

NOTAT

10. oktober 2014

STRAM IMPLEMENTERING SKADER DANSKE PATIENTRETTIGHEDER

Kontakt:

Analytiker, Eva Maria Gram

+45 26 14 36 38

emg@thinkeuropa.dk

RESUME Mens de danske politikere endnu en gang diskuterer offentlig versus privat behandling, vokser de danske ventelister. Men privathospitalerne kan ikke bringe ventelisterne ned alene, og flere private behandlinger vil ikke ændre på, at der mangler læger inden for en række specialområder, hvor ventelisterne er særligt høje.

EU-direktivet for patientrettigheder, som trådte i kraft 1. januar 2014, giver imidlertid en enestående mulighed for at afvikle de lange ventelister. Men regeringen har valgt at implementere direktivet så stramt, at den kun lige akkurat lever op til EU's minimumskrav, bl.a. ved at stille omfattende krav om såkaldte forhåndsgodkendelser. Det giver mere arbejde til regionerne, som har modtaget ekstra midler til at håndtere de nye opgaver. Pengene er dog endnu ikke blevet brugt, da regionerne mangler både overblik og organisering. Samtidig er der store regionale forskelle på, hvad man gør for patienter, der ønsker behandling i et andet EU-land.

Det efterlader patienterne i en administrativ jungle, hvor de risikerer selv at skulle lægge ud for deres behandling i udlandet – stik imod de ellers høje danske standarder på sundhedsområdet. På den baggrund er det ikke overraskende, at langt de fleste patienter venter i Danmark i stedet for at få hurtigere behandling i et andet EU-land. Indtil videre har blot 83 danskere søgt om en forhåndsgodkendelse til behandling i et andet EU-land. Muligheden benyttes stort set ikke.

Dette notat viser, at ansvaret for den stramme danske linje i forhold til EU's patientdirektiv både ligger hos regeringen og regionerne – og at mulighederne for at ændre praksis også skal findes her.

HOVEDKONKLUSIONER:

- Den danske regerings implementering af EU's patientdirektiv gør det svært for danske borgere at benytte sig af deres rettigheder. Det betyder, at en dansker har langt sværere ved at komme til Sverige og få behandling betalt af den danske stat, end en svensker har ved at komme til Danmark.
- Omfattende danske krav om forhåndsgodkendelser af behandlinger i udlandet lægger stort arbejdspress på regionerne, som skal håndtere de enkelte sager.
- Der mangler klare definitioner for, hvornår regionerne kan godkende behandlinger i andre EU-lande. Det er i stedet op til den enkelte region eller sagsbehandler at f.eks. vurdere, hvornår en venteliste er for lang. Det skaber usikkerhed for patienterne.
- Strikse krav om forhåndsgodkendelse og mange tvivlsspørgsmål efterlader patienten i en administrativ jungle. Derfor har meget få patienter overskud til at søge behandling i udlandet.
- Regionerne har indtil videre haft svært ved at løfte den administrative opgave med at gøre borgerne opmærksomme på deres rettigheder. Der er store regionale forskelle i information og praktisk håndtering.
- Regionerne har fået ekstra midler til at føre patientdirektivet ud i livet, men en stor del af pengene er endnu ikke brugt. En evaluering i det nye år skal sætte fokus på, hvor de største udfordringer er.

Når det kommer til at implementere EU-regler i dansk lovgivning, hører man ofte Danmark omtalt som en "duks", der er overambitiøs i forhold til at sikre de mål, som EU fastsætter. Ved valget til Europa-Parlamentet i maj 2014, kunne man se begrebet "overimplementering" blive en del af den politiske debat. Diskussionen handler om, hvorvidt Danmark gennemfører EU-reglerne hurtigere og mere korrekt end de andre EU-lande – at vi faktisk går længere end de andre EU-lande – og derved unødvendigt gør EU-lovgivningen til et benspænd for bl.a. danske virksomheder.

Påstanden om overimplementering gør sig dog slet ikke gældende på området for patientrettigheder. I Danmark har regeringen nemlig valgt kun lige akkurat at leve op til de minimumsrettigheder, som EU's patientdirektiv siden 1. januar 2014 har sikret alle EU-borgere.

Patientdirektivet er et resultat af en række kompromisser indgået af de 28 EU-lande. De enkelte lande kan dog hver især sætte deres eget præg på, hvordan reglerne skal fungere i praksis. Der er således en vis grad af handlefrihed for medlemslandene, og i Danmark har regeringen og Sundhedsministeriet valgt en meget stram gennemførelse af reglerne med en lang liste af behandlinger, der kræver en såkaldt forhåndsgodkendelse.

