

Grænseoverskridende sundhedsydelser og patientmobilitet i EU



Tænk tanken

JA til Europa

Grænseoverskridende sundhedsydelse og patientmobilitet i EU

ISBN-nummer: 978-87-87803-14-4

Udgivet af:

Den Danske Europabevægelse 2010

Produktion/design:

HJ Grafik

Tidligere udgivelser:

- 2009** EU og naboerne
EU's udviklingspolitik i perspektiv
Euroen og de finansielle markeder i lyset af finanskrisen
Menneskehandel og prostitution i en europæisk kontekst
- 2008** GMO og EU's fremtidige fødevarerproduktion
EU som sikkerhedspolitisk aktør
- 2007** Europæisk energipolitik – den nødvendige debat
- 2003** Euroforbeholdet – baggrund og argumenter for deltagelse i euroen
Forsvarsforbeholdet – baggrund og argumenter for deltagelse i EU's forsvarspolitik
Forbeholdet overfor retlige og indre anliggender – baggrund og argumenter for fuld deltagelse
- 2002** Grundloven og EU – problemer forude?
- 2001** Guide om Nice-traktaten
Demokratisk Union
Visioner for Europa - forslag til en mere demokratisk og effektiv Europæisk Union
- 2000** Derfor euro
Fire erhvervsledere siger ja
Norge – et hemmeligt EU-medlem
Nærhedsprincippet - hvad skal EU bestemme?

Gengivelse er kun tilladt med tydelig kildeangivelse

Redaktion:

Maria Fossdahl Prehn, Praktikant, Den Danske Europabevægelse
Mette Lykke Nielsen, Sekretariatschef, Den Danske Europabevægelse

Kontakt:

Tlf: 33 141 141
E-mail: eubev@eubev.dk
Hjemmeside: www.eubev.dk

Grænseoverskridende sundhedsydelse og patientmobilitet i EU

Udgivet af Den Danske Europabevægelses
tænketank *Ja til Europa*

Ja til Europa samler forskere, politikere, erhvervsledere, kommentatorer og kulturpersoner med et grundlæggende positivt syn på EU-samarbejdet. Med løbende produktion af debatoplæg og bøger vil *Ja til Europa* arbejde for en mere konstruktiv og fremadrettet dansk Europa-debat.

Synspunkter som udtrykkes i *Ja til Europas* udgivelser, er forfatterernes egne og kan ikke tilskrives *Ja til Europa* eller Den Danske Europabevægelse.

Formand:

Erik Boel, Landsformand, Den Danske Europabevægelse

Rådgivende komité:

- Lone Dybkjær, medlem af Folketinget (R)
- Uffe Ellemann-Jensen, tidligere udenrigsminister (V)
- Niels Due Jensen, Bestyrelsesformand, Grundfos
- Annegrethe Rasmussen, Journalist, tilknyttet Dagbladet Information
- Tøger Seidenfaden, Chefredaktør, Politiken
- Niels Thygesen, professor, Københavns Universitet
- Asger Aamund, Direktør, Neurosearch



Indholdsfortegnelse

Intro

Mette Lykke Nielsen, Sekretariatschef, Den Danske Europabevægelse6

Et tættere samarbejde i EU på sundhedsområdet er en fordel

Bertel Haarder, Indenrigs- og Sundhedsminister7

EU skal have verdens bedste sundhedsvæsen

Erik Boel, landsformand, Den Danske Europabevægelse11

Hvad betyder et frit europæisk sygehusvalg for regioner og hospitaler?

Karsten Uno Petersen, regionsrådsmedlem (S), Region Syddanmark14

Patienter skal have mulighed for den bedst mulige behandling

Lars Engberg, formand, Danske Patienter17

Patientrettigheder er godt, men patientrettigheder, som alle kender til, er bedre

Karsten Skawbo Jensen, formand for Landsforeningen mod Brystkræft, (K) medlem af Region Hovedstaden og Frederiksberg Kommunalbestyrelse21

Danske sygehuse, tyske læger og græske patienter?

Birgitte Josefsen, Sundhedsordfører (V).23

Socialdemokrater vil sikre lighed i det europæiske sundhedsvæsen

Christel Schaldemose, Medlem af Europaparlamentet (S)25



Intro

**Af Mette Lykke Nielsen, Sekretariatschef,
Den Danske Europabevægelse**

Denne publikation er udgivet af Europabevægelsens tænketank *Ja til Europa*, som samler forskere, politikere, erhvervsledere, journalister og kulturpersoner med et grundlæggende positivt syn på EU-samarbejdet. Med løbende produktion af debatoplæg, publikationer og bøger arbejder *Ja til Europa* for en mere konstruktiv og fremadrettet Europa-debat.

EU's arbejde med patientmobilitet sætter fokus på mulighederne for de europæiske patienter. Forslaget om patientrettigheder er både kontroversielt og omdiskuteret emne i EU. EU-Domstolen har flere gange slået fast, at traktatens bestemmelser om fri bevægelighed for tjenesteydelser også gælder på sundhedsområdet.

Kun et fåtal – typisk de stærkeste - af patienterne kender denne ret. Sundhed er et kerneområde for velfærdsstaten. Med direktivet spiller EU nu også en rolle på dette område. Direktivet åbner op for klarere regler og betingelser for behandling i et andet EU-land. Vi håber med denne publikation at kunne informere de danske borgere om retten til at få behandling i andre EU-lande. Samt medvirke til at debatten om EU og sundhedspolitik stadig er på dagsordenen.

Vi har bedt en række eksperter og politikere hjælpe med at besvare spørgsmålet om, hvordan grænseoverskridende sundhedspolitik har indflydelse på det danske sundhedsvæsen. Ved at bede sundhedspolitiske aktører om at bidrage til publikationen tegner den et bredt billede af diskussionen om patientrettigheder og grænseoverskridende sundhedsbehandling i EU.

Synspunkter der udtrykkes i *Ja til Europas* udgivelser, er forfatterens egne og kan ikke tilskrives Ja til Europa eller Den Danske Europabevægelse.

God læselyst.

Et tættere samarbejde i EU på sundhedsområdet er en fordel

**Af Bertel Haarder,
Indenrigs- og Sundhedsminister (V)**



Sundhedsområdet er ét af de områder, som optager danskerne allermest, men det fylder ikke så meget i EU-debatten. Derfor glæder det mig, at Europabevægelsen nu sætter fokus på sundhedsområdet, som i dag har betydeligt større tyngde i EU-samarbejdet, end for bare 10 år siden.

Samspelet mellem de nationale sundhedssystemer og Traktatens bestemmelser om Det Indre Marked har sat fokus på spørgsmålet om borgernes adgang til behandling i andre EU-lande og ført til, at der i øjeblikket forhandles om bindende europæiske regler om patienternes ret til at blive behandlet i udlandet for det offentliges regning, altså et direktiv om grænseoverskridende sundhedsydelse.

Antibiotikaresistens, fugleinfluenza og H1N1-influenzapandemien sidste år har også bidraget til at bringe sundhed højere op på den politiske dagsorden i EU.

Denne udvikling har medvirket til at bringe EU tættere på den enkelte borger på et centralt velfærdsområde som sundhedsområdet. Samtidig er der skabt større opmærksomhed om EU's betydning for de nationale sundhedssystemer, hvor en stigende mobilitet over grænserne vil medføre nye udfordringer, men også – og ikke mindst – nye muligheder, f.eks. i form af et styrket samarbejde og bedre ressourceudnyttelse inden for højt specialiseret behandling.

