

SV

SV

SV



EUROPEISKA GEMENSKAPERNAS KOMMISSION

Bryssel den 26.september 2006
SEC (2006) 1195/4

MEDDELANDE FRÅN KOMMISSIONEN

Samråd om gemenskapsåtgärder som rör hälso- och sjukvården

1. INLEDNING

Hög kvalitet i hälso- och sjukvården är en viktig fråga för medborgarna i EU¹. Att människor har rätt till hälso- och sjukvård fastställs också i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna². EG-domstolen har slagit fast att fördragets bestämmelser om fri rörlighet ska tillämpas på hälso- och sjukvårdstjänster, oavsett hur de organiseras eller finansieras på nationell nivå. Många aktörer inom hälso- och sjukvården har dock begärt tydligare information om vad gemenskapsrätten i allmänhet betyder för hälso- och sjukvården. Kommissionens förslag till ett direktiv om tjänster på den inre marknaden³, som lades fram i början av 2004, innehöll bestämmelser för kodifiering av de domar som domstolen meddelat om tillämpningen av principerna om fri rörlighet på hälso- och sjukvården. Europaparlamentet och rådet ansåg dock inte att detta var ett lämpligt tillvägagångssätt, utan uppmanade kommissionen att utarbeta specifika förslag på detta område.

I den årliga politiska strategin för 2007 åtog kommissionen sig därför att utarbeta en gemenskapsram för säker, högkvalitativ och effektiv hälsovård genom att stärka samarbetet mellan medlemsstaterna och förtydliga gemenskapsrättens tillämpning på hälso- och sjukvård⁴. Detta avspeglar kommissionens engagemang för att som en del av ”medborgaragendan” utveckla mer effektiva metoder för att säkerställa medborgarnas tillgång till vårdförmåner i hela EU⁵. Det avspeglar också syftet i vitboken om tjänster av allmänt intresse⁶, dvs. att utveckla ett systematiskt tillvägagångssätt för att kartlägga vad som är kännetecknande för tjänster av allmänt intresse inom den sociala sektorn och vården och klargöra förutsättningarna för dem, och därigenom komplettera meddelandet om sociala tjänster av allmänt intresse⁷.

I sitt betänkande om patientrörlighet och utvecklingen av hälso- och sjukvården i EU från 2005 uppmanade Europaparlamentet dessutom kommissionen att agera i en rad olika frågor som rör patientrörlighet och ett bredare samarbete mellan hälso- och sjukvårdssystemen. Vid mötet i rådet (hälso- och sjukvård) den 1 juni 2006 antog ministrarna ett uttalande om gemensamma värderingar och principer⁸, som betonade vikten av att ”*skydda de värderingar och principer som ligger till grund för EU:s hela hälso- och sjukvårdssystem*” och efterlyste initiativ som

”är tydliga [för Europas medborgare] i fråga om deras rättigheter vid flyttning från en medlemsstat i EU till en annan och att dessa värderingar och principer samlas inom en rättslig ram för att rättssäkerhet skall uppnås”.

¹ Se Eurobarometer 63 som finns på: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb63/eb63_en.htm.

² Se artikel 35 om hälso- och sjukvård.

³ KOM(2004) 2, 13.1.2004.

⁴ KOM(2006) 122, 14.3.2006.

⁵ KOM(2006) 211, 10.5.2006, särskilt s. 5.

⁶ KOM(2004) 374, 12.5.2004.

⁷ KOM(2006) 177, 26.4.2006, ”Genomförande av gemenskapens Lissabonprogram: Sociala tjänster av allmänt intresse i Europeiska unionen”.

⁸ Rådets slutsatser om gemensamma värderingar och principer i Europeiska unionens hälso- och sjukvårdssystem, 2733:e mötet i rådet (sysselsättning och socialpolitik, hälso- och sjukvård samt konsumentfrågor), Luxemburg den 1-2 juni 2006.

Att gemenskapen vidtar åtgärder som rör hälso- och sjukvården innebär inte att de nationella hälso- och sjukvårdssystemen eller sociala trygghetssystemen harmoniseras. I enlighet med subsidiaritetsprincipen är det fortfarande medlemsstaternas sak att besluta om de förmåner som hälso- och sjukvårdssystemen och sociala trygghetssystemen ger och om hur dessa system ska organiseras. De åtgärder som gemenskapen vidtar innebär inte heller att man bortser från resultatet av tidigare insatser. Gemenskapen måste här följa de principer som domstolen fastställt på detta område, andra gemenskapsbestämmelser och de grundläggande principer som ligger till grund för hälso- och sjukvårdssystemen i EU, inbegripet rättvisa, solidaritet och allmängiltighet.

