



Landsorganisationen i Danmark
Danish Confederation of Trade Unions

2006-10333-293

1) Sagen
2) Vedlagt

Islands Brygge 32D
Postboks 340
2300 København S

Telefon 3524 6000
Fax 3524 6300
E-mail lo@lo.dk

Im. INT. j.nr.

vedl
2006-10333-293 ✓

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

05 JAN. 2007

Akt.nr. Antal bilag

Sagsnr. 50.01-06-1127
Vores ref. MLK/hrh
Deres ref.

Den 5. december 2006

Høring om Kommissionens meddelelse om Fællesskabets indsats vedrørende sundhedssektoren

Med henvisning til høringen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet af 9. november 2006 (j.nr. 2006-10333-293 i Internationalt kt.) vedlægges et notat om LO's bemærkninger til Kommissionens meddelelse SEC(2006)1195/4.

Med venlig hilsen

Marie-Louise Knuppert
International sekretær



Kommissionens meddelelse om fælles aktioner på sundhedsområdet

Europakommissionen har den 26. september 2006 vedtaget en meddelelse med titlen: Høring om Fællesskabets indsats vedrørende sundhedssektoren SEC(2006) 1195/4.

Baggrunden er en række afgørelser fra EF-Domstolen, hvor EU's regler for det indre marked får betydning for de nationale tjenesteydelser på sundhedsområdet. For eksempel har EF-Domstolen fastslået, at en patient, som modtager behandling i et andet EU-land, har krav på at modtage samme hjælp fra sin nationale sygesikring, som hvis hun/han var blevet behandlet hjemme. Er der tale om behandling på et udenlandsk hospital, er det ganske vist i følge EF-Domstolen tilladt en medlemsstat at stille krav om forudgående godkendelse i hjemlandet. Hvis ventetiden på en hospitalsbehandling er urimeligt lang har patienten imidlertid ret til at blive behandlet på et hospital i et andet EU-land også uden forudgående godkendelse.

Europakommissionens første forslag til et direktiv om et indre marked for tjenesteydelser (servicedirektivet) omfattede ydelser på sundhedsområdet. Senere har Kommissionen dog hårdt presset accepteret, at sundhedsområdet skal undtages fra servicedirektivet, men Kommissionen bebudede samtidigt, at den i stedet ville komme med et særligt initiativ for denne sektor.

Kommissionen mener, at fællesskabsindsatsen bør hvile på to søjler, som dels skal styrke retssikkerheden i forhold til EU-traktatens regler om fri bevægelighed og dels skal støtte medlemsstaternes indsats på områder, hvor det kan give merværdi.

På den baggrund har Kommissionen vedtaget ovennævnte meddelelse, som er et oplæg til debat med 9 spørgsmål, som Kommissionen ønsker besvaret senest den 31. januar 2007.

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?

Det grænseoverskridende marked for sundhedsydelser vil alt andet lige give patienterne flere behandlingsmuligheder, som i visse tilfælde kan være billigere og bedre og i andre tilfælde dyrere og dårligere. Samtidigt vil patienten få større muligheder for at nedsætte ventetiden. Hvis mange bliver behandlet i et andet EU-land, kan det indebære økonomiske fordele i kraft af fordelingen og den øgede konkurrence, men det kan samtidigt gøre det vanskeligere at opbygge tilstrækkelige erfaringer og ekspertise i de nationale systemer.

Set fra de nationale myndigheders side vil de grænseoverskridende sundhedstjenester rumme mange fordele, men de vil også kunne gøre det mere vanskeligt at styre og planlægge den nationale indsats for tjenesteydelser af almen (økonomisk) interesse på sundhedsområdet. Som det fremgår af Kommissionens meddelelse ønsker næsten alle

patienter at blive behandlet i det land, hvor de bor, og der er derfor endnu ikke i praksis noget tværnationalt marked af betydning på sundhedsområdet i EU.

I Danmark er der i perioden 2002 - 2005 kun registreret 643 patienter, der har benyttet det frie europæiske sygehusvalg. I samme periode har 47.108 benyttet det interne danske frie sygehusvalg. Dette tal bekræfter Kommissionens oplysninger om den lave grænseoverskridende patientmobilitet på ca. 1%.

Undersøgelser har peget på, at det især er de ressourcestærke grupper i samfundet, som benytter sig af muligheder for at blive behandlet i udlandet. Dette kan især forklares ved sproglige barrierer, men også en tendens til at ressourcetsvage grupper i højere grad prioriterer nærhed som faktor i valg af behandlingstilbud. De sociale gruppers forskellige grad af mobilitet bør indtænkes i initiativerne for at undgå en stigende ulighed i sundhed.

