

Nyt EU-direktiv styrker det indre marked for sundhedsydelse

En række afgørelser ved EU-domstolen har fastslået, at danskere og andre medlemsstaters borgere har ret til at modtage behandling hos specialister og på hospitaler (offentlige som private) i andre medlemsstater. Endvidere har patienterne ret til at få denne behandling finansieret af egen forsikringsmedlemsstat. I 2011 blev disse afgørelser samlet i et nyt EU-direktiv (2011/24/EU), som burde være blevet implementeret i samtlige medlemsstater den 25. oktober 2013. Direktivet er således det seneste tiltag i afklaringen af de patientrettigheder, som Europakommissionen indledte i 1958.

I dag er patientmobiliteten på tværs af landegrænser begrænset. De nyeste 2008-tal indikerer, at udvekslingen af sundhedsydelse og -goder mellem EU-landene ligger i omegnen af 3 mia. euro. Set ud fra størrelsen af sundhedssektorerne som helhed er udvekslingen derfor marginal. De vigtigste barrierer for patientmobiliteten er bundet til sprog og geografi, men den manglende standardisering af oplysninger i patientjournaler såvel som den manglende information om rettigheder, kvalitet og sikkerhed udgør også væsentlige barrierer.

På sigt kan det nye EU-direktiv dog vise sig at have en positiv effekt på patientmobiliteten. Det skyldes, at direktivet har til hensigt at tydeliggøre borgerens retsstilling, øge information om kvalitet og sikkerhed samt standardisere oplysninger i patientjournaler. Øget patientmobilitet kan have flere positive effekter på landenes sundhedssystemer. Fx kan øget patientmobilitet betyde, at medlemsstaterne i højere grad specialiserer sig frem for at opbygge sundhedssystemer med identiske kompetencer, hvilket kan give billigere og bedre behandling. Specialiseringen vil hovedsageligt ske inden for sjældne og komplicerede behandlinger. Endvidere kan en øget patientmobilitet skabe grundlag for en styrket konkurrence på tværs af landegrænser, hvilket kan få sundhedsudbydere til at forbedre kvaliteten, arbejdsgangene og effektiviteten for derved at kunne fastholde og tiltrække patienter.

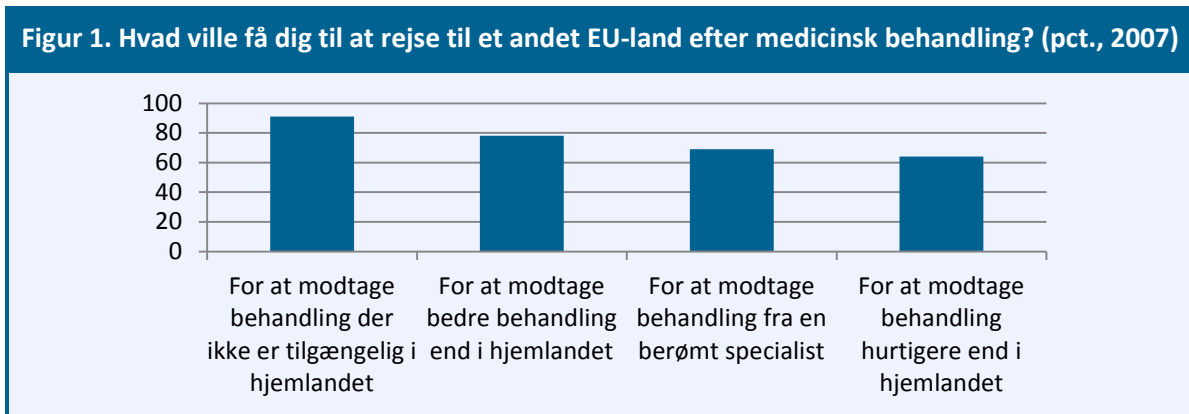
Som udgangspunkt vil EU-direktivet på sigt have negative økonomiske konsekvenser for medlemsstaten, idet der, som patientmobiliteten stiger, vil være øgede udgifter til offentlig sagsbehandling i forbindelse med vejledning og refusion af udgifter. Hvorvidt medlemsstaterne formår at vende disse konsekvenser til noget positivt afhænger af, hvordan medlemsstaterne vælger at implementere direktivet. Fx kan medlemsstaterne aktivt bruge den europæiske specialisering og konkurrence til at sende de af egne patienter, der måtte ønske det, til billig og hurtig behandling af høj kvalitet i udlandet. Endvidere vil de medlemsstater, der formår at tiltrække sundhedsturister, opnå en større vækst og beskæftigelse inden for sektoren.

Foruden en gennemgang af det nye EU-direktiv indeholder notatet også en undersøgelse af, hvordan Danmark, Sverige og Holland har tænkt sig at implementere direktivet. Meget tyder på, at mens Danmark anlægger en protektionistisk tilgang, hvor sundhedsturisme helt forsøges undgået, så anlægger Holland en merkantilistisk tilgang, hvor landet søger at undgå sundhedsturisme ud af landet, men gerne tiltrækker sundhedsturister udefra. Endeligt synes Sverige i højere grad end de øvrige lande at anlægge en frihandelstilgang, hvor de både forsøger at tiltrække udenlandske patienter såvel som at byde konkurrencen om egne patienter velkommen med håbet om, at de derved presses til at forbedre deres eget sundhedssystem.

Det anbefales, at Danmark - ligesom i Sverige - sætter fokus på at tiltrække sundhedsturister fra udlandet og øger konkurrenceudsættelsen af det danske sundhedsvæsen ved at reducere de barrierer, der hindrer at danske patienter søger behandling i udlandet. Desuden bør Danmark forsøge at få mere sundhed for skattekrone ved at sende de patienter, der måtte ønske det, til hurtig og billig behandling af høj kvalitet i udlandet.

Sundhedsturisme

I Danmark - såvel som i mange andre vestlige lande - er den aldrende befolkning, de almindelige velfærdsstigninger og udviklingen af ny teknologi med til at generere en enorm efterspørgsel på sundhedsydelse. Faktisk er efterspørgselspresset så stort, at væksten i landenes sundhedsudgifter ofte overstiger den generelle økonomiske vækst. Presset udmønter sig i lange ventelister, fordi udbuddet rationeres og patienter, der i stadig stigende grad søger behandling uden for hjemlandets grænser. Figur 1 angiver de vigtigste årsager til, at patienter vil søge behandling i udlandet.



