

## EU'S INDRE MARKED FOR SUNDHEDSYDELSER

15-01-2019

AF MIA AMALIE HOLSTEIN (53 55 71 77)

### RESUMÉ

*Den stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser er for mange vestlige lande en økonomisk udfordring. Men det er også en mulighed for Danmark, hvis vi formår at udnytte den. Fx kan Danmark kapitalisere på den stigende internationale efterspørgsel efter sundhedsydelser og på EU's blomstrende indre marked for sundhedsydelser.*

*Siden det første tiltag i 1958 har Europakommissionen banet vejen for et stærkere og mere integreret marked for sundhedsydelser. Det seneste tiltag i rækken er EU-direktiv (2011/24/EU), også kaldet patientmobilitetsdirektivet, som er en afklaring af patienters ret til at modtage sundhedsydelser fra og i andre lande, end det land, hvor de er bosiddende, også kaldet sundhedsturisme. Direktivet, som blev implementeret i 2013, har skabt grundlag for en vækst i sundhedsturismen. Oxford Economics har vurderet, at der i 2015 globalt var omkring 14 mio. sundhedsturister, en markedstørrelse på 46-72 mia. USD og en årlig vækst i sundhedsturismen på 25 pct.*

*Dette skaber muligheder for Danmark. For det første kan den danske sundhedsbranche, hvis den måtte ønske det, målrettet tiltrække sundhedsturister og gøre Danmark til et internationalt center for sundhedsturisme. Dette ville skabe vækst og beskæftigelse i sektoren. For det andet kunne Danmark drage gavn af den europæiske specialisering og konkurrence, som det indre marked for sundhedsydelser vil afføde, og sende danske patienter, der måtte ønske det, til billig og hurtig behandling af høj kvalitet i udlandet.*

*Der er dog to forhold som afholder Danmark fra at kapitalisere på den internationale efterspørgsel efter sundhedsydelser. For det første vil det at tiltrække sundhedsturister til Danmark, kræve en langt stærkere privat hospitalssektor end i dag, hvor danske privathospitalsers markedsandel udgør omkring 1 pct. af al offentligt finansieret aktivitet. En stærkere privathospitalssektor kræver igen, at regionerne i langt højere grad anvender danske privathospitaler i de tilfælde, hvor de er bedre og billigere end det offentlige. Desuden burde Folketinget også åbne op for, at danske patienter allerede fra dag 1 kan gøre brug af det udvidede frie valg. For udenlandske patienter og sundhedsmyndigheder er først trygge ved at bruge danske privathospitaler, hvis det offentlige og danske patienter selv gør det.*

*For det andet får danske patienter først rigtigt gavn af muligheden for at blive behandlet i udlandet, når regionerne anlægger en mindre restriktiv og protektionistisk tilgang til implementeringen af EU-direktivet. Fx begrænses danskernes sundhedsturisme i dag af mangel på information om retten til behandling i udlandet og af Sundhedsministeriets skrappe krav om forhåndsgodkendelse.*

*Det anbefales derfor, at Danmark anlægger en mere liberal og frimarkedsbaseret tilgang til EU-direktivet og at privathospitalerne sidestilles i konkurrencen med de offentlige hospitaler.*

## STIGENDE EFTERSPØRGSEL EFTER SUNDHEDSYDELSE

I Danmark – såvel som i mange andre vestlige lande – er den aldrende befolkning, den voksende forventning til sundhedsydelse affødt af de almindelige velstandsstigninger og udviklingen af ny teknologi med til at generere en stor efterspørgsel efter sundhedsydelse. I økonomier med begrænset konkurrence på sundhedsområdet skaber denne store efterspørgsel en udfordring. For mange steder er efterspørgselspresset så stort, at væksten i landets sundhedsudgifter overstiger den generelle økonomiske vækst. Men det skaber også en mulighed. Muligheden for at Danmark kan kapitalisere på den stigende internationale efterspørgsels efter sundhedsydelse og på EU's blomstrende indre marked for sundhedsydelse.

## DE JURIDISKE RAMMER

Siden 1958 har tiltag i Europakommissionen banet vejen for et stærkere og mere integreret marked for sundhedsydelse, jf. appendiks 1. Det seneste tiltag i rækken er EU-direktiv (2011/24/EU), som er en afklaring af patienters rettigheder i forbindelse med 'grænseoverskridende sundhedsturisme'. Direktivet trådte i kraft den 25. oktober 2013 og dets formål falder i fem dele:

- *For det første* kodificerede direktivet de af EU-domstolen stadfæstede afgørelser og afklarer de nuværende gråzoner.
- *For det andet* definerede direktivet patientrettighederne i forbindelse med at modtage sundhedsydelse i andre medlemsstater.
- *For det tredje* adresserede 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* opstillede direktivet rammerne for godtgørelse af sundhedsydelse modtaget i udlandet.
- *Og for det femte* fremmer direktivet samarbejdet om sundhedsydelse på tværs af medlemsstater.

I dag er der således to måder<sup>1</sup>, hvorpå europæere kan få adgang til sundhedsydelse i andre medlemsstater. Det ene er dette direktiv (direktiv (2011/24/EU)). Det andet er Forordning 883/2004, som er beskrevet nærmere i CEPOS-notatet 'Nyt EU-direktiv styrker det indre marked for sundhedsydelse' fra 2013.

