

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Dato: 29. oktober 2008

Kontor: Retsstillings- og Internationalt kt.

J.nr.: 2008-10333-449

Sagsbeh.: kav

Besvarelse af spørgsmål nr. 531 (Alm. del), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til ministeren for sundhed og forebyggelse den 1. september 2008.

Spørgsmål 531:

"Ministeren bedes kommentere høringssvaret fra Danske Patienter vedrørende forslag til EU-direktiv om grænseoverskridende sundhedsydelse, jf. alm. del - bilag 507."

Svar:

Regeringen er helt enig med Danske Patienter i, at et direktiv om grænseoverskridende sundhedsydelse vil kunne medvirke til at skabe større klarhed om patienternes EU-retsstilling på sundhedsområdet.

Regeringen er også helt enig med Danske Patienter i, at styringen af sundhedsvæsenets planlægning, drift og finansiering grundlæggende må fastholdes som et nationalt ansvar, jf. også bestemmelsen i EF-traktatens artikel 152, stk. 5, hvorefter Fællesskabet fuldt ud skal respektere medlemsstaternes ansvar for organisation og levering af sundhedstjenesteydelser og medicinsk behandling, uanset at denne bestemmelse efter EF-domstolens opfattelse ikke udelukker, at medlemsstaterne kan have pligt til at foretage visse tilpasninger af deres nationale sundhedsvæsen til sikring af det indre markedes funktion.

Det er i den forbindelse væsentligt for mig at understrege, at der ikke er overvejelser i regeringen om at ændre ved princippet om let og lige adgang til behandling i det offentlige sundhedsvæsen.

Jeg er også enig med Danske Patienter i, at definitionen af sundhedsydelse og hospitalsbehandling ikke er tilstrækkelig klar. Vi arbejder derfor fra dansk side på en klarificering. Det gælder ikke mindst i forhold til hospitalsbehandling, hvor definitionen skal være i overensstemmelse med den almindelige udvikling i retning af mere ambulante behandling, dagkirurgi og færre indlæggelser.

Danske Patienter er bekymret for direktivforslagets konsekvenser for kroniske patienter. Bekymringen går bl.a. på, at Danske Patienter forventer, at direktivforslaget vil styrke udbredelsen af private sundhedsforsikringer.

Jeg er af den opfattelse, at også – og måske ikke mindst – de kroniske patienter vil have gavn af det kommende direktiv. Med det kommende direktiv vil der for danske patienter først og fremmest blive skabt klarhed over adgangen til *offentligt* at få finansieret sundhedsydelse i andre EU-lande. Det kommende direktiv vil altså for danske patienters indbæring en styrkelse af retten til offentligt betalt behandling. Jeg mener derfor ikke, at direktivet vil fremme udbredelsen af private sundhedsforsikringer.

Navnlig af hensyn til de kroniske patienter kritiserer Danske Patienter desuden direktivforslagets artikel 9, stk. 4, hvoraf det fremgår, at medlemsstaterne, når de fastsætter frister for behandlingen af ansøgninger om brug af sundhedsydelse i en anden medlemsstat, skal sørge for, at der – ud over patientens helbredstilstand, patientens smerteniveau og arten af patientens handicap – tages hensyn til patientens evne til at udøve erhvervsmæssig virksomhed.

Det er min opfattelse, at alle ansøgninger om brug af sundhedsydelse i en anden medlemsstat bør behandles hurtigst muligt. Jeg forestiller mig umiddelbart, at der i lovgivningen skal fastsættes ensartede sagsbehandlingsfrister for alle patienter. Det er uklart, om det med direktivforslagets artikel 9, stk. 4, er forudsat, at der skal fastsættes forskellige sagsbehandlingsfrister for forskellige grupper af patienter. Dette spørgsmål må afklares nærmere i det videre arbejde med direktivforslaget.

Danske Patienter ønsker, at forhåndsgodkendelser holdes på et absolut minimum.

Medlemsstaterne må efter direktivforslaget kræve forhåndstilladelser for refusion af udgifter til sygehusbehandling under hensyntagen til risikoen for udstrømning af patienter, alvorlige indgreb i den økonomiske ligevægt i medlemsstatens hospitalssektor, planlægning og rationalisering i hospitalssektoren, ubalance i udbuddet af hospitalsbehandling samt logistisk og økonomisk spild, opretholdelsen af et balanceret system for læge- og hospitalsbehandling, der er tilgængeligt for alle eller opretholdelsen af behandlingskapacitet eller medicinsk kompetence. Et forhåndstilladelsessystem skal dog være begrænset til, hvad der er nødvendigt og rimeligt for at undgå en sådan indvirkning og må ikke udgøre et middel til vilkårlig forskelsbehandling.

Jeg mener, at vi i videst muligt omfang bør opretholde et forhåndsgodkendelsessystem, hvorefter patienter får ret til refusion af udgifter til behandling på et sygehus i et andet EU- eller EØS-land, hvis forsikringsstaten ikke kan yde rettidig behandling.

Med forhåndsgodkendelse får patienterne en vurdering af, om der kan ydes rettidig behandling i forsikringsstaten, og i benægtende fald et forhåndstilsagn om refusion. Dermed sikres, at patienten kender risikoen for en høj egenbetaling for behandling i et andet EU- eller EØS-land. Patienterne vil med et forhåndsgodkendelsessystem vide, hvor meget af behandlingsprisen, de kan få refunderet, og dermed hvor stor en eventuel egenbetaling, de måtte få. De har dermed et godt grundlag for at beslutte, om de vil vælge behandling i et andet EU- eller EØS-land.

