



Til lovforslag nr. L 33

Folketinget 2013-14

Tillægsbetænkning afgivet af Sundheds- og Forebyggelsesudvalget den 18. december 2013

Tillægsbetænkning

over

Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

(Gennemførelse af dele af direktiv 2011/24/EU om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser m.v.)

[af ministeren for sundhed og forebyggelse (Astrid Krag)]

1. Udvalgsarbejdet

Lovforslaget blev fremsat den 3. oktober 2013 og var til 1. behandling den 31. oktober 2013. Lovforslaget blev efter 1. behandling henvist til behandling i Sundheds- og Forebyggelsesudvalget. Udvalget afgav betænkning den 28. november 2013. Lovforslaget var til 2. behandling den 5. december 2013, hvorefter det blev henvist til fornyet behandling i Sundheds- og Forebyggelsesudvalget.

Møder

Udvalget har, efter lovforslaget blev henvist til fornyet udvalgsbehandling, behandlet lovforslaget i 2 møder.

Spørgsmål

Udvalget har under den fornyede behandling af lovforslaget stillet 26 spørgsmål til ministeren for sundhed og forebyggelse til skriftlig besvarelse, som denne har besvaret.

Nogle af udvalgets spørgsmål til ministeren for sundhed og forebyggelse og dennes svar herpå er optrykt som bilag 2 til betænkningen.

2. Indstillinger og politiske bemærkninger

Et *flertal* i udvalget (udvalget med undtagelse af EL) indstiller lovforslaget til *vedtagelse* i den affattelse, hvori det foreligger efter 2. behandling.

Et *mindretal* i udvalget (EL) indstiller lovforslaget til *forkastelse*.

Venstres og Liberal Alliances medlemmer af udvalget er enige i hensigten med den danske implementering af dele af EU-direktiv 2011/24/EU om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser m.v.. V og LA deler fuldt ud Europa-kommissionens intentioner med direktivet, nemlig, at der skal sikres klarere rammer for både danske og andre Eu/EØS-patienter, som ønsker at modtage be-

handling – mod betaling – i et andet Eu/EØS-medlemsland end deres eget. Direktivet er et kærkomment værktøj, der skaber mulighederne for en endnu større klarhed om patienternes ret til at modtage lægehjælp på tværs af EU's landegrænser, sikrer en mere effektiv anvendelse af sundhedsydelserne i medlemslandene og ikke mindst sikrer, at den enkelte patients sygdomsforløb bliver så kort og effektivt som overhovedet muligt. Især kravet om, at der i de enkelte medlemslande skal etableres »nationale kontaktpunkter«, hvor patienterne kan få information om deres patientrettigheder og de praktiske forhold for deres patientforløb, kan V og LA støtte.

Desværre er der aspekter af den danske implementering, som V og LA stiller sig uforstående over for. Det drejer sig overordnet om to forhold: For det første den danske regerings forslag til implementering af et system for forhåndsgodkendelser, som V og LA overordnet anser som værende for rigtigt og protektionistisk i sin karakter. Og for det andet den danske regerings manglende vilje til at imødekomme direktivets muligheder for grænseoverskridende sundhedsydelser og derigennem en styrkelse af den danske sundhedsklynge til gavn for både den danske sundhedssektor, de danske patienter og de offentlige sundhedsudgifter.

V og LA har igennem Folketingets behandling af lovforslaget ved flere lejligheder spurgt ind til regeringens forslag om forhåndsgodkendelse. V og LA finder, at der i regeringens lovforslag er en divergens mellem direktivets krav om forhåndsgodkendelse, jf. art. 8 (2), litra a (ii), hvor det oplyses, at »forhåndsgodkendelse kræves ved behandlinger, som kræver brug af højt specialiseret OG omkostningskrævende medicinsk infrastruktur eller medicinsk udstyr«, når der i bemærkningerne til L 33 – lovforslagets enkelte bestemmelser – i § 1, til nr. 12, står, at »Omfattet af forhånds-