Det, der adskiller direktivet fra forordningen, er bl.a. kravet om, hvornår patienter skal søge om forhåndsgodkendelse i regionerne, hvis de skal have en sundhedsydelse refunderet. Ifølge forordningen er akutte behandlinger ikke underkastet krav om forhåndsgodkendelse<sup>2</sup>, mens en

---

<sup>1</sup> Harvey et al (2010): Patient mobility in the European Union.

<sup>2</sup> Se forordning 883/2004 artikel 19.

forhåndsgodkendelse altid er påkrævet ved planlagte behandlinger<sup>3</sup>. Direktivet skelner ikke mellem akutte og planlagte behandlinger. Her er en forhåndsgodkendelse bl.a. nødvendig, når behandlingen kræver en højt specialiseret og omkostningskrævende medicinsk infrastruktur eller udstyr, eller hvis behandlingen kræver hospitalsindlæggelse af den pågældende patient i mindst en nat.<sup>4</sup> Desuden kan patienter under direktivet både anvende private og offentlige leverandører af sundhedsydelser, og patienten selv skal lægge ud for behandlingen for derefter at søge om refusion.<sup>5</sup>

Ifølge direktivet er borgere som udgangspunkt berettiget til godtgørelse af udgifter til sundhedsydelser i en anden medlemsstat, hvis den sikrede har ret til de pågældende sundhedsydelser i hjemlandet.

Boks 1. Direktiv (2011/24/EU)	
Forhåndsgodkendelse	Kan evt. blive påkrævet i begrænsede tilfælde. Hovedsageligt ved højt specialiseret og omkostningstung planlagt behandling eller ved hospitalsindlæggelse.
Forhåndsgodkendelse skal gives	Når der er unødigt ventetid i hjemlandet.
Kvalificerede leverandører	Alle, dvs. både private og offentlige leverandører.
Refusionsniveau	Op til samme niveau som behandling i hjemlandet.
Refusionsbetingelser	De samme som reglerne i hjemlandet.
Betaling	Patientbetaling og efterfølgende refusion.

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

## IMPLEMENTERING AF EU-DIREKTIVET

I en europæisk kontekst er de nationale sundhedsvæseners traditionelt et politisk følsomt emne. For på dette område ønsker medlemsstaterne frihed, autonomi og national suverænitæt. Det har man forsøgt at tage højde for i direktivet og i direktivets præampel. Fx har Europakommissionen

<sup>3</sup> Se forordning 883/2004 artikel 20, stk. 2 og Hartlev, Hybel og Mortensen (2017): Sundhed og Jura, s. 415-416.

<sup>4</sup> Forsikringsmedlemsstaten kan begrænse muligheden for at yde godtgørelse, hvis sundhedsydelser 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.

<sup>5</sup> Direktiv 2011/24/EU artikel 8, stk. 2.

gjort det muligt for medlemsstaterne at begrænse patienters frie bevægelighed med henvisning til folkesundheden eller den økonomiske balance.<sup>6</sup> 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"<sup>7</sup>.

Derfor har medlemsstaterne også valgt at implementerer direktivet på forskellige måder. Nogle medlemsstater, som fx Holland, har valgt en merkantilistisk tilgang, hvor de forsøger at tiltrække sundhedsturister, men samtidigt opstiller barrierer, der hindre egne borgere i at søge sundhedsydelser i udlandet. Andre lande, som fx Sverige, har valgt en mere frihandelsbaseret tilgang til sundhedsturismen, hvor de i højere grad tilskynder til både import og eksport af sundhedsydelser. Og endeligt er der lande som fx Danmark, som har valgt en mere protektionistisk tilgang<sup>8</sup>, hvor den danske sundhedsturisme begrænses, jf. boks 4, og den udenlandske sundhedsturisme ikke tilskyndes. Cepos-notatet "Nyt EU-direktiv styrker det indre marked for sundhedsydelser" indeholder en gennemgang af tilgangen i Danmark, Holland og Sverige. Boks 2 nedenfor gennemgår den danske implementering af patientmobilitetsdirektivet.

### Boks 2. Danmarks implementering af patientmobilitetsdirektivet

Danmark er kendt for at optræde eksemplarisk, når det gælder national implementering af EU-retten. Dette kendetegner dog ikke implementeringen af EU-retten i forhold til 'grænseoverskridende sundhedsydelser'. Ifølge en artikel af dr.jur. Mette Hartlev et. al. fra Københavns Universitet har der generelt været en 'politisk og administrativ modvilje' overfor at bringe dansk ret i overensstemmelse med de afgørelser, EU-Domstolen har truffet løbende siden 1998. Desuden viser Folketingets behandling af patientmobilitetsdirektivet i 2013 (som dog blev gennemført stort set rettidigt) en skeptisk holdning overfor implementeringsloven. Det kommer fx til udtryk i både lovens bemærkninger og andre forarbejder, som ifølge Mette Hartlev 'sender tvetydige signaler om direktivets indflydelse på patienters rettigheder i forhold til grænseoverskridende sundhedsydelser'. På den ene side nedtones direktivets betydning med henvisning til, at danske patienter i forvejen 'er sikret rettidig og kvalificeret behandling' gennem den nationale lovgivning. Den daværende sundhedsminister understregede bl.a. i sin tale til Sundhedsudvalget, at direktivet blot er et supplement til de rettigheder, som danske patienter allerede har. På den anden side løfter forarbejderne 'en advarende pegefinger, når vigtigheden af, at kunne bevare et stærkt, dansk sundhedsvæsen flere gange fremhæves som begrundelse for at kræve forhåndsgodkendelse til hospitalsbehandling i udlandet og dermed indskrænke patienters frie valg og bevægelighed'.

