EUROPEISKA GEMENSKAPERNAS KOMMISSION

Bryssel den 2.7.2008
KOM(2008) 415 slutlig

MEDDELANDE FRÅN KOMMISSIONEN

Tillämpning av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård

{SEK(2008) 2183}

MEDDELANDE FRÅN KOMMISSIONEN

Tillämpning av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård

1. INLEDNING

De allra flesta patienter i EU får hälso- och sjukvård i sitt hemland och föredrar det också. Men under vissa omständigheter kan patienterna vilja söka vård utomlands. Det gäller t.ex. högt specialiserad vård eller i gränsregioner, där närmaste lämpliga vårdinrättning finns på andra sidan gränsen. På senare år har en rad mål dragits inför EG-domstolen där medborgarna försökt hävda sin rätt till ersättning av kostnader för hälso- och sjukvård i andra medlemsstater. Domstolen har i sina domar i dessa mål sedan 1998 konsekvent slagit fast att patienter har rätt till samma ersättning av kostnader för hälso- och sjukvård utomlands som de skulle ha fått hemma. Det är nödvändigt att klargöra hur principerna bakom dessa specifika fall ska tillämpas rent allmänt. Det behövs därför EU-regler för hur den gränsöverskridande vårdens kvalitet och säkerhet kan säkras generellt sett. Kommissionen ämnar därför under 2008 föreslå ett meddelande och en rådsrekommendation om patientsäkerhet och kvalitet i vården samt en rådsrekommendation om vårdrelaterade infektioner.

På grundval av domstolens rättspraxis är syftet med detta initiativ att se till att det finns tydliga och öppna regler för gränsöverskridande hälso- och sjukvård i EU i de fall då den vård patienterna behöver ges i en annan medlemsstat än deras hemland. I dessa fall får det inte finnas några omotiverade hinder. Vården måste vara säker och av god kvalitet och det ska finnas tydliga och öppna förfaranden för ersättning av kostnaderna. Samtidigt som principerna om allmängiltighet, tillgång till vård av god kvalitet, rättvisa och solidaritet beaktas är målen med direktivet att

– skapa tillräcklig klarhet i fråga om rätten till ersättning för vård i en annan medlemsstat, och

– säkerställa att de nödvändiga kraven för en säker, högkvalitativ och effektiv hälso- och sjukvård garanteras för gränsöverskridande vård.

Det är medlemsstaternas ansvar att organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvård. De är särskilt ansvariga för att fastställa vilka regler som ska gälla för kostnadsersättning till patienterna och för hälso- och sjukvårdstjänster. Detta förslag ändrar inget i det avseendet. Det är viktigt att understryka att detta initiativ inte påverkar medlemsstaternas val av vilka regler som tillämpas på ett specifikt fall. Tvärtom är direktivet avsett att främja europeiskt hälso- och sjukvårdssamarbete, t.ex. genom europeiska nätverk för referenscentrum, vid utvärdering av nya medicinska metoder eller genom användning av informations- och kommunikationsteknik (IKT) för en effektivare hälso- och sjukvård (e-hälsa). Medlemsstaterna stöds på så vis ytterligare i sina strävanden mot de övergripande målen om allmän tillgång till hälso- och sjukvård av god kvalitet på grundval av jämlikhet och solidaritet, vilket kommer alla patienter till godo oavsett om de beger sig till ett annat land eller inte.

Dessa frågor har länge diskuterats mellan kommissionen och ansvariga myndigheter i alla medlemsstater, företrädare för Europaparlamentet, hälso- och sjukvården och andra berörda parter. Innan kommissionen lade fram detta förslag genomförde den också ett offentligt samråd om gemenskapsåtgärder för hälso- och sjukvården, som har utgjort ett bra underlag för utvecklingen och utformningen av det föreslagna direktivet[1]. Ministrarna i rådet och Europaparlamentet har också efterfrågat ett initiativ om hälso- och sjukvårdstjänster och dessa tjänsters särart har bekräftats i och med att de undantogs från det allmänna tjänstedirektivet.

