

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

Tilhørerkreds:	Sundhedsudvalget
Anledning:	Samråd
Taletid:	(20 min., herefter 15 min. til spm.)
Tid og sted:	onsdag den 8. oktober 2008 kl. 13.15
Fil-navn:	Samråd EF-domme

1. Samrådsspørgsmål

Spørgsmålene er stillet den 8. september 2008 af sundhedsudvalget efter ønske fra Jens Peter Verner (S).

Samrådsspørgsmål AK

Ministeren bedes redegøre for, hvilke rettigheder danske borgere er sikret vedrørende grænseoverskridende sundhedsbehandling som følge af EF domme afsagt siden 2001.

Samrådsspørgsmål AL

Ministeren bedes redegøre for, hvordan regeringen har sikret, at danske borgere får de rettigheder vedrørende grænseoverskridende sundhedsbehandling, der er en følge af de EF domme der er afsagt siden 2001, og for hvor mange danske borgere, der har gjort brug af de rettigheder der følger af afsagte EF domme siden 2001.

Indledning - generelt om EF-dommene

Med formandens tilladelse vil jeg besvare de 2 spørgsmål om EF-domstolens domme og informationen om dem under ét.

Jeg er meget glad for den store interesse, som udvalget viser for patienters ret til behandling i EU. Og jeg vil meget gerne gøre rede for patienternes ret til sundhedsydelser i andre EU lande, og hvor de kan få information om deres rettigheder.

Indledningsvist vil jeg gerne sige, at det, jeg her siger om EU-lande, naturligvis også gælder EØS-lande.

Med EF-domstolens flere afgørelser blandt andet Müller- Faurè-dommen fra 2003 og senest Wattsdommen fra 2006, er det blevet

tiltagende klart, at grænseoverskridende sundhedsydelse skal betragtes som tjenesteydelse i traktatens forstand.

Sundhedsydelser er derfor omfattet af traktatens forbud mod restriktioner, der hindrer den fri udveksling.

Afgørelserne er dog uklare på en række andre punkter, fx vedrørende afgrænsning af hospitalsydelser og sundhedsydelser i øvrigt og refusionsbeløb, og hvordan refusionstakster skal beregnes. Der verserer derfor stadig sager for EF-domstolen på grund af disse uklarheder.

Jeg har i min besvarelse af spørgsmål nr. 537 og nr. 538 (alm. del) til udvalget nøje redegjort for disse dommes juridiske betydning for patienters ret til sygehusbehandling i et andet EU-land. Jeg vil derfor ikke

trætte udvalget med at gentage detaljerne i EF-juraen her, medmindre nogen ønsker det.

Kort fortalt kan det udledes af EF-Dommene, at patienter har ret til at få refunderet udgifter til sundhedsydelser i et andet EU-land, og at hjemlandet under visse forudsætninger kan fastsætte rimelige betingelser herfor. Betingelserne afhænger af, om der er tale om hospitalsydelser eller ikke-hospitalsydelser, en sondring som EF-Domstolen har opstillet.

Jeg vil først koncentrere mig om hospitalsydelserne.

Hospitalsydelser

Reglerne

Her i landet kan patienter i overensstemmelse med EF-Dommene helt eller delvist få refunderet deres udgifter til sygehusbehandling, som de selv søger i et andet medlemsland.

Vi stiller dog nogle betingelser, som EF-Dommene giver mulighed for.

For det første stiller vi (af hensyn til sygehusvæsenets økonomi og planlægning) krav om forhåndsgodkendelse. Det betyder, at patienter skal ansøge deres hjemregion om dækning af deres behandlingsudgifter, før de drager af sted.

Det ligger dog fast, at hjemregionen *ikke* kan afslå at give patienten en forhåndsgodkendelse, hvis regionen *ikke* kan tilbyde patienten behandling rettidigt på regionens egne sygehuse, andre offentlige sygehuse eller regionens samarbejdssygehuse.

Regionen afgør på baggrund af en konkret, lægefaglig vurdering af patientens samlede situation, om regionen kan tilbyde behandling rettidigt. Regionen kan altså kun afslå forhåndsgodkendelse, hvis den selv kan tilbyde patienten rettidig behandling.

Regionen er kun forpligtet til at give forhåndsgodkendelse til refusion af udgifter til samme eller tilnærmelsesvist samme behandling, som hjemregionen ville have tilbudt. Patienten kan altså ikke på grundlag af

disse regler få refunderet udgifter til andre behandlinger, end dem, der er dækket af regionernes sygehusforpligtelse her i landet.

Patienter, som får en forhåndstilladelse, kan få refunderet deres behandlingsudgifter *svarende til, hvad samme behandling ville koste i det offentlige, danske sygehusvæsen*. Patienterne kan dog naturligvis ikke få mere, end behandlingen reelt koster dem. Hvis behandling i det andet EU-land er dyrere end behandlingen i Danmark, må patienten selv betale differencen.

