KOMMISSIONEN FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER

Bruxelles, den 2.7.2008
KOM(2008) 415 endelig

MEDDELELSE FRA KOMMISSIONEN

En fællesskabsramme for patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser

{SEK(2008) 2183}

MEDDELELSE FRA KOMMISSIONEN

En fællesskabsramme for patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser

1. INDLEDNING

Langt de fleste patienter i EU foretrækker at gøre brug af sundhedsydelser i deres eget land. Men der kan være patienter, som under visse omstændigheder ønsker at gøre brug af særlige sundhedsydelser, som udføres i udlandet. Det kan dreje sig om højt specialiseret behandling eller om patienter i grænseområder, hvor den bedst egnede og nærmeste behandlingsmulighed findes på den anden side af grænsen. I de senere år har EF-Domstolen behandlet en række sager, hvor borgere påberåber sig deres rettigheder med hensyn til godtgørelse af udgifter til sundhedsydelser leveret i andre medlemsstater. I disse sager har Domstolen siden 1998 konsekvent fastslået, at patienter har ret til at få godtgjort udgifter til sundhedsydelser afholdt i udlandet med et beløb, der svarer til de udgifter, der ville være blevet godtgjort, hvis sundhedsydelserne var leveret i deres hjemland. Det er nødvendigt at tydeliggøre, hvordan de principper, der er fastslået i disse specifikke sager, generelt bør finde anvendelse. Der er derfor behov for fællesskabsbestemmelser om, hvordan man mere generelt sikrer kvaliteten og sikkerheden af grænseoverskridende sundhedsydelser. Med henblik herpå har Kommissionen planer om i 2008 at fremlægge forslag til en meddelelse og en rådshenstilling om patientsikkerhed og kvaliteten af sundhedsydelser samt til en rådshenstilling om infektioner i tilknytning til sundhedspleje.

På grundlag af denne retspraksis vil dette initiativ sikre en klar og gennemsigtig ramme for levering af grænseoverskridende sundhedsydelser i EU i de tilfælde, hvor den behandling, som patienten ønsker, udføres i en anden medlemsstat end hjemlandet. I så fald bør der ikke være ubegrundede hindringer. Behandlingen bør være sikker og af god kvalitet, og der bør være klare og gennemsigtige procedurer for godtgørelse af udgifter. Under overholdelse af principperne om universalitet, adgang til sundhedsydelser af god kvalitet, lighed og solidaritet vil målsætningerne med denne ramme derfor være:

– at skabe tilstrækkelig klarhed om retten til godtgørelse af udgifter til sundhedsydelser leveret i andre medlemsstater

– og at sikre, at de nødvendige krav med hensyn til sikre og effektive sundhedsydelser af høj kvalitet opfyldes, når der er tale om grænseoverskridende ydelser.

Medlemsstaterne er ansvarlige for tilrettelæggelsen og leveringen af sundhedsydelser og medicinsk behandling. De er navnlig ansvarlige for fastlæggelsen af, hvilke regler der skal gælde for godtgørelse af patienters udgifter til sundhedsydelser og for levering af disse sundhedsydelser. Det laver dette forslag ikke om på. Det er vigtigt at understrege, at dette initiativ ikke ændrer noget ved medlemsstaternes valg af, hvilke regler der skal gælde i de enkelte sager. Hensigten med denne ramme er

derimod at lette det europæiske samarbejde om sundhedsydelser, f.eks. det europæiske netværk af referencecentre, udveksling af sundhedsteknologivurderinger eller anvendelse af ikt til levering af mere effektive sundhedsydelser ("e-sundhed"). På denne måde ydes der yderligere støtte til medlemsstaterne, så de kan opfylde deres overordnede målsætninger om universel adgang til sundhedsydelser af høj kvalitet på grundlag af lighed og solidaritet, uanset om patienterne krydser grænserne eller ej.

