

ksc 2006-10333-293

1) Fagen
2) Vealagt



Im. INT. j.nr.

vedt.

2006-10333-293

05 JAN. 2007

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12

1216 København K.

Akt.nr. Antal bilag

15185

OLPR/mete

12.12.2006

ksc@im.dk

Høring om Kommissionens meddelelse "Høring om Fællesskabets indsats vedrørende sundhedssektoren" (SEC(2006)1195/4)

Europakommissionen har den 26. september 2006 vedtaget en meddelelse om fællesskabets indsats vedrørende sundhedssektoren.

Som bekendt blev sundhedsydelse undtaget fra det nyligt vedtagne direktiv om tjenesteydelse fri bevægelighed og i stedet har Kommissionen valgt at udsende denne meddelelse som et oplæg til debat.

Det bør endvidere understreges, at så vidt vides har ingen – hverken i Ministerrådet, parlament eller Kommissionen – fremsat ønske om større sundhedsreformer i medlemsstaterne, ligesom der ikke er sat spørgsmålstejn ved, at organiseringen og finansieringen af sundhedsvæsenet er medlemsstaternes eget ansvar og skal reguleres nationalt.

Som følge heraf forekommer der ikke behov for de større ændringer på området, idet det er opfattelsen, at den nuværende EU-lovgivning giver tilstrækkelige muligheder for grænseoverskridende sundhedsydelser og patientmobilitet.

Formålet må derfor alene være at gøre retstilstanden klar på området.

Til de ni konkrete spørgsmål er der følgende kommentarer:

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 skal fremhæves, at sundhedsydelser er tjenesteydelser af almen (økonomisk) interesse, som defineres af medlemsstaterne. Disse tjenesteydelser er undtaget fra EU's regler om det indre marked i overensstemmelse med trakta-

FTF
Niels Hemmingsens Gade 12
Postboks 1169
1010 København K

Telefon 33 36 88 00
Telefax 33 36 88 80

E-mail ftf@ftf.dk
www.ftf.dk

tens artikel 86, stk. 2. Medlemsstaterne skal fortsat have vid margin til at definere deres tjenesteydelser af almen (økonomisk) interesse, og det skal bemærkes, at tjenesteydelser på sundhedsområdet er en ren national kompetence, hvor det ikke er EU's opgave at sikre kvaliteten af de nationale sundhedsydelser jfr. traktatens artikel 16 EF.

Sundhed er andet end hensynet til den enkelte patient. Det er derfor diskutabelt, at EF-domstolen er gået så langt som at sige, at en medlemsstat ikke længere kan kræve forudgående tilladelse til behandling i udlandet, før en patient kan kræve bidrag fra den nationale sygesikring. Kommissionen og EF-domstolen opfordres til at respektere de nationale definitioner af tjenesteydelser af almen (økonomisk) interesse inden for sundhedssektoren. Dette område er af gode grunde undtaget fra direktivet om tjenesteydelser i det indre marked.

Grænseoverskridende behandlingsmuligheder vil alt andet lige kunne give patienterne flere behandlingsmuligheder, som kan være billigere og bedre, men også dyrere og dårligere. Det kan give patienterne større muligheder for at nedsætte ventetiden, men en øget mobilitet kan også føre til underminering af erfaring og ekspertise i de nationale systemer.

En øget mobilitet vil betyde vanskeligheder ved på nationalt plan at styre og planlægge kapaciteten indenfor sundhedsområdet.

Spørgsmål 2

Hvilken særlig juridisk opklaring og hvilken praktisk information er nødvendig for hvem (myndigheder, handlende leverandører, patienter) for at sikre en effektiv tværnational sundhedspleje af høj kvalitet?

Der vil generelt være behov for relevant vejledning og information om behandlingsmulighederne i medlemslandene. Denne opgave må imidlertid primært varetages af de nationale myndigheder. Det må være op til det enkelte medlemsland selv at bestemme, hvordan denne information tilvejebringes og udbredes til de relevante modtagere.

I samtlige medlemslande bør der i overensstemmelse med den nationale lovgivning være klagevejledninger, hvorefter patienterne kan rejse sager om mangelfuld behandling eller afslag på anmodninger.

Eventuelt kan det være nødvendigt nationalt og på EU-niveau at sikre klare retningslinjer for indhentning af patientfølsomme data og ensartede standarder for fx elektroniske patientjournaler.

Spørgsmål 3

Hvilke emner (fx klinisk overvågning, finansielt ansvar) skal være underlagt myndighederne i hvilket land? Er der forskelle indenfor de forskellige tværnationale sundhedsydelser

Ansvar bør påhvile myndighederne i det land, hvor patienten behandles ud fra værtslandsprincippet.

Kvalitetsstandarder og kvalitetskontrol skal være en del af den indgåede aftale, og der skal være taget højde for spørgsmål om efterbehandling og eventuel behandling og pleje af fejlbehandling, når en patient returnerer til hjemlandet.

