

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

15. august 2008

Høringsvar vedrørende direktivforslag – grænseoverskridende sundhedsydelse

Danske Patienter kvitterer for muligheden for at kommentere Kommissionens forslag til direktiv om anvendelse af patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelse, KOM (2008) 414. Vi har længe set frem til, at Kommissionen tager initiativ til en fællesskabsramme for patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelse. EF-Domstolen har flere gange fastslået patienternes ret til at gøre brug af sundhedsydelse inden for unionen. Derfor er det påkrævet med et klart regelsæt for, hvordan denne rettighed finder anvendelse i praksis, således at patienterne kan drage fordel af udenlandsk behandling.

Direktivforslaget er imidlertid mangelfuldt på en række punkter, som kommenteres i det følgende, og som kræver forbedringer, før direktivet kan vedtages.

Definition af sundhedsydelse

Indledningsvis skal det bemærkes, at direktivforslagets definition af sundhedsydelse ikke bidrager til at skabe klarhed for patienterne. I artikel 8, stk. 1 defineres "hospitalsbehandling" som:

a) sundhedsydelse, der kræver indlæggelse af den pågældende patient mindst en nat

b) sundhedsydelse, der er opført på en særlig liste over sundhedsydelse, der ikke kræver indlæggelse af patienten mindst en nat. Listen begrænses til:

- *sundhedsydelse, der kræver brug af højt specialiseret og omkostningskrævende medicinsk infrastruktur eller medicinsk udstyr eller*
- *sundhedsydelse, der indebærer behandlinger, der udgør en særlig risiko for patienten eller befolkningen.*

Det er uklart, hvad der menes med blandt andet *højt specialiseret, og særlig risiko for patienten*. Samtidig er kravet om indlæggelse forældet, når det drejer sig om hospitalsbehandling. Udviklingen i sundhedsvæsenet går i retning af mere ambulant behandling og dagkirurgi etc. Dette bør man tage højde for i et direktiv, der skal virke i mange år frem.

Konsekvenser for kroniske patienter

Generelt er Danske Patienter bekymrede for direktivets konsekvenser for kroniske patienter. Kroniske patienter har livsvarig kontakt med en række forskellige aktører i sundhedsvæsenet, og er dybt afhængige af et velfungerende sundhedsvæsen og sammenhængende behandlingsforløb. Behandlingen af patienter med kroniske sygdomme udgør hovedparten af udgifterne i sundhedsvæsenet, og det er afgørende, at direktivet ikke begrænser deres behandling i sundhedsvæsenet nationalt og på europæisk plan. Konsekvenserne for kroniske patienter bør derfor undersøges nøje, inden direktivet træder i kraft.

Bekymringen, som uddybes i de følgende afsnit, vedrører blandt andet: 1) udbredelse af sundhedsforsikringer og markedsføring, som 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 stort plejebehov, 2) egenbetaling mod efterfølgende kompensation, som vil have vidtrækkende konsekvenser for mange kroniske patienter, der ofte er ældre ressourcetsvage borgere, og 3) forslaget om at myndighederne skal lægge vægt på patientens evne til at udøve erhvervsmæssig virksomhed, når de fastsætter frister for behandlingen af ansøgninger om brug af sundhedsydelser i en anden medlemsstat, hvilket må forventes at stille den svage gruppe af ældre kroniske patienter i en relativt ugunstig situation, idet denne gruppe patienter ofte er uden for arbejdsmarkedet.

Lige og vederlagsfri adgang til sundhedsydelser som grundprincip

For Danske Patienter er det altafgørende, at det danske sundhedsvæsen fastholder princippet om lige og vederlagsfri adgang til sundhedsydelserne. Dette princip udfordres i bekymrende grad af direktivforslaget på flere felter.