Disse spørgsmål har ved flere lejligheder været genstand for drøftelser mellem Kommissionen og de ansvarlige myndigheder i medlemsstaterne, repræsentanter for Europa-Parlamentet, aktører på sundhedsområdet og andre interessenter. Før fremlæggelsen af disse forslag gennemførte Kommissionen en offentlig høring om Fællesskabets indsats inden for sundhedssektoren, som har ligget til grund for udviklingen og udformningen af den foreslåede ramme[1]. Både Rådet og Europa-Parlamentet har efterlyst et initiativ vedrørende sundhedsydelser, hvis særlige kendetegn gjorde, at de blev udelukket fra servicedirektivet.

Dette forslag er baseret på EF-traktatens artikel 95 om det indre markeds oprettelse og funktion. Det er også i overensstemmelse med EF-traktatens artikel 152 om folkesundhed og respekterer medlemsstaternes ansvar for tilrettelæggelse og levering af sundhedsydelser og medicinsk behandling som fortolket af EF-Domstolen. Bestemmelserne i reformtraktaten berører ikke retsgrundlaget.

2. DEN FORESLÅEDE RAMME

For at opfylde de ovenfor beskrevne målsætninger foreslår Kommissionen, at der fastlægges en fællesskabsramme for grænseoverskridende sundhedsydelser som fastsat i direktivforslaget, der ledsager denne meddelelse. Denne ramme, som fastlægger relevante retlige definitioner og generelle bestemmelser, er struktureret omkring tre hovedområder:

– **Fælles principper i alle EU's sundhedssystemer**, som vedtaget af Rådet i juni 2006, med fastsættelse af, hvilken medlemsstat der skal være ansvarlig for overholdelse af de fælles principper for sundhedsydelser, og hvad dette ansvar indebærer, så der sikres klarhed og tillid med hensyn til, hvilke myndigheder der fastsætter og overvåger sundhedsydelsernes standard i hele EU. Yderligere samarbejde mellem medlemsstaterne vil blive fremmet, navnlig i kommende forslag fra Kommissionen til en meddelelse og en rådshenstilling om patientsikkerhed og kvaliteten af sundhedsydelser samt til en rådshenstilling om infektioner i tilknytning til sundhedspleje

– **En særlig ramme for grænseoverskridende sundhedsydelser**: Direktivet skal tydeliggøre patienters rettigheder til at gøre brug af sundhedsydelser i andre medlemsstater, herunder hvilke begrænsninger medlemsstaterne kan indføre for

[1] Jf. Kommissionens meddelelse "Consultation regarding Community action on health services" (SEK(2006) 1195 af 26. september 2006) og den sammenfattende rapport om svarene på høringen om Fællesskabets indsats vedrørende sundhedssektoren, der findes på: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/results_open_consultation_en.htm

sundhedsydelser leveret i udlandet, samt dækning af udgifter til grænseoverskridende sundhedsydelser baseret på princippet om, at patienter er berettiget til godtgørelse op til det beløb, som de skulle have betalt, hvis de var blevet behandlet hjemme.

– **Europæisk samarbejde om sundhedsydelser**: I direktivet fastsættes en ramme for europæisk samarbejde på områder som f.eks. europæiske netværk af referencecentre, vurdering af sundhedsteknologi, dataindsamling samt kvalitet og sikkerhed, således at et sådant samarbejde kan realiseres effektivt og vedvarende.

2.1. En særlig retlig ramme vedrørende godtgørelse af udgifter til grænseoverskridende sundhedsydelser

Direktivet vil skabe tilstrækkelig klarhed om de regler, der skal gælde for godtgørelse af udgifter til sundhedsydelser leveret i andre medlemsstater, og om hvordan man i praksis indfører patientrettigheder på dette område i overensstemmelse med Domstolens praksis. Direktivet afspejler følgende principper:

– Behandling, der ikke kræver hospitalsindlæggelse, og som en person har ret til i sin egen medlemsstat, kan vedkommende også modtage i en anden medlemsstat uden forhåndstilladelse og få refunderet med et beløb, der højst svarer til den godtgørelse, vedkommende ville have fået gennem sit eget system.