Efter LO's opfattelse er kommunikationen mellem patient og læge/behandler og det resultat (kvalitet), der opnås tæt forbundne. En korrekt diagnose er afhængig af lægens kommunikation med patienten. En observation og pleje efter et operativt indgreb er kvalitativt helt afhængigt af, at patienten og plejepersonalet fuldt ud kan kommunikere. Sproglige barrierer vil derfor fortsat kunne være en hindring for opnåelsen af et optimalt resultat.

Sundhedsydelse er i høj grad tjenesteydelse af almen interesse, som defineres af medlemsstaterne af sundhedsfaglige grunde. Sådanne ikke-økonomiske tjenesteydelser er og skal være undtaget fra EU's regler om det indre marked. Enkelte sundhedsydelser kan være tjenesteydelser af almen økonomisk interesse, som er delvist undtaget fra reglerne om det indre marked i overensstemmelse med traktatens artikel 86, stk. 2. Medlemsstaterne har og skal fortsat have en vid margin, når de definerer deres tjenesteydelser af almen (økonomisk) interesse. Kommissionen skal i overensstemmelse med traktaten sikre, at EU's regler om det indre marked overholdes. Omvendt er det vigtigt at bemærke, at tjenesteydelser på sundhedsområdet stort set er en national kompetence. Det er ikke EU's opgave at sikre kvaliteten af de nationale sundhedsydelser via traktatens regler om det indre marked, uanset hvor prisværdigt dette formål er jf. traktatens artikel 16 EF. En sådan opgave skal EU bygge på mere sociale bestemmelser i traktaten for eksempel artikel 137, stk. 3, artikel 152 eller artikel 174, stk. 1 m.v.. Noget andet er, at EU's regler for det indre marked ikke må underminere kvaliteten af de almene økonomiske tjenesteydelser i medlemsstaterne.

LO vil opfordre Kommissionen og EF-Domstolen til i vidt omfang at respektere de nationale definitioner af tjenesteydelser af almen økonomisk interesse i for eksempel sundhedssektoren, undervisningssektoren og på det sociale område. Disse områder er af gode grunde undtaget fra (forslaget til) servicedirektivet.

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?

Generelt har brugerne og patienterne behov for relevant vejledning og information om behandlingsmulighederne, herunder i andre lande. Den brede information er primært en opgave for de nationale myndigheder i samarbejde med behandlingsstederne.

Medlemslandene vil med fordel kunne samarbejde om, hvordan denne information bedst tilvejebringes og spredes til de relevante modtagere.

Alle medlemslande bør i overensstemmelse med deres nationale lovgivning og/eller praksis have klagesystemer, hvor patienter kan rejse sager om mangelfuld behandling eller afslag på anmodninger. Patienter fra andre EU-lande har krav på samme behandling uden diskrimination.

EU kan bidrage med at samle informationer fra alle medlemsstater og gøre dem tilgængelige for borgerne i EU på hjemmeside eller på anden måde.

Det bemærkes, at 80 % af den behandling der sker i sygehussektoren i dag er akutbehandling, altså behandling der kræver indgreb indenfor få minutter. Det er derfor LO's vurdering, at behovet for at effektivisere via et grænseoverskridende hospitalssamarbejde må baseres på et bedre analysearbejde.

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

Ansvarret bør generelt påhvile myndighederne i det land, hvor patienten behandles. Udgangspunktet er med andre ord et værtslandsprincip og ikke et oprindelseslandsprincip. Når værtslandet behandler patienter bosat i et andet EU-land, skal det ske uden diskrimination. Det land, som patienten er bosat i, vil dog i overensstemmelse med national lovgivning kunne fastsætte relevante sundhedsfaglige betingelser om adgangen til refusion af sygesikring. Sådanne krav må ikke diskriminere på grundlag af nationalitet.

Hvis en patient alene behandles via elektronisk kontakt til et andet EU-land, er patienten som udgangspunkt omfattet af klager reglerne i sit hjemland i kraft af EU's regler om lovvalg, men andet kan være aftalt mellem patienten og behandleren. Der kan være grund til at analysere, om patienterne er tilstrækkeligt beskyttede, og om ansvarsområderne er fordelt med den nødvendige klarhed ved elektroniske behandlinger på tværs af grænserne.

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?

Igen må det som udgangspunkt være myndighederne i behandlingslandet, som er ansvarlige for sikkerheden. Når et land behandler patienter, som er bosatte i et andet medlemsland, må bopælslandet kunne fastsætte relevante sundhedsfaglige betingelser for adgangen til refusion af sygesikring, som ikke diskriminerer på grundlag af nationalitet. Sådanne sundhedsfaglige betingelser kunne eksempelvis være relevante krav om videnskabelig dokumentation for behandlingens virkning eller krav til en forsvarlig og sikker gennemførelse.