Anm.: Gallups survey er baseret på 27.228 besvarelser indsamlet i EU27. Dette spørgsmål er baseret på den gruppe af borgere, der i forvejen er villige til at rejse til et andet EU-land for at modtage medicinsk behandling.

Kilde: The Gallup Organization (2007): Cross-border health services in the EU.

Data fra Europakommissionen¹ (baseret på data fra 26 EU-lande) tyder på, at importen af sundhedsydelse og -goder i 2008 lå på mere end 3 mia. euro. Eksporten (baseret på data fra 21 EU-lande) lå på ca. 2,5 mia. euro. Desuden foregik størstedelen af handelen mellem EU-lande.

Set ud fra størrelsen af sundhedssektoren som helhed er sundhedsturismen marginal. Det, der begrænser sundhedsturismen, er bl.a., at patienten selv skal lægge ud for udgifter til behandlingen, at behandlingen sker på et fremmed sprog, og at der er afstand til bopæl, familie og pårørende², samt at patienterne mangler information om deres rettigheder, om kvaliteten på udenlandske hospitaler, og at der mangler et internationalt system, så patientjournaler let kan udveksles på tværs af landegrænser.

Desværre findes der endnu ikke et opdateret og fuldstændigt overblik over omfanget af sundhedsturisme (eksklusiv handel med sundhedsgoder) i de enkelte lande i Europa. De nyeste data er fra 2004, jf. tabel 1. Fra 2015 vil data dog blive fremlagt hvert tredje år.³

I 2004 var Tyskland den største importør af sundhedsydelse, efterfulgt af England, Italien, Belgien og Frankrig. Samtidig var Frankrig, Spanien, Tyskland og Italien blandt de største eksportører af sundhedsydelse. Dette kan delvist forklares ved, at flere af disse lande er meget store, og at meget patientmobilitet finder sted i grænseregioner.

Bemærk også af tabel 1, at Danmark i 2004 var nettoimportør af sundhedsydelse (dvs. at forholdsvis flere danskere søgte behandling i udlandet end udlændinge søgte behandling i Danmark), mens vores naboland Sverige var nettoeksportør af sundhedsydelse.

¹ OECD (2011): Improving estimates of exports and imports of health services and goods under the SHA framework.

² Lovforslag L33 fremsat 3. oktober 2013.

³ Direktiv 2011/24/EU.

Tabel 1. Udestående tilgodehavender til/fra EØS-landene under Kommissionens forordning, nr. 1408/71, 2004

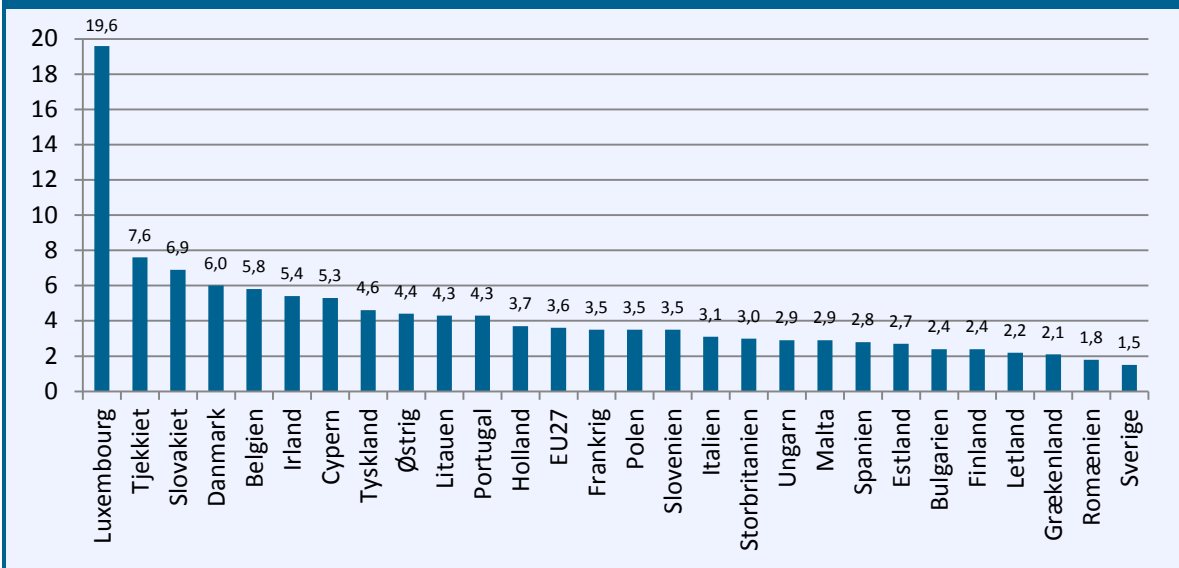
	Tilgodehavender til andre lande (gæld)			Tilgodehavender fra andre lande (kredit)		
	€ (1000)	pct. af total	€/capita	€ (1000)	pct. total	€/capita
Østrig	24.321	1,99	2,96	72.255	5,92	8,80
Belgien	112.084	9,19	10,73	66.564	5,46	6,37
Schweiz	12.321	1,01	1,66	73.514	6,02	9,91
Cypern	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Tjekkiet	174	0,01	0,02	0	0,00	0,00
Danmark	6.440	0,53	1,19	1.634	0,13	0,30
Estland	1	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Finland	9.802	0,80	1,87	3.173	0,26	0,61
Frankrig	103.927	8,52	1,72	346.235	28,38	5,72
Tyskland	295.232	24,20	3,58	154.068	12,63	1,87
Grækenland	63.067	5,17	5,69	8.693	0,71	0,78
Ungarn	14	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Island	569	0,05	1,94	750	0,06	2,55
Irland	6.303	0,52	1,53	0	0,00	0,00
Italien	157.961	12,95	2,70	130.452	10,69	2,23
Litauen	5	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Luxembourg	73.537	6,03	161,62	58.648	4,81	128,90
Letland	2	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Malta	0	0,00	0,00	15	0,00	0,00
Holland	74.006	6,07	4,54	42.651	3,50	2,62
Norge	11.161	0,91	2,42	1.191	0,10	0,26
Polen	131	0,01	0,00	218	0,02	0,01
Portugal	58.552	4,80	5,56	40.182	3,29	3,82
Sverige	9.483	0,78	1,05	17.179	1,41	1,91
Spanien	37.349	3,06	0,87	155.772	12,77	3,62
Slovenien	281	0,02	0,14	1.989	0,16	1,00
Slovakiet	52	0,00	0,01	0	0,00	0,00
Storbritannien	163.001	13,36	2,72	45.011	3,69	0,75
Total	1.220.194	100,00	2,59	1.220.194	100,00	2,59

Anm.: Her skal 'Tilgodehavender til andre lande' forstås som hjemlandets patienter, der behandles i udlandet og 'Tilgodehavender fra andre lande' forstås som udenlandske patienter, der behandles i hjemlandet.