Særligt to forhold gør sig gældende i forbindelse med implementeringen af direktivets bestemmelser: Forhåndsgodkendelsen og rettighedsinformationen.

#### Forhåndsgodkendelsen

Ikke alle lande stiller krav om forhåndsgodkendelse. Men i Danmark har vi valgt at stille krav om en forhåndsgodkendelse, før man kan være sikker på at få refusion for en behandling modtaget i udlandet. Foruden det administrative bøvl det måtte medføre, er der noget der tyder på, at vores implementering af kravet om forhåndsgodkendelse er relativt vidtgående.

<sup>6</sup> European Observatory on Health Systems and Policies (2011): *Cross-border Health Care in the European Union – Mapping and analyzing practices and policies.*

<sup>7</sup> Præamblet til direktiv 2011/24/EU.

<sup>8</sup> Se fx tillægsbetænkning over Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet (18. december 2013).

Ifølge direktivet kan man af 'planlægningshensyn' eller hvis ydelsen 'kræver brug af højt specialiseret og omkostningskrævende medicinsk infrastruktur eller medicinsk udstyr' stille krav om forhåndsgodkendelse. Men Sundhedsministeriet har med implementeringen af direktivet lagt op til, at alle specialefunktioner (regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner) vil kræve en forhåndsgodkendelse. Dog henviser ministeriet ikke til, hvordan specialefunktionerne relateres til direktivets kriterier for forhåndsgodkendelseskravet. Desuden kræver ministeriet også forhåndsgodkendelse for behandling som kræver hospitalsindlæggelse i mindst en nat. Og endeligt har Sundhedsstyrelsen opstillet en tredje kategori som defineres som 'andre sygehusydelse som ikke er omfattet af ovenstående punkt 1 og punkt 2, men hvor forhåndsgodkendelseskravet kræves'. Punktet er tomt, men listen over forhåndsgodkendelseskrav er interessant og får Mette Hartlev til at konkludere, at der er tvivl om, hvorvidt den danske liste over ydelser, der kræver forhåndsgodkendelse i tilstrækkelig grad reflekterer de i direktivet angivne kriterier. "Den danske model kan vise sig at være for bred".

#### Retsinformationen

Helt overordnet er det ikke specielt let for danske patienter at finde ud af, om de har ret til at modtage behandling i udlandet. Informationen er ofte svær at finde og relativt begrænset, ofte advares patienterne om, at processen er kompleks, meget lidt information er på fremmedsprog og regionerne sender konstant patienterne via links videre til andre myndigheders hjemmesider (se fx Region Hovedstaden information om 'sygehusbehandling i udlandet', feb. 2018). Grundlæggende afhænger patienternes muligheder for at få relevant information derfor af en mundtlig henvendelse til de regionale patientkontorer. Det er til trods for, at patientdirektivet lægger stor vægt på, at sikre patienter tilstrækkelig information om både muligheden for at gøre brug af deres ret til behandling i udlandet og for at få tilstrækkeligt information til at kunne træffe et informeret valg. Dette får Mette Harlev til at konkludere, at "det kan derimod siges at være i strid med EU-rettens ligebehandlingsprincip, at man ikke giver patienterne ligeværdig information om ret til behandling efter henholdsvis national ret og EU-retten".

#### Sundhedsturismen i tal

Den del af sundhedsturismen, som relaterer sig til sundhedsydelse under patientmobilitetsdirektivet, er meget begrænset. I 2016 var der ifølge Europakommissionen 31.753 ansøgninger om refusion af behandling foretaget i udlandet. Heraf stod tandlægebehandlinger for 94 pct. (knap 29.700 behandlinger) af danskernes ansøgninger, mens øvrige behandlinger, som ikke vedrørte tandbehandlinger, lå på omkring 2.100 behandlinger\*). Samtidigt modtog Danmark 1554 sundhedsturister under patientmobilitetsdirektivet\*\*).

#### Konklusion

Generelt må man konkludere, at den danske sundhedsturisme begrænses. Dr. jur. Mette Hartlev konkluderer at:

*"Implementeringen [af patientmobilitetsdirektivet] efterlader generelt det indtryk, at det er den danske opfattelse, at det danske sundhedsvæsen med de danske regler kan gøre det bedste for danske patienter. Dette kan forklare den brede anvendelse af forhåndsgodkendelseskravet og nedtoningen af informationsforpligtelsen i relation til EU-reglerne sammenlignet med de danske regler. På den baggrund kan man konkludere, at dansk ret ikke har forligt sig med, men forsat har et anstrengt forhold til patienters frie bevægelighed indenfor EU."*

Anm.: \*) Tallene for tandlægebehandlinger bygger på Europakommission (2015) og er fremskrevet til 2016-tal med input fra de fem regioner. Tallet på 31.753 ansøgninger om refusion indeholder ikke de 75 forhåndsgodkendelser, som Danmark ifølge Europakommissionen modtog i 2016, jf. appendiks 2. \*\*) Data mangler fra DE, LU og NL. Tal for BE, BG, CY, DE, HU, LU, NL og SW stammer fra 2015. Generelt er de danske tal meget stabile fra år til år.