Kommissionen anser att gemenskapens åtgärder bör inriktas på följande två områden:

- **Rättslig säkerhet**, något som inte bara medborgarna utan även nationella och lokala aktörer inom hälso- och sjukvården anser saknas. Det finns ett behov av att diskutera den vidare tillämpningen av de domar som EG-domstolen meddelat avseende fördragets bestämmelser om fri rörlighet för patienter, personal och hälso- och sjukvårdstjänster. Man bör särskilt fokusera på den gränsöverskridande hälso- och sjukvården, eftersom den påverkar hela hälso- och sjukvården.
- **Stöd till medlemsstaterna** på områden där EU-insatser kan skapa ett mervärde för nationella insatser inom hälso- och sjukvården. Detta bör ge dem som ansvarar för hälso- och sjukvårdssystemen (inbegripet socialförsäkringsinstitutionerna) en tydlig gemenskapsrättslig ram för verksamheten och möjlighet att där så är lämpligt få till stånd ett samarbete mellan hälso- och sjukvårdssystemen för att tillhandahålla trygga, högkvalitativa och effektiva hälso- och sjukvårdstjänster.

Syftet med detta meddelande är att inleda ett samråd om de frågor som kommer att behandlas genom gemenskapens åtgärder för hälso- och sjukvården och om lämpliga verktyg för olika områden. Sista inlämningsdag för yttranden, som bör utformas som svar på de nio specifika frågor som ställs, är den 31 januari 2007.

2. BEHOVET AV GEMENSKAPSÅTGÄRDER FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

2.1. Behovet av rättslig säkerhet

Diskussionen om huruvida bestämmelserna för den inre marknaden ska tillämpas så att människor får tillgång till hälso- och sjukvård i andra medlemsstater inleddes egentligen inte förrän 1998, efter de domar som EG-domstolen då meddelade. Fram till dess betraktades förordningarna om samordning av de sociala trygghetssystemen (dvs. förordning (EG) nr 1408/71 och förordning (EG) nr 574/72⁹) som den enda gemenskapsmekanismen för att ge patienterna möjlighet att söka vård utomlands (utom när det gäller patienter som själva betalar för sådan vård). Dessa bestämmelser innebär att personer som behöver uppsöka läkare under en vistelse i en annan medlemsstat genom det europeiska sjukförsäkringskortet har rätt till samma förmåner som patienter som är försäkrade i värdmedlemsstaten. Bestämmelserna innebär också att patienter som fått förhandsgodkännande inte själva behöver betala för planerad vård i en annan medlemsstat och att fordringar regleras mellan den mottagande och utsändande medlemsstaten. Dessa regler tillämpas fortfarande.

⁹ EGT L 149, 5.7.1971, s. 2 samt EGT L 74, 27.3.1972, s. 1, med senare ändringar.

Genom de domar som meddelades i två mål¹⁰ under 1998 slog domstolen dock fast nya principer – fördragets artiklar om fri rörlighet skulle tillämpas direkt på återbetalning av hälso- och sjukvårdstjänster som tillhandahållits patienter i utlandet (s.k. ”patientrörlighet”, se avsnitt 2.2 nedan). I domarna klargör domstolen att hälso- och sjukvårdstjänster som tillhandahålls mot betalning måste betraktas som tjänster i den mening som avses i fördraget, och därför gäller relevanta bestämmelser om fri rörlighet för tjänster. Domstolen slog också fast att krav på förhandsgodkännande för återbetalning av kostnader i en annan medlemsstat utgör ett hinder för friheten att tillhandahålla tjänster, även om sådana hinder kan motiveras av tvingande hänsyn till allmänintresset.

I de domar som meddelats i dessa och efterföljande mål¹¹ har domstolen slagit fast följande:

- Personer som är berättigade till annan vård än sjukhusvård i den egna medlemsstaten får söka sådan vård i en annan medlemsstat utan att det krävs förhandsgodkännande, och återbetalning görs upp till den nivå som tillämpas i den egna medlemsstatens system.
- Personer som är berättigade till sjukhusvård i den egna medlemsstaten får söka sådan vård i en annan medlemsstat efter att ha ansökt om och beviljats förhandsgodkännande. Förhandsgodkännande måste ges om denna vård inte kan ges inom en tidsfrist som är godtagbar av medicinska skäl med hänsyn tagen till patientens hälsotillstånd. Återbetalning görs minst till den nivå som tillämpas i den egna medlemsstatens system.