Kilde: The European Observatory on Health Systems and Policies (2011): Cross-border Health Care in the European Union - mapping and analyzing practices and policies som er baseret på Mutualités Belges (2005): Réponse à la Consultation SEC (2006) 1195/4 concernant une action communautaire dans le domaine des services de santé.

Selvom der ikke findes et fuldstændigt og opdateret overblik over sundhedsturismen i Europa, findes der en række surveys. Gallup har blandt lavet et survey baseret på telefoninterviews med mere end 27.000 personer fra EU27. Figur 2 angiver antallet af borgere, som ifølge dem selv har modtaget medicinsk behandling i et andet EU-land indenfor de sidste 12 måneder. Det fremgår, at en signifikant minoritet, 20 pct., af borgerne i Luxembourg har modtaget behandling i udlandet indenfor de sidste 12 måneder. I Danmark var det 6 pct. og i Sverige 2 pct.

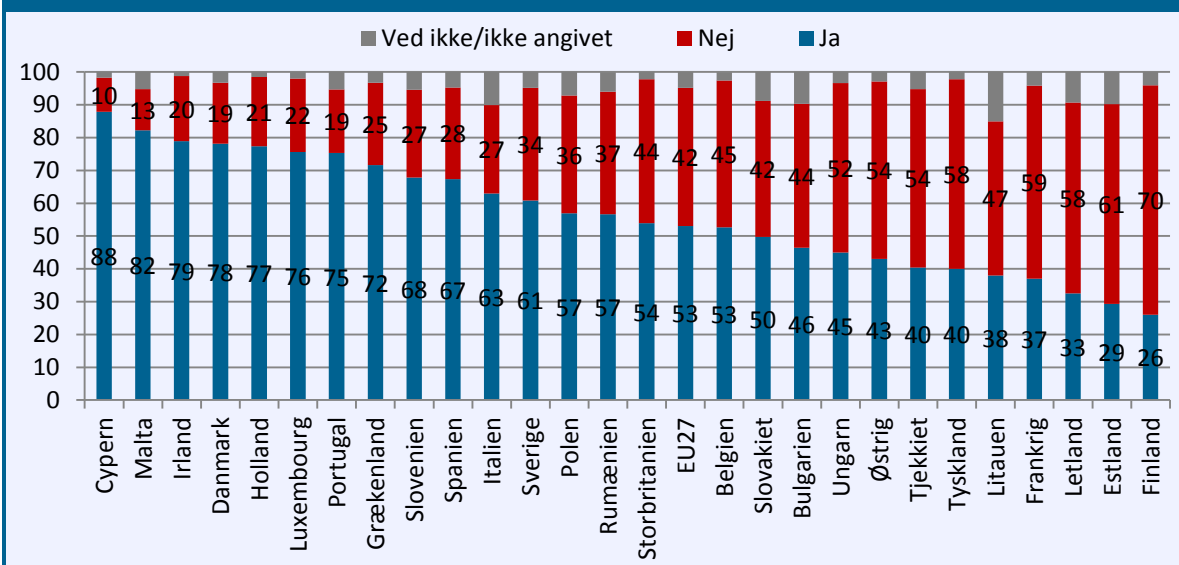
Figur 2. Andel der har modtaget behandling i et andet EU-land inden for de sidste 12 måneder, pct.



Anm.: Gallups survey er baseret på 27.228 besvarelser indsamlet i EU27.
 Kilde: The Gallup Organization (2007): Cross-border health services in the EU.

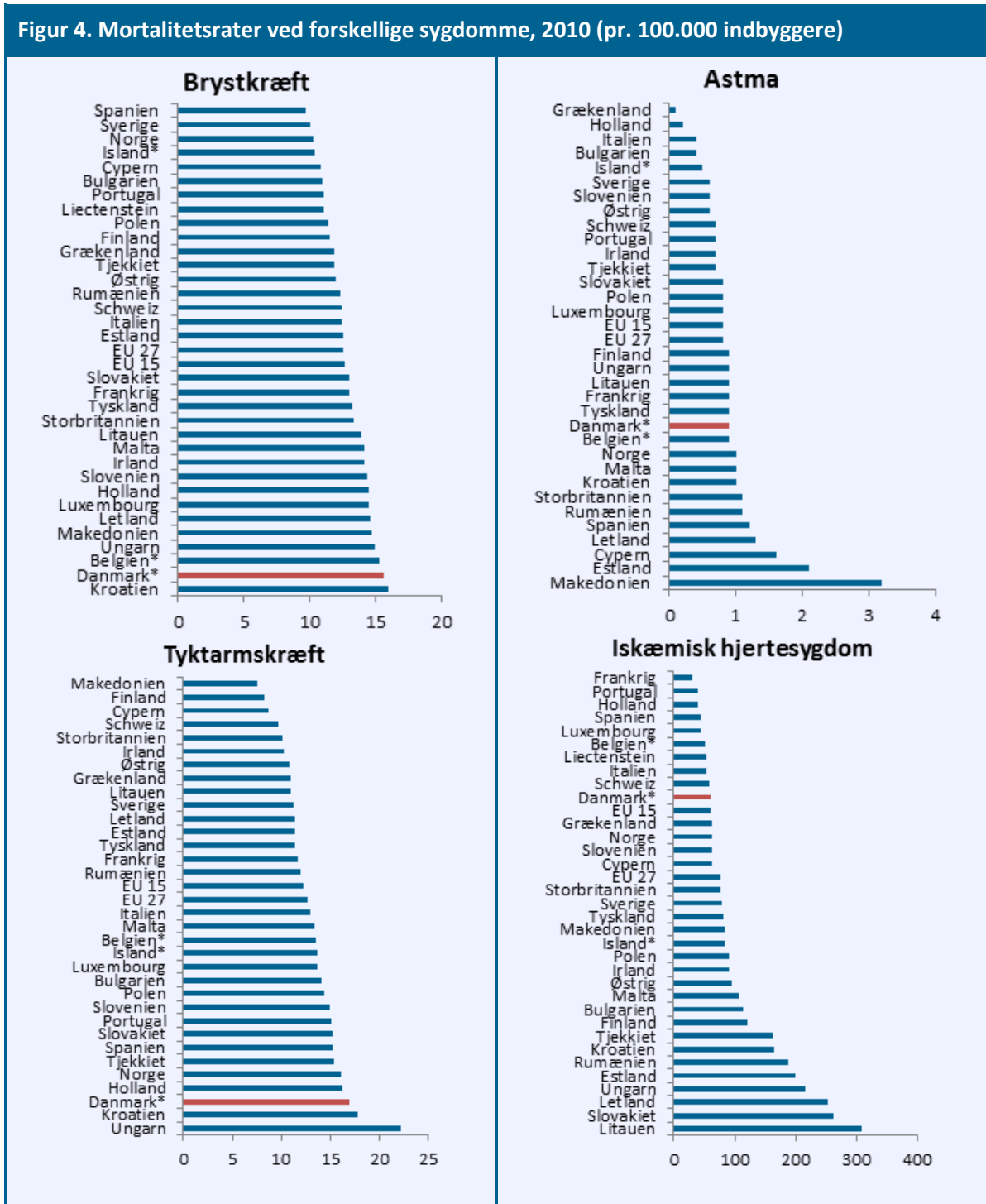
Figur 3 viser borgernes villighed til at rejse til et andet EU-land for medicinsk behandling. Det fremgår, at der mellem medlemsstaterne er stor forskel på villigheden til at rejse for behandling. I Cypern ville 88 pct. gerne rejse, mens kun 26 pct. i Finland var villig til at rejse. I Danmark lå villigheden på 78 pct. og i Sverige på 61 pct.