godkendelse vil som nævnt være specialfunktionerne, dvs. regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner«, hvor regionsfunktioner er defineret således: »Ved regionsfunktioner forstås funktioner, som har en vis kompleksitet, er relativt sjældent forekommende og/ELLER kræver en del ressourcer«. V og LA finder derfor, at den danske implementering stiller krav om langt flere forhåndsgodkendelser til behandlinger, end det var påtænkt fra Kommissionens side. Samtidig finder V og LA det givtigt, at man havde fulgt svensk forbillede og implementeret et system, der ikke indeholder et egentligt obligatorisk krav om forhåndsgodkendelser, men derimod et frivilligt tilbud om dette, hvor patienten, hvis vedkommende ønsker det, kan søge om en forhåndsbesked. V og LA stiller sig desuden uforstående over for, at den danske regering med den danske implementering ikke ønsker at udarbejde en oversigt over behandlinger, der giver »automatisk« forhåndsgodkendelse i udvalgte eller alle EU-lande, idet en sådan oversigt ville gøre et patientforløb mere gennemskueligt for patienten. Dog finder partiet det positivt, at en ansøgning om forhåndsgodkendelse skal være færdigbehandlet, senest 14 dage efter at ansøgningen er modtaget af regionen.

V og LA ser i direktivet gode muligheder for at udnytte den til stadighed stigende internationale efterspørgsel efter sundhedsydelser og deler regeringens tilkendegivelse af, at det marked, der er for behandling af udenlandske patienter mod betaling på danske privatsygehuse, vil kunne blive styrket som følge af implementeringen af direktivet. V og LA finder dog, at regeringen ikke i tilstrækkelig grad udnytter de synergieffekter, der eksisterer mellem mulighederne i direktivet på den ene side og det danske sundhedsvæsen på den anden side for derigennem at tiltrække såkaldte sundhedsturister til Danmark med øget vækst og beskæftigelse i den danske sundhedsbranche til følge.

Det danske sundhedsvæsen er karakteriseret ved et højt fokus på kvalitet og et godt og solidt sammenspil mellem forskning og behandling. Men i lighed med mange andre vestlige lande er de danske sundhedsudgifter under pres. En aldrende befolkning, flere specialiserede behandlinger, højt specialiseret udstyr og ikke mindst stigende tilfælde af livsstilssygdomme vil over tid føre til en forøgelse af de danske sundhedsudgifter. Derfor finder V og LA det nødvendigt, at man fra politisk side i højere grad, end det er tilfældet i dag, bør fokusere på, hvordan det danske sundhedsvæsen også i fremtiden kan levere en service af god kvalitet og et godt patientforløb til gavn for de danske patienter. For V og LA er en øget konkurrenceudsættelse og et øget samarbejde mellem private og offentlige sygehuse nogle gode bud på, hvordan vi får mest muligt sundhed ud af vores sundhedsvæsen. Med direktivet er perspektiverne i disse muligheder øget betragteligt, men V og LA finder ikke, at regeringen formår at understøtte Danmarks potentiale inden for dette område tilstrækkeligt.

Den globale efterspørgsel efter sundheds- og velfærdsløsninger er i hastig vækst. V og LA finder, at det er en udvikling, som Danmark har gode muligheder for at omsætte til vækst og arbejdspladser i Danmark gennem øget eksport og tiltrækning af investeringer. Danmark har både viden og kompetence til at byde ind på en stigende global efterspørgsel på sundheds- og velfærdsløsninger. V og LA er således enig med regeringen i, som det også fremgår af regeringens »Vækstplan for sundheds- og velfærdsløsninger, juni 2013«, at »velfungerende og udviklingsorienteret hjemmemarked har stor betydning for sundheds- og velfærdsvirksomhedernes vækstmuligheder«. Men da det i praksis kun er de danske privathospitaler, der kan indgå i en egentlig international konkurrence om sundhedsturister og på den måde udnytte de nye eksportmuligheder, der findes i EU-direktivet for at tiltrække disse, beklager V og LA samtidig, at regeringen bl.a. har forringet det udvidede frie sygehusvalg, da dette alt andet lige – ud over at forringe danske patienters rettigheder – samtidig betyder, at privathospitalerne står svagere på hjemmemarkedet. Danmark går således glip af både vækst og nye job, fordi regeringen ikke gør noget for at udnytte potentialet for, at danske privathospitaler kan sælge sundhedsydelser til udenlandske patienter.