Det er vigtigt at holde sig for øje, at sundhed på tværs af grænserne og patientmobilitet ikke er nye fænomener i EU-sammenhæng. Der har i gennem mere end 50 år eksisteret regler om social sikring af vandreende arbejdstagere, som sikrer, at EU-borgere kan få behandling, hvis de bliver syge under et midlertidigt ophold i et andet EU-land, f.eks. under ferie, studieophold eller arbejde (den nuværende forordning 883/04). Borgerne er under et midlertidigt ophold i et andet EU-land som udgangspunkt sikret på lige fod med borgerne i det land, hvor de opholder sig.

Det nye er, at det i de senere år – blandt andet som følge af en række afgørelser fra EU-domstolen – i stigende grad er blevet klart, at Traktatens regler om Det Indre Marked gælder for sundhedsområdet. Og her er udgangspunktet, at man som borger kan tage sine rettigheder fra hjemlandet med sig, hvis man rejser til et andet EU-land for at modtage behandling der.

Indremarkedsreglerne giver altså borgerne en række supplerende muligheder i forhold til de rettigheder, de i forvejen har i henhold til EU-reglerne om social sikring og eventuelle nationale ordninger som f.eks. de danske regler om udvidet frit sygehusvalg.

I Danmark har vi nok været noget tøvende over for denne udvikling. Vi har været bekymrede for, hvordan udviklingen på EU-niveau ville påvirke vores sundhedsvæsen og særligt vores muligheder for at holde styr på økonomi og planlægning i sundhedsvæsenet. Man har peget på, at øget patientmobilitet ville føre til et øget udgiftspres i en tid, hvor sundhedsvæsenet i forvejen står over for store udfordringer. Det har også været fremført, at udenlandske patienter i stort tal ville søge til danske hospitaler og fortrænge danske patienter fra ventelisterne.

Denne bekymring bunder i vid udstrækning i en række misforståelser, som desværre også har præget debatten. Lad mig derfor kort skitsere, hvad det indre marked for sundhedsydelser efter min opfattelse indebærer – og hvad det ikke indebærer. Af både fordele og ulemper.

Et indre marked for sundhedsydelser

Medlemslandene beslutter selv hvilke sundhedsydelser, de vil tilbyde deres borgere. Det betyder, at retten til behandling i andre EU-lande omfatter de ydelser, som en borger i forvejen har ret til i sit hjemland. EU giver ikke patienterne ret til nye ydelser.

Det ligger også fast, at patientens hjemland – hvor betingelserne i øvrigt er opfyldt – er forpligtet til at refundere udgifterne til behandling i udlandet op til det beløb, som ville være blevet godtgjort i hjemlandet. Patienten vil altså ikke have ret til fuld refusion af udgifterne, hvis behandlingen er dyrere i udlandet end i patientens hjemland.

For patienterne betyder det, at de kan tage deres tilskud til behandling uden for sygehusvæsenet med sig og blive behandlet i et andet EU-land. Det samme gælder som udgangspunkt for sygehusbehandling, hvor patienterne på visse betingelser kan få refunderet udgifter til behandling i et andet EU-land. Men det betyder ikke, at der åbnes for at et væld af nye, dyre behandlingsmuligheder, som kunne risikere at underminere de prioriteringer og økonomiske rammer for sundhedsvæsenet, som fastsættes i de enkelte lande.

Patienter fra andre lande skal efter det kommende direktiv behandles på lige fod med borgerne i det land, hvor behandlingen finder sted. Der er dog ikke noget til hinder for, at et medlemsland afviser udenlandske patienter til planlagt behandling, f.eks. en bestemt type operation, hvis det er nødvendigt for at sikre, at landets egne borgere kan behandles.

Det følger også af EU-retten, at der kan være økonomiske og planlægningsmæssige hensyn, som kan begrunde, at medlemslandene lægger *begrænsninger* på patienternes adgang til behandling i andre EU-lande. Det kan f.eks. være tilfældet for nogle former for højt specialiseret behandling og behandling som kræver store investeringer i udstyr og infrastruktur. Vi behøver altså ikke både opretholde en dyr behandlingskapacitet i Danmark og samtidig betale for, at et stort antal patienter behandles i udlandet.

Det er baggrunden for, at spørgsmålet om forhåndsgodkendelse som betingelse for refusion af udgifter til visse former for specialiseret behandling fylder meget i forhandlingerne om det kommende direktiv om grænseoverskridende sundhedsydelser. Her er der fortsat ikke enighed om, i hvilke situationer medlemslandene skal kunne stille krav om forhåndsgodkendelse, og hvilke forhold der vil kunne begrunde et eventuelt afslag.

Det endelige resultat vil afhænge af de forhandlinger, som i de kommende uger og eventuelt måneder skal finde sted mellem medlemslandene, Europa-Parlamentet og Kommissionen.

Direktivets betydning for danske patienter

Som nævnt forhandles der i øjeblikket om et direktiv om grænseoverskridende sundhedsydelse. I den foreliggende form, dvs. resultatet af Rådets førstebehandling fra september i år, vil direktivet indebære to ændringer i forhold til i dag:

- danske patienter vil fremover kunne få tilskud til medicin købt i et andet EU-land.
- alle danske patienter vil fremover få mulighed for at få tilskud til almen læge-hjælp i andre EU-lande.

På medicinområdet er vi allerede nu ved at åbne op, så det fra starten af det nye år bliver muligt for EU-borgere at få ekspederet en recept, der er udstedt af en sundhedsperson i et andet EU-land. Med direktivet vil det også blive muligt for personer, der er sikret i Danmark, at få tilskud til medicin, der er købt i et andet EU-land eller købt i Danmark på baggrund af en recept udstedt i et andet EU-land, forudsat at medicinen er tilskudsberettiget herhjemme.

På speciallægeområdet er det allerede i dag muligt at få tilskud til behandling hos en speciallæge i et andet EU-land. For gruppe 1-sikrede borgere – dvs. 99 % af befolkningen – kræver det i dag en henvisning fra patientens egen læge i Danmark at gå til speciallæge, men fremover vil det også kunne ske efter henvisning fra en alment praktiserende læge i et andet EU-land.

Ser man derimod på sygehusbehandling, indebærer direktivforslaget i den foreliggende form ingen nævneværdige ændringer for danske patienter. Det skal ses i forhold til de muligheder, patienterne allerede efter de gældende danske regler har for at modtage sygehusbehandling i andre EU-lande – både i henhold til EU-retten og i form af en række yderligere muligheder, som vi i Danmark tilbyder, f.eks. efter reglerne om det udvidede frie sygehusvalg.

Et eksempel:

En dansk patient skal have en ny hofte. Efter direktivforslaget har patienten ret til at få operationen i et andet EU-land, hvis vi ikke kan tilbyde rettidig behandling i Danmark. Det er en individuel vurdering, som afgør, hvor længe det er forsvarligt for patienten at vente, det kunne f.eks. være tre måneder. Det svarer til, hvad patienten allerede i dag har ret til efter de gældende danske regler baseret på EU-retten.

Den samme patient har efter de danske regler om udvidet frit sygehusvalg adgang til at få sin operation på et privathospital i Danmark eller på et hospital i udlandet, hvis regionen ikke kan tilbyde behandling inden for én måned. Som eksemplet viser, vil det i mange tilfælde være mest fordelagtigt for patienterne at benytte det udvidede frie sygehusvalg. Dels vil ventetiden på en måned i mange tilfælde være kortere end det, som ville være resultatet af en lægefaglig vurdering af den "forsvarlige" ventetid, dels vil patienten hverken skulle

lægge penge ud for behandlingen, påtage sig en eventuel egenbetaling eller afholde ekstra transport- og opholdsgiffter.