Två punkter klargörs genom domen i *Watts*-målet som meddelades den 16 maj 2006¹². För det första hade vissa medlemsstater, vars system grundar sig på integrering mellan offentlig finansiering och tillhandahållande av hälso- och sjukvård, hävdade att fördragsbestämmelserna om frihet att tillhandahålla tjänster inte gällde dem. Domen i *Watts*-målet bekräftar att de gör det. För det andra hade vissa medlemsstater hävdade att kravet i artikel 152.5 i fördraget att ”*fullt ut respektera medlemsstaternas ansvar för att organisera och ge hälso- och sjukvård*” förhindrar bindande förpliktelser enligt gemenskapsrätten avseende hälso- och sjukvårdssystemen. I domen slår domstolen fast att denna bestämmelse inte utesluter möjligheten att medlemsstaterna kan tvingas ändra sina nationella system för social trygghet enligt andra bestämmelser i fördraget (t.ex. artikel 49) eller enligt gemenskapsbestämmelser som införts på grundval av andra fördragsbestämmelser (t.ex. artikel 22 i förordning (EG) nr 1408/71).

De domar som domstolen meddelat i dessa enskilda fall är entydiga, och inga villkor får ställas för att patienterna ska kunna utnyttja de rättigheter som de tillerkänts av domstolen. Det är dock nödvändigt att skapa ökad klarhet för att sörja för en mer allmän och effektiv tillämpning av friheten att få och tillhandahålla hälso- och sjukvård. Följande frågor bör därför diskuteras:

- Finns det gemensamma värderingar och principer för hälso- och sjukvården som medborgarna kan förlita sig till i hela EU och vilken praktisk information behöver medborgare som vill söka vård i en annan medlemsstat?

¹⁰ Mål C-158/96, Kohll, REG 1998, s. I-1931 och mål C-120/95, Decker, REG 1998, s. I-1831.

¹¹ T.ex. mål C-368/98, Vanbraekel, REG 2001, s. I-5363; mål C-157/99, Smits och Peerbooms, REG 2001, s. I-5473; mål C-56/01, Inizan, REG 2003, s. I-12403; mål C-8/02, Leichtle, REG 2004, s. I-2641; mål C-385/99, Müller-Fauré och Van Riet, REG 2003, s. I-4503.

¹² Dom av den 16 maj 2006 i mål C-372/04, Watts, ännu inte publicerad.

- Vilken flexibilitet har medlemsstaterna när det gäller att reglera och planera de egna systemen utan att det leder till omotiverade hinder för den fria rörligheten?
- Hur kan man förena den ökade valfriheten när det gäller att utöva individuella rättigheter med hälso- och sjukvårdssystemens övergripande ekonomiska stabilitet på lång sikt?
- Vilken mekanism behöver införas för att se till att de ”mottagande” hälso- och sjukvårdssystemen får lämplig ekonomisk ersättning för den gränsöverskridande hälso- och sjukvård som de tillhandahåller?
- Hur kan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen identifiera, jämföra och välja mellan vårdgivare i andra länder?
- Vilka kopplingar finns mellan hälso- och sjukvården och liknande tjänster som socialtjänsten och långtidsvården?

Detta är de centrala frågeställningarna i detta meddelande.

2.2. Gränsöverskridande hälso- och sjukvård av olika slag

Patientrörlighet är bara en av fyra möjliga typer av gränsöverskridande hälso- och sjukvård, som alla ingår i detta samråd. Det gäller följande:

- Gränsöverskridande tjänster (dvs. tillhandahållande av tjänster från en medlemsstat till en annan), t.ex. distansmedicin, fjärrdiagnoser, utskrivning av läkemedelsrecept på distans och laboratorietjänster.
- Användning av tjänster utomlands (dvs. patienten förflyttar sig till en vårdgivare i en annan medlemsstat för att få vård). Det är detta som kallas patientrörlighet. Som anges ovan är det europeiska sjukförsäkringskortet tänkt att omfatta den hälso- och sjukvård som kortinnehavarna behöver när de av andra skäl tillfälligt vistas i en annan medlemsstat.
- Etablering av vårdgivaren (dvs. en vårdgivare etablerar sig i en annan medlemsstat), t.ex. lokala kliniker som inrättas av större vårdgivare.
- Förflyttning av personer (dvs. rörlighet för hälso- och sjukvårdspersonal när de t.ex. under en viss period vistas i patientens medlemstat för att ge vård).