Denne stramme håndtering af direktivet sætter sig ikke overraskende igennem i forhold til, hvor mange patienter udnytter muligheden for at blive behandlet i et andet EU-land. Indtil videre har blot 83 danskere søgt om en forhåndsgodkendelse til behandling i et andet EU-land, og mindre end 50 patienter har fået refusion for sygehusbehandling i udlandet.¹

Den danske håndtering af direktivet står i skarp kontrast til den svenske. Svenskerne har lagt en langt mere ambitiøs linje. Sverige har både valgt at gøre det nemt for svenske borgere at søge ud af landet og at satse på at tiltrække patienter fra andre EU-lande på særlige sundhedsområder, hvor svenske læger kan styrke deres specialisering.² Det betyder, at svenske patienter nemmere kan rejse til f.eks. Danmark med sikkerhed om at få behandlingen dækket af den svenske regering end omvendt. Forskellen mellem Danmark og Sverige viser, hvordan de enkelte medlemslandes praksis i forhold til EU-reglerne kan have endog meget stor betydning for patientdirektivets reelle virkning.

¹ Behandling i andre EU-lande, Tænketanken EUROPA, 2014.

² Nyt EU-direktiv styrker det indre marked for sundhedsydelser, CEPOS, 2013.

Regeringen vil have forhåndsgodkendelser

En af de afgørende faktorer er det enkelte lands liste over behandlinger, der kræver forhåndsgodkendelse. Kravet om forhåndsgodkendelser var et vigtigt element for mange lande, herunder Danmark, da direktivet skulle udarbejdes. Det giver nemlig medlemslandene bedre mulighed for at kontrollere udgifterne til behandling. Da behandlingsformer og -metoder varierer i EU-landene, er det ikke praktisk, at EU laver standardiserede krav til, hvad der kræver en forhåndsgodkendelse. I stedet udstikker direktivet nogle fælles retningslinjer for, hvornår et medlemsland må kræve forhåndsgodkendelse, men det er op til det enkelte medlemsland at lave den endegyldige liste.

Det er vigtigt at bemærke, at direktivet omtaler forhåndsgodkendelser som undtagelsen frem for reglen, dvs. at de fleste behandlinger ikke bør kræve forhåndsgodkendelse. Direktivet sætter rammen for, hvilke behandlinger der *kan* kræve forhåndsgodkendelse, men der er ingen krav om, at nogen behandlinger *skal* have forhåndsgodkendelse.

Omfanget af forhåndsgodkendelser fastsættes i høj grad af nationale politikere, og her har de danske politikere valgt at stille meget høje krav. Det er især på dette område, at Danmark har valgt en strammere linje end Sverige.

Direktivet giver tilladelse til, at medlemslandene kræver forhåndsgodkendelser, hvor der er brug for højt specialiseret og omkostningskrævende medicinsk infrastruktur.³ Det fortolker Sundhedsministeriet således, at alle behandlinger, hvor der er tale om specialfunktioner, kræver forhåndsgodkendelse.⁴ Det gælder alt fra gynækolog og pædiatri til neurologi.⁵ Denne fortolkning er tidligere kritiseret af danske jura-eksperter for at være for bred.⁶ Regeringen kunne have valgt blot at inkludere de specialbehandlinger, hvor der reelt er tale om højt specialiseret udstyr. Man kan f.eks. sætte spørgsmålstegn ved, om en gynækologs stignøjler kan kategoriseres som "højt specialiseret udstyr".

³ Europa-Parlamentet og Rådets Direktiv 2011/24/EU af 9. marts 2011 om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser, art. 8 stk. 2 a.

⁴ Behandling i andre EU/EØS-lande, Sundhedsstyrelsen, 2013.

(<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/behandling-og-rettigheder/patienters-retsstilling/behandling-i-udlandet/~media/4505A69C774044488153060A89A1DBD0.ashx>)

⁵ Gældende specialeplan 2010, Sundhedsstyrelsen, opdateret 27. januar 2014.

(<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/specialeplanlaegning/specialeplan-2010>)

⁶ 11 Jurister: Danmark på kant med EU's patientrettigheder, DR, 2013.

(<http://www.dr.dk/Nyheder/Indland/2013/10/24/114840.htm>)

Med de omfangsrige krav har de danske politikere reelt vendt intentionen bag forhåndsgodkendelsen på hovedet ved at gøre den til reglen frem for undtagelsen.

Patientens pengepungen får betydning

Direktivet om patientrettigheder fastslår desuden, at en borger minimum har ret til en refusion, der svarer til, hvad behandlingen vil koste i eget hjemland. De enkelte lande kan – men er ikke forpligtede til – at kompensere behandlinger, som er dyrere i andre lande. Samtidig fastslår direktivet, at borgerne må forvente selv at skulle lægge ud for behandlingen, men medlemslandene har mulighed for at lave en ordning, så den enkelte patient ikke selv skal have penge op af lommen.