Hvorfor er direktivet vigtigt for Danmark?

I den foreliggende form indebærer direktivet forholdsvis få ændringer for danske patienter. På den baggrund kan det synes unødvendigt, at vi nu bruger kræfter på at forhandle direktivet på plads. Men der er flere gode grunde til, at vi fra dansk side skal arbejde aktivt for at få vedtaget et fælles regelsæt.

For det første kan der være forskel på, hvordan man i de enkelte lande fortolker EU-retten og på, hvor langt man er kommet med at gennemføre de nødvendige tilpasninger i sundhedsvæsenet. Det skaber en usikkerhed, som borgerne i EU ikke kan være tjent med.

For det andet giver direktivet os som politikere en enestående mulighed for at sætte vores præg på de kommende fælles regler på et område, hvor udviklingen hidtil har været drevet af EU-domstolens afgørelser i konkrete enkeltsager.

Endelig vil vi med direktivet få skabt nogle rammer for et styrket samarbejde mellem de nationale sundhedsvæsenere til gavn for patienterne. EU-samarbejdet på sundhedsområdet rummer efter min opfattelse et stort potentiale i forhold til at sikre bedre og mere omkostningseffektiv behandling i fremtiden, f.eks. ved at vi samarbejder inden for højt specialiseret behandling, medicinsk teknologivurdering og sundheds-IT, således som der er lagt op til i direktivforslaget. Det er områder, hvor vi fra dansk side har meget at bidrage med i europæisk sammenhæng og dermed også gode muligheder for at påvirke samarbejdet i den retning, vi ønsker.

Antallet af danske patienter, som i dag opsøger behandlingstilbud i udlandet er stadig begrænset, men vi vil formentlig se en øget mobilitet i de kommende år. Det vil i givet fald være en udvikling, som ikke bare må tilskrives Det Indre Marked og det kommende direktiv, men i lige så høj grad den almindelige samfundsudvikling og de forbedringer, vi selv har foretaget i det danske sundhedsvæsen i form af større valgfrihed.

Samlet set mener jeg, der klart er tale om en positiv udvikling og det er vigtigt at vi griber de muligheder, Det Indre Marked giver os på sundhedsområdet – både for den enkelte patient og for sundhedsvæsenet, som efter min opfattelse kun vil vinde ved et tættere samarbejde i EU. Vi skal lære af de gode eksempler – også på tværs af grænserne.

EU skal have verdens bedste sundhedsvæsen

**Af Erik Boel, landsformand,
Den Danske Europabevægelse**



Der er intet der kan bringe sindene i kog som EU – det skulle da lige være sygehuse. Debatten om placeringen af et nyt sygehus i Vestjylland mobiliserede tusindvis af mennesker, og har i tilgift kastet årets ord i 2010 af sig: Udkantsdanmark. Det er derfor nærmest med ærefrygt og bæven, at Europabevægelsen melder sig på banen i debatten om EU's sundhedsdirektiv. Skal EU nu også bestemme over de danske sygehuse? Man fornemmer næsten allerede den arrige tone og de rådne tomater, som flyver gennem lokalet.

Men hvis vi for en stund lægger fordommene og frygten for forandring fra os, så rummer direktivet faktisk en masse nye muligheder, der er værd at gribe ud efter. Det forudsætter imidlertid, at vi er villige til at tænke nyt og kreativt. Det er ofte ny EU-lovgivning, som driver udviklingen og fornyelsen frem – også her i Danmark, jævnfør eksempelvis ligestillings- eller miljøpolitikken. Jeg er overbevist om, at det også kommer til at gælde på sundhedsområdet.

Vi har i flere år haft en fritvalgsordning i Danmark, men hvorfor skal denne ordning begrænse sig til Danmark? Frit valg skal ikke bare være inden for Danmarks grænser, men i hele EU. Den mulighed har faktisk formelt eksisteret i flere år, men reglerne har været uklare og baseret på afgørelser fra EU-domstolen. De færreste har kunnet gennemskue systemet, og hvis man har en alvorlig sygdom hængende over hovedet, så er besværlig EU-lovgivning trods alt ikke det første man kaster sig over.

Derfor skal det hilses hjerteligt velkomment, at sundhedsdirektivet nu retter op på ugenenskeligheden, og markerer en af de vigtigste nyskabelser for borgerne i EU i mange år. Efter min mening, er sundhedsdirektivet det mest nyskabende og borgernære initiativ i EU siden Jacques Delors fik indført Det Indre Marked og euroen.

Inden sundhedsdirektivet får luft under vingerne, er der stadig nogle knaster. For det første er det vigtigt, at patienten ikke selv skal lægge penge ud, men at det alene er et mellemværende mellem sundhedsvæsnerne i de berørte lande. Det er vigtigt at sikre, at det ikke kun er velbjegete patienter, som får mulighed for at blive behandlet i udlandet. En anden udfordring bliver at sikre, at kvaliteten på den behandling, der modtages i udlandet er i orden, og at der er klare regler for erstatning i forbindelse fejloperationer. Det nytter ikke noget, at uheldige patienter bliver kastebold mellem forskellige landes sundhedssystemer.

Jeg har ofte hørt i debatten, at det ikke lyder særligt tillukkende at blive behandlet på et udenlandsk hospital. Det er især de sproglige barrierer, der fremhæves. Det har dog ikke forhindret tusindvis af danskere i at gå til tandlægen i Polen og få lavet øjenoperationer i Tyrkiet. Det er nemlig meget billigere i disse lande, og kvaliteten er helt på højde med den

danske. Så skridtet er måske i virkeligheden ikke så stort – hvis man tør overlade en øjeblikkelig operation til en tyrkisk læge, hvorfor så ikke også en operation for brok til et tysk sygehus? I forvejen har vi mange læger fra Polen, Tyskland og selv Indien på danske hospitaler – navnlig i de såkaldte udkantsområder. Hvis de praktiske rammer er overskuelige og patienten ikke løber en økonomisk risiko, så er det alene et spørgsmål om tilvæning. En af de helt store udfordringer bliver at forklare sundhedsdirektivet over for befolkningen. Det er vigtigt, at det ikke kun er VIPs og de særligt indviende som kan gøre brug af direktivets muligheder. Ambitionen må være, at det på sigt bliver lige så naturligt at blive opereret på et hospital i Hamborg som i Holstebro.

Med den aldrende befolkning i Europa er der behov for flere sundhedsydelse, samtidig med at der bliver færre til at betale regningen. Vi er ganske enkelt tvunget til at udnytte ressourcerne og den eksisterende kapacitet meget bedre. Her kan sundhedsdirektivet vise sig at være nøglen til at løse nogle af velfærdsstatens fremtidige udfordringer. Vi kan med mere EU-samarbejde komme ventelisterne i ét land til livs, ved at udnytte overkapacitet i et andet land. Det er sund fornuft, og et område hvor samarbejde inden for EU for alvor giver mening.

Et tættere sundhedssamarbejde i EU giver også andre muligheder. Hvorfor ikke lave et europæisk kvaksalverregister? I foråret bragte medierne en lang række historier om læger, som havde fået frataget bestaltningen, men som fortsatte med at foretage operationer i et andet land. Den slags kunne et fælles EU-register sætte en stopper for.

