlemsstater der har leveret ydelsen, således at den finansielle bæredygtighed i relation til sundhedsvæsenet kan opretholdes. Med hensyn til finansieringen er det endvidere vigtigt, at man undgår uhensigtsmæssige økonomiske incitament, der kan medføre en skævvridning af udbuddet af sundhedsydelser.

I forhold til finansieringsaspektet er det endvidere uklart, hvad der skal dækkes af godtgørelsen for behandling. Omfatter ydelsen prøvetagning og undersøgelse (forundersøgelser) i forbindelse med behandling i udlandet, eller efterbehandling og kontrol?

Spørgsmål 6: Er der andre spørgsmål i forbindelse med netop sundhedsvæsenet, der bør tages op, f.eks. at medicinsk personale midlertidigt kan flyttes, eller at sundhedstjenesteydere kan etablere sig i andre medlemsstater, dvs. spørgsmål som ikke allerede er omhandlet i fællesskabslovgivningen?

Som førnævnt, må værtslandets regler og lovgivning i forhold til patient-sikkerhed, kvalitet, autorisation uddannelseskraft m.v. være gældende.

Dette gælder dels når patienten behandles i en anden EU-medlemsstat og dels, når en tjenesteyder midlertidigt eller permanent opholder sig i en anden EU-medlemsstat. For så vidt angår udstationerede tjenesteydere skal

disse leve op til værtslandets lovgivning samt de indgåede overenskomster. I henhold til udstationeringsdirektivet skal virksomheder, der udsender medarbejdere til andre EU-medlemsstater i forbindelse med levering af en tjenesteydelse, således overholde visse fastsatte regler om arbejdsvilkår i værtslandet.

For så vidt angår flytning af medicinsk personale, er det efter reglerne i dansk ret, som også er implementeret ved overenskomst, ikke muligt for arbejdsgiveren midlertidigt at flytte personale på tværs af grænser uden først at varsle den ansatte om ændringerne i ansættelsesvilkårene. Varslingen skal ske i overensstemmelse med den ansattes opsigelsesvarsel. Såfremt den ansatte ikke accepterer ændringen, kan den ansatte vælge at betragte sig som afskediget med de retsvirkninger, der knytter sig hertil. Et eventuelt EU-initiativ skal derfor respektere de retsvirkninger for den ansatte der er knyttet til flytning af personale over grænserne.

Danske Regioner ønsker i denne forbindelse at påpege, at øget mobilitet af både patienter og sundhedsfagligt personale kan skabe problemer i visse medlemsstater, hvor manglen på sundhedsfagligt personale er kritisk. Der kan i den forbindelse være behov for at udvikle et sæt europæiske etiske retningslinier vedrørende rekruttering og fastholdelse af sundhedspersonale, her især mellem de gamle og de nye EU-medlemsstater.

Spørgsmål 7: Er der andre områder inden for hvert enkelt sundheds- eller socialsikringsystem, hvor retssikkerheden bør forbedres? Hvilke forbedringer med henblik på at lette grænseoverskridende sundhedstjenester foreslår navnlig de parter, som er direkte berørt, fordi de modtager patienter fra andre medlemsstater, dvs. sundhedstjenesteydere og socialsikringsinstitutioner?

Ingen bemærkninger.

Spørgsmål 8: På hvilke måder bør en EU-indsats bidrage til at støtte medlemsstaternes sundhedssektorer og de forskellige aktører i sundhedssektoren? Er der områder, som ikke er omtalt ovenfor?

Etablering af netværk og fora på sundhedsområdet

Det er væsentligt, at der i EU-regi etableres fora, netværk m.v. der kan danne grundlag for erfaringsudveksling, videndeling, udveksling af bedste praksis m.v. Danske Regioner ønsker i relation hertil at påpege, at sådanne tiltag skal afspejle organiseringen af EU-medlemsstaternes sundhedsvæsen.

I mange af EU-medlemsstaterne er ansvaret for sundhedsvæsenet placeret på regionalt og lokalt niveau, hvorfor det regionale og lokale niveau også bør sikres repræsentation i disse fora.