Detta förslag grundar sig på artikel 95 i EG-fördraget om den inre marknadens upprättande och funktion. Det är också förenligt med artikel 152 i fördraget om gemenskapens åtgärder på folkhälsoområdet som fullt ut ska respektera medlemsstaternas ansvar för att organisera och ge hälso- och sjukvård, så som det tolkats av EG-domstolen. Reformfördraget kommer inte att påverka den rättsliga grunden.

2. VILKA BESTÄMMELSER FÖRESLÅS?

För att de mål som anges ovan ska kunna uppnås föreslår kommissionen nya regler för gränsöverskridande hälso- och sjukvård, i enlighet med det förslag till direktiv som åtföljer detta meddelande. Direktivet innehåller relevanta rättsliga definitioner och allmänna bestämmelser och är uppbyggt kring tre huvudområden:

– **Gemensamma principer för alla hälso- och sjukvårdssystem i EU**. Dessa antogs av rådet i juni 2006 och anger vilken medlemsstat som är ansvarig för att garantera att de gemensamma principerna för hälso- och sjukvård följs och vad som ingår i detta ansvar; detta för att det ska råda klarhet och förtroende i fråga om vilka myndigheter som ska fastställa och övervaka vårdnormer i hela EU. Ytterligare samarbete mellan medlemsstaterna kommer att främjas, bl.a. i de förslag till meddelande och rådets rekommendation om patientsäkerhet och kvalitet i vården och rådets rekommendation om vårdrelaterade infektioner som kommissionen kommer att lägga fram.

– **Särskilda regler för gränsöverskridande hälso- och sjukvård**. Direktivet klargör vilka rättigheter patienterna har till vård i en annan medlemsstat, vilka begränsningar som medlemsstaterna kan införa för sådan vård utomlands och nivån på den ekonomiska ersättning som utges för gränsöverskridande vård, utifrån principen att patienterna har rätt till ersättning upp till det belopp som skulle ha betalats om de hade vårdats i hemlandet.

– **Europeiskt hälso- och sjukvårdssamarbete**. I direktivet fastställs bestämmelser för europeiskt samarbete när det gäller bl.a. europeiska referensnätverk, utvärdering av medicinska metoder, uppgiftsinsamling samt kvalitet och säkerhet i syfte att skapa förutsättningar för ett effektivt och varaktigt samarbete.

---

[1] Se kommissionens meddelande om samråd om gemenskapsåtgärder för hälso- och sjukvården, SEK(2006) 1195, 26 september 2006 och resultaten av samrådet och sammanfattning, som finns på http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/results_open_consultation_en.htm.

2.1. Särskilda regler för ersättning av kostnader för gränsöverskridande hälso- och sjukvård

Direktivet kommer att skapa tillräcklig klarhet i fråga om vilka regler som ska gälla för ersättning av kostnader för hälso- och sjukvård i en annan medlemsstat och hur dessa patienträttigheter ska tillämpas i praktiken enligt domstolens rättspraxis. Direktivet speglar följande principer:

– Personer som är berättigade till vård utanför sjukhus i den egna medlemsstaten får söka sådan vård i en annan medlemsstat utan att det krävs förhandstillstånd, och återbetalning görs upp till den nivå som tillämpas i den egna medlemsstatens system.

– Personer som är berättigade till sjukhusvård i den egna medlemsstaten får också söka sådan vård i en annan medlemsstat. Enligt direktivet kan medlemsstaterna använda ett system med förhandstillstånd för ersättning av kostnader för sjukhusvård i en annan medlemsstat, om medlemsstaterna kan bevisa att utflödet av patienter till följd av detta direktiv blir så omfattande att det innebär eller sannolikt innebär ett allvarligt hot mot planeringen och de rationaliseringar som genomförts inom sjukhussektorn. Kostnaderna för sådan sjukhusvård i en annan medlemsstat bör också ersättas av den medlemsstat där patienten är försäkrad minst upp till den nivå som hade betalats om samma eller liknande vård hade getts i den medlemsstat där patienten är försäkrad.

Patientens medlemsstat kan i alla händelser införa samma villkor som gäller för den inhemska vården, t.ex. kravet att man först ska vända sig till en allmänläkare innan man går till en specialist eller får sjukhusvård.