Direktivet åbner samtidig op for større grad af koordinering og arbejdsdeling. Det gælder specielt inden for sjældne sygdomme, hvor navnlig mindre lande ofte ikke har den nødvendige ekspertise. Det kunne for eksempel være Möbius syndrom og Sotos syndrom, som meget få lider af i Danmark, og hvor en fælles europæisk koordinering og udveksling af behandlingserfaringer kunne forbedre patienternes situation. Et øget samarbejde vil betyde færre udgifter og langt bedre behandling til patienterne. I dag findes der stort set intet formaliseret samarbejde på sundhedsområdet, selvom at mulighederne er store.

Vi vil alle gerne have et sygehus så tæt på os selv som muligt, men med stadig mere komplicerede og specialiserede behandlingsformer, så er det *reelt* ikke en mulighed længere. I dag ser vi at sygehusene bliver større og større, og samtidig mere specialiserede. Væk er det hyggelige lille lokale sygehus – til gengæld får vi et gigantisk løft i behandlingsmulighederne. De mest vidtgående har endda foreslået, at det optimale vil være at placere to supersygehuse i Hamborg og Stockholm, og så ellers lukke resten! Det er nok lige lovligt drastisk, men tendensen betyder, at vi i fremtiden kommer til at se flere supersygehuse, og at vi i højere grad bliver nødt til at samarbejde over grænserne for at få mere ud af vores investeringer i sundhedsvæsenet.

Den øgede EU involvering inden for sundhedsområdet får også betydning for efteruddannelse og specialisering af lægerne. Der er nemlig store økonomiske og faglige fordele at opnå ved at lade læger på tværs af grænserne indgå i fælles efteruddannelsesprogrammer. Og når man nu er i gang, hvorfor ikke oprette et europæisk center for eksempelvis knæoperationer? Der vil for alvor være penge på at hente på at samle bestemte typer behandlinger på få højt specialiserede centre i EU.

Den teknologiske udvikling har overhalet vores romantiske forestillinger om landsbylægen og hjemstavns sygehuset. I dag kan vi behandle meget mere og bedre end for en generation siden. Og fremtiden tegner lovende. Et område som telemedicin er i rivende udvikling. Teknologien går ud på, at en læge i Milano, via et videolink, kan rådgive en dansk læge i forbindelse med komplicerede operationer, hvor der er behov for specialiseret viden. Teknologien stopper ikke blot ved rådgivning, idet der allerede er udført operationer ved hjælp af fjernstyring, hvor lægen har befundet sig flere tusind kilometer fra patienten. Det lyder næsten skræmmende, men det er de muligheder som moderne teknologi giver os. Det kræver et øget samarbejde, hvis vi skal udnytte de nye teknologiske muligheder, sådan at de ikke blot betyder nye udgifter til sundhedsvæsnet, men også betyder innovation og nye arbejdspladser. Vi kan være helt sikre på at USA, Indien og Kina puster os i nakken, når det gælder om at erobre markedet for telemedicin. Derfor er det helt afgørende, at vi tør tænke ud af boksen, og bruge EU som rammen for fremtidens sundhedspolitik. Det vil gavne både patienterne og beskæftigelsen i EU.

For mange er det nærmest helligbrøde, at EU skal involveres i sundhedspolitikken. Jeg vil snarere sige, at det er forudsætningen for, at Danmark fortsat kan have et af verdens bedste sundhedssystemer. Når det kommer til stykket, så er der en ting vi har til fælles i EU, og det er at kæmper mod de samme sygdomme, desværre i stigende grad også de samme livsstilssygdomme. Vi bør sætte os den målsætning, at EU skal være førende i verden på sundhed – både når det gælder patienternes vilkår og sundhedsindustriens vækstmuligheder.

Vi har i EU en unik kombination af høj velfærd, forskning på højeste niveau, og førende medicinalvirksomheder - eller sagt med andre ord så spiller social ansvarlighed og konkurrence-dygtige virksomheders evne til at skabe profit sammen. Det er her vi for alvor skiller os ud fra USA og de fremadstormende økonomier i Asien. Der er brug for mere EU på sundhedsområdet, for mere EU skaber flere muligheder for os alle, og der er ingen tvivl om at Danmark er godt rustet med markedsførende virksomheder som Novo Nordisk og Lundbeck.

Jeg håber, at nærværende publikation kan kaste lys over et område som får større betydning for EU i fremtiden. Det er vigtigt, at vi tager debatten nu, og at vi tør tænke visionært og ikke lader os begrænse af kortsigtet populisme og frygt for fornyelse. Kort sagt gælder det om, at vi nu sætter patienten i centrum og ikke en indgroet skepsis over for Den Europæiske Union.



Hvad betyder et frit europæisk sygehusvalg for regioner og hospitaler?

Af Karsten Uno Petersen, Regionsrådsmedlem (S),
Region Syddanmark

For at svare på det spørgsmål, er man nødt til at vide noget om hvor frit sygehusvalget er. Hvad vil det sige at valget er frit? Hvilke rettigheder er det reelt patienterne får og hvilke betingelser kan de nationale sundhedsvæsener stille?

Vi ved, at direktivet primært retter sig mod elektiv behandling, at der formodentlig vil være størst mobilitet i grænseområder og inden for visse lægefaglige specialer, særligt kirurgi. Mens akutte patienter og svage eller udsatte patienter, som for eksempel psykiatriske patienter og ældre medicinske patienter, i mindre grad vil blive omfattet. Så på den måde kan regionerne jo godt begynde at se på, hvordan vi så skal forberede os på den øgede patientmobilitet, der formentlig vil komme på de områder.

Men i skrivende stund er der ikke et endeligt direktiv på plads i EU om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelse. Sundhedsministrene blev i juni 2010 enige om en kompromistekst fra det spanske formandskab. Men der er stadig lang vej til en endelig direktivtekst. EU-Parlamentet skal igennem endnu en behandling. Ved førstebehandlingen kom Parlamentet med rigtig mange ændringsforslag og ingen ved endnu hvordan parlamentarikerne forholder sig til kompromisteksten.

Så før beslutningsprocessen er ovre, ved vi faktisk ikke hvordan et frit, europæisk sygehusvalg ser ud. Dermed ved vi heller ikke præcis, hvad det vil betyde for regionerne og sygehusene.

Men én ting, som vi i regionerne prioriterer højt, det er, at der bliver skabt klarhed over, hvilke rettigheder patienterne har.

- Netop fokus på patienterne og ikke markedet, har været ét af hovedpunkterne i regionernes tilgang til det direktivforslag som EU-Kommissionen fremlagde i juli 2008.
- Nationalt ansvar for sundhedsydelse er et andet hovedpunkt.
- Lige adgang til sundhed et tredje.

Og hvad mener vi så med det?

Fokus på patienten, ikke markedet

EU-Domstolen og dens kendelser har nu i nogle år kommet med domme, der udstikker retningslinjer på sundhedsområdet. I regionerne vurderer vi, at patienterne, vores borgere, vil have større glæde af, at deres rettigheder stod klart. Vi ønsker derfor, at mulighederne for at søge behandling i andre lande, tydeligt fremgår af et direktiv. Det kan begrænse uklarhederne om betydningen af retspraksis på europæisk niveau for patienterne og for de nationale sundhedssystemer.

På den måde vil sundhedspolitikken være fastlagt af folkevalgte politikere, og ikke fastlagt af de 27 dommere ved EF-domstolen, med udgangspunkt i reglerne for fri bevægelighed over grænserne og i forbindelse med enkeltsager.