Vi har ikke tal for, hvor mange patienter, som har gjort brug af disse rettigheder. Men det er næppe mange, for sagen er jo den, at den almindelige prioritering af patienterne i det danske sygehusvæsen indebærer, at de mest hastende behandles først, og at alle derfor

behandles i klinisk forstand "rettidigt". Dertil kommer, at vi som bekendt har regler om udvidet frit valg ved mere end én måneds ventetid, og at vi har særlige regler for livstruende kræft- og hjertesygdomme.

Derfor er det vores bestemte opfattelse, at det danske sygehusvæsen og den danske lovgivning generelt giver danske patienter bedre vilkår, end EF-reglernes kriterium om rettidighed gør.

Information

Og hvad har regeringen så gjort for at sikre patienterne disse rettigheder?

Med den almindelige prioritering af ventelistepatienter, med det udvidede frie sygehusvalg – i sammenhæng med det almindelige frie sygehusvalg – og med reglerne for livstruende sygdomme har vi generelt givet danske patienter markant kortere ventetider, end det følger af EU-dommenes kriterium om rettidighed.

Der er derfor relativt få patienter, som har behov for at benytte sig af EU-rettighederne.

Men de patienter, som har det, har kunnet henvende sig til regionernes patientkontorer, der har lovmæssig pligt til at oplyse patienter om deres ret til behandling - også i EU – og bistå patienterne med at benytte denne mulighed, hvis de ønsker det.

Nu, hvor regeringen fremsætter lovforslag om suspension af det udvidede frie sygehusvalg, kan det ikke helt udelukkes, at det kan blive relevant for lidt flere patienter at søge behandling i et andet EU-land. Derfor vil regeringen iværksætte en informationsindsats om EU-rettighederne.

Jeg kan i øvrigt oplyse, at ministeriet i maj 2007 orienterede regionerne detaljeret om patienters ret til behandling i EU i forbindelse med en konkret sag om cochlear implant.

Herudover har ministeriet informeret om EU-rettighederne i konkrete sammenhænge.

Sundhedsudvalget og Folketinget har løbende fået svar fra ministeriet på spørgsmål om patienters ret til behandling i EU- og EØS-lande. Ministeriet har også informeret om konkrete EU-initiativer – også overfor Europaudvalget – senest om direktivforslaget om patienters rettigheder til grænseoverskridende sundhedsydelser. Jeg mener således, at mit ministerium har sørget for, at Folketinget er rimeligt velinformeret.

Og så vil jeg gå videre med sundhedsydelser, der ikke er hospitalsydelser.

Ikke-hospitalsydelser

Om "ikke-hospitalsydelser" fx ydelser i praksissektoren, kan jeg oplyse, at der som bekendt blev foretaget en ændring af sygesikringsloven i juli 2000 efter de første EF-domme. Og gennem en bekendtgørelse fik borgerne nye rettigheder i form af tilskud til varer og tjenesteydelser, her ydelser hos praktiserende sundhedspersoner, som købes eller leveres i et andet EU-/EØS-land.

Ud fra den daværende forståelse af EF-traktatens tjenesteydelsesbegreb blev der fastsat mulighed for, at borgerne kan få tilskud til tandbehandling, fysioterapi, kiropraktik og lægebehandling til gruppe 2-sikrede, også når disse ydelser gives i udlandet. Ministeriet udarbejdede dengang en pjece til borgerne om rettigheder.

I efterfølgende sager har EF-domstolen ikke fundet, at der har været fremført tvingende hensyn, der kan retfærdiggøre, at borgerne ikke kan få tilskud til alle de ydelser, som de er berettiget til i hjemlandet, også når ydelserne gives i udlandet.

EF-domstolen anerkender, at de betingelser, der gælder i hjemlandet for at få tilskud til en ydelse, fx et krav om, at man skal henvises fra en alment praktiserende læge til speciallægebehandling, kan opretholdes i tilfælde, hvor en borger søger tilskud til en behandling, der er givet i udlandet. Betingelserne må dog ikke være diskriminerende eller i øvrigt udgøre en hindring for den frie bevægelighed for personer.

Ministeriet har som nævnt hidtil fundet, at konsekvenserne af EF-dommene er uklare på flere punkter.

F.eks. I Danmark har vi et "egen læge system". Gruppe 1-sikrede skal først og fremmest konsultere deres valgte, alment praktiserende læge, som visiterer til videre behandling. Hvis man ikke ønsker at være knyttet til en bestemt læge, men ønsker frit at kunne gå til en almen læge eller speciallæge i Danmark eller i et andet medlemsland, skal man skifte til gruppe 2. Men kan forudsætningen om, at en person skal være gruppe 2-sikret for at kunne få tilskud til almen lægebehandling i udlandet, retfærdiggøres og opretholdes, således at vi kan fastholde egen lægeprincippet for gruppe 1-sikrede?