Figur 3. Er du villig til at rejse til et andet EU-land for at modtage behandling? 2007, pct.



Anm.: Gallups survey er baseret på 27.228 besvarelser indsamlet i EU27.
 Kilde: The Gallup Organization (2007): Cross-border health services in the EU.

At danskere er villige til at rejse efter behandling kan bl.a. skyldes kvalitetsforskelle. Fx er der en række sygdomme, hvor mortalitetsraten⁴ i Danmark ligger højere end i andre lande, jf. figur 4.



Anm.: Ved lande markeret med * er data for 2009. Mortalitetsraterne er standardiserede.
 Kilde: Eurostat, tabel: Causes of death - Standardised death rate (per 100,000 inhabitants) (Annual Data).

⁴ Mortalitetsrater er naturligvis kun et blandt flere mål for kvaliteten af sundhedsydelser indenfor et givet område. Grunden til at målet anvendes her er, at data i høj grad er tilgængeligt og sammenligneligt på tværs af lande. Kilde: OECD (2012): Health At A Glance Europe 2012.

Øget patientmobilitet er en udfordring for de enkelte lande, men også en mulighed. Der er eksempelvis et stort vækst- og beskæftigelsespotentiale, hvis stærke, danske hospitaler formår at gribe den stigende internationale efterspørgsel efter sundhedsydelse.⁵

EU-Direktivet

EU vedtog 9. marts 2011 et nyt EU-direktiv (2011/24/EU) om patientrettighederne i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelse. EU-direktivet giver medlemsstaternes borgere ret til at modtage behandling hos specialister og på hospitaler (offentlige som private) i andre medlemsstater. Direktivet er således det seneste tiltag i afklaringen af de patientrettigheder, som Europakommissionen indledte i 1958, jf. boks 1.

Boks 1. Europakommissionens afklaring af patientrettighederne

1958 (Forordning 3/58): De første fælles regler om social sikring for vandrende arbejdstagere.

Arbejdstagerbegrebet udvides i 1963.

1968 (Forordning 1612/68): Om arbejdskraftens frie bevægelighed vedtages.

Arbejdstagerbegrebet udvides endnu en gang.

1971 (Forordning 1408/71): Om anvendelse af de sociale sikringsordninger på arbejdstagere og deres familiemedlemmer, der flytter indenfor Fællesskabet. Udvides med selvstændige erhvervsdrivende i 1976. Udvides i 1995 til alle EU-borgere er omfattet af en social sikringsordning. I 1999 inkluderes studerende, i 2001 statsløse og flygtninge og i 2003 tredjelandsborgere.

1978-79 (Pierik-sagerne): Medlemsstaternes sygeforsikringer er forpligtet til at betale for borgernes behandling i et andet EF-land, så længe behandlingen er nødvendig og effektiv. 1981: Men kun hvis behandlingen er anerkendt i hjemlandet og denne behandling kan gives hurtigere end i hjemlandet.

1992 (Maastricht-traktaten): Indfører unionsborgerskabet, som i forhold til domstolens praksis var en styrkelse af den frie bevægelighed for arbejdstagere og de enkelte borgers rettigheder.

1998 (Amsterdam-traktaten): Domstolen slår fast, at sundhedsydelse falder indenfor EU's principper om fri bevægelighed gennem den såkaldte Kohl og Decker sag.

2001 (Smiths/Peerbooms-sag): Domstolen fastslår, at princippet om fri udveksling af tjenesteydelse gælder alle typer sundhedsydelse. Medlemsstaterne kan dog kræve forhåndstilladelse med henblik på hospitalsbehandling.

(Vanbraekel-sag): EF-Domstolen fastslår, at patienter har ret til at få dækket sine udgifter, hvis myndighederne har givet et ikke korrekt afslag. Domstolen fastslår samtidig, at sygesikringen skal dække prisen på en tilsvarende behandling i patientens hjemland.

2003 (Müller-Fauré & Van Riet-sag): Domstolen slår fast, at en medlemsstat kun må give afslag på behandling i et andet EU-land, hvis en tilsvarende behandling i hjemstaten kan gives hurtigere. Derudover betyder dommen, at medlemsstaterne ikke kan kræve en forhåndstilladelse, hvis det drejer sig om ikke-hospitals behandling.

2004 (Forordning 883/04, servicedirektivet): Servicedirektivet erstatter forordning 1408/71. I 2005 bliver sundhedsydelse fjernet fra servicedirektivet, og Kommissionen annoncerer, at de grænseoverskridende sundhedsydelse fremsættes i et særskilt direktiv.

2006 (Watts-sag): Domstolen slår fast, at refundering af behandling i et andet EU-land ikke kan afvises, hvis der ikke kan tilbydes den nødvendige behandling i hjemstaten. Afslag skal desuden begrundes.