Markedstankegangen baserer sig på forbrugernes individuelle rettigheder til at søge behandling i andre EU-medlemsstater. Den organisatoriske og finansielle opbygning af sundhedsvæsenet i mange medlemsstater baserer sig imidlertid på politisk bestemte kollektive og sociale kriterier, såsom tilgængelighed, solidarisk finansiering/fordelingsmæssige aspekter samt fri og lige adgang til ydelserne. Det er også ud fra disse kriterier at vi udvikler det danske sundhedsvæsen og sikrer at alle får den behandling de skal have.

Nationalt ansvar

Et direktiv om patientrettigheder på grænseoverskridende sundhedsydelser skal respektere Amsterdam-traktatens artikel 152. Den fastslår, at det behandlende sundhedsvæsen som udgangspunkt alene er et nationalt anliggende for de enkelte medlemsstater. Og dermed skal det danske regionale myndighedsniveaus mulighed for prioritering, planlægning, og organisering af sundhedsvæsenet også respekteres.

Herunder er det blandt andet vigtigt, at man ikke med et direktiv i hånden pludselig kan henviser sig selv til behandling i udlandet. Det er helt afgørende, at der er et system for forhåndsgodkendelser, så en læge vurderer behovet for behandling. Det skal også medvirke til, at patienten modtager et relevant behandlingstilbud, og at behandlingen er nødvendig og sikker for patienten.

For regionerne betyder et system med forhåndsgodkendelser, at muligheden for at sikre et tilgængeligt sundhedsvæsen for alle patientgrupper fortsat bevares. Det vil være muligt fordi vi så kan planlægge det nationale sundhedsvæsen og sikre omkostningskontrol. Let og lige adgang

Retten til let og lige adgang til sundhedsvæsenet er en fundamental grundpille i det danske sundhedssystem, der under ingen omstændigheder må undermineres af reguleringer fra EU.

Derfor er det afgørende at sikre, at det kommende direktiv ikke hindrer planlægningsmulighederne i det danske sundhedsvæsen, der skal understøtte, at alle patienter har et relevant og tilgængeligt behandlingstilbud.

For eksempel er det i Danmark muligt for sygehusafdelinger at afvise patienter fra en anden region, af kapacitetsmæssige årsager - ved planlagte behandlinger. Desuden kan patienter afvises, hvis afdelingen har væsentligt længere ventetider til den pågældende behandling end andre afdelinger, eller hvis væsentlige hensyn til patienter fra egen region vil blive tilsidesat. Det er væsentligt, at dette princip kan fastholdes, også i forhold til patienter fra andre EU-lande. EF-domstolen har tidligere slået fast, at patienters eventuelle behandling i et andet EU-land ikke må bringe det generelle nationale sygesikringsssystem i fare.

Patientmobilitet må altså ikke reducere regionernes muligheder for at organisere, planlægge, omkostningskontrollere og prioritere i relation til sundhedsområdet.

Det var den lidt overordnede principielle tilgang, vi i regionerne har lagt frem, når spørgsmål i forbindelse med et direktiv er blevet diskuteret.

Kompromis

Hvis vi ser på det kompromis, som ministerrådet er nået frem til, så er den tekst væsentlig tættere på vores ønsker, end den oprindelige fra EU-kommissionen. Det ser ud til, at vi får opfyldt nogle af vores helt basale krav til et direktiv. Det ser ud til at man med det foreliggende kompromis i hånden, som patient lettere kan gennemskue, hvilke rettigheder man har til eventuelt at modtage behandling i udlandet.

Men lad os nu se, hvor sagen ender før vi udtaler os endeligt om, hvad et frit sygehusvalg betyder for regionerne og sygehusene.

Patienter skal have mulighed for den bedst mulige behandling



**Af Lars Engberg, formand,
Danske Patienter**

For Danske Patienter er det helt centralt, at et kommende direktiv ikke forringer det nationale sundhedsvæsen, men bliver en kapacitetsudvidelse og kvalitetsløft af det danske sundhedsvæsen.

Langt de fleste patienter i Danmark indlægges akut og mange har af andre grunde slet ikke mulighed for at benytte sig af behandling i udlandet. Derfor skal det tilstræbes, at det danske sundhedsvæsen altid kan tilbyde rettidig behandling af højeste kvalitet i Danmark.

Men det danske sundhedsvæsen kan ikke altid tilbyde rettidig behandling af højeste kvalitet, og det kan være nødvendigt og rigtigt at udnytte ekspertiser på tværs af landegrænser, for at sikre, at den bedste viden bliver tilgængelig for flest muligt - blandt andet i forhold til mennesker med sjældne lidelser. Derfor skal patienter have ret til at søge behandling i udlandet.

Patienters ret til at søge behandling i udlandet er stadfæstet af EU-domstolen flere gange. Men vi mangler de fælles retningslinjer, som skal understøtte patienters ret til behandling i udlandet. Derfor støtter Danske Patienter udformningen af et EU-direktiv om patientretigheder i forbindelse med behandling i udlandet! Men skal direktivet blive til gavn for patienterne, skal der indarbejdes en række forudsætninger både i direktivet og i en national kontekst.

Retten til behandling i udlandet skal reguleres af bindende aftaler mellem relevante lande, som bl.a. skal sikre patienters retssikkerhed, kommunikationsveje og fremme samarbejdet på tværs af landegrænser med henblik på udveksling og udvikling af viden til gavn for patienterne.

Hvem skal have retten?

Alle patienter som ikke kan få et rettidigt tilbud af højeste kvalitet skal være omfattet af direktivet. Derfor skal det klargøres, at patienter, som ikke kan få et rettidigt behandlingstilbud og tilbud af højeste faglig kvalitet, skal kunne søge behandling i udlandet, forudsat at man dér har et internationalt anerkendt tilbud. Yderligere skal patienter, som ikke nationalt kan få et rettidigt tilbud af højeste faglige kvalitet, ikke stilles ringere end dem, der kan få et sådan tilbud indenfor landets grænser. Derfor skal alle udgifter til og i forbindelse med behandling i udlandet for denne gruppe betales af det danske sundhedsvæsen. Dette vil kunne løses indenfor en national ramme, hvis ikke der kan skabes enighed om dette punkt på tværs af EU-landene.

Udbygning af infrastruktur

I dag er det en udfordring bare at kommunikere på tværs af regioner, kommuner og almen praksis. Derfor står vi overfor en endnu større udfordring i at sikre sikker og tilstrækkelig kommunikation på tværs af landegrænser. Der skal udvikles strukturer, der balancerer patientsikkerheden, så man kan formidle tilstrækkelige data og beskytte personfølsomme data. En balance som både vil kræve opbygning af de nationale platforme, som kan formidle tilstrækkelige, opdaterede og samlede data om patienten, samt opbygning af fælles beskyttelse af data der formidles, bl.a. regler for opbevarelse og hvem som har adgang til dem mv.

Det må være en fælles intention, at udvikle både de nationale og de tværgående sundhedsvæseners it-systemer, så de ubesværet kan kommunikere med hinanden. En af hovedårsagerne til manglende sammenhæng i patientforløbet i det danske sundhedsvæsen er kommunikationsbrist mellem forskellige behandlingssteder, fx mellem et sygehus og et kommunalt genoptræningscenter, og denne problematik vil kun forstærkes, når patienter, der behandles i udlandet, skal genoptrænes og rehabiliteres i hjemlandet.