Kilde: Sundhedsstyrelsen (2017): *Behandling i andre EU/EØS-lande, Sundheds- og Ældreudvalget 2014-15 (2. samling) SUU Alm.del endeligt svar på spørgsmål 156, "Sygdomsbehandling i EU - en ret for de få? Danmarks anstrengte forhold til patienters fri bevægelighed". Dr. Jur. Mette Hartlev m.fl., Welma, Det Juridiske Fakultet, Københavns Universitet, Europakommissionen (2016): 'Member State Data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU - Year 2016'. Europakommissionen (2015): 'Member State Data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU - Year 2015'.*

Appendiks 2 og 3 indeholder tal for ansøgninger om forhåndsgodkendelser og godtgørelser. Det fremgår, at Danmark desuden er relativt restriktiv med at acceptere forhåndsgodkendelser sammenlignet med de andre EU-medlemsstater. Desuden fremgår det, at danske sundhedsturister oftest bruger direktivet til behandling i Sverige eller Tyskland.<sup>9</sup>

## MARKEDSSTØRRELSE OG MARKEDSPOTENTIAL

Set ud fra de europæiske sundhedssektorer som helhed, er sundhedstourismen stadig marginal. Det, der begrænser sundhedstourismen, er – foruden kravet om forhåndsgodkendelse og den sparsomme information – også det forhold, 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<sup>10</sup>. Hertil kommer at patienterne mangler information om kvaliteten på udenlandske hospitaler og at der mangler et internationalt system, så patientjournaler let kan udveksles på tværs af landegrænser.

Men på trods af disse barrierer bliver det indre marked for sundhedsydelser spået en voldsom vækst. Generelt er estimater for omfanget af sundhedsturisme meget usikre, men Oxford Economics har i 2015 på baggrund af tal fra VISA estimeret, at der globalt er omkring 14 mio. sundhedsturister, en markedstørrelse på 46-72 mia. USD og en årlig vækst i sundhedstourismen på 25 pct.<sup>11</sup>

Den store internationale vækst i sundhedstourismen åbner muligheder for Danmark. For det første kan den danske sundhedsbranche, hvis den måtte ønske det, målrettet tiltrække sundhedsturister og gøre Danmark til et internationalt center for sundhedsturisme. Dette ville skabe vækst og beskæftigelse indenfor sektoren, som det blandt andet er sket i Malaysia, jf. boks 3.

### Boks 3. Case: Malaysia

Malaysia er et af de lande, der satser på opbygge et unikt omdømme i Asien som global sundhedsudbyder. Sundhedstourismen er 1 ud af 12 indsatsområder, som skal føre dem til deres mål om at være et højindkomstland i 2020. Og udviklingen går i den rigtige retning.

I 2011 havde Malaysia 643.000 sundhedsturister. I 2016 var tallet steget til 921.000. I samme periode steg omsætningen med ca. 16-17 pct. om året. Og i 2016 lå sektorens bidrag til Malaysias økonomi på ca. 6-8 mia. kr. Fremadrettet vil Malaysia bl.a. satse på at blive Asiens sundhedshub for fertilitet og kardiologi.

*Kilde: Malaysian Healthcare Travel Council (2017): Private hospitals are key to medical tourism, Malaysian Healthcare Travel Council (2017): Over RM1b medical tourism revenue by year-end, Malaysian Healthcare Travel Council (2017): Receives Well The 2018 Budget Allocation Announcement.*

<sup>9</sup> Se også Sundheds- og Ældreudvalget 2014-15 (2. samling) SUU Alm.del endeligt svar på spørgsmål 156.

<sup>10</sup> Se Hartlev, Hybel og Mortensen (2017): Sundhed og Jura, s. 407-408 for flere barrierer.

<sup>11</sup> Visa (2016): Mapping the future of global travel and tourism

For det andet kunne Danmark drage gavn af den europæiske specialisering og konkurrence, som det indre marked for sundhedsydelser vil afføde, ved at sende danske patienter, der måtte ønske det, til billig og hurtig behandling af høj kvalitet i udlandet. Selvom kun 4 pct. af danskerne i 2015 har modtaget behandling i et andet EU-land indenfor de sidste 12 måneder, synes danskerne at være åbne overfor muligheden. Hele 74 pct. af danskerne oplyser, at de er villige til at rejse til at andet EU-land for at modtage behandling<sup>12</sup>, jf. appendiks 4 og 5.

## DANSKE LEVERANDØRER

I forhold til at tiltrække sundhedsturister til Danmark er det mest oplagt, at det er en opgave, der ligger hos privathospitalerne.

Det skyldes for det første, at de offentlige hospitaler ifølge sundhedsloven kun har mulighed for at tilbyde sygehusydelser til udenlandske sygehusmyndigheder og sygeforsikringskasser, såfremt det offentlige hospital forinden har tilbudt ydelserne til de andre regionsråd, og disse har afvist tilbuddet. Desuden må de offentlige hospitaler ikke være dimensioneret med dette for øje.

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.<sup>13</sup>

For det tredje ville det kræve, at de offentlige hospitaler får et fuldt overblik over, hvad de behandlinger de tilbyder koster, så danskerne ikke statsstøtter udenlandske behandlinger.

Men privathospitalerne vil kun kunne løfte denne opgave, hvis den offentlige sektor selv gør brug af privathospitalerne, når de måtte være bedre og billigere. Det viser casen med HjerteCenter Varde, jf. boks 4.

### Boks 4. Case: HjerteCenter Varde

Ablation af hjerteflimmerpatienter er et af de områder, hvor nordiske og europæiske sundhedssystemer historisk set har haft kapacitetsunderskud. Af samme årsag valgte den norske sundhedsøkonomiske forvaltning, Helfo, derfor i februar 2010 at lave et stort internationalt udbud indenfor kardiologi og hjertekirurgi, hvor leverandører fra Sverige, Danmark og Tyskland kunne byde ind.