V og LA stiller sig uforstående overfor, at regeringen ikke søger at leve op til egne ord om at sikre mere velfungerende og udviklingsorienterede hjemmemarkeder. Dette ville ellers sammenholdt med EU-direktivet medføre øget konkurrence både nationalt og internationalt, men også effektiviseringer og øget kvalitet og innovation i den danske sundhedssektor. Over tid må disse synergieffekter kunne forventes at bidrage til at imødekomme det stigende pres på de danske sundhedsudgifter, samtidig med at det danske sundhedsvæsen opnår øget vækst og beskæftigelse. Samtidig må det forventes, at danske patienter derigennem sikres højere kvalitet i deres sygdomsbehandling. Overordnet finder V og LA derfor, at regeringen ikke formår at udnytte direktivets muligheder for at tiltrække sundhedsturister til Danmark, og at regeringen dermed spilder en oplagt mulighed for at sikre fremtidig vækst og beskæftigelse i den danske sundhedssektor. Dog ønsker V og LA fortsat at tilkendegive deres støtte til lovforslaget, da partierne i overvejende grad finder, at direktivets perspektiver og intentioner er af en sådan karakter, at det ud fra en samlet vurdering vil være en styrkelse af de danske patienters rettigheder og det danske sundhedsvæsen.

Inuit Ataqatigiit, Siumut, Sambandsflokkurin og Javnaðarflokkurin var på tidspunktet for betænkningens afgivelse ikke repræsenteret med medlemmer i udvalget og havde dermed ikke adgang til at komme med indstillinger eller politiske udtalelser i betænkningen.

En oversigt over Folketingets sammensætning er optrykt i betænkningen.

Annette Lind (S) fmd. Flemming Møller Mortensen (S) Poul Andersen (S) Karen J. Klint (S) Sophie Hæstorp Andersen (S)

Kirsten Brosbøl (S) Orla Hav (S) Camilla Hersom (RV) Marlene Borst Hansen (RV) Liv Holm Andersen (RV)

*Annika Smith (SF) Eigil Andersen (SF) Özlem Sara Cekic (SF) Stine Brix (EL) Per Clausen (EL) Hans Andersen (V) nfmd.
 Martin Geertsen (V) Jane Heitmann (V) Sophie Løhde (V) Hans Christian Schmidt (V) Eyvind Vesselbo (V)
 Finn Thranum (V) Liselott Blixt (DF) Jens Henrik Thulesen Dahl (DF) Karina Adsbøl (DF) Mette Hjerminde Dencker (DF)
 Simon Emil Ammitzbøll (LA) Thyra Frank (LA) Benedikte Kiær (KF)*

Inuit Ataqatigiit, Siumut, Sambandsflokkurin og Javnaðarflokkurin havde ikke medlemmer i udvalget.

Venstre, Danmarks Liberale Parti (V)	47	Det Konservative Folkeparti (KF)	8
Socialdemokratiet (S)	45	Inuit Ataqatigiit (IA)	1
Dansk Folkeparti (DF)	22	Siumut (SIU)	1
Radikale Venstre (RV)	16	Sambandsflokkurin (SP)	1
Socialistisk Folkeparti (SF)	15	Javnaðarflokkurin (JF)	1
Enhedslisten (EL)	12	Uden for folketingsgrupperne (UFG)	1
Liberal Alliance (LA)	9		

Oversigt over bilag vedrørende L 33

Bilagsnr.	Titel
11	Betænkning afgivet den 28. november 2013
12	Udkast til tillægsbetænkning

Oversigt over spørgsmål og svar vedrørende L 33

Spm.nr.	Titel
16	Spm. om, hvordan man i Sverige har valgt at implementere direktivet, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
17	Spm. om, hvordan privathospitaler og andre private behandlingstilbud vil være stillet som følge af lovforslaget, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
18	Spm. om at indhente en udtalelse fra det svenske socialdepartement om implementeringen af direktivet i Sverige, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
19	Spm. om, hvad der skal til, for at direktivet kan implementeres i Danmark på samme måde, som man har valgt at implementere det på i Sverige, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
20	Spm. om, hvad der skal til for at styrke rammevilkårene for de danske privathospitaler, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
21	Spm. om at ændre lovforslaget, så forhåndsbeskeder i lighed med i Sverige ikke er et krav, men en mulighed for de patienter, som måtte ønske det, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
22	Spm. om, at man med implementeringen af direktivet i Danmark giver danske statsborgere et krav på behandling på privathospitaler i et andet EU-land m.v., til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
23	Spm. om, hvorfor det er obligatorisk med forhåndsgodkendelse, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
24	Spm. om, hvor lang den reelle sagsbehandlingsfrist for forhåndsgodkendelser forventes at blive, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
25	Spm. om, hvad der sker, hvis sagsbehandlingsfristen for forhåndsgodkendelser overskrides, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
26	Spm., om en overskridelse af sagsbehandlingsfristen automatisk fører til en forhåndsgodkendelse, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
27	Spm., om der vil blive udarbejdet en oversigt over behandlinger, der automatisk forhåndsgodkendes i udvalgte eller alle EU-lande, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
28	Spm. om, at udlændinge godt kan vælge at blive behandlet på danske privathospitaler gennem det udvidede frie sygehusvalg, hvis deres