For det første synes Kommissionen at åbne mulighed for indgreb i den nationale planlægning, drift og finansiering af sundhedsvæsenet med følgende formulering i sin begrundelse:

”Som Domstolen har fastslået, udelukker denne bestemmelse imidlertid ikke, at medlemsstaterne ... kan have pligt til at foretage visse tilpasninger af deres nationale sundhedssystemer og socialsikringsordninger.” (Side 9)

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

For det andet må vi på det kraftigste efterlyse en konsekvensanalyse af direktivets virkning på udbredelsen af de private sundhedsforsikringer, da det er forventeligt, at det private sundhedsforsikringsmarked vil vokse i takt med mulighederne for udenlandsk behandling. I den forbindelse finder vi det bekymrende, at Kommissionen anvender en terminologi, der tager udgangspunkt i et markedsorienteret sundhedsvæsen med forsikringsreguleret adgang til sundhedsydelserne, og vi skal i relation hertil efterlyse en indholdsmæssig præcisering af det gennemgående begreb "forsikringsmedlemsstat". 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 stort plejebehov.

For det tredje lægger Kommissionen i artikel 6 op til, at patienterne skal betale for deres behandling i et andet EU-land på forhånd mod senere godtgørelse fra hjemstaten. Dette vil være et groft brud på princippet om lige og vederlagsfri adgang, idet de patienter, der ikke har penge til at lægge ud for behandling, reelt afskæres fra at benytte deres ret til udenlandsk behandling. Vi skal opfordre til, at et kommende direktiv i fuldt omfang tilgodeser behovet for social udligning på sundhedsområdet. Det bør præciseres, at alle udgifter til handicappedes ledsagere og udgifter til evt. tolkebistand dækkes af medlemslandet, og afregning bør ske uden borgerens involvering.

For det fjerde fremgår det af artikel 9, stk. 4 d, at myndighederne skal lægge vægt på patientens evne til at udøve erhvervsmæssig virksomhed, når de fastsætter frister for behandlingen af ansøgninger om brug af sundhedsydelser i en anden medlemsstat. Dette vil være med til at forstærke den socialt betingede ulighed i sundhed blandt de europæiske patienter. Det bør udelukkende være medicinske forhold, der gøres gældende.

Informeret valg, kontaktpunkter og referencecentre

Patienternes mulighed for at vælge behandling inden for unionen forudsætter, at patienterne oplyses om denne mulighed. Vi skal derfor opfordre til, at sundhedsmyndighederne aktivt formidler de europæiske patientrettigheder til patienterne gennem relevante kanaler – patientforeningerne, sundhed.dk, almen praksis, patientvejlederne osv. Der bør ligeledes sikres strukturer til oplysning af behandlere, således at den enkelte læge får en klar og overskuelig information om de nye borgerrettigheder og regler for behandling. Kommissionen foreslår i artikel 12 etablering af nationale kontaktpunkter, hvor patienterne kan hente information. Vi mener, at kontaktpunkter kan fungere som et godt supplement til de eksisterende informationskanaler, men det er afgørende, at myndighederne er opsøgende i forhold til at informere patienterne, og dette gøres bedst i de miljøer, hvor patienterne i forvejen færdes. Hvis det alene overlades til patienterne at søge information på et fjernt, nationalt kontaktpunkt, kan det frygtes, at mange patienter aldrig opnår kendskab til mulighederne for udenlandsk behandling.

Mange patienter befinder sig i en sårbar situation som følge af deres sygdom og har således ikke det menneskelige overskud til at afsøge mulighederne for behandling i udlandet på egen hånd. Vi har derfor en forventning om, at kontaktpunkterne forpligtes til at tilbyde patienterne proaktiv hjælp til

informationssøgning, korrespondance med det valgte sygehus, rådgivning vedr. betaling, transport etc., således at alle patienter stilles lige i adgangen til behandling i udlandet.

Det er generelt påkrævet med en aktiv indsats for at sikre social lighed på sundhedsområdet, og vi skal derfor foreslå en monitorering af, hvilke patientgrupper, der ikke gør brug af de grænseoverskridende sundhedsydelser med henblik på at iværksætte initiativer over for disse og dermed skabe større lighed i adgangen til behandling i udlandet.

Generelt - og specifikt i artikel 12 - savnes retningslinjer vedrørende tolkebistand. Syge borgere, der skal behandles, kan have behov for tolkehjælp i den enkelte medlemsstat for, at sikre en korrekt dialog mellem behandler og patient med fokus på de aktuelle problemer, behandling og efterfølgende opfølgning/genoptræning. Tolkebistand bør finansieres af borgerens hjemstat i tillæg til prisen for tilsvarende behandling i hjemstaten. Tolkebistanden betales i 1. omgang af den behandlende medlemsstat, og opkræves efterfølgende i borgerens hjemstat sammen med udgifterne til den øvrige behandling. Medlemsstaten, der udfører behandlingen, skal være ansvarlig for at skaffe kvalificerede lokale tolke.