– Hospitalsbehandling, som en person har ret til i sin egen medlemsstat, kan vedkommende også modtage i en anden medlemsstat. Direktivet giver medlemsstaterne mulighed for at indføre et system med forhåndstilladelse i forbindelse med godtgørelse af udgifter til hospitalsbehandling i en anden medlemsstat, hvis medlemsstaterne kan dokumentere, at frastrømningen af patienter som følge af gennemførelsen af dette direktiv har en sådan indvirkning, at det indebærer eller forventes at indebære en alvorlig fare for de planlægnings- og rationaliseringsbestræbelser, der finder sted i hospitalssektoren. Udgifterne til en sådan hospitalsbehandling i en anden medlemsstat skal også godtgøres af forsikringsmedlemsstaten med et beløb, der mindst svarer til de udgifter, der ville være blevet godtgjort, hvis de samme eller tilsvarende sundhedsydelser var blevet udført i forsikringsmedlemsstaten.

Patientens medlemsstat kan fastsætte de samme betingelser, som den anvender nationalt, f.eks. kravet om at opsøge en praktiserende læge, før man søger speciallæge eller hospitalsbehandling.

Dette ændrer ikke ved medlemsstaternes ret til at definere, hvilke ydelser de vælger at levere. Hvis en særlig behandling ikke indgår i det behandlingsudbud, som en medlemsstat tilbyder sine borgere nationalt, medfører dette direktiv ikke, at patienter har krav på at modtage en sådan behandling i udlandet og få udgifterne godtgjort. For eksempel vil betingelserne for godtgørelse af udgifter til plastikkirurgi i en patients oprindelsesmedlemsstat fortsat gælde, hvis patienten søger om godtgørelse for en behandling, der er givet i en anden medlemsstat. Det samme gælder eksempelvis for hydro- eller balneoterapi samt spakure. Forslaget forhindrer ikke medlemsstaterne i at udvide deres ordninger med naturalydelser til også at omfatte sundhedsydelser leveret i andre medlemsstater - en mulighed, som flere medlemsstater allerede har gjort brug af.

Direktivforslaget vil også præcisere en række relevante termer samt kriterier for de procedurer, der skal følges for grænseoverskridende sundhedsydelser for at sikre, at de er objektivt begrundede, nødvendige og rimelige. Forslaget vil også kræve, at der indføres passende mekanismer, så der kan stilles information og bistand til rådighed for patienter gennem nationale kontaktpunkter.

Ved at etablere en klar retlig ramme for retten til godtgørelse af udgifter til grænseoverskridende sundhedsydelser vil forslaget mindske de uligheder, som usikkerheden vedrørende den generelle anvendelse af de principper, der er fastslået i retspraksis, i øjeblikket indebærer. Borgerne kan være sikre på, hvornår de kan få godtgjort udgifter til behandling i en anden medlemsstat, og hvornår de ikke kan, og vil få klare beslutnings- og klageprocedurer. Medlemsstaterne kan også tage yderligere skridt til at fjerne sådanne uligheder, f.eks. ved forhåndsgodtgørelse eller ved at indføre ordninger, så sundhedstjenesteydere godtgøres direkte, i stedet for at patienterne skal lægge ud.

Parallelt med det foreslåede direktiv vil de nuværende rammer for koordinering af socialsikringsordningerne fortsat gælde tillige med alle de generelle principper, som forordningerne om koordinering af socialsikringsordningerne bygger på, herunder princippet om, at en patient, der gør brug af sundhedsydelser i en anden medlemsstat, skal sidestilles med borgere, som er bosat i den pågældende medlemsstat. Det nuværende europæiske sygesikringskort vil også fortsat være gældende. Med hensyn til patienter, der ønsker at gøre brug af planlagte grænseoverskridende sundhedsydelser, sikres det, at de patienter, der ikke rettidigt kan få den relevante behandling i deres eget land, gives tilladelse til at blive behandlet i udlandet. Alle eventuelle yderligere omkostninger til behandling skal i så fald betales af det offentlige. Hvis betingelserne i artikel 22, stk. 2, i forordning (EØF) nr. 1408/71 er opfyldt, skal tilladelsen gives, og ydelserne udføres i overensstemmelse med nævnte forordning. Dette er udtrykkeligt fastsat i det foreslåede direktiv. Forordning (EØF) nr. 1408/71 vil derfor fortsat være det generelle redskab og det "sikkerhedsnet", der skal sørge for, at patienter, der ikke kan få adgang til sundhedsydelser inden for en rimelig frist i deres eget land, får tilladelse til at gøre brug af disse ydelser i en anden medlemsstat.