- hjemlande betaler, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 29 Spm., om den danske stat kan få lov til at tjene penge ved at bruge privathospitalerne, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 30 Spm., om udlændinges hjemlande skal betale DRG-taksten, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 31 Spm. om, hvem der, hvis den egentlige omkostning beregnes, så betaler for det bureaukrati, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 32 Spm. om hjemlandene, hvis DRG-taksten benyttes, nogle gange vil betale for meget og andre gange for lidt m.v., til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 33 Spm. om, hvem der skal betale en eventuel korrektion, hvis en overpris ikke accepteres, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 34 Spm. om, hvorledes ministerens svar på spørgsmål 20, »[d]enne adgang gælder både offentlige og private sygehuse«, stemmer overens med ministerens svar på S 3483 (2011-12), til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 35 Spm., om danske offentlige sygehuse alligevel gerne må indgå i konkurrence med private sundhedstjenesteydere om at behandle private betalingspatienter m.v., til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 36 Spm. om, hvorfor ministeren ikke mener, at det er hensigtsmæssigt, at en overskridelse af sagsbehandlingsfristen ikke fører til en automatisk forhåndsgodkendelse, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 37 Spm. om, hvorfor ministeren ikke har planer om at udarbejde en sådan oversigt, jf. svaret i spm. 27, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 38 Spm. om, at regeringen ikke mener, at der i DRG-systemet eksisterer et juridisk grundlag, hvorpå en udenlandsk patient eller et andet EU-land kan anlægge en sag mod Danmark i henhold til direktivet i tilfælde af en overbetaling i forhold til DRG-taksten, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 39 Spm. om, at direktivet tager højde for, at EU-landene har forskellige skematiske takstsystemer, herunder det danske DRG-system, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 40 Spm. om, hvor lang sagsbehandlingstid der må påregnes ved klage til Patientombuddet over regionsrådets sagsbehandlingstid, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå
- 41 Spm., om sundhedsydelse er omfattet af specialeplanens regionsfunktioner, til ministeren for sundhed og forebyggelse, og ministerens svar herpå

Bilag 2

Nogle af udvalgets spørgsmål til ministeren for sundhed og forebyggelse og dennes svar herpå

Spørgsmålene og ministerens svar herpå er optrykt efter ønske fra V og LA.

Spørgsmål nr. 5:

»CEPOS stiller i notatet »Nyt EU-direktiv styrker det indre marked for sundhedsydelse« spørgsmålstegn ved, om implementeringen af EU-direktivet 2011/24/EU foretages i overensstemmelse med direktivets kapitel III, artikel 8, stk. 2, litra a (ii), jf. spørgsmål 4. I den forbindelse bedes ministeren oplyse, hvor mange behandlinger der enten er højt specialiserede eller er omkostningskrævende men ikke begge dele. Ministeren bedes derudover oplyse, hvor mange behandlinger der både er højt specialiserede og omkostningskrævende? «

Svar:

Som det fremgår af min besvarelse af spørgsmål nr. 4 (L 33) er det min opfattelse, at de af Sundhedsstyrelsen fastsatte specialfunktioner, dvs. både regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner, er omfattet af direktivets krav for forhåndsgodkendelse.

Det vurderes altså, at sundhedsydelse omfattet af specialeplanens regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner både kræver brug af højt specialiseret og omkostningskrævende medicinsk infrastruktur, eksempelvis specialiseret ekspertise hos det sundhedsfaglige personale, eller omkostningskrævende medicinsk udstyr, eksempelvis ift. scannere og andre apparater.

Jeg finder det på den baggrund ikke umiddelbart formålstjenstligt at gennemgå specialeplanerne for de 36 lægelige specialer med henblik på at udarbejde lister over, hvorvidt behandlingerne enten er højt specialiserede eller omkostningskrævende, men ikke begge dele. På tilsvarende vis finder jeg det ej heller formålstjenstligt at udarbejde en samlet liste over behandlinger, der er højt specialiserede og omkostningskrævende.