Kommissionen foreslår i artikel 15 etablering af et netværk af referencecentre med henblik på udveksling af viden og erfaringer etc. Vi ser frem til en yderligere konkretisering af, hvordan referencenetværket skal udformes og drives. Det er afgørende, at patienterne tilbydes et informeret grundlag at træffe deres valg af behandlingssted på, og referencecentre vil få en vigtig rolle heri. 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 benchmarks 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, således at patienterne trygt kan lade sig behandle i alle lande inden for unionen.

Forhåndsgodkendelse

I artikel 8 åbner Kommissionen mulighed for, at de nationale myndigheder kan indføre krav om, at patienterne skal indhente forhåndsgodkendelse, før de kan vælge behandling i udlandet. Det kan i visse tilfælde være fornuftigt at indføre et sådant krav, fx for at opretholde en kritisk masse af patienter for særligt sårbare specialer i hjemlandet, men vi skal understrege, at krav om forhåndsgodkendelse skal begrundes med forhold, der kan dokumenteres. Vi må gå ud fra, at muligheden for at kræve forhåndsgodkendelse til patienterne også indebærer muligheden for at nægte patienterne adgang til udenlandsk behandling, og derfor skal kravet om forhåndsgodkendelse holdes på et absolut minimum for at undgå en udhuling af patientmobiliteten. Afslag på forhåndsgodkendelser skal altid begrundes over for patienterne.

Muligheden for forhåndsgodkendelse vedrører alene hospitalsbehandling, der i artikel 8 defineres som behandling, der kræver indlæggelse mindst én nat eller specialiserede behandlinger, der opføres på en særlig liste. I den forbindelse skal vi efterlyse en nærmere præcisering af, hvornår dagkirurgiske behandlinger regnes for hospitalsbehandling, og om de dagkirurgiske behandlinger, der i takt med den teknologiske udvikling i stigende grad foretages hos privatpraktiserende speciallæger, regnes for hospitalsbehandling.

Godtgørelse

Som tidligere nævnt lægger Kommissionen i artikel 6 op til, at patienterne som udgangspunkt selv skal betale for behandlingen mod efterfølgende, økonomisk kompensation, men Kommissionen påpeger samtidig, at

”Medlemsstaterne ... er ansvarlige for fastlæggelsen af, hvilke regler der skal gælde for godtgørelse til patienter ... og ... hvilke regler der skal gælde i de enkelte sager.” (Side 9)

Danske Patienter ønsker sikkerhed for, at regeringen indfører en ordning, hvor myndighederne betaler direkte for udenlandsk behandling og således friholder patienterne for forhåndsbetaling. For Danske Patienter er det afgørende at tilstræbe lighed i sundhed, herunder lighed i adgangen til sundhedsydelser, og derfor finder vi forslaget om forhåndsbetaling uacceptabelt. 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 udenlandsk behandling, mens de svageste patienter lades i stikken.

Endvidere skal vi efterlyse en konkretisering af afregningsmodellen, idet direktivforslaget ikke angiver klare rammer for, hvordan patienterne skal kompenseres. I det danske sundhedsvæsen udregnes forskellige takster for den enkelte ydelse afhængig af, om ydelsen udføres i offentligt eller privat regi, og det uklart for offentligheden, hvordan taksterne udregnes. Det må være et rimeligt krav, at patienterne på forhånd kender størrelsen på den godtgørelse, som patienten er berettiget til, før udenlandsk behandling bestilles, og vi forventer fuld klarhed på dette område.

Desuden skal vi påpege, at patienterne pålægges egenbetaling i tilfælde, hvor den hjemlige behandling er billigere end udenlandsk behandling, hvilket ligeledes understøtter direktivforslagets sociale ubalance.