Modsat mange andre nordiske og europæiske sundhedssystemer har der dog i Danmark været ledig kapacitet indenfor ablation af hjerteflimmerpatienter i privat regi. Og HjerteCenter Varde, som var en del af Privathospitalet Varde, vandt kontrakten med de norske sundhedsmyndigheder og blev i de efterfølgende år den foretrukne leverandør af sundhedsydelser.

HjerteCenter Varde har dog haft svært ved at etablere sig som en international udbyder. Årsagen er, at de har manglet en "blåstempling" af deres behandling, idet det offentlige i 2011 fravalgte at benytte

<sup>12</sup> Af de 74 pct. oplyser 62 pct., at de er villige til at rejse til et andet EU-land og få behandling, 10 pct. oplyser, at deres villighed til at rejse afhænger af behandlingen og 2 pct. oplyser, at det afhænger af EU-landet.

<sup>13</sup> Kilde: Svar til folketinget på spørgsmål 3483 af 14. juni 2012.

HjerteCenter Varde – ikke pga. kvalitets- og/eller prisovervejelser, men fordi det danske hospitalsvæsen selv ville møde efterspørgslen selv.

Som følge heraf måtte Privathospitalet Varde lukke i starten af 2017. Dele af privathospitalet – blandt andet hjertecenteret – er dog flyttet til Privathospitalet Mølholm, hvor hjerteaktiviteten videreføres.  
*Kilde: Oplysningerne er baseret på interview med HjerteCenter Varde, HjerteCenter Vardes hjemmeside samt interview med Sundhed Danmark.*

I relation til at tiltrække sundhedsturister, er det en udfordring for privathospitalerne, at de ikke bruges mere af regionerne. I 2016 udgjorde danske privathospitalers markedsandel (opgjort som andel af alt offentligt finansieret aktivitet) kun omkring 1 pct. af al offentligt finansieret somatisk aktivitet. Dette afspejler for det første, at regionerne anser privathospitalerne som en ekstra bufferkapacitet, hvorfor udbuddet af sundhedsydelser til privathospitalerne er begrænset. Og det er til trods for, at privathospitalernes takster under udbud er lav sammenlignet med de offentlige omkostninger og kvaliteten er på samme niveau, som i det offentlige.<sup>14</sup> For det andet afspejler den lave markedsandel, at der ikke er frit valg af leverandør på sundhedsområdet fra dag 1. Det udvidede frie sygehusvalg indebærer, at en person, som er henvist til sygehusbehandling og udredt for regionens regning eller henvist til udredning i fx somatikken først kan vælge at blive behandlet på fx privathospital, hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke indenfor en måned kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et samarbejdsygehus.

## POTENTIALE VED EN STÆRK PRIVAT HOSPITALSSEKTOR

Hvis det offentlige begyndte at bruge privathospitalerne mere på områder, hvor de måtte være bedre og billigere, er potentialet stort. Dels i forhold til at danske privathospitaler kan opbygge kompetencer, som gør, at de kan få del i det voksende indre marked for sundhedsydelser, men også så de kan udnytte eventuelle eksportmuligheder. I Sverige, hvor der er en større tradition for at bruge privathospitalerne til at levere offentligt finansierede ydelser, har den private leverandør Capio allerede høstet gevinsten af øget eksport, hvilket afføder en vækst og beskæftigelse som også kommer Sverige til gavn, jf. boks 5.

### Boks 5. Capios væksteventyr

Den svenske offentlige sektor har længe eksperimenteret med outsourcing af traditionelle offentlige ydelser til private virksomheder. Et interessant eksempel er det private svenske firma Capio.

Capio blev startet udelukkende som resultat af den offentlige sektors outsourcing af laboratoriydelser fra hospitaler i den svenske region Skaraborg i 1994. Over de senere år har flere svenske regioner outsourcet sundhedsydelser, hvor Capio har haft succes med at overtage.

Da Stockholm for 10 år siden besluttede at outsource driften af hele det offentlige hospital Skt. Görans sygehus, vandt Capio også kontrakten. I 2001 opkøbte Capio desuden et hospital i England primært til behandling af patienter under privat forsikring. Et par år senere gik Capio skridtet videre og vandt en kontrakt for de britiske sundhedsmyndigheder om at opbygge og drive op til 10 nye offentlige sygehuse. Siden har Capios udvidet forretningen yderligere og er i dag aktiv i 5 EU-medlemsstater.

<sup>14</sup> CEPOS (2016): Privathospitalernes udbudstakst: 43 pct. af DRG-taksten.



I 2016 havde Capio 12.435 fuldtidsansatte, 4,7 mio. patienter og en omsætning på 14.069 mio. SEK.

Kilde: Capio(2016): Capio Annual Report, Statens Institut for Folkesundhed (2006): Sundhedscentre i kommunerne, The World Bank Group (2002): Options for Reform through Public-Private Partnerships, Capio (2007): We renew and unite.

## DANSKE PRIVATHOSPITALERS ERFARING MED SUNDHEDSTURISME

Hvis ikke det offentlige ønsker at bruge privathospitalerne mere end i dag og hvis politikerne ikke ønsker at udbrede det udvidede frie valg til at gælde fra dag 1, så kan privathospitalerne alligevel få gavn af patientmobilitetsdirektivet. For de har den mulighed at opretter sig på den anden side af den danske grænse, fx i Malmø eller i Flensborg, og herfra behandler patienter under patientmobilitetsdirektivet. Dette har enkelte privathospitaler allerede forsøgt – dog med blandet succes. Nedenfor gennemgås Nordic Vein Centers, Hidros' og VivaNeo Groups erfaringerne med sundhedsturisme.