Detta påverkar inte medlemsstaternas rätt att själva avgöra vilka sjukförmåner de ska erbjuda. Om en viss behandling inte ingår i de förmåner en medlemsstat erbjuder sina medborgare hemma, införs med detta direktiv inga nya rättigheter för patienterna att få behandlingen i en annan medlemsstat och få kostnaderna ersatta. Till exempel kommer villkoren för ersättning av kostnader för plastikkirurgi i patientens hemland fortsätta att gälla när patienten ansöker om ersättning för en behandling som givits i en annan medlemsstat. Samma sak gäller bl.a. hydro- eller balneoterapi och spa-behandlingar. Förslaget hindrar inte heller medlemsstaterna från att utöka sina system med vårdförmåner till att omfatta hälso- och sjukvård i en annan medlemsstat, en möjlighet som redan finns i flera medlemsstater.

Det föreslagna direktivet kommer också att klargöra en del relevanta termer och kriterierna för de förfaranden som ska följas för gränsöverskridande vård så att dessa är objektivt motiverade, nödvändiga och proportionella. Det innehåller också krav på att det ska införas lämpliga mekanismer för information och hjälp till patienterna genom nationella kontaktpunkter.

Genom tydliga bestämmelser när det gäller rätten till ersättning av kostnader för vård utomlands kommer förslaget att minska de skillnader som beror på nu rådande osäkerhet angående den allmänna tillämpningen av de principer som slagits fast i rättspraxis. Medborgarna kommer med säkerhet att veta när de kommer att få ersättning för vård i en annan medlemsstat, och när de inte kommer att få det, och det kommer att finnas tydliga förfaranden för eventuella beslut eller överklaganden.

Medlemsstaterna kan också vidta ytterligare åtgärder för att avhjälpa sådana skillnader, t.ex. förhandsbetalning, eller införa ordningar för att ersätta vårdgivarna direkt i stället för att patienterna först ska betala kostnaderna.

De bestämmelser som redan finns för samordning av de sociala trygghetssystemen kommer att fortsätta att gälla, liksom de allmänna principer som dessa förordningar vilar på, bl.a. att patienter som får vård i en annan medlemsstat ska likställas med personer som är bosatta i den medlemsstaten, och det europeiska sjukförsäkringskortet. För patienter som söker planerad vård i en annan medlemsstat garanterar denna förordning att om de inte kan få adekvat vård i hemlandet utan onödiga dröjsmål, så har de rätt att söka vård utomlands och eventuella merkostnader för vården kommer att täckas av offentliga medel. Om villkoren i artikel 22.2 i förordning (EEG) nr 1408/71 uppfylls ska förhandstillstånd och förmåner beviljas enligt den förordningen. Detta framgår tydligt av det föreslagna direktivet. Förordning (EEG) nr 1408/71 kommer därför fortfarande att fungera som allmän utgångspunkt och det ”skyddsnät” som ska se till att alla patienter som inte kan få vård i sitt eget land inom rimlig tid får rätt till sådan vård i en annan medlemsstat.

2.2. Garanti för kvalitet och säkerhet i den gränsöverskridande hälso- och sjukvården

För alla former av hälso- och sjukvård är det av största vikt för patienterna

– att de får tydlig information så att de kan fatta välgrundade beslut om sin vård,

– att det finns mekanismer som garanterar att vården är säker och av hög kvalitet,

– att det finns kontinuitet i vården mellan olika behandlande yrkesgrupper och organisationer,

– att det finns mekanismer som garanterar adekvat prövning och kompensation vid eventuella skador på grund av vården.

Det finns emellertid inga tydliga EU-regler för hur dessa krav ska tillgodoses när det gäller gränsöverskridande vård eller vem som är ansvarig för det. Detta gäller oavsett hur vården finansieras, dvs. oavsett om den betalas med offentliga eller privata medel, om den regleras genom förordningarna om samordning av de sociala trygghetssystemen eller om det sker genom tillämpning av rätten till fri rörlighet som beskrivs ovan. Brist på tydlighet kan skapa förvirring vilket gör det svårt att säkerställa kvalitet och säkerhet i vården över gränserna.