2.3. Gemenskapsåtgärdernas relevans för de övergripande målen för hälso- och sjukvårdssystemen

Gemenskapens åtgärder för hälso- och sjukvården kommer också att bidra till de större utmaningar som hälso- och sjukvårdssystemen står inför, utöver den gränsöverskridande hälso- och sjukvården. De offentliga hälso- och sjukvårdsutgifterna har under de senaste åren ökat betydligt snabbare än inflationen och kommer enligt prognosen att öka med en eller två procent av BNP i de flesta medlemsstater under perioden fram till 2050; detta som en direkt följd av befolkningens åldrande¹³. Dessa kostnadsprognoser är dock mycket känsliga för förändringar i kostnaderna för att tillhandahålla ett visst ”paket” med hälso- och

¹³ ”The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)”, European Economy Special Report 1/2006 publicerad av GD Ekonomi och finans.

sjukvårdstjänster. Nyckeln till långsiktig ekonomisk stabilitet för hälso- och sjukvården är därför att hålla kontroll på kostnaderna och förbättra effektiviteten samt vidta förebyggande och hälsofrämjande åtgärder för att se till att människor håller sig friska så länge som möjligt (mätt genom indikatorn för friska levnadsår). Långsiktig stabilitet i hälso- och sjukvårdssystemen och de sociala trygghetssystemen kräver insatser för att göra verksamheten effektivare och mera verkningsfull samtidigt som de gemensamma europeiska målen respekteras, dvs. allmän tillgång till högkvalitativ hälso- och sjukvård med långsiktig ekonomisk stabilitet, på grundval av principerna om rättvisa, jämlikhet och solidaritet.

Den praktiska nyttan med ett europeiskt samarbete är uppenbart, eftersom samarbetet ökar inom hälso- och sjukvården över de flesta av unionens inre gränser. För personer som är bosatta i gränsregioner kan det närmaste sjukhuset ligga i grannlandet. De mindre medlemsstaterna kan inte alltid garantera effektivitet och säkerhet när det gäller specialiserade diagnoser eller specialiserad vård, om patientunderlaget inte är tillräckligt stort för att upprätthålla hälso- och sjukvårdspersonalens specialistkompetens eller för att motivera investeringar i nödvändig utrustning. De lärdomar som kan dras av det nuvarande samarbetet bör beaktas när gemenskapen utarbetar åtgärder på området.

Samarbetet handlar inte bara om att patienterna förflyttar sig till andra länder, utan även om rörlighet för hälso- och sjukvårdspersonal och mer komplexa strukturer som nätverk för referenscentrum eller överföring av sakkunskap. Informations- och kommunikationsteknik (e-hälsovård) kan stödja rörlighet och kontinuitet i vården och till och med möjliggöra gränsöverskridande hälso- och sjukvård utan att vare sig patienten eller hälso- och sjukvårdspersonalen behöver förflytta sig över det egna landets gräns. Det har dock ofta uppstått problem i samband med gränsöverskridande hälso- och sjukvård på grund av oförenliga regler i de berörda länderna samt bristen på ett öppet och entydigt regelverk och europeiska samarbetsstrukturer¹⁴. Även om direktiv 95/46/EG¹⁵ om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter innehåller särskilda bestämmelser om uppgifter som rör hälsa, är det inte säkert att man inom hälso- och sjukvårdssektorn är medveten om dessa bestämmelser.

När det gäller hälso- och sjukvården och långtidsvården innebär den öppna samordningsmetoden att man utvecklar informationsutbytet, ömsesidiga granskningar och jämförelser, och det praktiska samarbetet i fråga om t.ex. utvärdering av medicinsk teknologi vidareutvecklas inom högnivågruppen för hälso- och sjukvård¹⁶. EU:s konkurrenspolitik bidrar också till att skapa rättvisa konkurrensvillkor för ekonomiska aktörer som tillhandahåller och finansierar hälso- och sjukvård och kan bidra till att utveckla och förbättra effektiva tjänster. EU:s ramprogram för forskning bidrar till att göra de europeiska hälso- och sjukvårdssystemens verksamhet effektivare och mera verkningsfull. Handlingsplanen för ett europeiskt område för e-hälsovård¹⁷ bidrar till att skapa god säkerhet i fråga om e-

¹⁴ Se "Patient Mobility in the European Union – learning from experience", redigerad av Magdalene Rosenmöller, Martin Mckee och Rita Baeten och publicerad av WHO 2006 för projektet "Europe for patients" och det europeiska observationsorganet för hälso- och sjukvård, (ISBN 92 890 2287 6) med stöd av gemenskapens sjätte ramprogram för forskning och teknisk utveckling.