Spørgsmål nr. 19:

»Hvad skal der, efter ministerens opfattelse, til for at direktivet kan implementeres i Danmark på samme måde, som man har valgt at implementere det i Sverige? «

Svar:

Med L 33 er der tilstræbt en hensigtsmæssig implementering af direktivet ud fra danske forudsætninger, bl.a. ift. eksisterende, danske patientrettigheder og organiseringen af det danske sundhedsvæsen.

Jeg finder derfor ikke anledning til at foreslå direktivet implementeret som i Sverige.

Spørgsmål nr. 20:

»Hvad skal der, efter ministerens opfattelse, til for at styrke rammevilkårene for de danske privathospitaler, og er ministeren enig i, at en sådan styrkelse vil føre til et øget potentiale, for at danske privathospitaler vil klare sig bedre i konkurrencen med hospitaler i de øvrige EU-lande som følge af implementeringen af direktivet i EU? «

Svar:

Implementeringen af direktivet i de andre EU/EØS-lande giver patienter fra disse lande adgang til refusion fra hjemlandet for udgifter til sygehusbehandling i Danmark, hvis hjemlandets betingelser, f.eks. om forhåndsgodkendelse, er opfyldt. Denne adgang gælder både offentlige og private sygehuse, og det marked, der er for behandling af udenlandske patienter mod betaling på danske privatsygehuse, må man derfor antage, vil kunne blive styrket.

Jeg antager, at der med spørgsmålet om at styrke rammevilkårene for de danske privathospitaler sigtes til, om jeg vil ændre vilkårene for danske patienters adgang til danske privatsygehuse med betaling fra det offentlige. Det har jeg ingen planer om. Disse regler er senest ændret med indførelsen af det differentierede udvidede frie sygehusvalg, som jeg finder, er en rigtig og afbalanceret ordning.

Spørgsmål nr. 21:

»Ministeren bedes, i forlængelse af ministerens svar på spørgsmål 16, oplyse, om ministeren er villig til at ændre lovforslaget, så forhåndsgodkendelse, i lighed med Sverige, ikke er et krav, men en mulighed for de patienter, som måtte ønske det, samt oplyse hvad der ligger til grund for ministerens manglende villighed, såfremt dette er tilfældet«

Svar:

Jeg finder det hensigtsmæssigt, at der på visse områder, som beskrevet i lovforslaget, som udgangspunkt er et krav om forhåndsgodkendelse. Baggrunden for det er bl.a. hensynet til et stærkt dansk sundhedsvæsen til gavn for alle danske patienter, så der kan ydes rettidig behandling af høj kvalitet her i landet.

Dette var også den tidligere VK-regerings tilgang til direktivet, da dette blev forhandlet, ligesom det ligger i forlængelse af de regler på området, som VK-regeringen gennemførte for at leve op til de EU-domme, som ligger til grund for direktivet.

For god ordens skyld bemærkes det, at det vil være en fast anbefaling, at en dansk patient, der ønsker behandling i et andet EU/EØS-land, inden behandlingen påbegyndes, kontakter sit regionsråd for at modtage en forhåndsgodkendelse, uanset om der er krav om en forudgående godkendelse. Så patienten får klarhed over, om der kan ydes refusion for den behandling, som patienten ønsker, og hvor meget der kan ydes i refusion.

Spørgsmål nr. 22:

»Er det, efter ministerens opfattelse, korrekt forstået, at man med implementeringen af direktivet i Danmark giver danske statsborgere et krav på behandling på privathospitaler i et andet EU-land, men at man, jf. reglerne om det udvidede frie sygehusvalg, ikke har et sådant krav på behandling på et privathospital i Danmark, hvorfor danske privathospitaler med implementeringen af direktivet stilles ringere end deres konkurrenter i de øvrige EU-lande? «

Svar:

Jeg bemærker indledningsvis for god ordens skyld, at patienters ret til behandling for dansk regning ikke afhænger af statsborgerskabet, men af bopæl.

Det er korrekt, at patienter fra Danmark efter implementeringen – hvis de opfylder en række betingelser – har ret til refusion for behandlingsudgifter i andre EU/EØS-lande, og at de ventetidsfrister på 1 eller 2 måneder, der gælder for behandling på danske privatsygehuse efter reglerne om det udvidede frie sygehusvalg, er uden betydning i denne sammenhæng.