Det föreslagna direktivet anger därför vilka de gemensamma principerna för hälso- och sjukvårdssystemen i EU är, med utgångspunkt i rådets slutsatser om gemensamma värderingar och principer i Europeiska unionens hälso- och sjukvårdssystem från juni 2006, och principen att det bör vara myndigheterna i den medlemsstat där vården sker som ska se till att dessa gemensamma principer följs. Direktivet klargör att myndigheterna i den medlemsstaten bl.a. ska se till att hälso- och sjukvården ges enligt tydliga kvalitets- och säkerhetsnormer som medlemsstaten på förhand har definierat, att vårdgivarna ger patienterna relevant information så att de kan fatta välgrundade beslut, att patienterna har möjlighet att klaga och få

kompensation om de lider skada på grund av den vård de fått samt att både tillgång till patientjournaler och den personliga integriteten garanteras.

Det är fortfarande medlemsstaterna som är ansvariga för att fastställa de normer som ska gälla för hälso- och sjukvården i deras land. Men genom att ge klara besked i fråga om vilken medlemsstat som är ansvarig i en viss situation kommer direktivet att säkerställa att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet garanteras i hela EU.

2.3. Framtida europeiskt hälso- och sjukvårdssamarbete

Det finns situationer där ett europeiskt samarbete kan komplettera medlemsstaternas åtgärder på grund av den berörda vårdens art eller omfattning. Genom direktivet skapas förutsättningar för ett sådant europeiskt mervärde. Det innehåller bestämmelser om utveckling av ett framtida praktiskt europeiskt samarbete inom framför allt tre områden.

2.3.1. Europeiska referensnätverk

Genom europeiska nätverk av referenscentrum (europeiska referensnätverk) kan specialiserade centrum i olika medlemsstater samarbeta på frivillig basis. Nätverken kan erbjuda hälso- och sjukvård till patienter med sjukdomar där det krävs en särskild koncentration av resurser eller expertis för att en högkvalitativ och kostnadseffektiv vård ska kunna ges. Detta kan i många fall ske genom att relevant expertis genom nätverken kommer till patienten, men ibland kan patienten behöva åka till centrum i andra länder.

De europeiska referensnätverken kan också fungera som kontaktpunkter för läkarutbildning och forskning, spridning av information och utvärdering. Samarbete på detta område kan vara mycket fördelaktigt, dels för patienterna som lättare får tillgång till högt specialiserad vård, dels för hälso- och sjukvården eftersom resurserna utnyttjas på mest effektiva sätt, t.ex. genom att man samlar resurser för behandling av sällsynta sjukdomar.

Kommissionen stöder redan pilotprojekt för att testa konceptet med europeiska referensnätverk, som utarbetats av högnivågruppen för hälso- och sjukvård[2]. Syftet med dessa pilotprojekt, som är inriktade på sällsynta sjukdomar, är att identifiera bästa praxis för hur de europeiska nätverken ska inrättas, att ta reda på vilka rättsliga eller praktiska hinder nätverken möter och att utarbeta allmänna slutsatser och rekommendationer som kan användas på andra områden än sällsynta sjukdomar. På grundval av dessa projekt kan tydliga bestämmelser för europeiska referensnätverk fastställas i enlighet med det föreslagna direktivet.

Dessutom kommer ett stort antal projekt som syftar till att underlätta patienternas tillgång till gränsöverskridande hälso- och sjukvårdstjänster att få ekonomiskt stöd inom ramen för den gränsöverskridande delen av målet för territoriell social sammanhållning inom sammanhållingspolitiken. Kommissionen kommer även att aktivt delta i ett av projekten som finansieras av programmet Urbact II. Projektet går under namnet *Building Healthy Communities*.

---

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

2.3.2. Utvärdering av medicinska metoder

Ständigt nya medicinska rön och metoder förbättrar vården. Men de innebär också utmaningar för hälso- och sjukvårdssystemen som ska se till att dessa utvärderas korrekt och används så kostnadseffektivt som möjligt. Utvärdering av medicinska metoder är en tvärvetenskaplig process där information om medicinska, sociala, ekonomiska och etiska aspekter i samband med användning av medicinska metoder sammanställs. Detta är ett område där det finns ett tydligt europeiskt mervärde eftersom EU-samarbetet kan bidra till att minska överlappningar och dubbelarbete och därmed främja ett effektivt utnyttjande av resurser.