¹⁵ EGT L 281, 23.11.1995.

¹⁶ Högnivågruppen består av höga företrädare för medlemsstaterna (och andra berörda aktörer som yttrar sig om särskilda frågor) och har till uppgift att föra vidare arbetet med rekommendationerna från diskussionsprocessen på hög nivå om patientrörlighet och utvecklingen av hälso- och sjukvården i EU, som beskrivs i KOM(2004) 301, 20.4.2004.

¹⁷ KOM(2004) 356, "E-hälsovård – bättre hälso- och sjukvård för Europas medborgare: Handlingsplan för ett europeiskt område för E-hälsovård".

hälsovårdens infrastruktur, system och tjänster, och strukturfonderna stöder mer generellt investeringar i hälso- och sjukvårdssektorns infrastruktur. Mycket återstår dock att göra för att förverkliga potentialen när det gäller det europeiska samarbetet.

2.4. Den gränsöverskridande hälso- och sjukvårdens natur och följder

Det kommer att krävas noggrann analys av de ekonomiska, sociala och hälsomässiga konsekvenserna för medborgarna och för hälso- och sjukvårdssystemen och de sociala trygghetssystemen som helhet. Man bör bland annat studera konsekvenserna för de ”mottagande” länderna (inbegripet lämplig ersättning för gränsöverskridande hälso- och sjukvård), särskilt de mindre medlemsstaterna, samt de tänkbara fördelar och skalekonomier som ett europeiskt samarbete kan medföra.

Patienterna vill om möjligt oftast söka vård nära hemmet och patientrörligheten är idag ganska låg – den står idag för ca 1 procent av de totala offentliga hälso- och sjukvårdsutgifterna. Detta är dock en grov uppskattning, eftersom de flesta hälso- och sjukvårdssystemen i EU inte tillhandahåller de uppgifter som behövs för att man ska kunna få en tydlig lägesbild. Det står klart att många patienter i princip är intresserade av gränsöverskridande hälso- och sjukvård¹⁸. Men i praktiken innebär bristen på information om vårdmöjligheter i andra medlemsstater och avsaknaden av ett öppet och entydigt regelverk att patienterna avskräcks från att söka vård i ett annat land även när det skulle vara lämpligt att göra det.

Fråga 1: Hur påverkar den gränsöverskridande hälso- och sjukvården idag hälso- och sjukvårdssystemens tillgänglighet, kvalitet och ekonomiska stabilitet på lång sikt (på lokal, regional och nationell nivå) och vilken utveckling är trolig i framtiden?

3. TÄNKBARA INSATSOMRÅDEN FÖR GEMENSKAPEN

3.1. Rättslig säkerhet

Klarhet måste skapas för att underlätta den allmänna tillämpningen av fördragets bestämmelser om fri rörlighet för hälso- och sjukvårdstjänster efter den rättsliga utveckling som beskrivs ovan, när det gäller både medborgarna och hälso- och sjukvårdssystemen i allmänhet. I de fyra avsnitt som följer nedan behandlas möjliga grupper av frågor som ska behandlas gemensamt, tillsammans med de samrådsfrågor som ska besvaras.

3.1.1. Minimiuppgifter och krav på förtydliganden för att möjliggöra gränsöverskridande hälso- och sjukvård

Detta kan innebära att man förtydligar de förfaranden och villkor som införts för tillgången till gränsöverskridande hälso- och sjukvård, t.ex. domstolens villkor att godkännande måste ges om vård inte kan ges i hemlandet utan onödiga dröjsmål (fokus bör dock ligga mer på att studera processer än på att fastställa tidsperioder). Här kan även ingå patienternas möjlighet att överklaga beslut (t.ex. krav på att införa och informera om rimliga överklagandeförfaranden och tidsfrister).

¹⁸ Se vidare resultat av projektet ”Europe for patients”: www.europe4patients.org.