2.2. Garanti for grænseoverskridende sundhedsydelsers kvalitet og sikkerhed

Når der udføres sundhedsydelser, er det yderst vigtigt, at patienterne sikres:

– klare oplysninger, der giver dem mulighed for at træffe informerede valg om sundhedsydelser

– ordninger til sikring af sundhedsydelsernes kvalitet og sikkerhed

– kontinuitet i den behandling, der gives af forskellige sundhedsprofessionelle og -organisationer

– og ordninger, der sikrer passende klagemuligheder og erstatning for skader forårsaget af sundhedsydelser.

Der findes imidlertid på EU-plan ingen klare regler for, hvordan disse krav opfyldes i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser, eller hvem der er ansvarlig for kravenes opfyldelse. Dette gælder, uanset om ydelserne er offentligt eller privat

finansierede, om de udføres i overensstemmelse med forordningen om koordinering af socialsikringsordningerne eller som konsekvens af retten til fri bevægelighed som beskrevet ovenfor. Uden en sådan klarhed er der risiko for forvirring, der kan gøre det vanskeligt at sørge for kvalitet og sikkerhed i sundhedsydelserne på tværs af grænserne.

Direktivforslaget vil derfor fastlægge, hvilke principper der er fælles i EU's sundhedssystemer, med udgangspunkt i Rådets konklusioner om fælles værdier og principper i Den Europæiske Unions sundhedssystemer fra juni 2006 og princippet om, at det er myndighederne i den medlemsstat, hvor sundhedsydelserne leveres, der sikrer overholdelsen af disse fælles principper. Direktivet vil gøre det klart, at det er myndighederne i den pågældende medlemsstat, der er ansvarlige for, at sundhedsydelser udføres i overensstemmelse med klare standarder for kvalitet og sikkerhed, som medlemsstaterne på forhånd har defineret, at sundhedstjenesteydere gør relevante oplysninger tilgængelige, således at patienter kan træffe informerede valg, at patienter har mulighed for at klage og opnå erstatning, hvis de påføres skader i forbindelse med den behandling, de modtager, og at både adgang til patienters journaler og privatlivets fred for disse patienter sikres.

Medlemsstaterne er fortsat ansvarlige for fastlæggelse af de standarder, der skal gælde for sundhedsydelser, der udføres nationalt. Men ved at gøre det klart, hvilken medlemsstat der er ansvarlig i en given situation, vil direktivet sikre, at sundhedsydelsers kvalitet og sikkerhed sikres i hele EU.

2.3. Fremtidigt praktisk europæisk samarbejde om sundhedsydelser

Der er situationer, hvor europæisk samarbejde kan være med til at forøge værdien af medlemsstaternes aktioner på grund af de pågældende sundhedsydelsers omfang eller art. Den ramme, som direktivet fastlægger, vil bidrage til udnyttelse af potentialet ved denne europæiske merværdi. Den indeholder bestemmelser om udvikling af et fremtidigt praktisk samarbejde på europæisk plan på især tre områder.

2.3.1. Europæiske netværk af referencecentre

Europæiske netværk af referencecentre skal på frivillig basis knytte specialiserede centre i forskellige medlemsstater sammen. Dette kan bidrage til, at der leveres omkostningseffektive sundhedsydelser af høj kvalitet til patienter, hvis tilstand kræver en særlig koncentration af ressourcer eller ekspertise. Det kan i mange tilfælde ske ved at bringe den relevante ekspertise til patienten, om end det i nogle tilfælde vil være nødvendigt for patienten at frekventere centre i andre lande.