Spørgsmål 4

Hvem skal være ansvarlige for sikkerheden i den tværnationale sundhedspleje? Hvis patienter lider skade, hvordan skal patientens klagemuligheder så sikres?

Hvert enkelt medlemsland skal have et klagesystem i overensstemmelse med deres nationale praksis eller lovgivning.

Klagemulighederne skal kunne benyttes overfor andre EU-lande. Sker der fejlbehandling mv., skal det være muligt for hjemlandet at kræve erstatning fra myndighedslandet, som skal være et anliggende for de enkelte medlemsstaters sundhedsvæsen og ikke påvirke patientens situation.

Spørgsmål 5

Hvilken indsats er nødvendig for at sikre, at behandlingen af patienter fra andre medlemsstater er foreneligt med afbalanceret læge- og hospitalsystem, som er åben for alle (fx i form af økonomisk tilskud til behandlingen i de "modtagne" lande)

I Danmark er læge- og sygehusbehandling samt pleje stort set finansieret via skattemidler, og princippet om fri og lige adgang gælder for alle borgere.

Derfor er det danske sundhedssystem en tjenesteydelse af almen og almen økonomisk interesse, og derfor uden for EU's regler om tjenesteydelser i det indre marked.

Det må respekteres, at fx danske patienter har krav på hospitalsbehandling i udlandet, hvis ventetiden i Danmark er urimelig lang. Det må dog ikke være således, at det enkelte medlemsland altid er forpligtet til at behandle patienter fra andre EU-lande. I et skattefinansieret sundhedssystem – som det danske – må det være borgere i Danmark, som behandles, før eventuelle ønsker om behandling af borgere fra andre EU-lande. Dog undtaget akutte behandlinger.

Spørgsmål 6

Er der andre emner, som skal tages op i forbindelse med sundhedsydelser vedrørende den frie bevægelighed af leverandører og den frie etableringsret for tjenesteydere, som ikke allerede er reguleret af EU-retten

Det er vigtigt at følge værtslandets regler ved etableringen af en virksomhed i sundhedssektoren.

Det betyder også, at man sikrer patienten størst mulig sikkerhed bl.a. i relation til autorisationen, uddannelse og kvalitet i opgavevaretagelsen.

Medlemskab af forskellige faglige foreninger af leverandører af sundhedsbehandling 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 af de kompetente myndigheder. I det hele taget er sundhedssektoren et område, hvor nationale myndigheder har væsentlige regelskabende roller af hensyn til patientens helbred og sikkerhed og af hensyn til skatteyderne.

Hvad angår løn- og arbejdsvilkår for udstationerede arbejdstagere gælder reglerne i udstationeringsdirektivet.

Spørgsmål 7

Er der andre områder indenfor hvert enkelt sundheds- eller socialsikringssystem, hvor retssikkerheden bør forbedres? Hvilke forbedringer mhp. at lette grænseoverskridende sundhedstjenester foreslår navnlig de parter, som er direkte berørt, fordi de modtager patienter fra andre medlemsstater – det vil sige sundhedstjenesteydere og socialsikringsinstitutioner

EU-lovgivningen skal sikre lige adgang til sundhedsydelser og patientsikkerhed under hensyntagen til kulturelle og sproglige barrierer. Patientrettigheder, patientsikkerhed og patientinformation må være bærende principper og ikke en markedsstankegang.

Spørgsmål 8

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

Nødvendigheden af at have mål- og informationssystemer på grænseoverskridende sundhedsydelser kan overvejes.

Spørgsmål 9

Hvilke værktøjer ville være passende til at takle de forskellige emner vedrørende sundhedsydelser på europæisk niveau? Hvilke emner bør behandles ved europæisk lovgivning og hvilke ved ikke-lovgivning?

Den sociale dialog på sundhedsområdet bør styrkes. Parterne i sygehusdialogen har i deres arbejdsprogram fokuseret på tre særlig vigtige områder i forhold til udviklingen af sygehusvæsnerne i EU nemlig:

- Rekruttering og fastholdelse
- Den aldrende arbejdsstyrke
- Ændrede kompetencebehov i sygehussektoren

Sundhedsydelser er primært et nationalt anliggende, hvorfor EU bør være meget tilbageholdende med at lovgive på området.

Generelt bør europæisk lovgivning på dette område alene vedrøre generelle principper og vilkår, som kan skabe større retlig sikkerhed for leverandører, brugere og myndigheder i sundhedssektoren. Det vil være væsentligt at inddrage såvel den sociale dialog på sygehusområdet som de professionelle organisationer i det videre arbejde.

Hvis der skal ske regulering, bør andre værktøjer end lovgivning anvendes eksempelvis åben koordinering, fortolkende vejledninger, evaluering af analyser og information, som kan støtte medlemsstaternes indsats.

Med venlig hilsen

Bente Sorgenfrey
Formand