En udbygget infrastruktur skal også omfatte et målrettet samarbejde med henblik på udveksling af viden og erfaringer etc. Det skal være muligt at sammenligne sygehuse i forskellige EU-lande ud fra udvalgte parametre efter samme princip som på sundhedskvalitet.dk, og vi støtter intentionen om at udvikle fælles benchmark for kvalitet og sikkerhed. Hvis muligheden for at vælge behandling i et andet EU-land skal være reel, må de nationale sundhedssystemer operere med høje minimumsstandarder for fx behandlingskvalitet, patientsikkerhed og adgang til klage og erstatning, så patienterne trygt kan lade sig behandle i alle lande inden for unionen.

Lige adgang

For Danske Patienter er det altafgørende, at det danske sundhedsvæsen fastholder princippet om lige og vederlagsfri adgang til sundhedsydelse. Dette princip er blevet udfordret i de hidtidige direktivforslag.

Det er magtpåliggende for Danske Patienter, at planlægning, drift og finansiering af det danske sundhedsvæsen altid er et rent nationalt anliggende, så princippet om lige og vederlagsfri adgang til sundhedsydelse ikke anfægtes gennem fælleseuropæiske initiativer. Vi ønsker sikkerhed for, at den nationale styring fastholdes.

Vi mener der er behov for en konsekvensanalyse af et kommende direktivs virkning på udbredelsen af de private sundhedsforsikringer, da det er forventeligt, at det private sundhedsforsikringsmarked vil vokse i takt med mulighederne for udenlandsk behandling. Vi finder det bekymrende, at man hidtil har anvendt en terminologi, der tager udgangspunkt i et markedsorienteret sundhedsvæsen med forsikringsreguleret adgang til sundhedsydelse. En udvikling i retning af større privatisering på sundhedsområdet vil udfordre princippet om lige og vederlagsfri adgang og forringe vilkårene for mennesker med kroniske sygdomme. Markedsgjorte sundhedsydelser indebærer, at den laveste fællesnævner vil gælde for de ydelser, der ikke er økonomisk attraktive – det vil sige ydelser til kronikere med ofte komplicerede sygdomsbilleder og et stort plejebæbehov.

Danske Patienter ønsker sikkerhed for, at regeringen indfører en ordning, hvor myndighederne betaler direkte for udenlandsk behandling og således friholder patienterne for forhåndsbetaling, når patienter ikke kan få den dokumenterede bedste behandling i Danmark. Vi mener dette vil kunne kobles sammen med den forhåndsgodkendelse, der forankrer den nationale visitation til behandling i udlandet. Hvis patienterne skal lægge penge ud for behandlingen, vil det kun være de ressourcestærke patienter med økonomisk overskud, der kan gøre brug af muligheden for behandling i udlandet, mens de svageste patienter lades i stikken. Der skal også sikres mulighed for, at betaling af udgifter til handicappedes ledsagere og udgifter til evt. tolkebistand dækkes af hjemlandet, og afregning bør ske uden borgers involvering.

Styrket information og støtte

En grundlæggende forudsætning for, at patienterne kan udnytte deres rettigheder både i dag på baggrund af de af EF-domstolens fastslåede rettigheder, og efter vedtagelse af direktivet er, at den nødvendige information og vejledning er tilgængelig for patienterne. Det er centralt for patientsikkerheden, at der med en udvidelse af patienternes ret til at omfatte internationale anerkendte behandlinger, følger en solid faglig information til patienter om behandlingseffekt, evt. bivirkninger, klageadgang ved evt. utilsigtede hændelser og baggrund for, at hjemlandet ikke udbyder en given behandling mv. Dette for at sikre patienten det bedst mulige beslutningsgrundlag for valg af behandling.

Der er i dag alt for lidt viden i sundhedsvæsenet om behandling i udlandet, både hvad angår patienters rettigheder, og angående hvilke konkrete behandlingsmuligheder, der eksisterer i udlandet. Det svækker patienters mulighed for at benytte sig af deres ret til behandling i udlandet. Læger ved meget lidt om patientrettigheder generelt. En undersøgelse fra Sundhedsstyrelsen i 2006 viste, at kun 3 ud af samtlige undersøgte 540 læger kendte alle patientrettigheder.

Danske Patienter skal derfor opfordre til, at sundhedsmyndighederne langt mere aktivt formidler de europæiske patientrettigheder til patienterne gennem relevante kanaler – patientforeningerne, sundhed.dk, almen praksis, patientvejlederne osv. Der bør også sikres strukturer til oplysning af behandlere, så den enkelte læge får en klar og overskuelig adgang til information om de nye borgerrettigheder og regler for behandling.

Mange patienter befinder sig i en sårbar situation som følge af deres sygdom og har ikke det menneskelige overskud til at afsøge mulighederne for behandling i udlandet på egen hånd.

Patienter skal have adgang til rådgivning og hjælp til indhentning af tilbud mv. i udlandet, samt støtte til vurdering af, om de overhovedet er omfattet af retten til behandling i udlandet. Her anvendes *rettidighedsbegrebet*, ud fra i en individuel lægefaglig vurdering. Dette bør udmøntes gennem den såkaldte *forhåndsgodkendelse* i regionerne. Der mangler overblik over - og transparens i de respektive danske regionernes afgørelser - så man kan rådgive på baggrund af eksisterende praksis for hhv. godkendelse og afslag på forhåndsgodkendelser.

Denne rådgivning kan evt. forankres i patientkontorerne. Det kræver en koordineret indsats på tværs af regionerne, hvor man systematisk indsamler og deler viden om relevante tilbud i udlandet, praksis for forhåndsgodkendelser mv. Her skal man forpligtes til at tilbyde patienter proaktiv hjælp til informationssøgning, korrespondance med det valgte sygehus, rådgivning vedr. betaling, transport etc., så man modvirker en ulige adgang til behandling i udlandet. En bedre information og støtte forudsætter målrettet opkvalificering af læger, generelt i relation til patienters rettigheder, samt af patientkontorenes kompetencer.

Overordnet set skal et kommende direktiv have som formål at udvide patienters adgang til behandling af højeste kvalitet. Potentialet i et direktiv er bedre udnyttelse af de forskellige kompetencer og en mere dynamisk vidensudveksling på tværs af grænser, som vil kunne løfte kvaliteten af behandling i alle lande i unionen. Set med patienternes øjne er et fælles EU-direktiv en vigtig start, men vi har langt igen før, at den almene danske patient let og sikkert kan rejse til udlandet og modtage den nødvendige behandling. Både de specifikke indhold af et kommende direktiv og den nationale opfølgning er helt afgørende for, i hvor høj grad potentialet i et EU-direktiv bliver indfriet.

Patientrettigheder er godt, men patientrettigheder, som alle kender til, er bedre

af **Karsten Skawbo-Jensen**, formand, Landsforeningen mod Brystkræft,
medlem af Region Hovedstaden (K) og
Frederiksberg Kommunalbestyrelse



Nye forbrugerrettigheder plejer normalt ikke at afføde spørgsmålet, om de nu også vil skabe en skævhed mellem dem, der bruger dem, og dem, der ikke bruger dem. Men sådan en diskussion opstår åbenbart, når det drejer sig om forbedrede muligheder for patientmobilitet i EU. Dette kan skyldes, at vi taler om patienter, der kan være svage og i en udsat situation. Men det kan også være, fordi nogle simpelt hen har et horn i siden på den tanke, at også patienter er forbrugere og derfor skal udstyres med rettigheder og selvbestemmelse, endda på europæisk plan, altså at individet og ikke kun systemet kan have et ord at skulle have sagt.