Efter LO's opfattelse bør alle medlemslande have klagesystemer i overensstemmelse med deres nationale lovgivning og/eller praksis. En patient fra et andet EU-land skal have adgang til at benytte klagemulighederne og opnå eventuel erstatning i behandlingslandet på lige fod med landets egne borgere. Såfremt en patient på grund af skader som følge af

forsømmelse i behandlingslandet efterfølgende må have særligt kostbare behandlinger i sit hjemlands offentligt finansierede sundhedssystem eller må overføres til førtidspension for hjemlandets regning opstår spørgsmålet, om hjemlandets myndigheder kan kræve erstatning fra behandlingsstedet eller fra myndighederne i behandlingslandet. En del af disse spørgsmål må koordineres i overensstemmelse med forordning 1408/71 om vandrende arbejdstageres sociale sikring.

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 (for eksempel en finansiel godtgørelse for behandling i "modtagerlandene")?

Dette spørgsmål er efter LO's opfattelse vigtigt for et system som det danske. I Danmark er lægehjælp og hospitalsbehandling stort set alene finansieret af skattemidler, og der er lige adgang til systemet for alle bosat i Danmark. Det danske system er med andre ord en tjenesteydelse af almen interesse, herunder også af almen økonomisk interesse, som næsten i alle tilfælde bør falde uden for EU's regler om det indre marked jf. traktatens artikel 86, stk. 2. LO må dog respektere EF-Domstolens afgørelser, som blandt andet betyder, at patienter i visse tilfælde har krav på sædvanlig kompensation fra den danske sygesikring, når behandlingen har fundet sted i et andet EU-land. LO må ligeledes respektere, at danske patienter har krav på hospitalsbehandling i udlandet, hvis ventetiden i Danmark er urimeligt lang. Men EF-Domstolens afgørelser kan diskuteres.

Patienter skal selvfølgelig have adgang til behandlinger i sundhedssystemet i det medlemsland, hvor de er bosat. Desuden skal alle som minimum have ret til behandling i et andet EU-land, når det er påkrævet og nødvendigt, for eksempel fordi en patient er kommet til skade under et midlertidigt ophold eller for at efterleve EU's regler om det indre marked. Hvis en behandling ikke er påkrævet her og nu og lige så godt kunne foregå i hjemlandet for eksempel Danmark, er det imidlertid også vigtigt, at de danske myndigheder kan planlægge indsatsen og bestemme farten af hensyn til de berettigede patienter og de offentlige udgifter. De nationale myndigheders skøn bør som udgangspunkt respekteres.

Selvom en patient har krav på behandling i et andet EU-land, hvis ventetiden er urimelig lang, er det ikke det samme som, at et hvert medlemsland er forpligtet til at behandle patienter fra andre EU-lande. I et solidarisk skattefinansieret system som det danske, er udgangspunktet, at tjenesteydelser i sundhedssektoren er af almen interesse for borgere bosat i Danmark, og at borgere bosat i Danmark (skatteyderne) skal behandles på de offentlige hospitaler før eventuelle ønsker fra borgere i andre EU-lande, medmindre at en behandling er påkrævet eller anerkendt af medlemsstaterne eller reglerne om det indre marked. På samme måde får kun bosatte i Danmark adgang til refusion af sygesikring i forbindelse med sundhedsydelser. Dette må ikke opfattes som diskrimination på grund af nationalitet, men er begrundet i almene hensyn.

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?

Værtslandets regler skal i overensstemmelse med EU-retten følges ved og efter etableringen af en virksomhed i sundhedssektoren, herunder særlige regler om sikkerhed, autorisation, uddannelse og forsvarlig behandling af patienterne. Medlemskab af bestemte faglige foreninger for leverandører af sundhedsbehandlinger kan være påkrævet for at sikre den nødvendige viden og information om fagets udvikling. Et medlemskab kan også være en betingelse for at modtage refusion fra de kompetente myndigheder. Sundhedssektoren er et område, hvor de nationale myndigheder har en væsentlig regelskabende rolle af hensyn til lige adgang, patienternes helbred og sikkerhed uanset deres økonomiske formåen, skatteyderne og i andre almene hensyn for eksempel hygiejne, smittefare, miljøregler og arbejdsmiljø.

Også tjenesteydere, som kun opholder sig midlertidigt skal følge reglerne i værtslandet.

Med hensyn til løn- og arbejdsvilkår for udstationerede arbejdstagere gælder reglerne i udstationeringsdirektivet og i EU's regler om lovvalg i kontraktforhold. Arbejdsret, herunder forholdet mellem arbejdsgivere og arbejdstagere og strejkeret er af gode grunde undtaget fra Kommissionens forslag til et direktiv om et indre marked for tjenesteydelser.

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?