Europæiske netværk af referencecentre kan også være centrum for medicinsk uddannelse og forskning, informationsformidling og evaluering. Samarbejde på dette område kan være meget fordelagtigt for patienterne, fordi de får nemmere adgang til meget specialiseret behandling, og for sundhedsvæsenerne, fordi de får den mest effektive anvendelse af ressourcerne, f.eks. gennem samling af ressourcer med henblik på at behandle sjældne sygdomme.

Kommissionen støtter allerede pilotprojekter for at afprøve konceptet med europæiske netværk af referencecentre, som er udviklet af Gruppen på Højt Plan

vedrørende Sundhedstjenesteydelser og Lægebehandling[2]. Formålet med disse pilotprojekter, der især gennemføres på området for sjældne sygdomme, er at identificere bedste praksis for etablering af europæiske netværk af referencecentre, kortlægge de retlige eller praktiske hindringer, som netværkene møder, og udarbejde generelle konklusioner og anbefalinger, som kan bruges på andre områder end sjældne sygdomme. En klar ramme for europæiske netværk af referencecentre kan fastlægges i henhold til direktivforslaget på grundlag af resultaterne af disse projekter.

I henhold til det grænseoverskridende aspekt ved samhørighedspolitikkens målsætning om territorial samhørighed gives der desuden økonomisk støtte til en lang række projekter, der fremmer patienters adgang til grænseoverskridende sundhedsydelser. Kommissionen vil også gå aktivt ind i et af projekterne, der finansieres under URBACT II-programmet. Dette projekt har titlen "Building Healthy Communities".

2.3.2. Sundhedsteknologivurdering

De konstante innovationer inden for lægevidenskab og sundhedsteknologi giver bedre behandlingsmuligheder. De indebærer dog også udfordringer for sundhedssystemerne, som skal sikre, at de evalueres ordentligt og anvendes så omkostningseffektivt som muligt. Sundhedsteknologivurdering er en tværfaglig proces, som samler information om medicinske, sociale, økonomiske og etiske spørgsmål i forbindelse med anvendelse af sundhedsteknologi. Det er et område, hvor der er en klar europæisk merværdi, og hvor samarbejde på fællesskabsplan kan være med til at mindske overlapning og dobbeltarbejde og dermed fremme effektiv anvendelse af ressourcerne.

Kommissionen støtter et europæisk pilotnetværk om sundhedsteknologivurdering kaldet "EUnetHTA". Det overordnede mål med EUnetHTA er at etablere et effektivt og bæredygtigt europæisk netværk for sundhedsteknologivurdering, der skal levere input til politikbeslutninger. EUnetHTA forbinder offentlige organer for sundhedsteknologivurdering, forskningsinstitutioner og sundhedsministerier med henblik på at muliggøre en effektiv udveksling af oplysninger og støtte medlemsstater, når de skal træffe politikbeslutninger. EUnetHTA-projektet samfinansieres af Europa-Kommissionen med bidrag fra netværksmedlemmerne. Som det er tilfældet med de europæiske netværk af referencecentre, kan der under dette direktiv etableres en klar ramme for fortsættelse af disse aktiviteter på grundlag af dette pilotprojekts resultater.

2.3.3. E-sundhed

Informations- og kommunikationsteknologier har et meget stort potentiale for at forbedre sundhedsydelsers kvalitet, sikkerhed og effektivitet. Europa-Kommissionen støtter arbejdet på dette område i overensstemmelse med handlingsplanen for e-sundhed[3], og der findes allerede mange eksempler på e-sundhedsprojekter. Disse projekter handler bl.a. om fjernlevering af ekspertbistand fra store hospitaler til

---

[2] Se http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/high_level_hsmc_en.htm.