Da eksempelvis lov om deklaration af varer blev vedtaget, var man da kun glad for, at kunderne i supermarkedet nu kunne læse på varen, hvad den indeholdt - også selv om der ville være nogle, der enten ikke ønskede at læse deklarationerne, eller som måske ville have svært ved at forstå diverse E-numre. Ingen ved deres fulde fem foreslog, at pligten til at deklarere skulle væk, fordi ikke alle ville kunne forstå deklarationerne. Men de tænksomme insisterede på, at deklarationerne skulle udformes så forbrugervenligt og forståeligt som muligt, og at de ikke skulle stå alene. Som supplement skulle udgives et hæfte med forklaring på E-numre, være mulighed for at ringe til en hotline med spørgsmål osv.

Rettigheder, der står alene, virker mere skævt, end godt er. Men rettigheder, der følges op af information, hjælp og gennemsigtighed har størst chance for at fungere tilfredsstillende for flest muligt. Hvad angår patientmobilitet i EU udestår to udfordringer. Punkt 1, at få vedtaget et direktiv om patientmobilitet, der reelt giver frihed til bevægelighed, og punkt 2, at formidle de nye muligheder og rettigheder så godt og bredt som overhovedet muligt.

Ret til grænseoverskridende sundhedsydelse er af stor værdi i de tilfælde, hvor den nyeste og bedste behandling tilbydes i et andet land end ens eget; i de tilfælde, hvor andre lande end ens eget er længere fremme med eksperimentel behandling; og i de tilfælde, hvor ens eget land har sjoflet et sygdomsområde, så man for sin egen førligheds og overlevelses skyld må rejse væk fra lange ventelister, ringe kvalitet og dårlig patientsikkerhed.

Al erfaring viser, at patienterne i Danmark er meget loyale og tålmodige. Kun 350.000 mennesker har siden 2002 benyttet sig af det udvidede frie sygehusvalg, der giver adgang til at søge behandling offentlig eller privat, i Danmark eller i udlandet, hvis ikke behandling kan tilbyde i det offentlige sundhedsvæsen inden for 1 måned. Da den gennemsnitlige ventetid jo desværre er langt over 1 måned, kunne millioner af patienter i de forløbne år have gjort brug af rettigheden, men det har de ikke gjort. Det generelle billede er, at danskerne primært benytter det udvidede frie sygehusvalg, hvis de har en virkelig god grund til det: frygt for alvorlig forværring af tilstanden, truslen om at miste jobbet på grund af lang syge-

melding, en lidelse der hensætter en i et smertehelvede osv. Det samme moderate billede vil vi se, når vi engang opnår fri patientbevægelighed i EU.

En rettighed til patientmobilitet i EU bør som sagt ikke stå alene, men skal bakkes op af objektiv information, gennemsigtighed og assistance.

Hvis vi begynder i toppen, må nationalstaten – i dette tilfælde Danmark – tage sig gevaldigt sammen og ikke forfalde til tidligere tiders restriktive udlægning af frihedsgraderne, også mere restriktive udlægninger end f.eks. domme fra EF-Domstolen tilsagde. Det er forudsætningen for korrekt information videre ned i systemet, at Sundhedsministeriet spiller med åbne kort og ikke forholder sig nationalt, men objektivt til retten til patientmobilitet. Også EU's informationstjenester har en stor formidlingsopgave foran sig. I lufthavnene findes store plancher, der informerer om rettighederne for europæiske flypassagerer. Samme type plancher om EU-rettigheder for patienter burde kunne finde en fremtrædende plads på de danske hospitaler.

På sygehusene skal der af f.eks. kontaktperson og patientvejleder informeres om muligheden for patientmobilitet i EU. Det skal gøres rutinemæssigt, enkelt og forståeligt såvel mundtligt som skriftligt. Samme opgave skal tages op af regionernes patientkontorer. Det havde dog været ønskeligt, at disse patientkontorer efter norsk forbillede ikke hørte under regionerne, men under staten. Så ville patientkontoret uden skelen til sin arbejdsgiver, sygehusejeren/regionen, kunne formidle de fulde EU-rettigheder videre til patienterne. Det er vigtigt, at korrekt information ikke står alene, idet der også kan være brug for konkret assistance i form af f.eks. at formidle kontakt til det ønskede behandlingssted i EU, udfylde papirer osv. Erfaringsmæssigt er dette mest overkommeligt for de ressourcestærke, men meget brydsomt for de svagere borgere.

Danmark er et foreningsland, også hvad angår de utrolig mange patientforeninger, der findes. Disse foreninger er oplagte og billige kanaler at kanalisere information igennem, f.eks. når det gælder patientrettigheder på EU-plan. Det fine ved mange af patientforeninger er, at de består af helt almindelige mennesker, der er berørt af en sygdom, og ikke af en elite. På denne måde sikres, at ikke blot de ressourcestærke oplyses om deres ret til grænseoverskridende sundhedsydelse.

Danske sygehuse, tyske læger og græske patienter?



Af **Birgitte Josefsen (V)**,
sundhedsordfører, Venstre

Europæiske patienter har fået ret til at blive behandlet i et andet EU-land end deres hjemland. Rettigheden er fastslået af EF-domstolen og stiller de europæiske patienter stærkt i forhold til at vælge lige netop det behandlingssystem, som de selv mener, udbyder den bedste og mest specialiserede behandling indenfor deres sygdomsområde. Denne udvikling er positiv og er helt i tråd med den danske regerings 'frit valg-politik', der sætter borgeren over systemet.

Fordelene ved at tænke sundhed på europæisk plan opnås kun, hvis der er styr på kvaliteten af behandlingen. Der er masser af muligheder i det man kan kalde "et indre marked for sundhed". Vi skal ikke sende skattekroner af sted i lommen på en patient, der måske har fundet en munter behandling i Grækenland eller Rumænien bestående af varme sten, healing og håndspålæggelser. Det kommer Venstre ikke til at lægge stemmer til.

Vi skal have et system med en forhåndsgodkendelser, så der sikres kvalitet i behandling dansk patient modtager udenlands. Derudover skal der lægges et loft på den del af udgiften, der betales af den danske statskasse, så udgiften kun bliver dækket på det niveau som en lignende behandling i Danmark ville koste. Det er afgørende, at forhåndsgodkendelses-systemet er effektivt, så patienten ikke skal vente unødigt.

Finpudses systemet så bliver dette indre marked for sundhedsydelse en klar gevinst for alle. De danske socialdemokrater forholder sig så negativt over for EU-initiativet. Men det er vel den sædvanlige betonagtige modvilje mod at lade mennesker træffe deres egne personlige valg? Grundlæggende generer det nok socialdemokraterne, at sundhed kan tænkes nyt og fleksibelt og uden tunge altdominerende nationale monopoler. Det er pudsigt nok, for burde det ikke være patienten der stod i centrum? Hvis der bliver streget så meget som én eneste patient på en dansk venteliste, ved at han eller hun tager til et andet EU-land og får ordnet sit knæ, sin ryg eller sit hjerte, så er det i vores øjne alt besværet værd.

Det vil højne patientmobilitet og dermed udnytte kapaciteten i Europa bedre. Sygehuse med tomme operationsstuer og sengepladser kan modtage patienter fra andre landes ventelister. Dermed kan patienterne blive hurtigere behandlet og omkostningerne til sundhedssektoren kan reduceres.

Med det nye EU-initiativ ønsker vi i Venstre desuden at fremme samarbejdet mellem Europas sundhedssystemer. Så kan vi hurtigere lære af hinanden. Og det behøver ikke at tage årevis at forstå, at noget der virker i Barcelona eller London nok også kan virke i Odense og Århus.