2007 (Stamatolaki-sag): Domstolen slår fast, at medlemsstaterne ikke kan give afslag på at refundere udgifter til behandling på et privathospital i en anden medlemsstat. Medlemsstaterne må dog indføre et krav om forhåndstilladelse for behandling på et privathospital.

2008 (KOM(2008) 414): Kommissionen kom med forslag om kodificering af domstolens afgørelser i et direktiv om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelse.

2013 (Direktiv 2011/24/EU): Direktiv vedtaget om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelse og træder i kraft 25. oktober 2013.

Kilde: Eu-oplysningen.dk.

Det bør bemærkes, at sundhedsydelse oprindeligt var en del af Servicedirektivet, men at sundhedsydelse i 2005 blev fjernet herfra for at blive fremsat i et separat direktiv, hvilket kan indikere, at sundhedsydelse for medlemsstaterne er et meget politisk følsomt emne.

⁵ Det er af tre årsager mest oplagt, at det er privathospitalerne, der tiltrækker sundhedsturister. For det første har de offentlige hospitaler ifølge sundhedsloven kun mulighed for at tilbyde sygehusydelse til udenlandske sygehusmyndigheder og sygeforsikringskasser, såfremt det offentlige hospital forinden har tilbudt ydelse til de andre regionsråd, og disse har afvist tilbuddet. For det andet er det ikke det offentliges opgave - med skatteborgernes penge i ryggen - at tage den risiko, der er forbundet med at tiltrække sundhedsturister og derefter konkurrere med private sundhedsleverandører om at behandle private betalingspatienter fra ind- eller udland. Og for det tredje vil det kræve, at de offentlige hospitaler får et fuldt overblik over, hvad de behandling, de tilbyder, koster, så danskerne ikke statsstøtter udenlandske behandling. Kilde: CEPOS (2013): Privathospitaler, sundhedsturisme og vækstpotentialer samt svar til folketinget på spørgsmål 3483 af 14. juni 2012.

Formålet med det nye EU-direktiv kan inddeles i fem dele. For det første kodificerer dette direktiv de af EU-domstolen stadfæstede afgørelser og afklarer de nuværende gråzoner. For det andet defineres patientrettighederne i forbindelse med at modtage sundhedsydelse i andre medlemsstater. For det tredje adresserer direktivet spørgsmålet om, i hvilket omfang medlemsstaterne er ansvarlige for at sikre sikkerheds- og kvalitetsstandarder, information, klagemuligheder og erstatningsansvar samt beskyttelse af privatlivets fred. For det fjerde opstiller direktivet rammerne for godtgørelse af sundhedsydelse modtaget i udlandet. Og for det femte har direktivet til formål at fremme samarbejdet om sundhedsydelse mellem medlemsstater.

To veje til sundhedsydelse i andre medlemsstater

Der er i dag to veje⁶, ad hvilke europæere kan bede om og få adgang til sundhedsydelse i andre medlemsstater finansieret af forsikringsmedlemsstaten, jf. tabel 2. Den ene vej er via direktivet, den anden vej er via Forordning 883/2004. Det, der adskiller direktivet fra forordning 883/2004, er bl.a. kravet om forhåndstilladelse. Ifølge forordningen er akutte behandlinger ikke underkastet krav om forhåndstilladelse⁷, mens en forhåndstilladelse altid er påkrævet ved planlagte behandlinger. Direktivet skelner ikke mellem akutte og planlagte behandlinger. Her er en forhåndstilladelse alene nødvendig, hvis behandlingen kræver en højt specialiseret og omkostningskrævende medicinsk infrastruktur eller udstyr, eller hvis behandlingen kræver hospitalsindlæggelse af den pågældende patient i mindst en nat.⁸ Desuden kan patienter under direktivet både anvende private og offentlige leverandører af sundhedsydelse, og patienten selv skal lægge ud for behandlingen for derefter at søge om refusion.⁹

⁶ Harvey et al (2010): Patient mobility in the European Union.

⁷ Se fx forordning 883/2004 artikel 19 samt lovforslag L33 fremsat 3. oktober 2013.

⁸ Forsikringsmedlemsstaten kan begrænse muligheden for at yde godtgørelse, hvis sundhedsydelse ud fra tvingende almene hensyn til f.eks. krav til planlægningen med det formål at sikre, at der på den pågældende medlemsstats område er en tilstrækkelig og vedvarende adgang til et afbalanceret udbud af behandling af høj kvalitet, eller ud fra et ønske om at styre omkostningerne og i videst muligt omfang undgå ethvert spild af økonomiske, tekniske og menneskelige ressourcer, jf. Direktiv 2011/24/EU artikel 7, stk. 9.

⁹ Direktiv 2011/24/EU artikel 8, stk. 2.

Tabel 2. To veje til sundhedsydelse i andre medlemsstater		
	Direktiv 2011/24/EU	Forordning 883/2004*)
Forhåndstilladelse	Kan kun blive påkrævet i begrænsede tilfælde. Hovedsageligt ved højt specialiseret og omkostningstung planlagt behandling eller ved hospitalsindlæggelse.	Påkrævet.
Forhåndstilladelse skal gives	Når der er unødigt ventetid i hjemlandet.	Når der er unødigt ventetid i hjemlandet.
Kvalificerede leverandører	Alle.	Leverandører som leverer sundhedsydelse efter aftale med behandlingslandet og som modtager refusion fra dette land.
Refusionsniveau	Op til samme niveau som behandling i hjemlandet.	Som udgangspunkt behandlingslandets takst**).
Refusionsbetingelser	De samme som reglerne i hjemlandet.	Samme regler som for lovpligtig behandling i behandlingslandet.
Betaling	Patientbetaling og efterfølgende refusion.	Tredjeparts betalingssystem.

Anm.: *)Også kendt som den tilladelse, der gives på blanket E112 eller S2. **)Som udgangspunkt behandlingslandets takst, men ret til udligning (for fx egenbetaling) op til hjemlandets takst.

Kilde: Baeten (2012) - Europeanization of national health systems: National impact and EU codification of the patient mobility case law.

Af direktivet følger, at borgerne som udgangspunkt er berettiget til godtgørelse af udgifter til sundhedsydelse i en anden medlemsstat, hvis den sikrede har ret til de pågældende sundhedsydelse i hjemlandet. Ifølge lovforslag L33 vil dette betyde, at omfanget af sundhedsydelse, som danskere kan få adgang til i en anden medlemsstat, vil blive udvidet, jf. boks 2.