Att ha rätt till hälso- och sjukvård i andra länder räcker inte – både patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen behöver också ett adekvat underlag för att kunna fatta väl underbyggda beslut om vård och vårdgivare i andra medlemsstater. Man behöver också vidareutveckla överföringen av hälsorelaterade uppgifter mellan olika hälso- och sjukvårdssystem genom att bygga vidare på de insatser som redan gjorts för att utveckla standarder för driftskompatibilitet när det gäller elektroniska journaler och för att utveckla ett europeiskt sjukförsäkringkort som ger tillgång till viktiga hälsovårdsuppgifter för medborgarna.

Fråga 2: Vilka förtydliganden behövs när det gäller lagstiftningen och vem behöver veta vad (myndigheter, inköpare, vårdgivare, patienter osv.) för att man ska kunna skapa en trygg, högkvalitativ och effektiv gränsöverskridande hälso- och sjukvård?

3.1.2. *Identifiera de behöriga myndigheterna och fastställa deras ansvar*

En viktig fråga som rör tillämpningen av bestämmelserna om den inre marknaden är att klargöra vilka medlemsstaters myndigheter som ansvarar för övervakningen av de olika slag av hälso- och sjukvård som beskrivs i avsnitt 2.2 ovan. Man måste t.ex. fastställa vilken myndighet som ansvarar för att sörja för god kvalitet och säkerhet när det gäller de hälso- och sjukvårdstjänster som tillhandahålls patienter från andra medlemsstater och vilka system för klagomål och ersättning som ska gälla för de olika slagen av gränsöverskridande hälso- och sjukvårdstjänster.

Bland de särskilda frågor som bör tas upp kan nämnas kontinuitet i vården när en patient överförs till en annan medlemsstat för ett medicinskt ingrepp och sedan återvänder till den egna medlemsstaten eller när hälso- och sjukvårdspersonal tillfälligt vistas i ett annat land för att ge vård.

Fråga 3: Vilket lands myndigheter bör ansvara för vilka frågor (t.ex. klinisk övervakning och ekonomiskt ansvar)? Får den frågan samma svar för alla typer av gränsöverskridande hälso- och sjukvård som beskrivs i avsnitt 2.2 ovan?

3.1.3. *Skadeansvar och ersättning inom gränsöverskridande hälso- och sjukvård*

Även om all vård givetvis ska vara till gagn för patienten, händer det ibland att skador uppstår genom fel eller försummelse i hälso- och sjukvården. En närliggande viktig fråga är att göra en tydlig ansvarsfördelning för att skydda patientsäkerheten i samband med gränsöverskridande hälso- och sjukvård samt fastställa hur patienter som lidit skada kan få ersättning och, om fel har begåtts, vilka ansvarsbestämmelser som ska gälla och hur detta ska följas upp.

För att åstadkomma detta kan det bli nödvändigt att integrera effektiva system för rapportering och lärande i hälso- och sjukvårdssystemen. Om skador uppstår, måste det finnas en tydlig mekanism för rimlig ersättning och uppföljning för att förhindra att samma fel begås på nytt.

Fråga 4: Vem bör ansvara för patientsäkerheten i samband med gränsöverskridande hälso- och sjukvård? Hur kan patienterna få gottgörelse om skador uppstått?

3.1.4. En balanserad hälso- och sjukvård för alla

Även om patientrörligheten totalt sett är ganska låg, kan den under vissa omständigheter vara betydligt högre¹⁹. Det gäller exempelvis

- i gränsregioner eller på populära turistorter, där över hälften av patienterna ibland kan komma från andra länder, och
- annan vård än sjukhusvård, t.ex. tandvård; i vissa nya medlemsstater kan en tredjedel av patienterna på vissa tandläkarmottagningar komma från andra länder.

Ökad klarhet måste skapas när det gäller den behandlande medlemsstatens (dvs. det ”mottagande” landets) möjligheter att se till att den vård som ges patienter från andra medlemsstater inte förhindrar en balanserad hälso- och sjukvård för alla eller undergräver den övergripande ekonomiska stabiliteten på lång sikt för hälso- och sjukvårdssystemet i den medlemsstaten (t.ex. när det gäller att organisera och tillhandahålla tjänster).

Fråga 5: Vilka åtgärder behöver vidtas för att se till att man kan behandla patienter från andra medlemsstater och samtidigt säkerställa en balanserad hälso- och sjukvård för alla (t.ex. genom ekonomisk ersättning för den behandling som ges i det ”mottagande” landet)?

3.1.5. Övriga frågor

Det bör också skapas klarhet i etiska frågor och medlemsstaternas möjligheter att fatta olika beslut exempelvis när det gäller vilken vård de anser det lämpligt att tillhandahålla (t.ex. fertilitetsbehandling).