Kommissionen stöder EU-projektet ”EUnetHTA” (European network for Health Technology Assessment), ett pilotnätverk för utvärdering av medicinska metoder. Det övergripande syftet med EUnetHTA är att inrätta ett effektivt och permanent europeiskt nätverk för medicinsk utvärdering som ska utarbeta vägledande underlag för politiska beslut. I nätverket deltar offentliga organ för medicinsk utvärdering, forskningsinstitut och hälsoministerier med syftet att åstadkomma ett effektivt utbyte av information och stödja medlemsstaterna i deras politiska beslut. Projektet samfinansieras av Europeiska kommissionen och deltagarna i nätverket. Liksom med de europeiska referensnätverken kan det på grundval av detta pilotprojekt och i enlighet med direktivet fastställas tydliga regler för hur arbetet kan drivas vidare.

2.3.3. E-hälsa

IKT-teknik har en enorm potential att förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet, säkerhet och effektivitet. Kommissionen stöder åtgärder på detta område i enlighet med handlingsplanen för e-hälsovård[3], och det finns redan många exempel på e-hälsoprojekt. Dessa projekt handlar bl.a. om stora sjukhus som erbjuder specialiststöd på distans till mindre lokala vårdinrättningar, fjärrdiagnostik, övervakning av patienter med kroniska sjukdomar så att de kan leva ett aktivt liv utan att behöva läggas in på sjukhus och samordning mellan olika vårdgivare så att de kan erbjuda enskilda patienter ett samlat vårdutbud.

Men för säkra och effektiva e-hälsotjänster krävs gemensamma format och normer som kan användas mellan olika system och olika länder, och några sådana finns för närvarande inte. Genom direktivet kan sådana format och normer införas vilket gör att det informella samarbetet och individuella projekt kan drivas vidare och generaliseras på en mer solid och varaktig grund. Förslaget gör det inte obligatoriskt att införa e-hälsosystem eller e-hälsotjänster utan syftar endast till att säkerställa kompatibilitet när medlemsstaterna väl beslutat att införa sådana system.

3. DIREKTIVETS KONSEKVENSER

3.1. Hur omfattande är den gränsöverskridande hälso- och sjukvården?

Kommissionen beräknar att ungefär 1 % av de offentliga hälso- och sjukvårdsutgifterna går till gränsöverskridande vård, vilket motsvarar ungefär 10 miljarder euro för hela EU. I vissa fall kan andelen vara högre, t.ex.

[3] KOM(2004) 356, 30.4.2006.

– i gränsregioner

– för små medlemsstater

– för sällsynta sjukdomar

– i turisttäta områden.

Men även i dessa fall utgör den gränsöverskridande vården endast några få procent av den totala hälso- och sjukvården.

Den relativt lilla omfattningen av gränsöverskridande vård är inte förvånande eftersom människor föredrar att få vård så nära hemmet som möjligt. Enligt kommissionens undersökningar[4] tillgodoses vårdbehovet för de allra flesta patienter – mer än 90 % sett till hela EU – genom hälso- och sjukvården i deras hemländer. Detta direktiv kommer att ha stor betydelse för enskilda berörda individer, men kommer inte att få några större konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemen som helhet.