Boks 2. Sundhedsydelser som danskere har ret til at få godtgjort

Danske patienter har under de eksisterende regler om godtgørelse (bekendtgørelse 1098 af 19. nov. 2008 og bekendtgørelse 1439 af 23. dec. 2012) ret til godtgørelse for:

- Ernæringspræparater
- Brillere til børn under 16 år
- Almen lægehjælp til gruppe 2-sikrede
- Speciallægehjælp til gruppe 1- og 2-sikrede
- Tandpleje og tandbehandling
- Kiropraktisk behandling
- Fysioterapeutisk behandling
- Fodterapeutisk behandling
- Psykologbehandling
- Børn- og ungdomstandpleje
- Støtte til tandproteser ved ulykkesbetingede tandskader
- Genoptræning uden for sygehusregi (kommunalbestyrelsens tilbud)
- Fysioterapi
- Tandpleje til patienter samt til visse patientgrupper
- Sygehus behandling

Ved den kommende bekendtgørelse får danske patienter også ret til:

- Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge
- Hjemmesygepleje
- Omsorgstandpleje
- Specialtandpleje
- Regionstandpleje
- Tandbehandling til personer med visse medfødte sjældne sygdomme
- Sundhedsfaglig alkoholbehandling
- Lægelig stofmisbrugsbehandling
- Gruppe 1-sikrede har ret til godtgørelse af udgifter til almen læge

Kilde: Lovforslag L33 fremsat 3. oktober 2013

Set fra patientens perspektiv indeholder direktivet således flere væsentlige barrierer for behandling i udlandet. Heriblandt kan nævnes kravet om forhåndstilladelse, kravet om at patienten selv skal lægge ud for behandlinger før derefter at søge om refusion og det faktum, at patienten selv skal betale for hele eller dele af rejseomkostningen forbundet med behandling i udlandet¹⁰. I nogle lande har man dog gennemført særlige tiltag for at reducere disse barrierer. Fx kan svenske patienter ansøge Försäkringskassan om en såkaldt forhåndsbesked, der angiver, hvor meget patienten kan forvente at få refunderet, jf. boks 4, hvilket reducere dele af den økonomiske usikkerhed.

Medlemsstaternes syn på direktivet

Det er tydeligt, at dette direktiv er slutpunktet for en lang og arbejdskrævende proces.¹¹ Løbende har medlemsstaterne rejst en række bekymringer som fx vedrører direktivets effekt på uligheden både indenfor landet og mellem lande, hvordan forskelle i kvaliteten mellem lande bør takles, og hvordan direktivet påvirker landenes mulighed for at styre omkostningerne og rationere behandlingerne.

At direktivet er politisk følsomt fremgår også af direktivet og direktivets præambel, som indeholder mange formuleringer om, at dette direktiv netop har til hensigt at respektere medlemsstaternes frihed og autonomi.¹² Endvidere indeholder direktivet i vid udstrækning mulighed for, at medlemsstaterne kan begrænse patienters frie bevægelighed med henvisning til folkesundheden eller den økonomiske balance¹³. Og det fremgår også eksplicit af direktivets præambel, at gennemførelsen af dette direktiv i national lovgivning og dets anvendelse ikke bør "føre til, at patienter tilskyndes til at modtage behandling uden for deres forsikringsmedlemsstat"¹⁴.

¹⁰ Direktivet giver mulighed for, at forsikringsmedlemsstaten kan refundere disse udgifter eller dele af dem, jf. direktiv 2011/24/EU, artikel 7, stk. 4.

¹¹ Baeten (2012): Europeanization of national health systems - National impact and EU codification of the patient mobility case law.

¹² Se fx præamblet til direktiv 2011/24/EU: "Dette direktiv respekterer medlemsstaternes frihed til at vælge, hvilken form for sundhedsydelser de finder hensigtsmæssige, og anfægter ikke denne frihed. Ingen bestemmelser i dette direktiv skal fortolkes på en sådan måde, at de undergraver medlemsstaternes grundlæggende etiske valg".

¹³ European Observatory on Health Systems and Policies (2011): Cross-border Health Care in the European Union - Mapping and analyzing practices and policies.

¹⁴ Præamblet til direktiv 2011/24/EU.

Ifølge European Social Observatory har medlemsstaternes primære anke mod direktivet været båret af frygten for, at denne 'indre markeds'-tilgang til sundhedsydelser vil sætte den nationale suverænitæt over styr, og at direktivet vil underminere den nationale lovgivning ved at fratage medlemsstaterne muligheden for selv at fastlægge prioriteter og planlægge kapaciteten¹⁵. Særligt har godtgørelser til leverandører af sundhedsydelser, som ikke er underleverandører til forsikringsmedlemsstaten, været et følsomt emne. Medlemsstaterne har frygtet, at de vil blive presset til også at godtgøre ydelser foretaget hos leverandører, der ikke er underleverandører til forsikringsmedlemsstaten, hvis det påkræves af dem i udlandet.¹⁶

Meget tyder på, at medlemsstaterne på kort sigt ikke har særlig stor tilskyndelse til at implementere direktivet på en måde, som sikrer en optimal patientmobilitet. Tværtimod vælger mange medlemsstater en merkantilistisk tilgang, hvor de forsøger at tiltrække sundhedsturister og samtidig opstille barrierer, der hindrer egne borgere i at søge sundhedsydelser i udlandet.

Fordi medlemsstaternes primære bekymring er at miste kontrol med udvalget af udenlandske leverandører af sundhedsydelser, vælger nogle medlemsstater at opstille skærpede krav om, at det fx kun er underleverandører i andre forsikringsmedlemsstater, som må behandle hjemlandets patienter eller, at hjemlandets patienter kun må behandles af leverandører med hvem, hjemlandet har kontrakt.¹⁷

Nedenfor gennemgås tre cases lavet på baggrund af en række interviews i henholdsvis Danmark, Holland og Sverige. Disse interviews giver et indblik i, hvordan medlemsstaterne har tænkt sig at implementere direktivet. Den første boks viser, at Danmark har en meget protektionistisk tilgang til sundhedsturisme, jf. boks 3.

¹⁵ Baeten (2012): Europeanization of national health systems - National impact and EU codification of the patient mobility case law and European Observatory on Health Systems and Policies (2011): Cross-border Health Care in the European Union - Mapping and analyzing practices and policies.

¹⁶ Dette fremgår fx af den Polske modstand til direktivet. Baeten (2012): Europeanization of national health systems - National impact and EU codification of the patient mobility case law.