### Boks 6. Nordic Vein Centers måtte opgive at tiltrække sundhedsturister

Nordic Vein Centers blev oprettet af Thomas Lawaetz i 2015. Første klinik blev åbnet i Malmø og i dag har de 10 klinikker fordelt på 5 klinikker i Danmark (Dansk Venecenter), 3 klinikker i Sverige (Åderbråcksklinikerna) og 1 klinik i Norge (Åreknuteklinikkerne). Desuden har Nordic Vein Centers oprettet 1 klinik for demensudredning i Danmark.

Ventetiden på behandling af åreknuder kan være lang på de offentlige hospitaler. Derfor har Nordic Vein Centers tidligere forsøgt sig med at behandle danske patienter i Sverige under EU's patientmobilitetsdirektiv. Ideen var at lette det administrative bøvvl for patienten og samtidigt sikre en god og hurtig behandling. Nordic Vein Centers stod derfor for alt papirarbejdet til regionen (journaler, fuldmagter og følgebrev m.v.) og mellemfinansierede behandlingen imens.

Forsøget var dog en begrænset succes. Årsagen var, at det var svært for Nordic Vein Centers at få betaling for patienterne fra regionerne. Eksempelvis afviste Region Hovedstaden at betale for en behandling med henvisning til, at den pågældende patient var blevet mellemfinansieret af Nordic Vein Centers og ikke selv havde lagt ud for behandlingen. I et andet tilfælde ville Region Sjælland kun refundere patienten efter den lavest mulige takst, trods patientens åreknuder var "komplicerede" og ville have udløst en mere end dobbelt så høj takst på et dansk sygehus. Begge sager endte i patientombuddet.

Det var Nordic Vein Centers oplevelse, at regionerne var meget uvant med sundhedsturismen. Fx efterspurgte Region Sjælland en lang række supplerende oplysninger fra Nordic Vein Centers – fx hvorfor patienten ikke var blevet behandlet på en af de danske klinikker, hvorfor Nordic Vein Centers stod for kontakten og ikke patienten selv og om patienterne var blevet oplyst om deres rettigheder. Afslutningsvis informerede Region Sjælland om, at de vil informere Danske Regioner om denne "lidt usædvanlige praksis" i forhold til at benytte EU-reglerne.

Nordic Vein Centers oplyser, at de ikke søgte om forhåndsgodkendelse for patienterne. Årsagen var, at det ville forsinke behandlingen betydeligt, og i og med patienterne havde en henvisning til behandling, var det ikke nødvendigt for at få godtgørelse.

Hele processen var meget omkostningstung for Nordic Vein Centers, hvorfor de stoppede med at gøre brug af patientmobilitetsdirektivet. De er dog interesseret i at optage det igen – både for åreknuder og

demensudredning – men efterlyser, at der sendes et klarere signal fra politikerne om, at regionerne skal facilitere processen – ikke bremse den.

*Kilde: Interview med Thomas Lawaetz, adm. direktør for Nordic Vein Centers*

### Boks 7. Svedklinikken Hidros Danmark tjener mange penge på svenske patienter

I 2003 åbnede Carl Swartling nordens første svedklinik i Uppsala (Sverige). Siden da har Hidros etableret private klinikker i Stockholm, København og Oslo. Alle klinikker arbejder med diagnosticering, behandling og forskning i udtalt svedning (hyperhidrose).

Grundet lange ventetider i Sverige søger mange svenskere til Danmark for at få behandling for deres svedproblemer. Patientmobilitetsdirektivet gør det muligt for svenskerne at modtage refusion for svedbehandlinger foretaget i Danmark og Hidros hjælper deres svenske kunder med ansøgningsprocessen og mellemfinansieringen. Generelt må sundhedsturismen siges at være en succes. Ifølge en analyse fra Försäkringskassan udbetalte Sverige i 2016 næsten 70 mio. svenske kroner til behandling af knap 2.500 svenske patienter i udlandet. Heraf modtog svedklinikken i København godt ca. 1.500 personer og 46 mio. svenske kr. svarende til 66 pct. af betalingerne.

I Danmark sender vi typisk ikke patienter, der lider af svedproblemer, til Sverige. Det kan der være flere årsager til. En årsag kan være, at hyperhidrose og dets behandlingsmuligheder endnu ikke alment kendt af den danske befolkning. En anden årsag kan være, at refusionen (DRG-taksten), som patienterne kan tage med sig til udlandet, ikke afspejler det reelle omkostningsniveau for en behandling, hvorfor det ikke kan betale sig for patienterne.

*Kilde: Försäkringskassan: 'Danmark populært när svenskar åker utomlands för vård', Sveriges Radio: 'Kriget om svettmiljonerna', TV2.dk: 'Svenske svedpatienter kan få gratis behandling i Danmark' og svedklinikken.dk.*

### Boks 8. VivaNeo Group tiltrækker sundhedsturister uden om patientmobilitetsdirektivet

I 1997 blev der i Danmark vedtaget en lov om kunstig befrugtning, som gjorde det ulovligt for læger at fertilitetsbehandle kvinder, der ikke var gift eller samlevende med en mand. Som reaktion på dette åbnede jordemoderen Nina Stork to år senere (i 1999) StorkKlinik i København. Her kunne enlige og homoseksuelle kvinder mod en egenbetaling modtage kunstig befrugtning. I 2002 var der i alt 5 ansatte på klinikken.