3.2. Vilka konsekvenser får förslaget för medborgarna?

Även om direktivet grundar sig på rättigheter som domstolen redan slagit fast i samband med tolkningen av fördraget, kommer det att medföra fler fördelar eftersom det skapar klarhet i fråga om patienternas rättigheter när de söker vård som de har rätt till hos vårdgivare i andra medlemsstater och om hur de ska få kostnaderna ersatta. Patienterna kommer alltid att kunna vara säkra på att den gränsöverskridande vården är säker och av hög kvalitet. De befintliga förordningarna om social trygghet säkrar att de som inte kan få den vård de har rätt till inom rimlig tid i sitt eget land kan åka till en annan medlemsstat[5]. Detta system påverkas inte. Förslaget ger därför en extra möjlighet till gränsöverskridande vård, och grundar sig på de mål som medborgarna drivit och som lett fram till domstolens rättspraxis. Det är viktigt att betona att de rättigheter som följer av denna rättspraxis inte ersätter de rättigheter som redan ges enligt nationella bestämmelser eller förordning (EEG) nr 1408/71 utan innebär kompletterande rättigheter som medborgarna kan välja att utnyttja. De ger alltså alla bättre tillgång till olika typer av vård i EU. Det bör noteras att en del medlemsstater, som tidigare nämnts, redan har valt att under vissa omständigheter utöka sina system med vårdförmåner till att omfatta patienter som söker vård utomlands. Bestämmelserna i förslaget kommer också att skapa ett mervärde tack vare ett bredare och effektivare hälso- och sjukvårdssamarbete i EU. Förslaget kommer att medföra fler fördelar för patienterna. De nya europeiska referensnätverken, som visserligen är frivilliga, kommer att öka expertisen inom nya behandlingsområden och bidra till att dessa behandlingsformer lättare blir tillgängliga för patienterna oavsett var de bor. Det förbättrade samarbetet i fråga om nya medicinska metoder kommer att ge medlemsstaterna fler verktyg för att utvärdera dessa metoder och deras val kommer därmed att bli effektivare och hålla på lång sikt. Genom bättre övervakning av data och genom att samla statistikverktyg

---

4 Se uppskattningar av ej tillgodosedda vårdbehov från EU:s statistik över inkomst- och levnadsvillkor (EU-SILC).

5 För användning av blankett E112, se http://ec.europa.eu/employment_social/social_security_schemes/healthcare/e112/conditions_sv.htm.

kommer det föreslagna direktivet också att förbättra övervakningen av den gränsöverskridande hälso- och sjukvården, vilket leder till bättre kunskap om epidemiologiska mönster.

3.3. Vilka konsekvenser får förslaget för hälso- och sjukvårdspersonalen?

Förslaget syftar till att säkerställa tydliga regler för en säker, högkvalitativ och effektiv hälso- och sjukvård i hela EU. Hälso- och sjukvårdspersonal kommer därför att få klara regler om vilka kvalitets- och säkerhetsnormer som gäller när de behandlar patienter från andra medlemsstater eller när de erbjuder tjänster i andra medlemsstater.

Direktivet kommer dock inte att påverka gällande EU-bestämmelser. Det kommer t.ex. inte att påverka bestämmelserna om erkännande av yrkeskvalifikationer eller skapa ytterligare hinder för sådana erkännande. Det kommer inte heller att påverka hälso- och sjukvårdspersonalens rätt att etablera sig i andra medlemsstater. Det klargörs vidare att oavsett sjukvårdspersonalens status är bestämmelserna för hälso- och sjukvård de som gäller i det behandlande landet (dvs. det land där vården sker).

3.4. Vilka konsekvenser får förslaget för medlemsstaterna och de offentliga utgifterna?

På lång sikt kommer mervärdet av det europeiska samarbetet om bl.a. europeiska nätverk för referenscentrum, utvärdering av nya medicinska metoder och användning av informations- och kommunikationsteknik (IKT) för en effektivare hälso- och sjukvård (e-hälsa) att bidra till bättre kvalitet och effektivitet i all hälso- och sjukvård, både för de patienter som söker vård i ett annat land och de som inte gör det.

På kort sikt kommer de extra vårdkostnader som följer av förslaget, enligt vår konsekvensbedömning, troligen inte att bli så omfattande att de undergräver hälso- och sjukvårdens planering eller dess långsiktigt ekonomiska stabilitet. Detta beror på att medborgarna endast kan få ersättning för sådan vård som de är berättigade till i hemlandet, och medlemsstaterna behöver därför bara betala för den vård som de ändå skulle ha betalat för. Enligt konsekvensbedömningen blir de extra utgifterna bara en bråkdel av en procent av de totala vårdkostnaderna och kommer klart att uppvägas av fördelarna. Om en oförutsedd plötslig ökning av den gränsöverskridande vården på kort sikt skulle orsaka stora problem, t.ex. när det gäller planering av lokala vårdresurser, kan medlemsstaterna enligt detta förslag och med beaktande av domstolens rättspraxis införa begränsningar för att trygga deras allmänna system. Medlemsstaterna kan t.ex. införa förhandstillstånd för patienter som söker sjukhusvård i en annan medlemsstat enligt villkoren i det direktiv som motsvarar domstolen rättspraxis.