¹⁷ Baeten (2012): Europeanization of national health systems - National impact and EU codification of the patient mobility case law.

Boks 3. Danmarks protektionistiske tilgang (direktiv endnu ikke implementeret)

Kendetegnende for de danske interviews var en indstilling om, at direktivet ikke på kort sigt vil have nogen effekt på patientmobiliteten. Dette skyldes, at direktivet blot kodificerer forskellige retslige afgørelser og at barriererne (herunder geografiske, økonomiske og sproglige barrierer) for patientmobilitet er så signifikante, at patienter undlader at rejse til udlandet for behandling.

På lang sigt er det dog en mulighed, at patientmobiliteten vil vokse. På den ene side kan dette øge specialiseringen af sundhedsydelse i Europa, hvilket er af særlig interesse for et lille land som Danmark. På den anden side kan det betyde højere sundhedsomkostninger, hvilket vil skade det danske sundhedssystem. Endvidere ser man også i Danmark en risiko for, at direktivet bidrager til at øge uligheden mellem rige og fattige danskere, da patienter som anvender dette direktiv selv skal lægge ud for behandling, såvel som mellem rige og fattige lande, da patienter fra fattige lande ikke har råd til at få behandling i udlandet, hvis behandlingen i disse lande er dyrere.

Hvad angår selve implementeringen, så har Danmark valgt at opkræve forhåndstilladelse, før man kan modtage hospitalsbehandling i udlandet. Sundhedsministeriet lægger med implementeringen i L33 op til, at alle specialefunktioner (regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner) vil kræve en forhåndstilladelse. Noget tyder imidlertid på, at denne implementering af patientrettighederne er for restriktiv sammenlignet med det, som EU-direktivet lægger op til. Helt konkret skyldes det, at man ifølge EU-direktivet *kan* kræve forhåndstilladelse, hvis sundhedsydelsen "kræver brug af højt specialiseret OG omkostningskrævende medicinsk infrastruktur eller medicinsk udstyr". Regionsfunktionerne er dog ifølge den danske implementering (L33) defineret som funktioner, "som har en vis kompleksitet, er relativt sjældent forekommende og/ELLER kræver en del ressourcer". Altså umiddelbart omfatter Danmark flere behandlinger i kravet om forhåndstilladelse.

Endvidere synes der at have manglet fuldstændig klarhed om patienternes rettigheder, når det kommer til behandling i udlandet. Fx skrev Danske Regioner på deres hjemmeside, i forbindelse med EU-direktivet blev vedtaget i 2011, at: "I det nuværende udvidede frie sygehusvalg kan patienter vælge frit mellem de sygehuse i ind- og udland, som Danmark har aftaler med". Helt konkret har der været tale om enkelte udvalgte hospitaler i Tyskland og Sverige. Og teksten fortsætter: "Direktivet giver patienterne yderligere mulighed for at vælge frit mellem alle behandlingssteder i EU, der tilbyder en behandling svarende til den, de tilbydes i Danmark". Heraf kunne patienterne foranlediges til at tro, at man ikke tidligere har haft ret til offentligt finansierede behandling i alle medlemsstater og, at man kun har haft ret til behandling de steder, hvor Danske Regioner har haft selektive kontrakter. Dette synes bestemt ikke at stemme overens med EU-domstolens tidligere retslige afgørelser. I mange år har danske patienter haft ret til offentligt finansieret behandling i alle medlemsstater.

Helt overordnet var der ifølge de danske interviews således hverken interesse for udenlandsk eller indenlandsk sundhedsturisme.

Kilde: Hjemmesider og interviews med Danske Regioner, Syddansk Universitet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, samt Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker.

Selvom Holland har et forsikringsbaseret sundhedssystem, er incitamenterne til at begrænse sundhedsturismen de samme som i Danmark, jf. boks 4. I Holland anlægger man en defensiv tilgang til sundhedsturismen.

Boks 4. Hollands merkantilistiske tilgang (direktiv implementeret)

Vores interviews med Holland viste, at direktivet heller ikke her vurderes til at have nogen effekt på kort sigt. På længere sigt forventes direktivet dog at øge patientmobiliteten. Og det kan blive et problem. For i Holland forudser man, at hollandske patienter vil begynde at søge til Belgien, Tyskland og Frankrig, hvor antallet af læger, specialister og hospitalssenge pr. indbygger er flere gange højere end i Holland. Og det betyder, at det kan blive svært at holde omkostningerne til det hollandske sundhedssystem nede. Dette skal ses i lyset af, at Holland i dag er et af de lande, som i særlig høj grad er udfordret af en høj vækst i sundhedsudgifterne.

Hvad angår selve implementeringen af direktivet, så er Holland blandt de lande, der har brugt mest energi på at sikre, at deres lovgivning lever op til direktivet. Dog er Holland meget defensiv i sin tilgang. I Holland er udgangspunktet, at man meget gerne tiltrækker sundhedsturister fra udlandet for derved at få ekstra indtægter til landet. Samtidig ønsker man dog i vidt omfang at begrænse udstrømningen af egne patienter ved brug af selektive kontrakter. I Holland er der således opstillet regler for, at hollandske patienter kun kan søge behandling hos leverandører, som de hollandske forsikringsselskaber har indgået en kontrakt med. I øjeblikket har Holland kun indgået få kontrakter i udlandet, herunder i Belgien og Tyskland. Det er ifølge Europakommissionen meget tvivlsomt, hvorvidt disse selektive kontrakter er i overensstemmelse med direktivet.

Helt overordnet var der ifølge de hollandske interviews således interesse for at tiltrække udenlandske sundhedsturister, samtidigt med at man begrænser indenlandske sundhedsturister.

Kilde: Hjemmesider og interviews med Aduard BV, Zelfstandige Klinieken Nederland og Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Sveriges tilgange til sundhedsturismen adskiller sig fra den danske tilgang, jf. boks 5. Her byder man i højere grad konkurrencen velkommen.

