

# Resumé af "Sammenfattende rapport om svarene på høringen om Fællesskabets indsats vedrørende sundhedssektoren"

## RESUMÉ

I rapporten sammenfattes de svar, som blev modtaget i forbindelse med Kommissionens offentlige høring, der blev indledt den 26. september 2006, om Fællesskabets indsats vedrørende sundhedssektoren. Eftersom der blev modtaget svar fra en meget bred vifte af berørte parter, er det ikke formålet med rapporten at være en statistisk repræsentativ opinionsundersøgelse. Respondenternes synspunkter er gengivet i rapporten, men er ikke nødvendigvis i alle tilfælde udtryk for meningen hos et flertal af de berørte parter fra en bestemt samfundssektor eller befolkningsgruppe. Det er vigtigt at understrege, at det med rapporten kun tilsigtes at give en nøjagtig sammenfatning af de svar, der blev sendt til Kommissionens tjenestegrene. Der tages i rapporten ikke stilling til de indkomne kommentarer, og man har ikke forsøgt at rette nogen af de misforståelser eller faktuelle unøjagtigheder, som undertiden synes at ligge bag de synspunkter, som nogle af respondenterne giver udtryk for. Derfor er rapporten ikke et udtryk for Kommissionens synspunkter, og Kommissionen er heller ikke nødvendigvis enig i alle de fremsatte synspunkter.

Til trods for at der blev givet flere eksempler, er der tydeligvis en mangel på ajourførte og fuldstændige data om sundhedstjenester, der ydes på tværs af grænserne. Mange bidragsydere var enige med Kommissionen, der i høringsdokumentet anslår, at 1 % af de samlede sundhedsudgifter går til sundhedsydelser på tværs af grænserne, et beløb der forventes at stige. Dette tal kan dog være betydeligt højere i visse tilfælde, f.eks. når det drejer sig om grænseregioner, små medlemsstater, sjældne sygdomme og områder med mange udenlandske besøgende. De mekanismer, der anvendes i forbindelse med sundhedstjenester, der ydes på tværs af grænserne (forordningerne om samordning af socialsikringsystemerne eller reglerne for det indre marked), har forskellige finansielle konsekvenser for den offentlige sektors midler og borgerne og afhænger navnlig af forholdet mellem udgiftsniveauet for sundhedsydelser i patientens hjemland og udgifterne i udlandet. Og selv om det samlede antal borgere, der benytter sig af sundhedsydelser på tværs af grænserne, fortsat er forholdsvis lavt, kan betydningen heraf for den enkelte selvfølgelig være meget stor.

Bidragyderne mener, at der er et behov for at give patienterne flere og mere letforståelige oplysninger om sundhedstjenester, der ydes på tværs af grænserne, og fremsætter en række praktiske forslag til at opnå dette. Der var også et ønske om at få større klarhed over de instrumenter, der skal styre strømmen af patienter, der udnytter sundhedsydelserne på tværs af grænserne, og om at få fastsat de betingelser, der skal være opfyldt for, at en forudgående tilladelse gives eller afslås. Bidragsydernes forslag til forbedringer gik ud på klar patientoplysning, effektive og gennemskelige beslutningsprocedurer, en patientorienteret tilgang, dokumenterede normer, ret til at appellere afslag samt undtagelser gældende for grænseregioner. Der blev også fremsat ønske om større klarhed i prisfastsættelsen for sundhedstjenester, der ydes på tværs af grænserne, og om en definition af "sundhedstjenester", der måtte være genstand for en eventuel fællesskabsindsats.

Der er bred enighed om, at behandlingslandet bør have ansvaret for tilsynet med klinikker. Men samarbejdet med de relevante myndigheder i patientens hjemland er vigtigt, og blandt de særlige eksempler herpå kan nævnes sundhedsydelse, der administreres på tværs af grænserne, og international patienttransport. Der vil også være særlige tilfælde, hvor ansvarsdeling vil skabe vanskeligheder i praksis, f.eks. kontrol af infektioner, som patienten pådrager sig på hospitalet. Mange bidragydere mente endvidere, at EU burde overveje at støtte de nationale myndigheder, så sundhedssektoren kunne nå et højt kvalitets- og sikkerhedsniveau, f.eks. gennem udarbejdelse af retningslinjer og indikatorer eller gennem indførelse af et objektive indberetningssystem vedrørende patientsikkerhed. Konkrete forslag til sikring af sundhedstjenesternes kontinuitet omfattede systemer for udveksling af patientoplysninger, en standardiseret EU-formular vedrørende udskrivning samt recepter, der gælder i hele EU. Mange bidragydere fremsatte endvidere det synspunkt, at der burde være tydeligere information om patientrettigheder.