Fri rörlighet för hälso- och sjukvårdspersonal är ett ämne som redan har behandlats i gemenskapsrätten²⁰, även om man kan behöva diskutera ytterligare hälso- och sjukvårdsrelaterade frågor som rör tillfällig förflyttning av personal eller etablering av vårdgivare i andra medlemsstater.

Fråga 6: Behöver man diskutera andra hälso- och sjukvårdsrelaterade frågor som rör tillfällig förflyttning av personal eller etablering av vårdgivare i andra medlemsstater – och som inte redan behandlas i gemenskapsrätten?

Fråga 7: Finns det andra områden där den rättsliga säkerheten behöver stärkas för de olika hälso- och sjukvårdssystemen och sociala trygghetssystemen? Vilka förbättringar föreslår berörda aktörer – dvs. vårdgivare och socialförsäkringsinstitutioner – för att göra det lättare att tillhandahålla gränsöverskridande hälso- och sjukvård?

¹⁹ Se ”Patient Mobility in the European Union – learning from experience” enligt ovan.

²⁰ Se särskilt direktiv 2005/36/EG av den 30 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer, EUT L 255, s.22-143.

3.2. Stöd till medlemsstaterna

Hälsoministrarna och andra berörda aktörer i diskussionsprocessen för patientrörlighet²¹ har också fastställt en rad områden där de skalekonomier som uppnås genom samordning av medlemsstaternas insatser kan bidra till att skapa ett mervärde för de nationella hälso- och sjukvårdssystemen. Vissa resultat har redan uppnåtts av högnivågruppen för hälso- och sjukvård²², och det sjunde ramprogrammet för forskning kommer att stödja samarbetsprojekt inom hälso- och sjukvården. Det behövs dock en mer formell ram på EU-nivå för att säkerställa ett effektivt och varaktigt genomförande av sådana insatser.

3.2.1. Europeiska nätverk för referenscentrum

Vissa hälso- och sjukvårdstjänster kräver särskilda resurser eller särskild kompetens, t.ex. när det gäller sällsynta sjukdomar. Ett europeiskt nätverk för sådana referenscentrum skulle bidra till att skapa en högkvalitativ och kostnadseffektiv vård, vilket skulle gynna både patienterna och hälso- och sjukvårdssystemen XXX .

3.2.2. Förverkliga potentialen till innovation inom hälso- och sjukvården

Att hantera innovation och se till att vård ges på grundval av de bästa vetenskapliga rönen är en viktig utmaning för hälso- och sjukvården. Ett samarbete för att fastställa gemensamma kriterier för att etablera en sådan evidensbas på europeisk nivå skulle bidra till att sprida bästa praxis, undvika slöseri med resurser och utveckla gemensamma grundläggande informationspaket och metoder som medlemsstaterna sedan kan använda för att utnyttja ny teknologi och nya behandlingar och metoder på bästa sätt.

3.2.3. Gemensam evidensbas som beslutsunderlag

De nuvarande mekanismerna för att göra hälso- och sjukvården effektiv och verkningsfull behöver stärkas. De jämförelser som kunnat göras mellan olika europeiska länder (t.ex. när det gäller cancer)²³ visar att metoderna och resultaten varierar kraftigt. Åtgärder för att förbättra uppgifternas och indikatorernas tillgänglighet och jämförbarhet kan bli ett avstamp för förbättringar inom hälso- och sjukvården i hela EU. Vissa operativa mekanismer (t.ex. ett observationsorgan) kan behövas för att sköta övervakningen och samarbetet på europeisk nivå.

3.2.4. Konsekvensanalys för hälso- och sjukvårdssystemen

Konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemen ingår redan i kommissionens riktlinjer för integrerad konsekvensanalys. Högnivågruppen arbetar med att utveckla tydliga metoder för att bedöma vilka konsekvenser gemenskapens förslag får för

²¹ Mer information och texten till rapporten från diskussionsprocessen på hög nivå om patientrörlighet och utvecklingen av hälso- och sjukvården i EU finns på:

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/patient_mobility_en.htm.

²² Se http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/patient_mobility_en.htm.

