

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Dato: 9. maj 2008
Kontor: Sundhedspolitisk kt.
J.nr.: 2007-12103-852
Sagsbeh.: calc
Fil-navn: Dokument 1

Besvarelse af spørgsmål 346 (alm. del), som Folketingets Sundhedsudvalg efter anmodning fra Jens Peter Verner (S) har stillet til ministeren for sundhed og forebyggelse den 25. april 2008

Spørgsmål 346:

”Med henvisning til den på SUU alm. del – bilag 334 omdelte dom fra EF domstolen i sagen Smits/Peerbooms (C-157-99) bedes ministeren oplyse, om der ikke med dommen fastslås, at anmodning om behandling i udlandet ikke kan afslås med den begrundelse, at en bestemt behandlingsform ikke findes nationalt, hvis ellers behandlingsformen er anerkendt internationalt.”

Svar:

Nej, det kan jeg bestemt ikke bekræfte, for det afhænger i høj grad af, hvordan den sociale sikringsordnings dækningsområde er defineret i lovgivningen i patientens hjemland.

Som min forgænger redegjorde for i sit svar til Sundhedsudvalget på spørgsmål 423 af 28. marts 2007, har en række domme fra EF Domstolen bl.a. Smits/Peerbooms-dommen statueret, at sundhedsydelser, herunder sygehusydelser, er tjenesteydelser i traktatens forstand, og at de derfor er omfattet af traktatens bestemmelser om tjenesteydelse fri bevægelighed. Det indebærer i princippet, at de sociale sikringsordninger i medlemslandene er forpligtede til at give adgang også i andre medlemslande *til de ydelser, ordningerne dækker i hjemlandet* og på tilsvarende vilkår. Hensyn til de sociale sikringsordningers økonomi og planlægning medfører dog, at adgangen til *sygehusbehandling* kan gøres betinget af et *forhåndstilsagn*, som i Danmarks tilfælde vil skulle gives af regionerne.

Den grundlæggende betingelse for anvendelsen af reglerne om det indre marked i denne sammenhæng er således, at behandlingen er dækket af hjemlandets ”sikringsordning”. Dommene på området – herunder Smits/Peerbooms-dommen - udlægges undertiden således, at medlemslandene er forpligtede til at dække behandling i udlandet, som er anerkendt af den internationale lægevidenskab. Dette er ikke korrekt. Domstolen har tværtimod i dommen (præmis 87) fastslået, ”at fællesskabsretten i princippet ikke kan have til virkning at udvide listen over de lægelige ydelser, der godtgøres af dens sociale beskyttelsessystem, og at den omstændighed, at en lægebehandling er dækket eller ikke dækket af andre medlemsstaters sygesikringsordning, herved er irrelevant.”

Sikringsordningens dækningsomfang må imidlertid ikke administreres på en nationalt diskriminerende måde. Når f.eks. det nederlandske sygeforsikringsystem efter lovgivning og administrativ praksis dækker behandling, der er ”sædvanlig i lægekredse”, jf. Smits/Peerbooms-dommen, må en sådan regel ifølge domstolen ikke fortolkes, så der alene tages hensyn til, hvad hollandske læger anser for sædvanligt. Når dækningsområdet er defineret som i Nederlandene, må man administrere med

udgangspunkt i, ”hvad der er tilstrækkeligt efterprøvet og godkendt af den internationale lægevidenskab” (præmis 94).

Den danske ”sikringsordning” på sygehusområdet, d.v.s. regionernes sygehusforpligtelse, er ligesom i Nederlandene bredt defineret og omfatter efter administrativ praksis, hvad der på grundlag af den faglige udvikling må anses for gængs sygehusbehandling. Regionerne træffer beslutning om det nærmere omfang af deres sygehusforpligtelse, evt. efter faglig rådgivning fra Sundhedsstyrelsen. I vurderingen af nye sygdomsbehandlinger indgår med betydelig vægt, om der er videnskabelig evidens for effekten. Det er en selvfølge, at en sådan vurdering støtter sig til evt. foreliggende internationale videnskabelige resultater og vurderinger og finder anvendelse uden forskel på indenlandsk og udenlandsk behandling, jf. i øvrigt Smits/Peerbooms-dommen (præmis 97).

De danske kriterier for vurdering af, om en behandling er dækket af sygehusforpligtelsen og bør tilbydes på danske sygehuse, er således i overensstemmelse med de normer, EF Domstolen har fastlagt. Reglerne om det indre marked medfører ikke en pligt til at tilbyde behandling i andre medlemslande, som ligger ud over de rammer for dækning, som på den beskrevne måde er fastlagt i Danmark.

I den konkrete sag, der har medført spørgsmålet, har Sundhedsstyrelsen vurderet, at der ikke foreligger tilstrækkelig god dokumentation for effekt af substitutionsbehandling med alfa-1-antitrypsin, og at behandlingen derfor på det foreliggende grundlag ikke bør være et tilbud i Danmark. Regionerne har tilsluttet sig denne vurdering. Der er tale om en rent fagligt begrundet vurdering, som jeg har haft lejlighed til at redegøre for over for sundhedsudvalget. Den er i øvrigt på linje med engelske anbefalinger (National Institute of Clinical Excellence), en canadisk medicinsk teknologivurdering, praksis i de andre nordiske lande m.v. Der er således ikke tale om et dansk særstandpunkt, ligesom den faglige vurdering selvsagt intet har at gøre med diskriminering af udenlandske sundhedsydere.

Der er således et sagligt grundlag for, at behandling af lungepatienter med alfa-1-antitrypsinmangel med Prolastina ikke er indført i Danmark og dermed i EF-rettens forstand ikke er dækket af den danske ”sikringsordning”. Patienterne har derfor heller ikke i henhold til reglerne om det indre marked ret til at modtage behandlingen i et andet EU/EØS-land for det danske sundhedsvæsens regning.