I dag er Stork udvidet med to klinikker, som begge går under navnet VivaNeo – en i København og en i Århus. Alle tre klinikker er blevet en del af VivaNeo Group og samlet set har klinikkerne ca. 90 ansatte (50 fuldtidsansatte) og mere end 4.500 fertilitetsbehandlinger årligt. Mens Storkklinik primært henvender sig til enlige og homoseksuelle kvinder, så modtager VivaNeo klinikkerne i København og Århus typisk heteroseksuelle par, som har svært ved at få børn af naturlig vej. Det kan være par, som enten har opbrugt de forsøg, de er blevet tildelt på de offentlige hospitaler, eller par som oplever at ventetiden på de offentlige hospitaler er for lang.

I relation til fertilitetsbehandling af enlige og homoseksuelle på StorkKlinik er det centralt at nævne, at Danmark har en meget liberal lovgivning på fertilitetsområdet. I januar 2007 blev det igen tilladt læger i Danmark at fertilitetsbehandle enlige og lesbiske kvinder. Og i 2018 er dobbeltdonation, dvs. hvor man både modtager æg og sæd fra en donor, også blevet tilladt i Danmark. Den liberale lovgivning betyder, at mere end 95 pct. af Storks kunder er i dag udlændinge. De fleste kommer fra lande

som Sverige, Norge, Tyskland, Frankrig og Italien. Kunderne hører om Stork gennem virksomhedens orienteringsaftner, som virksomheden afholder i både Danmark, Norge og Sverige, eller gennem medier, herunder sociale medier som fx Facebook. Kunderne er typisk egenbetalere, da de ikke falder ind under patientmobilitetsdirektivet, idet behandlingen ikke er godkendt i deres hjemlande.

I relation til fertilitetsbehandling af heteroseksuelle par er alle danskere også egenbetalere. For ejerskabsrestriktionerne på sundhedsområdet betyder, at så længe VivaNeo Group ikke er ejet af en læge, så kan de ikke opnå ydernummer i Danmark, hvorfor danske patienter ikke kan tage de offentlige tilskud med til VivaNeo. I princippet kunne et dansk par tage til en anden VivaNeo klinik uden for Danmark og få behandling fra dag 1, idet de derved ville falde ind under patientmobilitetsdirektivet. VivaNeo oplyser også, at de hører om heteroseksuelle par fra Norge og Sverige, som udnytter patientmobilitetsdirektivet til fertilitetsbehandling. Dog er VivaNeo ikke involveret i processen. Den svenske svenske myndighed (Försäkringskassen) har overfor CEPOS bekræftet, at de under patientmobilitetsdirektivet yder støtte til par, der modtager fertilitetsbehandling i udlandet.

*Kilde: Interview med adm. direktør for StorkKlinik og VivaNeo Maria Hamm, StorkKliniks hjemmeside og Försäkringskassen.*

## KONKLUSION

Markedet for sundhedsturisme oplever en voldsom vækst. Danmark kunne potentielt kapitalisere på dette ved at tiltrække sundhedsturister udefra eller drage gavn af den europæiske specialisering og konkurrence, som det indre marked for sundhedsydelser vil afføde, ved at sende danske patienter, der måtte ønske det, til billig og hurtig behandling af høj kvalitet i udlandet.

Dette vil dog kræve en mere liberal og frimarkedsbaseret tilgang til implementeringen af EU-direktivet og en stærkere privat sundhedssektor. Sidstnævnte kræver en sidestilling af private og offentlige privathospitaler. Fx at regionerne begynder at bruge privathospitalerne i de tilfælde, hvor de er bedre og billigere. Og politikerne bør tillade danske patienter at udnytte det udvidede frie valg allerede fra dag 1, hvilket også vil være hensigtsmæssigt i forhold til at sidestille danske privathospitaler med udenlandske konkurrenter.

## APPENDIKS

**Appendiks 1. Historisk udvikling i Europakommissionens afklaring af patientrettigheder**

**1958** (Forordning 3/58): De første fælles regler om social sikring for vandrede 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 at 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 tjenesteydelser gælder alle typer sundhedsydelser. Medlemsstaterne kan dog kræve forhåndsgodkendelser med henblik på hospitalsbehandlinger. (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 forhåndsgodkendelse, hvis det drejer sig om ikke-hospitals behandlinger.

**2004** (Forordning 883/04, servicedirektivet): Servicedirektivet erstatter forordning 1408/71. I 2005 bliver sundhedsydelser fjernet fra servicedirektivet, og Kommissionen annoncerer, at de grænseoverskridende sundhedsydelser 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** (Stamatalaki-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 forhåndsgodkendelse 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 sundhedsydelser.

**2013** (Direktiv 2011/24/EU): Direktiv vedtaget om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser. Trådte i kraft 25. oktober 2013.

Kilde: EU-oplysningen.dk

Appendiks 2. Antal forhåndsgodkendelser givet i 2016 under direktiv (2011/24/EU)				
Nationalitet	Modtaget	Accepteret	Afslået	Tilbagetrukket / ugyldige
Belgien	47	30	17	0
Bulgarien	16	5	3	8
Cypern	24	13	2	9
Danmark	75	21	40	11
Frankrig	3886	2579	931	0
Grækenland	5	3	0	2
Irland	316	197	7	88
Island	13	11	1	1
Italien	208	94	108	0
Kroatien	8	1	6	1
Letland	0	0	0	0
Luxembourg	375	280	0	0
Malta	10	2	2	5
Polen	38	1	1	25
Portugal	4	2	0	0
Rumænien	1	0	1	0
Slovakiet	232	198	27	24
Slovakiet	227	120	32	48
Slovenien	26	2	16	8
Spanien	17	7	7	3
Ungarn	0	0	0	0
Østrig	10	0	10	0

Anm.: Ingen data for Tyskland og Sverige. Tjekkiet, Estland, Finland, Litauen, Holland og Norge har ikke noget forhåndsgodkendelsessystem.