Danske Patienter ønsker, at myndighederne skal betale for patienters behandling i et andet EU- eller EØS-land efter direktivet, således at patienterne friholdes for forhåndsbetalinger, og at der sker en afklaring af afregningsmodellen.

Efter direktivforslaget kan patienterne, under de i direktivet fastsatte vilkår, helt eller delvist få refusion for udgifter til sygehusbehandling på et sygehus i et andet EU- eller EØS-land.

I den sammenhæng vil jeg gerne understrege, at der er tale om et indre marked-direktiv, som er hjemlet i EF-traktatens art. 95, og som har til formål at sikre den fri bevægelighed for sundhedsydelse. Intentionen med direktivet må alene være at kodificere EF-domstolens afgørelser vedrørende patienters ret til at vælge behandling i andre EU- og EØS-lande efter traktatens art. 49.

Vi skal efter min opfattelse holde medlemsstaternes ret til selvbestemmelse i forbindelse med planlægningen og organiseringen af deres sundhedsvæsen i hævd, herunder hvilke rettigheder patienterne skal have. Vi skal også fastholde EF-domstolens retspraksis, hvorefter patienters ret til sygehusbehandling i andre EU- og EØS-lande først opstår, hvis de ikke kan modtage rettidig behandling i forsikringsstaten. Derfor bør det efter min opfattelse være i Folketinget, og ikke i EU, at vi primært vedtager de rettigheder, patienter skal have, herunder om patienter selv skal lægge ud for sygehusbehandling i et andet EU- eller EØS-land.

Jeg er derfor ikke enig med Danske Patienter på dette område.

Med hensyn til afregningsmodel, så anvender vi her i landet DRG-taksten, fordi det er den takst, der anvendes i det offentlige sygehusvæsen. Det forventer jeg, at vi kan fortsætte med efter direktivet.

For så vidt angår Danske Patienters bemærkninger vedrørende direktivforslagets artikel 14, der indebærer, at medlemsstaterne skal sikre, at recepter udstedt af en autoriseret person i en anden medlemsstat til en bestemt patient kan anvendes på deres område, finder jeg det helt afgørende, at der træffes de nødvendige kontrolforanstaltninger, der skal sikre, at det bliver muligt for apotekerne at kontrollere, om recepten er ægte og udstedt af en autoriseret sundhedsperson. Jeg har noteret mig, at Kommissionen har givet tilsagn om at ville træffe de nødvendige foranstaltninger.

Hvad angår ordlyden af direktivforslagets artikel 14, er jeg enig med Danske Patienter i, at denne rejser tvivl om det lægelige monopol på ordination af receptpligtig medicin. Ministeriet vil rejse dette spørgsmål overfor Kommissionen med henblik på at få præciseret, at der er tale om autoriserede læger.

Med hensyn til Danske Patienters bemærkninger vedrørende lægemiddelsikkerheden – herunder risikoen for at en patient på et udenlandsk apotek får udleveret forkert eller farlig medicin – kan jeg oplyse, at direktivforslaget efter dansk opfattelse ikke umiddelbart vurderes at ændre retstilstanden i forhold til lægemiddelsikkerheden. Efter gældende regler er der således allerede i dag mulighed for - til eget brug - at købe lægemidler i udlandet og at indføre disse, såfremt lægemidlerne er lovligt indkøbt i udlandet. Der er dog ikke mulighed for at få tilskud til lægemidler, som er købt i udlandet. Det skyldes, at man fra dansk side har valgt ikke at yde offentlig støtte til lægemidler, der er indkøbt under andre kontrol- og sikkerhedsforanstaltninger, end herhjemme. Efter sin ordlyd findes direktivforslaget alene at omfatte sundhedsydelse og ikke køb af medicin, som er varer. Reelt er det dog fortsat uafklaret, hvorvidt tilskud til køb af lægemidler indgår i direktivforslaget. Fra dansk side vil man arbejde for at få dette spørgsmål afklaret.

For så vidt angår Danske Patienters forslag vedrørende dobbeltregistrering af bivirkninger, således at både udenlandske og hjemlige behandlere får kendskab til disse, skal bemærkes, at Lægemiddelstyrelsen i dag automatisk indberetter bivirkningsdata til de europæiske lægemiddelmyndigheder. Herudover bemærkes, at der både på EU-niveau og i dansk regi pågår overvejelser om, hvordan lægemiddelovervågningen gennem bivirkningsindberetninger kan forbedres.

Jeg har noteret mig Danske Patienters synspunkter vedrørende patienters retsstilling, herunder vedrørende klage- og erstatningsmuligheder og sundhedspersoners journalføring. Jeg er enig i, at det er vigtigt, at det enkelte medlemsland sikrer patienterne mulighed for at træffe deres valg af behandlingssted på et veloplyst infor-

mationsgrundlag, herunder vedrørende klage- og erstatningsmuligheder. Som nævnt oven for må det imidlertid lægges til grund, at Fællesskabet ikke har nogen kompetence til at fastlægge, på hvilken måde sundhedstjenesteydelser og medicinsk behandling organiseres og leveres i det enkelte medlemsland.

Jeg skal afslutningsvis bemærke, at Danske Patienters høringssvar er indarbejdet i det grundnotat om direktivforslaget, som er oversendt til Folketingets Europaudvalg og Folketingets Sundhedsudvalg den 6. oktober 2008