Der er også bred enighed om, at de behandlende læger/hospitaler bør påtage sig ansvaret for patientskader og udrede eventuel senere erstatning. Bidragyderne var dog delte i spørgsmålet om, hvorvidt der var behov for større juridisk klarhed over ansvaret i forbindelse med sundhedstjenester, der ydes på tværs af grænserne, end der allerede er i international privatret. Der blev imidlertid fremsat mange konkrete forslag, f.eks. oprettelse af alternative tvistbilægningssystemer i forbindelse med sundhedstjenester, der ydes på tværs af grænserne (måske en overbygning på eksisterende netværker som Solvit), fastsættelse af krav om, at tjenesteyderne i sundhedssektoren har en obligatorisk forsikring, eller oprettelse af et EU-dækkende system for objektiv erstatning.

Nogle bidragydere var bekymrede for, at sundhedstjenester, der ydes på tværs af grænserne, kan undergrave sundhedssektoren i deres eget land, særligt med hensyn til, hvordan de forskellige patienter prioriteres, og hvordan der fastsættes rimelige priser for sundhedstjenester, der er ydet i et andet land. På den anden side mente nogle bidragydere, at det ville have en positiv virkning på den indenlandske sundhedssektor, hvis der blev ydet flere sundhedstjenester på tværs af grænserne.

Mange bidragydere mente, at der var et behov for bedre overvågning af det sundhedsfaglige personales mobilitet. Der blev også peget på problemer i forbindelse med EF-reglerne om anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer, men mange bidragydere mente, at man burde afvente gennemførelsen af direktiv 2005/36/EF, inden der blev truffet nye foranstaltninger. Hvordan konsekvenserne af det sundhedsfaglige personales mobilitet håndteres, var et andet spørgsmål, som især blev stillet af bidragydere fra de nyere medlemsstater. Et par bidragydere ønskede klarere regler for sundhedstjenesteyderes etableringsret i andre medlemsstater, særligt apoteker og tandlæger. De fleste bidrag drejede sig dog om de praktiske aspekter ved apoteker, der tilbyder deres tjenester på tværs af grænserne, og det blev foreslået, at der blev indført eRecepter. Generelt pegede mange bidragydere på, at et vigtigt område i fremtiden ville være udvikling af informations- og kommunikationsteknologiske løsninger, skønt teleradiologi blev betragtet som et af de områder, der burde prioriteres, og hvor der var brug for flere analyser.

Ud over de emneområder, der blev omtalt andetsteds i rapporten, pegede nogle bidragydere på visse særlige spørgsmål vedrørende den praktiske gennemførelse af de eksisterende forordninger om samordning af socialsikringssystemerne og fremsatte forslag til forbedringer. I tilgift til de andre forslag om praktisk assistance, der nævnes andetsteds i rapporten, belyste en række bidragydere desuden mulighederne for praktisk støtte, f.eks. europæiske netværk af referencecentre, et center for overvågning af

komparative data og indikatorer, vurdering af sundhedsteknologi, bedre udveksling af innovationer inden for sundhedssektoren og effektiv udnyttelse af potentielle strukturfondsinvesteringer i sundhedssektoren. Mange bidragydere talte imidlertid for en rationalisering på europæisk plan af aktiviteter og ressourcer i sundhedssektoren, andre fremførte derudover, at en EF-indsats også burde omfatte de regionale myndigheder.

Bidragyderne hilste i det hele taget Kommissionens initiativ vedrørende fællesskabsindsatsen i hele sundhedssektoren velkommen. De fleste nationale regeringer og mange andre berørte gav udtryk for ønsket om, at eventuelle kommissionsforslag vedrørende sundhedssektoren baseres på "*Rådets konklusioner om fælles værdier og principper i EU's sundhedssystemer*"<sup>1</sup>. Mange bidragydere (især nationale regeringer, fagforeninger og indkøbere) fremhævede, at enhver fællesskabsindsats, som vedrører sundhedssystemerne, bør være underkastet subsidiaritetsprincippet, jf. navnlig artikel 152 i traktaten om oprettelse af Det Europæiske Fællesskab, hvorimod andre fremførte, at subsidiaritetsprincippet ikke burde være en hindring for anvendelsen af EU's grundlæggende friheder. Et flertal af bidragyderne havde det synspunkt, at den mest effektive overordnede tilgang ville være en kombination af både "støtteværktøjer" (f.eks. et praktisk samarbejde eller den åbne koordinationsmetode) og bindende lovforanstaltninger, selv om nogle bidragydere ikke mente, at der var behov for lovindgreb. Når det gjaldt det foretrukne lovinstrument, var der helt klart to hovedsynspunkter blandt de forskellige bidragydere. Nogle foretrak at få indsat eventuelle ændringer i forordningerne om samordning af socialsikringssystemerne, mens andre foretrak et nyt direktiv om sundhedssektoren.

---

<sup>1</sup> 2733. samling i Rådet (Beskæftigelse, Socialpolitik, Sundhed og Forbrugerpolitik), Luxembourg, den 1.-2. juni 2006.