Med fælles EU-regler kan uduelige læger ikke længere vide sig sikre, hvis de flygter til et andet EU-land. I dag må vi se til, når en læge, der af Sundhedsstyrelsen har fået frataget sin autorisation, blot tager sit gode tøj og slår sig ned i et andet europæisk land og fortsætter deres måske invaliderende arbejde dér.

I Venstre ser vi muligheder i Europa, som kan forøge valgfriheden og kvaliteten for danskerne. For lader man gammeldags tankegang og dommedagsprofetier stå i vejen for de nye europæiske muligheder, så forpasser man muligheden for at udvikle, forny og forbedre. Så forsøger man i sidste ende at lade gårdsdagens sundhedsvæsen håndtere morgendagens sygdomme og patientkrav.

Socialdemokrater vil sikre lighed i det europæiske sundhedsvæsen

Af **Christel Schaldemose,**
Medlem af Europa-Parlamentet (S)



Det er på tide, vi får skåret ud i pap, hvilke regler der gælder for europæiske patienter, som søger behandling i udlandet.

Hidtil har vi haft en række afgørelser fra EF-Domstolen, der gav patienter nye rettigheder til behandling i andre EU-lande på hjemlandets regning. Det, mener jeg, er uholdbart, for den slags regler skal selvfølgelig besluttes politisk, ikke af domstolene.

Derfor stemte jeg i 2007 for Europa-Parlamentets opfordring til Kommissionen, om at lave et direktiv på området.

Men i dag, hvor direktivet begynder at tage form, er der stadig stærke kræfter, der trækker i den gale retning. Jeg synes ikke, EU skal blande sig i indretningen og finansieringen af de enkelte landes sundhedsvæsen, og jeg frygter, at de nye regler vil øge uligheden mellem rig og fattig i sundhedsadgangen.

Forhåndsgodkendelse giver lighed

Særligt problematikken om forhåndsgodkendelse er altafgørende for, om jeg kan støtte det endelige direktiv. Jeg mener, at hver enkelt patients behandlingsbehov skal vurderes og godkendes af en læge i hjemlandet, inden patienten rejser ud for at blive behandlet. Det vil betyde, at en dansk patient – rig eller fattig – trygt kan tage til udlandet, vel vidende at det er den rette behandling, der venter forude, at der vil blive taget hånd om betalingen, og at der står professionelt sundhedspersonale parat i hjemlandet til at følge op på behandlingen efterfølgende.

En forhåndsgodkendelse vil sikre, at fokus forbliver på patienten og forhindre, at der opstår et marked for at opfinde diagnoser.

Uden forhåndsgodkendelse vil uligheden i sundhedsadgangen blive større. Det vil primært være velhavende patienter, der forstår de nye regler til punkt og prikke, som tør kaste sig ud i at benytte dem uden på forhånd at have fået blåstemplet behandling og betaling.

Uligheden i sundhedsadgangen stopper desværre ikke der. Domstolsafgørelserne og det foreløbige udkast til et direktiv siger, at man kan få det beløb med sig til udlandet, som behandlingen ville have kostet i hjemlandet. Der er derfor en overhængende fare for, at forsikringsselskaber i de rigeste EU-lande vil sende sine patienter til billigere behandlinger i de fattigere lande. Konsekvensen af det vil være, at der bliver længere ventetider for borger-

ne i de lande. Og de vil ikke have muligheden for, at rejse ud, for de kan ikke få refunderet den fulde udgift for de dyrere behandlinger.

Den frygt, jeg beskriver her, er årsag til størstedelen af den kritik, mine kollegaer fra de nye medlemslande ytrer mod direktivet. Det kan vi ikke sidde overhørig. Vi er nødt til at sikre, at de enkelte medlemslande har redskaber til at gribe ind, hvis udviklingen reelt underminerer borgernes adgang til deres egne nationale sundhedsvæsner.

Klageinstanser skal sikre kvaliteten

Får vi den lige adgang til sundhed på plads, skal vi stadig sikre kvaliteten af grænseoverskridende sundhedsydelse. Det sker bedst ved, at behandlingstilbuddene beskrives klart og tydeligt på forhånd, og det er der heldigvis også lagt op i det udkast til direktiv, som vi arbejder med på nuværende tidspunkt. Europa-Parlamentet har foreslået, at oplysningerne om behandlingernes kvalitet og standard skal kunne rekvireres på opfordring. Det vil sige, at der ikke skal være detaljerede beskrivelser om behandlingerne på hjemmesiderne, men at de kan fås, hvis ønsket.

Vi vil også have indført velfungerende klage-, forsikrings- og erstatningssystemer. Og der skal være fuld åbenhed om, hvilke læger, klinikker og hospitaler, der klages over, og hvilke der har fået frataget eller indskrænket autorisationen. Dertil foreslår vi, at der oprettes kontaktcentre i hvert medlemsland, som bliver ansvarlige for at sikre borgerne adgang til fornødne informationer om behandlingsmuligheder, finansiering og kvalitetssikring.

Det lyder måske enkelt, grænsende til det banale med denne form for krav til kvalitetssikring. Men det er langt fra ligetil at få til at fungere i virkelighedens verden, og der er stadig mange ubesvarede spørgsmål.

Det er for mig at se utroligt vigtigt, at patienten er fuldstændig bevidst om de mulige konsekvenser ved at tage til udlandet for behandling. Direktivudkastet har masser af elastik i beskrivelsen af kvalitetssikringen, så der er nok ingen tvivl om, at vi engang i fremtiden vil få sager ved EU-Domstolen om netop kvalitet eller mangel på samme.

For hvad dækker "alment anerkendt god medicinsk praksis", "internationalt anerkendte lægevidenskabelige fremskridt" og "nye sundhedsteknologier" egentlig over?

E-sundhed er en uafklaret udfordring

E-sundhed kommer vi nok også til at høre mere om. Altså, hvordan vi sikrer ordentlig interoperabilitet mellem medlemslandenes sundhedsvæsner på it-siden. Direktivudkastet stiller krav, men erkender også, at det tager tid. Ja tak, det har vi set i Danmark, hvor det den dag i dag er vanskeligt at sende informationer elektronisk på tværs af regionerne.

Hvordan skal vi så få det til at fungere på EU-plan? Det vil på sigt kræve mere EU-indblanding og EU-lovgivning ned på it-niveau i de enkelte landes sundhedsvæsner.

Direktivet får konsekvenser

Dog indeholder direktivet også mange gode ting. Ikke mindst vil samarbejdet om sjældne sygdomme kunne styrkes. Ligeledes vil læger, forskere og andre aktører i de nationale sundhedsvæsener have gavn af øgede muligheder for samarbejde. Og for nogle patienter vil det være en lettelse at komme hurtigere til, selvom det indebærer en længere rejse og nogle sproglige og kulturelle udfordringer.

De negative konsekvenser bliver sandsynligvis, flere dobbeltbehandlinger, som følge af manglende kendskab til patientens fulde tilstand. Jeg frygter også mange misforståelser med sprog og kultur, og jeg tror desværre de nye regler særligt kommer de ressourcestærke og veluddannede patienter til gavn. Vi risikerer, at de ældre og kronisk syge patienter, bliver det nye systems store tabere. Dem skal vi huske at sikre i direktivet såvel som efterfølgende.

En ting er sikkert, det sidste ord er ikke sagt eller skrevet i denne sag. Jeg håber, vi i sidste ende står med et tilbud, der gaver alle EU's patienter. Både de, der ubekymret drager udenlands efter behandling, og de, der foretrækker at blive behandlet hjemme.