²³ Överlevnadstalen för patienter med blåscancer blir allt bättre överlag, men det finns stora skillnader mellan länderna – överlevnaden efter fem år varierar mellan 78 procent i Österrike och 47 procent i Polen och Estland (EUROCARE 3 – överlevnadstal bland cancerpatienter i EU, se: <http://www.eurocare.it/>). I slutsatserna från EU-toppmötet i juni 2006 nämns också behovet av att vidta åtgärder på EU-nivå för att förbättra behandlingen av sällsynta sjukdomar.

hälso- och sjukvårdssystemen. Dessa metoder kommer att göra det lättare för kommissionen att säkerställa att det finns lämplig reglering, samtidigt som målen för hälso- och sjukvårdssystemen respekteras.

Fråga 8: Hur kan gemenskapens åtgärder bidra till att stödja hälso- och sjukvårdssystemen i medlemsstaterna och olika aktörer inom dessa sektorer? Finns det områden som inte har tagits upp ovan?

4. VERKTYG OCH INSTRUMENT FÖR GEMENSKAPENS ÅTGÄRDER

4.1. Möjliga instrument

Det finns många olika verktyg som kan användas för att vidta åtgärder på gemenskapsnivå inom hälso- och sjukvården. Det bästa sättet att skapa rättslig säkerhet är att anta en bindande rättsakt. En förordning eller ett direktiv kan antas (t.ex. enligt artikel 95), men valet av instrument bör göras med beaktande av detta samråd. Ett moderniserat system för samordning av de sociala trygghetssystemen införs också, som kommer att ersätta förordning (EG) nr 1408/71 och förordning (EG) nr 574/72²⁴.

En text där kommissionen tolkar domstolens rättspraxis (t.ex. ett tolkningsmeddelande) skulle också kunna skapad ökad klarhet. Kommissionen publicerade 2004 ett meddelande om patientrörlighet och utvecklingen av hälso- och sjukvården i EU²⁵, som innehåller en redogörelse i stora drag för hur gemenskapsrätten ska tillämpas på detta område. Meddelandet fick ett positivt mottagande, men var inte tillräckligt utförligt i fråga om de särskilda frågor som uppkommit.

Det finns även andra möjligheter att vidta åtgärder utan att ny lagstiftning införs, bl.a. samarbetet genom högnivågruppen för hälso- och sjukvård. Den öppna samordningsmetoden används för att utarbeta en gemensam ram för att stödja medlemsstaterna i deras arbete med att reformera och utveckla hälso- och sjukvården och långtidsvården, som finansieras genom systemen för socialt skydd²⁶. Dessa handlingsalternativ kan vara till nytta när det gäller att vidareutveckla det praktiska samarbetet mellan medlemsstaterna, även om de inte skapar rättslig säkerhet.

Dessa olika instrument kan användas i kombination genom ett åtgärdspaket för gemenskapen. För att skapa rättslig säkerhet kommer det dock sannolikt att bli nödvändigt att reglera vissa frågor genom lagstiftning. Andra frågor kan behandlas genom ”mjukare” mekanismer som rekommendationer, kommunikationer eller riktlinjer. Stödet till samarbetet mellan hälso- och sjukvårdssystemen (t.ex. för att stärka nätverk eller referenscentrum) behöver också sannolikt förstärkas för att se till att de konkreta strukturer som möjliggör ett samarbete i praktiken finns på plats.

Eftersom det hela tiden genomförs reformer inom hälso- och sjukvården, krävs det också en mekanism för uppdatering av dessa instrument och regler.

²⁴ KOM(2006) 16 slutlig, 31.1.2006.

²⁵ KOM(2004) 301, 20.4.2004, ”Uppföljning till diskussionsprocessen på hög nivå om patientrörlighet och utvecklingen av hälso- och sjukvården i EU”.

²⁶ KOM(2004) 304, 20.4.2004.

Fråga 9: Vilka verktyg är lämpliga för att vidta åtgärder på EU-nivå för att lösa de olika problemen inom hälso- och sjukvården? På vilka områden behövs gemenskapslagstiftning och på vilka områden behövs andra åtgärder än lagstiftning?

5. NÄSTA STEG

Yttrandena bör utformas som svar på de nio specifika frågor som ställs ovan och skickas till kommissionen senast den 31 januari 2007, antingen per e-post till health-services-consultation@ec.europa.eu eller per post till:

Europeiska kommissionen

Generaldirektoratet för hälsa och konsumentskydd

Samråd om hälso- och sjukvården

B232 8/102

B-1049 Bryssel

Belgien

Alla inlägg kommer att publiceras, om inte annat anges. Efter detta samråd kommer kommissionen att lägga fram lämpliga förslag under 2007.