[3] KOM(2004) 356 af 30. april 2004.

mindre lokale faciliteter, fjernlæsning af diagnostiske billeder, overvågning af patienter med kroniske sygdomme, så de undgår hospitalsophold, koordinering mellem de forskellige sundhedstjenesteydere, så de kan tilbyde integrerede sundhedspakker til de enkelte patienter.

Sikker og effektiv levering af e-sundhedsydelser kræver imidlertid fælles formater og standarder, der kan bruges i de forskellige systemer og forskellige lande, og sådanne findes ikke i øjeblikket. Direktivet vil derfor gøre det muligt at indføre sådanne formater og standarder, så uformelt samarbejde og individuelle projekter kan videreføres og generaliseres på et mere solidt og vedvarende grundlag. Forslaget forpligter ikke medlemsstaterne til at indføre e-sundhedssystemer eller e-sundhedstjenester, men har til formål at sikre interoperabiliteten, når først de har besluttet sig for at indføre sådanne systemer.

3. VIRKNINGERNE AF RAMMEN

3.1. Hvor omfattende er udvekslingen af grænseoverskridende sundhedsydelser?

Kommissionen skønner, at ca. 1 % af de offentlige sundhedsbudgetter bruges på grænseoverskridende sundhedsydelser, hvilket svarer til ca. 10 mia. EUR for EU som helhed. Denne andel kan i nogle tilfælde være større:

– i grænseregioner

– i mindre medlemsstater

– for sjældne sygdomme

– i områder med mange turister.

De grænseoverskridende sundhedsydelser udgør dog også i disse tilfælde kun nogle få procent af de samlede sundhedsudgifter.

Det er ikke overraskende, at omfanget af grænseoverskridende sundhedsydelser er relativt beskedent, da folk foretrækker at blive behandlet så tæt på deres hjem som muligt. Kommissionens undersøgelser viser[4], at langt de fleste patienter i EU får opfyldt deres sundhedsmæssige behov i deres nationale systemer - over 90 % i EU som helhed. Så selv om denne ramme har stor betydning for de berørte enkeltpersoner, vil de grænseoverskridende sundhedsydelsers samlede omfang ikke få større indvirkning på sundhedssystemerne overordnet set.

3.2. Hvilke virkninger vil dette forslag få for borgerne?

Selv om direktivet bygger på de rettigheder, som allerede er fastslået af EF-Domstolen i forbindelse med fortolkning af traktaten, vil det indebære ekstra fordele, fordi det skaber klarhed om de supplerende rettigheder, som patienter får, når de ønsker at gøre brug af de sundhedsydelser, som de er berettiget til fra tjenesteydere i andre medlemsstater, og om, hvordan de får godtgjort deres udgifter. Når som helst

[4] Se skønnene over udækkede medicinske behov i EU's statistikker om indkomst og levevilkår (EU-SILC).

der leveres grænseoverskridende sundhedsydelser, kan patienterne have tillid til de pågældende ydelsers kvalitet og sikkerhed. De nuværende socialsikringsforordninger sikrer, at de patienter, der ikke kan få den behandling, de er berettiget til, inden for en rimelig frist i deres hjemland, kan tage til en anden medlemsstat[5]. Dette system berøres ikke. Dette forslag giver imidlertid borgerne en ekstra mulighed for at gøre brug af grænseoverskridende sundhedsydelser og udspringer af sager, som en række borgere har anlagt, og som har været bragt videre til EF-Domstolen. Det er vigtigt at understrege, at de rettigheder, der følger af denne retspraksis, ikke træder i stedet for rettigheder i medfør af nationale rammer eller forordning (EØF) nr. 1408/71, men repræsenterer supplerende rettigheder, som borgere kan vælge af gøre brug af. De giver således alle bedre adgang til forskellige sundhedsydelser i EU. Det bør bemærkes, at visse medlemsstater som nævnt allerede har valgt under visse omstændigheder at udvide deres ordninger med naturalydelser til også at omfatte patienter, der ønsker at gøre brug af grænseoverskridende sundhedsydelser. Forslagets bestemmelser vil også være med til at skabe merværdi som følge af det bredere og mere effektive samarbejde om sundhedsydelser på EU-plan. Forslaget vil betyde ekstra fordele for patienterne. Oprettelsen af europæiske netværk af referencecentre vil, skønt de er frivillige, forbedre ekspertisen på nye behandlingsområder og være med til at gøre disse behandlinger lettere tilgængelige for patienter uanset deres hjemland. Det forbedrede samarbejde om forvaltning af nye sundhedsteknologier vil give medlemsstaterne et nyt værktøj, som de kan bruge til at evaluere disse teknologier, og som vil gøre deres valg mere effektive og bæredygtige. Gennem bedre overvågning af data og samling af statistiske redskaber vil direktivforslaget også forbedre overvågningen af udvekslingen af grænseoverskridende sundhedsydelser, hvilket vil have en direkte positiv effekt på viden om epidemiologiske mønstre.