Det bemærkes dog, at adgangen til refusion for planlagt behandling i andre EU/EØS-lande efter lovforslaget er betinget af en forhåndsgodkendelse, hvis der er tale om sygehusbehandling, der indebærer indlæggelse eller er specialiseret behandling, og at ansøgning om forhåndsgodkendelse kan afslås, hvis behandlingen kan tilbydes rettidigt i Danmark. På en væsentlig del af sygehusbehandlingens område, er det således mindre sandsynligt, at patienter opnår ret til behandling i udlandet, før de opnår ret til behandling på danske privatsygehuse efter reglerne om udvidet frit valg.

Spørgsmål nr. 27:

»Vil ministeren oplyse, om der vil blive udarbejdet en oversigt over behandlinger, der "automatisk" forhåndsgodkendes i udvalgte eller alle EU-lande? «

Svar:

Jeg har ikke umiddelbart planer om at udarbejde en sådan oversigt.

Spørgsmål nr. 32:

»Hvis DRG-taksten benyttes vil hjemlandene nogle gange betale for meget og andre gange for lidt. Vil EU/ hjemlandene acceptere, at hjemlandene betaler for meget? Og vil en sådan overbetaling tilgå den produktive afdeling/sygehus, som det er tilfældet med den almindelige danske afregning, jf. DRG-systemet? «

Svar:

De danske sygehuse skal hos de udenlandske patienter opkræve de samme takster som ved afregningen for danske patienter, d.v.s. som hovedregel DRG-takster på offentlige sygehuse og markedsbestemte takster på private sygehuse. Det er fuldt ud i overensstemmelse med direktivet og vil ikke kunne anfægtes af EU eller andre lande.

Det er korrekt, at fælles, skematiske takstsystemer som DRG bygger på gennemsnitsberegninger, og at de konkrete udgifter for et sygehus vedrørende den enkelte konkrete patient derfor kan være enten højere eller lavere. Det er velkendt i alle systemer og kan ikke anfægtes af udenlandske patienter eller deres hjemlande, når blot taksterne ikke diskriminerer mellem danske og udenlandske patienter.

Det bemærkes i øvrigt, at det ikke er nogen forudsætning, at sygehusenes takster svarer til deres omkostninger. I særdeleshed er det ikke tilfældet for de markedsbestemte takster på private sygehuse, som tværtimod drives med henblik på at opnå et overskud.

Endelig kan jeg oplyse, at det afhænger af den enkelte regions budgetstyringsprincipper, om over- eller underskud ved de enkelte sygehuses behandling af patienter fra andre regioner eller andre lande tilfalder sygehuset eller regionens fælles kasse.

Spørgsmål nr. 34:

»Ministeren bedes redegøre for hvorledes ministerens svar på spørgsmål 20 (L 33): »[d]enne adgang gælder både offentlige og private sygehuse«, stemmer overens med ministerens svar på S 3483 (2011-12), hvori ministeren skriver, at: »De nuværende regler hviler på det udgangspunkt, at det offentlige sygehusvæsens opgave er at behandle de offentlige patienter, som de efter lovgivningen har pligt til at behandle gratis. Det er derimod ikke deres opgave – med skatteborgernes penge i ryggen at konkurrere med private sundhedstjenesteydere om at behandle private betalingspatienter fra ind- eller udland«.«

Svar:

Min besvarelse af S 3483 tog udgangspunkt i de i 2012 og endnu i dag gældende regler, og besvarelsen afspejler, at de offentlige sygehuse efter sundhedsloven har til opgave at levere ydelser til de personer, der har ret til vederlagsfri behandling efter sundhedsloven.

For at sikre overensstemmelse mellem direktivets regler om ikke-diskrimination af patienter fra andre EU/EØS-lande må de offentlige sygehuse have mulighed for mod betaling at yde planlagt behandling til disse patienter, hvilket netop foreslås med lovforslaget som en nødvendig del af direktivets implementering.

Der er således ingen uoverensstemmelse mellem besvarelsene, der refereres til i spørgsmålet.

Heller ikke efter den foreslåede lovændring er det imidlertid de offentlige sygehuses opgave at konkurrere med private sundhedstjenesteydere om at tiltrække private betalingspatienter fra ind- eller udland. Det er således fortsat ikke en offentlig sygehusopgave at drive aktiv kommercielt begrundet virksomhed

med skatteborgernes penge i ryggen og i konkurrence med private sygehuse og klinikker, men man får i overensstemmelse med direktivet mulighed for at behandle de patienter fra andre lande, henvender sig med ønske herom.