EU har en vigtig opgave ved at bistå medlemsstaterne med at sikre en løbende udveksling af alle relevante informationer og erfaringer på tværs af grænserne. Kommissionen kan bistå med at støtte udviklingen af netværk og samarbejde mellem institutioner, leverandører, forskere og ansatte i sundhedssektoren. De omtalte netværk kan også være elektroniske (eHealth).

Også den sociale dialog på europæisk plan bør udvikles. Den netop etablerede sociale sektordialog mellem HOSPEEM og EPSU har allerede igangsat et analysearbejde, der skal fokusere på:

- rekruttering og fastholdelse af personale
- den demografiske udvikling
- nye kompetencebehov

Parterne har endvidere prioriteret opgaven at fremme en social dialog mellem arbejdsgiverne og lønmodtagerne i hospitalssektoren i de nye medlemslande.

En udvikling af den åbne koordinationsmetode er særligt hensigtsmæssig på et område som sundhedssektoren, hvor udgangspunktet er national kompetence. Ikke mindst udveksling af erfaringer om udviklingen af kvaliteten af sundhedsydelserne og årsagerne hertil er væsentlig. Et sådant samarbejde er allerede begyndt i forbindelse med Lissabon-agendaen.

Det vil være naturligt at overveje et system til overvågning af nationale forskelle i behandlingskvalitet og resultater. Meget tyder på at behandlingskvaliteter og resultater varierer stærkt mellem medlemsstater, når det gælder specifikke sygdomme. En løbende overvågning vil kunne være med til at intensivere erfaringsoverførsel mht. behandlingsresultater samt resultater og erfaringer med nye lovende behandlingsformer.

Som en generel målsætning bør det overvejes, hvorledes sundhedssektoren kan medvirke til at mindske den sociale ulighed i sundhed, en udfordring som er blevet større med årene, i og med at den sociale ulighed, når det gælder sundhed, synes at være stigende.

Herunder bør sundhedsvæsenets rolle på forebyggelsesområdet intensiveres gennem et bedre samarbejde med socialområdet og arbejdsmarkedet.

Den tværnationale koordinering og udveksling af erfaringer kan også gøre det nemmere for Kommissionen at gennemføre konsekvensanalyser (impact assessments) i forbindelse med nye forslag. LO er ikke nødvendigvis modstander af et særligt europæisk observatorium på sundhedsområdet, men vil gerne vide mere om et sådant observatoriums opgaver og sammensætning, før det er muligt at tage stilling.

Kommissionen kan ligeledes bidrage med fortolkende og forklarende vejledninger om forholdet mellem traktatens regler om det indre marked, konkurrence og statsstøtte på den ene side og på den anden side tjenesteydelser af almen økonomisk interesse i sundhedssektoren.

Endelig kan EU støtte medlemsstaternes indsats via afgørelser om programmer som støtter tværnationale projekter inden for ovennævnte områder, herunder med midler fra strukturfondene.

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?

Som nævnt, finder LO, at EU af flere grunde bør være tilbageholdende med at anvende europæisk lovgivning vedrørende tjenesteydelser i sundhedssektoren.

Kommissionen nævner i meddelelsen traktatens artikel 95 som en mulig retlig hjemmel for lovgivning. LO finder det uhyre problematisk at anvende artikel 95, som kan føre til en art harmonisering på sundhedsområdet, hvor der primært er national kompetence. Det er både politisk og juridisk meget betænkeligt at gå den vej. Desuden vedrører artikel 95 ikke den fri bevægelighed for personer og heller ikke ansattes rettigheder og pligter. LO vil derfor anbefale Kommissionen at overveje andre mulige hjemler i traktaten.

Kommissionen kan for eksempel anvende Kommissionsdirektiver eller afgørelser baseret på artikel 86, stk. 3, som kan fastsætte passende bestemmelser med henblik på at afklare

forholdet mellem nationale sundhedsydelser og EU's regler om det indre marked. Kommissionen har allerede taget fornuftige initiativer i den retning.

Under alle omstændigheder bør europæisk lovgivning på et område som sundhedssektoren alene vedrøre generelle principper og vilkår, som kan skabe større retlig sikkerhed for leverandører, brugere og myndigheder i sundhedssektoren. En sådan hjemmel er netop foreslået i forfatningstraktatens artikel III-122, men den er, som bekendt, endnu ikke ratificeret af alle medlemsstaterne.

Der er efter LO's opfattelse primært brug for andre værktøjer end lovgivning eksempelvis soft law, åben koordinering, fortolkende vejledninger, evalueringer, analyser og information, social dialog, som kan støtte medlemsstaternes indsats.

Sundhedsområdet er som udgangspunkt national kompetence, og det vedrører typisk tjenesteydelser af almen (økonomisk) interesse, hvor det væsentligste er at sikre befolkningens sundhedstilstand, behandlingsmuligheder og velfærd med andre midler end øget konkurrence og markedskræfternes frie spil.