3.3. Hvilke virkninger vil dette forslag få for sundhedsprofessionelle?

Forslaget tager sigte på at fastlægge en klar ramme for sikre og effektive sundhedsydelser af høj kvalitet i hele EU. Sundhedsprofessionelle vil derfor nyde godt af en række klare regler om de kvalitets- og sikkerhedsstandarder, der gælder når de behandler patienter fra andre medlemsstater, eller når de leverer sundhedsydelser i andre medlemsstater.

Dette direktiv vil dog ikke berøre de gældende bestemmelser i fællesskabslovgivningen. Det vil navnlig ikke berøre bestemmelserne vedrørende anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer eller skabe yderligere hindringer for en sådan anerkendelse. Det vil heller ikke berøre sundhedsprofessionelles ret til at etablere sig i andre medlemsstater. Det påvirker ikke den nuværende situation vedrørende "oprindelsesland" eller "bestemmelsesland" med hensyn til, hvor tjenesteyderne er etableret. Det præciserer, at uanset hvilken status en sundhedsprofessionel har, er det behandlingslandets (som er det land, hvor behandlingen foregår) regler for sundhedsydelser, der gælder.

---

[5] Ved hjælp af E112-formularerne – se http://ec.europa.eu/employment_social/social_security_schemes/healthcare/e112/conditions_en.htm.

3.4. Hvilke virkninger vil dette forslag få for medlemsstaterne og de offentlige budgetter?

På lang sigt vil merværdien af europæisk samarbejde om spørgsmål som f.eks. europæiske netværk af referencecentre, udveksling af sundhedsteknologivurderinger og brug af ikt til levering af mere effektive sundhedsydelser ("e-sundhed") bidrage til at forbedre kvaliteten og effektiviteten af alle sundhedsydelser både for de patienter, der krydser grænserne, og dem, der ikke gør.

Konsekvensanalysen viser, at på kort sigt vil ekstraudgifterne til behandling som følge af dette forslag næppe undergrave sundhedssystemernes bæredygtighed eller planlægning samlet set. Dette skyldes, at borgerne kun er berettiget til godtgørelse for de sundhedsydelser, som de ville være berettiget til at få godtgjort i deres hjemland, så derfor skal medlemsstaterne kun betale for de sundhedsydelser, som de alligevel skulle have betalt for. I konsekvensanalysen vurderedes det, at ekstraudgifterne til behandling vil være mindre end en procent af de samlede sundhedsudgifter, og at de vil blive opvejet af fordelene. Hvis en uforudset stigning i antallet af grænseoverskridende sundhedsydelser på kort sigt skulle medføre et stort problem - f.eks. for planlægningen af lokale behandlingsfaciliteter - åbner forslaget mulighed for, at medlemsstaterne kan indføre begrænsninger for at beskytte deres samlede system, idet Domstolens praksis respekteres. I et sådant tilfælde kan en medlemsstat indføre forhåndstilladelse for patienter, der ønsker at gøre brug af grænseoverskridende hospitalsbehandling på de betingelser, der er fastsat i direktivet, og som afspejler Domstolen praksis.