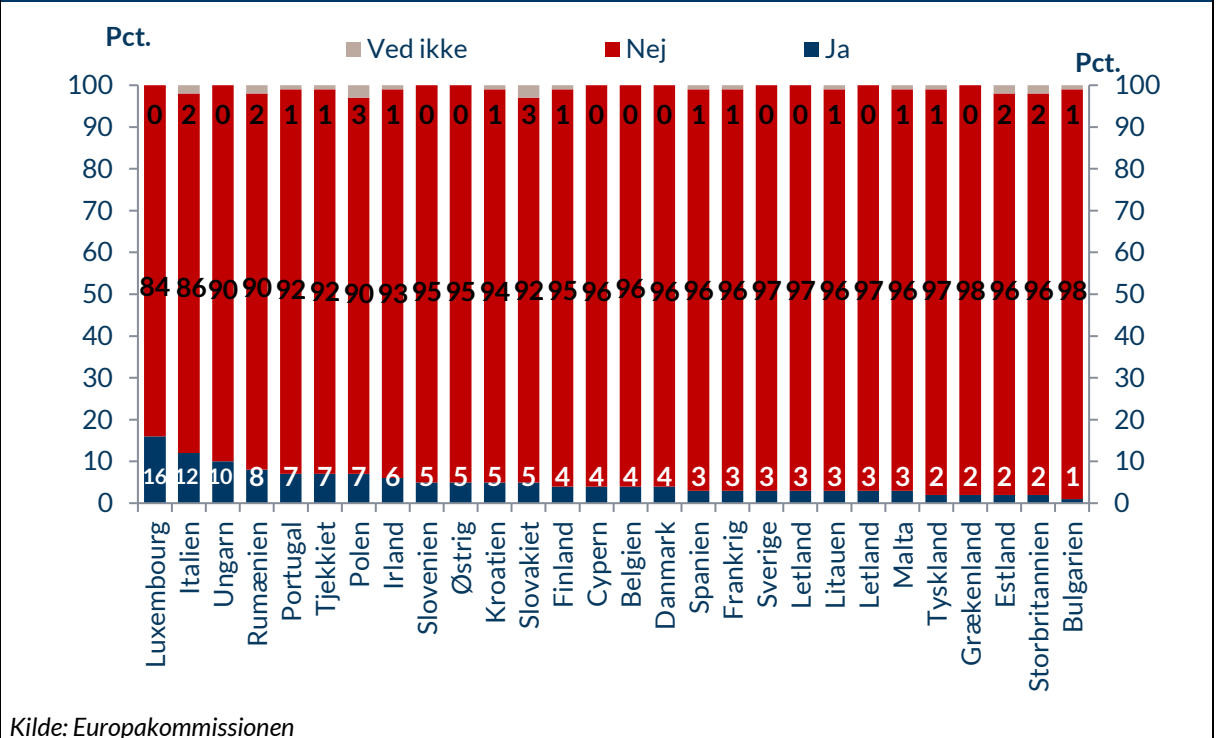
Kilde: [Europa-Kommissionen](#)

Appendiks 3. Accepterede anmodninger om godtgørelse af sundhedsydelser uden forhåndsgodkendelse i 2016 modtaget under direktiv (2011/24/EU)					
Behandling modtaget i nedenstående EU-land	Patientens nationalitet				
	Danmark	Finland	Frankrig	Storbritannien	Norge
Østrig	143	6	1472	9	26
Belgien	20	32	27000	16	8
Bulgarien	28	17	570	21	24
Kroatien	30	5	604	1	77
Cypern	4	2	195	7	27
Tjekkiet	36	11	495	36	5
Danmark	0	1	86	1	105
Estland	7	9985	37	5	3
Finland	7	0	345	1	32
Frankrig	140	37	0	79	28
Tyskland	15457	93	9542	50	192
Grækenland	71	10	5416	26	57
Ungarn	577	83	2405	26	754
Irland	5	1	589	18	2
Italien	40	14	8659	14	18
Letland	6	30	70	29	14
Litauen	41	23	93	133	26
Luxembourg	6	1	12282	8	1
Malta	7	3	451	2	0
Holland	38	6	1532	11	47
Polen	1273	81	2161	392	230
Portugal	42	15	32730	14	19
Rumænien	7	21	955	11	3
Slovakiet	4	4	119	27	12
Slovenien	3	0	76	3	0
Spanien	1474	878	34200	52	8349
Sverige	5786	58	234	1	75
UK	29	6	872	0	33
Norge	34	4	158	0	128*
Island	8	0	127	0	6
<b>Total</b>	<b>25323</b>	<b>11427</b>	<b>143475</b>	<b>993</b>	<b>10301</b>

Anm.: \*Pga. fejl i det norske godtgørelsessystem (se den ländespecifikke bemærkning ang. Norge i kil- den).

Kilde: [Europa-Kommissionen](#)

## Appendiks 4. Har du modtaget nogen medicinsk behandling i et andet EU land i løbet af de sidste 12 måneder?



## Appendiks 5. Ville du være villig til at rejse til andet EU-land for at modtage behandling?