Boks 5. Sveriges frihandelstilgang (direktiv implementeret)

På linje med Danmark og Holland er det Sveriges vurdering, at direktivet ikke vil have nogen kortsigtet effekt. På lang sigt kan direktivet dog vise sig at øge patientmobiliteten. Dette vil ifølge de svenske interviews særligt være tilfældet, hvis de svenske ventelister bliver for lange. Men i et svensk perspektiv er øget patientmobilitet ikke nødvendigvis negativt. For patientstrømme kan være en god indikator for, hvor attraktivt det svenske sundhedssystem er. Udadgående patientstrømme tydeliggør netop, hvor det svenske sundhedssystem har sine svagheder og kan således bidrage til at udvikle og forbedre det svenske sundhedssystem mht. kvalitet, arbejdsgange og effektivitet. Desuden ser svenskerne også et stort potentiale i at tiltrække flere udenlandske sundhedsturister til både private og offentlige hospitaler til gavn for vækst og beskæftigelse i landet. Af samme årsag har svenskerne et stort fokus på, at informere om deres egne hospitalers kvalitetsniveau, idet kvalitet netop er den parameter, som svenskerne forventer at være særligt konkurrencedygtige på.

Blandt svaghederne ved direktivet nævner svenskerne, at der kan være betydelige forskelle i kvalitetsstandarder mellem lande. Dette kan være et problem, hvis svenske patienter søger behandling i udlandet. Desuden kan det faktum, at patienterne selv skal lægge ud for behandling, vise sig at være en betydelig barriere for, at svenske patienter søger til udlandet. Derfor har man i Sverige indført en lov (lag 2013:513), som har til hensigt at lette svenske patienters adgang til sundhedsydelser i udlandet. Loven muliggør, at patienter kan ansøge om en såkaldt forhåndsbesked og derved få afklaret, hvorvidt de er berettiget til erstatning af sundhedsydelser modtaget i et andet medlemsland. Forhåndsbeskeden oplyser ligeledes patienten om det maksimale beløb for godtgørelsen af behandlingen. Ved efterfølgende erstatning foreskriver loven, at Försäkringskassan som minimum skal refundere dette beløb. Helt overordnet vælger Sverige således i høj grad at byde den af direktivet inducerede konkurrence velkommen. Ifølge de svenske interviews, er man i Sverige positivt indstillet overfor både udenlandsk og indenlandsk sundhedsturisme. Dog har man ingen konkrete planer om aktivt at sende patienter til udlandet for at få bedre og billigere behandling.

Kilde: Hjemmesider og interviews med Försäkringskassan, Socialdepartementet og Sveriges Kommuner och Landsting.

Direktivets økonomiske konsekvenser

Med lovforslag L33 fremsat 3. oktober 2013 forsøger Danmark at implementere dele af direktiv 2011/24/EU i sundhedsloven. Af dette lovforslag fremgår det, at direktivet kan risikere at have negative økonomiske konsekvenser for det offentlige, hvis direktivet på lang sigt medfører større interesse for at modtage behandling i andre medlemslande. Fx vil der være udgifter forbundet med øget offentlig sagsbehandling i forbindelse med vejledning om reglerne og behandling af ansøgninger om refusion af udgifter.

Lovforslaget skønner dog, at det fortsat kun vil være en lille andel af patienter, som vil søge behandling i udlandet, idet der fortsat vil være ulemper forbundet hermed, som fx at patienten selv skal lægge ud for udgifter til behandlingen, at behandlingen sker på et fremmed sprog, og at der er afstand til bopæl, familie og pårørende.

Hvad lovforslaget ikke nævner er, at der kunne være positive mindredgifter for det offentlige, hvis det offentlige aktivt sendte patienter, der måtte ønske det, til hurtig behandling af høj kvalitet i lande, hvor prisen var lavere end herhjemme. Allerede i dag køber tyske forsikringselskaber spabehandlinger i Tjekkiet, Finland køber plastikoperationer i Estland, og Norge og Holland køber ældrepleje i Spanien.¹⁸

Direktivets potentiale

Som beskrevet har Danmark anlagt en protektionistisk tilgang til direktivet. Dog kunne direktivet, hvis det på sigt vil føre til højere patientmobilitet, bringe mange fordele med sig.

¹⁸ Harvey et al (2010): Patient mobility in the European Union.

Fx kan øget patientmobilitet føre til, at medlemsstaterne i højere grad specialiserer sig frem for at opbygge sundhedssystemer med identiske kompetencer. En sådan specialiseringen vil formentlig primært falde inden for sjældne og komplicerede behandlinger. At samle disse behandlinger på færre medicinske centre vil alt andet lige give billigere og bedre behandling, hvilket igen frigør ressourcer, som kan anvendes andetsteds.

Endvidere kan en øget patientmobilitet skabe grundlag for en styrket konkurrence på tværs af landegrænser, hvilket kan få sundhedsudbydere til at forbedre kvaliteten, arbejdsgangene og effektiviteten for derved at kunne fastholde og tiltrække patienter. Desuden kan konkurrencen føre til et opgør med indenlandske monopoler og forsikringsmedlemsstater kan bruge direktivet til at støtte egne reform-agendaer indenfor fx ventelister, frit valg og konkurrence.¹⁹

Fastholder Danmark en protektionistisk tilgang til direktivet, båret af frygten for højere sundhedsudgifter, kan direktivet meget vel vise sig, at ende op med at have negative økonomiske konsekvenser grundet de øgede udgifter til offentlig sagsbehandling. Den danske tilgang bliver en selvopfyldende profeti. Skal Danmark vende direktivet til noget positivt, så kræver det for det første, at Danmark - ligesom i Sverige - sætter fokus på at tiltrække sundhedsturister fra udlandet til gavn for vækst og beskæftigelse herhjemme.

For det andet bør Danmark øger konkurrenceudsættelsen af det danske sundhedsvæsen ved at reducere de barrierer, der hindrer at danske patienter søger behandling i udlandet. Netop fordi konkurrencen kan udvikle og forbedre det danske sundhedsvæsen og føre til højere kvalitet, forbedrede arbejdsgange og øget effektivitet. Helt konkret har patienterne behov for yderligere information om rettigheder, kvalitet og sikkerhed såvel som en standardisering af oplysningerne i patientjournaler. Europakommissionen arbejder også på at fremme dette.²⁰ Desuden kunne Danmark lette refusionsreglerne ved fx at indføre en forhåndsbesked som i Sverige samt minimere antallet af behandlinger, der kræver forhåndsgodkendelse.

For det tredje bør Danmark aktivt forsøge at bruge den europæiske specialisering og konkurrence til at få mere sundhed for skattekrone ved at sende de patienter, der måtte ønske det, til hurtigt og billig behandling af høj kvalitet i udlandet.

¹⁹ Baeten (2012): Europeanization of national health systems - National impact and EU codification of the patient mobility case law.

²⁰ Se fx direktiv 2011/24/EU artikel 6, 10 og 14.