3.5. Hvilke virkninger vil det få for den overordnede organisation af sundhedssystemerne?

Nogle berørte parter har givet udtryk for betænkeligheder, idet de mener, at grænseoverskridende sundhedsydelser kan ændre medlemsstaternes muligheder for at kontrollere adgangen til sundhedsydelser. Grænseoverskridende sundhedsydelser kan bane vejen for hurtigere adgang til behandling. De kan også være med til at sikre en effektiv overordnet organisation af sundhedssystemerne. Levering af sundhedsydelser kræver en kritisk masse af patienter for at muliggøre ydelser af høj kvalitet og selvfølgelig for at legitimere investeringer, der for visse nye behandlingsformer kan være tunge og umulige at gennemføre i visse medlemsstater. Hvis grænseoverskridende ydelser kan være med til at skabe en sådan kritisk masse, kan de også være med til at støtte mere udviklede ydelser, som også vil komme indenlandske patienter til gode.

Behandling af patienter fra andre lande må ikke bringe det primære formål med medlemsstaternes sundhedssystemer i fare, nemlig at levere sundhedsydelser til deres egne borgere. I det foreslåede direktiv præciseres det, at anvendelsen af denne ramme for grænseoverskridende sundhedsydelser ikke giver udenlandske patienter ret til hurtigere behandling end indenlandske patienter. Hvis der er venteliste til en særlig behandlingsform, bør patienter fra andre medlemsstater optages på listen på lige vilkår med indenlandske patienter med samme sundhedsmæssige behov og vente lige så lang tid som disse. Sundhedstjenesteydere er heller ikke forpligtet til at acceptere patienter fra udlandet til planlagt behandling, hvis det kan bringe opretholdelsen af behandlingskapacitet eller medicinsk kompetence i modtagerlandet i fare. Men hvis modtagerlandet har kapacitet til at behandle patienter hurtigere end hjemlandet uden

at forlænge ventetiden for andre, og de pågældende patienter er villige til at have ulejlighed med at rejse til et andet land for at få behandling, er det ensbetydende med mere effektiv pleje for alle.

4. KONKLUSION

De fælles målsætninger for sundhedssystemerne i EU afspejler nogle af de mest grundlæggende værdier for Europas borgere. De underliggende principper om universalitet, lighed, god kvalitet og solidaritet skal respekteres. Organisation og levering af sundhedsydelser og medicinsk behandling er og bliver medlemsstaternes kompetence. Denne kompetence skal udøves under overholdelse af traktatens bestemmelser. Endvidere kan Den Europæiske Union tilføre betydelig merværdi ved forbedret samarbejde til gavn for både de patienter, der krydser grænserne, og for dem, der ikke gør. Hermed vil EU også bidrage til at opfylde nogle af borgernes mest centrale prioriteter og levere et håndgribeligt eksempel på, hvordan europæisk integration gavner dem i deres hverdag. Det skal erindres, at al Domstolens praksis på dette område er baseret på sager anlagt af borgere, der ønsker udøve de rettigheder, der følger af EF-traktaten.

Hovedformålet med den foreslåede retlige ramme er derfor at tydeliggøre Domstolens principper om, at patienter har ret til at få godtgjort udgifter til sundhedsydelser, som de har gjort brug af i en anden medlemsstat, med et beløb, der svarer til de udgifter, der ville være blevet godtgjort, hvis sundhedsydelserne var leveret i deres egen medlemsstat. Denne ret er en direkte anvendelse af EF-traktatens principper, og den retlige ramme, som er foreslået af Kommissionen, tager sigte på at lette den praktiske anvendelse af denne ret.

En stor del af Fællesskabets indsats på dette område handler derfor om samarbejde og gensidig læring. Første skridt er dog at etablere en klar retlig ramme, inden for hvilken et sådant europæisk samarbejde kan finde sted. Det er formålet med dette initiativ.