Journaladgang/-udveksling

Danske Patienter ønsker sikkerhed for, at de danske regler for patientadgang til egne data fortsat er gældende for de danske patienter, selvom behandlingen foregår i udlandet. Det er endvidere afgørende, at de grænseoverskridende sundhedsydelser understøttes af en fast procedure, der skal sikre en sufficient information af patienten før, under og efter behandlingen og sikre patientens selvbestemmelsesret. Det er vores klare forventning, at der altid udarbejdes en engelsksproget journal, der både medgives patienten og sendes direkte til patientens sygehusbehandler og egen læge i Danmark.

Det er vigtigt at etablere systemer hvor personfølsomme oplysninger beskyttes, således at der ikke slækkes på de vilkår der er gældende i Danmark i dag. I den forbindelse må det være en fælles intention, at udvikle de nationale sundhedsvæseners it-systemer, således at de ubesværet kan kommunikere med hinanden. En hovedårsag 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.

Patientsikkerhed, medicinering og anerkendelse af udenlandske recepter

En effektiv kommunikation på tværs af landegrænserne er tillige en forudsætning for en sikker og korrekt medicinering. Der er forskel på medicintilladelser, -navne og -forbrugsmønstre mellem EU-landene, hvilket stiller krav om større bevågenhed i forhold til dobbeltmedicinering, interaktioner med videre.

I artikel 14 lægger Kommissionen op til at lette anerkendelsen af recepter udstedt i andre EU-lande. Vi støtter intentionen om en fællesskabsmodel til kontrol af recepters ægthed, men skal samtidig understrege vores forventning om, at det lægelige monopol på ordination af receptpligtig medicin i Danmark ikke anfægtes. Artikel 14 omtaler alene "autoriserede personer", og af hensyn til patientsikkerheden ønsker vi sikkerhed for, at retten til at ordinere receptpligtig medicin til udlevering i Danmark ikke udvides til andre sundhedsfaggrupper.

Patientsikkerhed skal indgå som et centralt tema i et kommende direktiv, og vi skal opfordre til en konkretisering af, hvordan patienterne sikres trygge rammer - herunder for medicineringen i det grænseoverskridende patientforløb. Vi skal ligeledes opfordre til en fast procedure for PEM-registrering af medicin ordineret i udlandet, således at den enkelte patients medicindata hele tiden holdes opdateret. Endelig vil det være hensigtsmæssigt med en dobbeltregistrering af bivirkninger, således at både udenlandske og hjemlige behandlere får kendskab til disse, og vi skal opfordre til, at der tages konkrete skridt til et sådant dobbeltregistreringssystem.

Sikker klageadgang og mulighed for erstatning

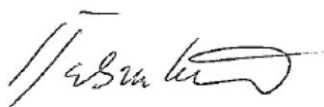
I artikel 5 samt artikel 11 lægger Kommissionen til grund, at patienterne er omfattet af de regler for klageadgang og mulighed for erstatning, der er gældende i det land, hvor behandlingen finder sted. I relation hertil er det værd at holde sig for øje, at danske patienter derved kan risikere en ringere retsstilling, hvis det pågældende land ikke tilbyder samme rettighedsniveau. Derfor finder vi det afgørende, at patienterne på forhånd sikres en fuld information om klage- og erstatningssystemet i det pågældende land, og denne forpligtelse kan naturligt pålægges de nationale kontaktpunkter. Disse skal samtidig forpligtes til at yde sufficient bistand til patienter, der finder anledning til klage og evt. erstatningssøgning.

Videre proces

Danske Patienter skal opfordre til, at ministeriet aktivt inddrager de relevante aktører, herunder patienterne, i det videre arbejde med direktivforslaget. Set i lyset af direktivets vidtrækkende betydning for patienterne finder vi det essentielt, at den danske holdning så vidt muligt baserer sig på patientinteresserne, og vi stiller os gerne til rådighed i den foranstående proces.

Danske Patienter skal sluttelig beklage, at et så vigtigt og omfattende forslag sendes i en kortfristet høring midt i sommerferieperioden. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har vist sin velvilje ved at forlænge svarfristen for Danske Patienter samt eftersende vores svar til Folketingets Europaudvalg, hvilket vi kvitterer for. Men vi havde helst set, at høringsproceduren var tilrettelagt på en mere hensigtsmæssig måde, således at vores høringssvar kunne indgå i ministeriets grundnotat til Europaudvalget.

Med venlig hilsen



Torben Lund
Formand



Morten Freil
Direktør