Uklarhed om centrale emner har således ført til, at revisionen af den danske lovgivning har afventet et udspil fra EU-Kommissionen til et direktivforslag. Målet med et direktiv er jo netop at sikre at

medlemslandene tilpasser deres lovgivning til EF-domstolens praksis, og at det sker efter en fælles forståelse i landene af domstolens afgørelser.

Fastlæggelsen af regler bør således foregå gennem den politiske behandling og vedtagelse af et regelkompleks – et direktiv - i Rådsregi i EU, og ikke gennem enkeltstående afgørelser fra EF-domstolen.

Jeg vil i den forbindelse nævne, at Ankestyrelsen i slutningen af 2006 udtalte, at speciallægebehandling må antages at være omfattet af traktatens tjenesteydelsesbegreb. Ombudsmanden bad i maj 2007 ministeriet oplyse, hvorfor de danske regler ikke var ændret efter Ankestyrelsens udtalelse.

Ministeriet så herefter tiden an i endnu nogle måneder af 2007 i afventen af et direktivforslag fra EU-Kommissionen.

I december 2007 blev EU-Kommissionens udspil til et direktiv udskudt endnu engang. På den baggrund besluttede jeg, at arbejdet med revisionen af de danske regler om tilskud til varer og tjenesteydelser, der købes eller leveres i udlandet nu måtte iværksættes. Og et udkast til reviderede regler er netop sendt i høring.

Jeg kan i øvrigt oplyse, at vi ikke kender det faktiske tal for, hvor mange danske borgere, der har brugt de gældende regler og fået tilskud til ydelser, som de har modtaget i udlandet.

En rundspørge til nogle kommuner viser, at muligheden for at få tilskud til behandling hos ydere i udlandet helt overvejende anvendes i forbindelse med tandbehandling. Men den lave forekomst skyldes altså ikke manglende information, for her har ministeriet som nævnt udsendt en pjece, om er blevet brugt ganske flittigt.

I bagklogskabens lys skulle man måske have ændret i bekendtgørelsen om ret til tilskud til behandling, for så vidt angår ikke-hospitalsydelser, allerede efter dommen i 2004. Men man vurderede altså dengang, at behovet for afklaringer og præciseringer gennem udarbejdelsen af et direktiv var nyttigt for tilretningen af de danske regler, og man kunne jo heller ikke forudse, at arbejdet med et direktiv på dette område ville tage så lang tid.

Jeg forstår også, at et flertal i dette udvalg og Europaudvalg har fundet det vigtigt at få etableret klare retlige rammer for patientmobilitet, så de vigtige spørgsmål om, hvornår og med hvilke rettigheder en patient kan blive behandlet i et andet EU-land, bliver fastlagt på en klar og forståelig måde. Jeg sigter her til udvalgenes udtalelse til Kommissær Markos Kyprianou fra 29. januar 2007 vedrørende Kommissionens høring om Fællesskabets indsats på sundhedsområdet.

Lad mig til slut ganske kort nævne medicinområdet.

Efter dansk lovgivning gives der ikke tilskud til medicin, der købes i udlandet - bortset fra medicin købt ved akut sygdom under ferie, men det er en anden sag. EU-Kommissionen har i en åbningskrivelse fra marts 2007 gjort gældende, at Danmark hermed tilsidesætter forpligtelser efter

EF-traktaten om fri udveksling af varer. Regeringen har i sit svar på åbningsskrivelsen fastholdt, at den manglende harmonisering af apotekersektoren i EU og hensynet til patientsikkerheden indebærer, at de danske regler ikke krænker EF-traktaten. Der har efterfølgende været et møde mellem Kommissionen og ministeriet om sagen, og supplerende materiale er sendt til Kommissionen. Ministeriet venter fortsat på en tilbagemelding fra Kommissionen om sagen.

Afslutning

Som nævnt synes jeg, at konsekvenserne af EF-Dommene er uklare på flere punkter. Det er bl.a. uklart, hvad der her forstås ved

hospitalsydelser, og om vores gruppe-1 og gruppe-2 system kan bevares uændret, når vi taler om tilskud til almen lægebehandling

Det er på den baggrund, at ministeriet har ønsket en afklaring af retstilstanden. Det er jo også en forudsætning for at kunne informere om rettighederne på et sikkert grundlag.

Og jeg mener også, at vi og de andre medlemslande har behov for en fælles forståelse af konsekvenserne af EF-dommene. Denne afklaring bør *ikke* ske ved flere og flere EF-Domme, der under henvisning til traktatens ganske kortfattede regel om fri bevægelighed for tjenesteydelser fastlægger patienternes rettigheder og medlemslandenes styringsmuligheder uden om de nationale parlamenter.

Afklaringen bør efter min opfattelse i stedet finde sted ved forhandlingerne om et kommende direktiv om patienters rettigheder til grænseoverskridende sundhedsydelser.

Det er derfor positivt, at der nu er fremsat et direktivforslag, og vi er da også gået aktivt ind i forhandlingerne om det.

Tak!