3.5. Vilka blir konsekvenserna för den övergripande organisationen av hälso- och sjukvården?

En del berörda parter har uttryckt farhågor för att den gränsöverskridande vården skulle kunna påverka medlemsstaternas möjligheter att kontrollera vårdtillgången. Tack vare gränsöverskridande tjänster kan patienter snabbare få vård. De kan också bidra till att hälso- och sjukvården organiseras mer effektivt. Det krävs en kritisk

massa av patienter för att hälso- och sjukvårdssystemen ska kunna erbjuda tjänster av hög kvalitet och även för att motivera investeringar, som för vissa nya behandlingsmetoder kan vara mycket omfattande och kanske inte möjliga att genomföra i vissa medlemsstater. Om den gränsöverskridande vården kan bidra till att skapa en sådan kritisk massa kan den också stödja mer utvecklad hälso- och sjukvård vilket även kommer inhemska patienter till del.

Vård av patienter från andra länder får under inga omständigheter påverka det primära syftet med medlemsstaternas hälso- och sjukvårdssystem, som är att erbjuda hälso- och sjukvård till sina egna invånare. Det föreslagna direktivet klargör att tillämpningen av bestämmelserna för gränsöverskridande vård inte ger personer från utlandet rätt till snabbare behandling än inhemska patienter. Om det finns en väntelista för en viss typ av behandling bör patienter från andra medlemsstater föras upp på listan på samma grunder och vänta lika länge som inhemska patienter med samma vårdbehov. Vårdgivarna är inte heller skyldiga att ta emot patienter från utlandet för planerad vård om detta kan äventyra den mottagande medlemsstatens förmåga att behålla sin vårdkapacitet eller medicinska kompetens. Men om det mottagande landet har kapacitet att behandla patienter snabbare än hemlandet utan att väntetiden för de andra patienterna blir längre, och patienterna i fråga är villiga att göra sig omaket att resa till ett annat land för att få behandling, så betyder detta mer effektiv vård för alla.

4. SLUTSATS

De gemensamma målen för hälso- och sjukvårdssystemen i Europeiska unionen avspeglar några av EU-medborgarnas mest grundläggande värderingar. De bakomliggande principerna om allmängiltighet, rättvisa, god kvalitet och solidaritet måste respekteras. Att organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvård är och förblir i första hand medlemsstaternas befogenheter, som måste utövas i överensstämmelse med fördraget. EU kan dessutom tillföra ett väsentligt mervärde genom ökat samarbete till gagn både för de patienter som beger sig till andra EU-länder och de som inte gör det. EU kan därigenom också bidra till att några av medborgarnas viktigaste prioriteringar tillgodoses och ge ett konkret exempel på vilka fördelar de har i sin vardag av den europeiska integreringen. Man måste komma ihåg att domstolens rättspraxis i dessa frågor grundas på mål som drivits av enskilda medborgare då de försökt utöva de individuella rättigheter som följer av EG-fördraget.

Det viktigaste syftet med det föreslagna direktivet är därför att klargöra domstolens principer enligt vilka patienterna har rätt till ersättning av kostnader för hälso- och sjukvård i en annan medlemsstat upp till den nivå som de skulle ha fått för vård i sin egen medlemsstat. Denna rättighet är en direkt tillämpning av EG-fördraget, och kommissionens förslag till rättsakt syftar till att underlätta den praktiska tillämpningen av dessa rättigheter.

En stor del av detta EU-stöd handlar därför om samarbete och ömsesidigt lärande. Första steget är dock att fastställa tydliga bestämmelser för det europeiska samarbetet. Det är det som är syftet med detta initiativ.