Udvikling af den sociale dialog for hospitalssektoren

Derudover bør man udvikle og udnytte den europæiske sociale dialog. Den nyligt etablerede sociale dialog for hospitalssektoren mellem HOSPEEM og EPSU arbejder med tre overordnede temaer:

- Rekruttering og fastholdelse
- Aktiv aldring
- Kompetenceudvikling og efteruddannelse

Derudover har arbejdsmarkedets parter i regi af den sociale dialog for hospitalssektoren iværksat et projekt, der har til formål at fremme den sociale dialog i de nye medlemsstater.

Spørgsmål 9: Hvilke redskaber ville være passende til at løse de forskellige problemer vedrørende sundhedssektoren på EU-plan? Hvilke problemer bør løses ved hjælp af fællesskabslovgivning, og hvilke bør løses uden lovgivning?

Danske Regioner anser det som problematisk, at der i Kommissionens meddelelse lægges op til yderligere regulering vedrørende sundhedsydelse. Et eventuelt initiativ på området må således på ingen måde medføre yderligere regulere eller harmonisering i relation til sundhedsområdet.

EF-domstolen har i sin hidtidige retspraksis fastslået, at patienters eventuelle behandling i et andet land ikke må bringe det generelle nationale sygesikringssystem i fare. I de konkrete sager, har EF-domstolen dog hidtil fastslået, at de konkrete sager ikke udgjorde en fare for finansieringen af de pågældende landes nationale sygesikringssystemer. En generel formalisering og yderligere regulering på området kan have uforudsigelige konsekvenser for de nationale sygesikringssystemer. Det er vigtigt, at der foretages grundige forudgående analyser af de mulige konsekvenser ved egentlig fællesskabslovgivning og anden regulering på området.

Det er derfor Danske Regioners vurdering, at der i relation til sundhedsområdet bør anvendes andre værktøjer og redskaber end lovgivning, herunder eksempelvis den åbne koordinationsmetode. Danske Regioner finder, at den åbne koordinationsmetode kan være et fleksibelt og brugbart instrument på

sundhedsområdet, idet metoden tilgodeser forskellene i organiseringen og opbygningen af sundhedssystemerne i de enkelte EU-medlemsstater. Trods metodens fleksibilitet er der dog nogle væsentlige problemstillinger i forhold til metodens anvendelse på sundhedsområdet, idet de regionale og lokale myndigheder ikke har nogen formel og institutionaliseret beslutningskompetence i forhold hertil. Det er således alene op til de nationale myndigheder at inddrage de relevante aktører i processen og sikre den sociale dialog i øvrigt.

I overensstemmelse med principperne for den åbne koordinationsmetode skal Danske Regioner derfor opfordre til, at man i EU-regi arbejder for at sikre en mere systematisk inddragelse af alle relevante aktører og øge graden af social dialog, som særligt på sundhedsområdet vil være af afgørende betydning.

Derudover finder Danske Regioner, at det er nødvendigt og hensigtsmæssigt at udvikle tiltag der kan støtte EU-medlemsstaterne i udviklingen af de nationale sundhedsvæsen, såsom forskning, etablering af fora til udveksling af erfaring og viden. Endvidere vil Danske Regioner opfordre til metodeudvikling og nytænkning på europæisk niveau, så rammerne og metoderne i højere grad tilpasses sundhedsområdets særlige karakter. Som en indledende del af denne proces bør der tilvejebringes større gennemsækelighed af konsekvenserne af EU's tiltag og initiativer i forhold til sundhedsområdet for de enkelte medlemsstater, hvilket forudsætter at man ved iværksættelse af fællesskabspolitikker bør analysere samspillet mellem disse politikker og EU-medlemsstaternes nationale sundhedspolitikker og målsætninger. Herved opnås en bedre integration af de forskellige politikfelter og en større klarhed over de gensidige spill-over effekter.

Med venlig hilsen

Bent Hansen

/

Janet Samuel