Spørgsmål nr. 37:

»I forlængelse af svaret på spørgsmål 27 (L 33) bedes ministeren uddybe, hvorfor ministeren ikke har planer om at udarbejde en sådan oversigt? «

Svar:

Jeg påtænker ikke at udarbejde en liste over, hvilke behandlinger der enten er eller ikke er omfattet af et krav om forhåndsgodkendelse i udvalgte eller alle EU/EØS-lande, dels da det vil være overordentligt vanskeligt at tilvejebringe de samlede korrekte oplysninger, dels da jeg vanskeligt kan se nytten af en sådan liste.

Spørgsmål nr. 38:

»Skal ministerens svar på spørgsmål 32 (L 33) forstås således, at regeringen ikke mener, at der i DRG-systemet eksisterer et juridisk grundlag, hvorpå en udenlandsk patient eller et andet EU-land kan anlægge en sag mod Danmark i henhold til direktivet, i tilfælde af en overbetaling i forhold til DRG-taksten? «

Svar:

Efter min opfattelse er der ikke i direktivet eller andetsteds grundlag for at anfægte, at det danske DRG-takstsystem for sygehusvæsenet kan anvendes i forbindelse med afregning for behandling af patienter fra andre EU/EØS-lande.

Jeg henviser i øvrigt til min besvarelse af SUU spørgsmål nr. 39 (L 33).

Spørgsmål nr. 39:

»Skal ministerens svar på spørgsmål 32 (L 33) forstås således, at direktivet tager højde for, at EU-landene har forskellige skematiske takstsystemer, herunder det danske DRG-system? «

Svar:

Det fremgår af direktivets art. 4 (4), at medlemsstaterne skal sikre, at sundhedstjenesteyderne på deres område anvender den samme prisskala for sundhedsydelser til patienter fra andre medlemsstater som for patienter fra medlemsstaten i en tilsvarende helbredssituation, eller at de forlanger en pris, der udregnes i henhold til objektive, ikke-diskriminerende kriterier, hvis der ikke findes nogen tilsvarende pris for indenlandske patienter.

På den baggrund kan det efter min opfattelse ikke anfægtes, at danske offentlige sygehuse både kan og skal anvende de samme takster over for patienter fra andre lande, som de anvender over for danske patienter fra andre regioner, d.v.s. i de fleste tilfælde DRG-taksterne.

Spørgsmål nr. 41:

»I forlængelse af ministerens svar på spørgsmål 4 (L 33), hvor »Det« vurderes[altså], at sundhedsydelserne omfattet af specialeplanens regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner både kræver brug af højt specialiseret og omkostningskrævende medicinsk infrastruktur, eksempelvis specialiseret ekspertise hos det sundhedsfaglige personale, eller omkostningskrævende medicinsk udstyr, eksempelvis ift. scanne-re og andre apparater, bedes ministeren redegøre for, hvordan det kan være i overensstemmelse med direktivet, når man i direktivet udtrykkeligt taler om »og« og ikke »og/eller«? «

Svar:

Jeg henviser til min besvarelse af spørgsmål 4 (L 33), hvor der netop redegøres for, at de af Sundhedsstyrelsen fastsatte specialfunktioner, dvs. både regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner, er omfattet af direktivets krav for forhåndsgodkendelse, jf. art. 8 (2), litra a (ii).

Ved regionsfunktioner forstås funktioner, som har en vis kompleksitet, er relativt sjældent forekommende og/eller kræver en del ressourcer, herunder f.eks. samarbejde med flere andre specialer. Dette falder efter min opfattelse inden for direktivets art. 8 (2), litra a (ii), hvor der er krav om brug af højt specialiseret og omkostningskrævende medicinsk infrastruktur eller medicinsk udstyr. Som nævnt i min besvarelse af spørgsmål 4 (L 33) kan det eksempelvis dreje sig om specialiseret ekspertise hos det sundhedsfaglige personale eller omkostningskrævende medicinsk udstyr, eksempelvis scannere og andre apparater

For god ordens skyld bemærkes det, at det omtalte »og/eller« relaterer sig til kriterierne for specialeplanen og ikke direktivets kriterier.