På disse økonomiske områder har den danske regering valgt at indføre minimumskravene. Det er blevet kritiseret af organisationen Danske Patienter, der påpeger de økonomiske udfordringer ved selv at skulle lægge ud. Den praksis betyder, at man lader den enkelte borgers økonomi have betydning for udvalget af sundhedsbehandling. Problemstillingen understreges også af foreningen Sjældne Diagnoser, hvis patienter er i en helt særlig situation. Her er der nemlig tale om patienter, der kan bruge retten til behandling i andet EU-land til at få en behandling, der grundet manglende ekspertise eller udvikling på området ikke stilles til rådighed i Danmark. Der er altså tale om behandling, hvor patienten ikke af egen fri vilje vælger at tage til et andet EU-land, men om nødvendige operationer, der ikke kan udføres på dansk jord.

I et høringsvar kritiserer Sjældne Diagnoser både kravet om forhåndsgodkendelse og kravet om selv at skulle lægge ud for behandlingen: "Den valgte definition vil i praksis betyde, at ingen patienter, som har behov for behandling på et vist specialiseringsniveau, kan gøre brug af direktivet uden på forhånd at få en godkendelse heraf. Det er vanskeligt at se, at denne udmøntning er i overensstemmelse med direktivets formål om at lette adgangen til grænseoverskridende sundhedsydelser."⁷

Det virker besynderligt, at den danske regering ikke har benyttet de valgfrie muligheder, der er indskrevet i direktivet for at sikre danske patienter bedst mulig adgang til hurtig behandling. I stedet gøres brugen af forhåndsgodkendelse ved behandling i andet EU-land til et unødigt ekstra bump på vejen for danske patienter. Samtidig medfører kravet om, at patienterne selv

⁷ Høringsvar fra Sjældne Diagnoser, Folketinget, 2013.

skal lægge ud for behandlingen en tilstand, hvor størrelsen på pengepungen kan være afgørende for tilbuddet om behandling.

Hvor lang tid er rettidig?

Ifølge reglerne for frit sygehusvalg skal en patient tilbydes behandling et andet sted, hvis ikke sygehuset, hvor patienten er tilknyttet, kan levere en rettidig behandling. Disse regler gælder også, hvis patienten ønsker behandling i et andet EU-land. Her skal der blot søges om en forhåndsgodkendelse hos regionen først. Det er altså den pågældende region, der skal afgøre, om grænsen for rettidig behandling er overskredet, og om patienten derfor må tage af sted.

Her er det en stor udfordring, at definitionen af rettidig behandling ikke er blevet eksemplificeret – hverken fra EU eller fra den danske regerings side. Det tætteste Danmark kommer på egentlige retningslinjer på området, er ventelisteprincippet, dvs. kravet om behandling på hhv. 30 eller 60 dage.

I Watts-sagen fra 2006 slog EU-Domstolen dog fast, at et princip om ventelister ikke er tilstrækkelig grund til at afslå en forhåndsgodkendelse – kun medicinske hensyn må indgå i vurderingen. Det betyder, at to patienter med samme diagnose og samme behandlingsmuligheder kan opleve forskellige afgørelser alt efter, hvilken region eller sagsbehandler tager stilling til deres sag. I én region kan en 20 dages ventetid vurderes som for lang tid, hvilket udløser en forhåndsgodkendelse, mens en anden region kan afvise samme sag. Manglen på klare definitioner overlader altså disse beslutninger til regionerne og den enkelte sagsbehandler.

Regionernes information er mangelfuld

Siden direktivet trådte i kraft 1. januar har de danske politikere ikke levnet området meget opmærksomhed. I stedet er ansvaret givet videre til regionerne, der har til opgave at oplyse borgerne om deres rettigheder, behandle ansøgninger om forhåndsgodkendelser og refundering.

Omfanget af regionernes nye opgaver blev taget op ved en høring i Folketinget, da direktivet om patientrettigheder skulle indskrives i dansk lov. Her efterspurgte Danske Regioner flere midler og mere information for at kunne håndtere de nye rettigheder.⁸

⁸ Høringssvar fra Danske Regioner, Folketinget, 2013.

Der blev især rejst spørgsmål om den præcise opgavefordeling mellem regionerne og patientombuddet. I deres høringssvar skriver Danske Regioner: "Der er behov for en præcisering af Patientombuddets kompetencer i forhold til koordineringsopgaven og en klar beskrivelse af opgave- og kompetencefordelingen mellem regionerne og Patientombuddet".⁹

Som Tænketanken EUROPA tidligere har beskrevet har informationsindsatsen været stærkt begrænset.¹⁰ Under 1.000 danskere har henvendt sig siden 1. januar, og det giver unægtelig indtryk af, at mange danskere slet ikke kender deres rettigheder.¹¹

I en artikel fra juli 2014 i Politiken er der tydeligvis uenighed om, hvem der bærer ansvaret for hvad. Her går formanden for Region Hovedstaden, Sophie Hæstorp Andersen, i clinch med patientforeningerne. De kritiserer hinanden for at bære ansvaret for information til borgerne.¹²

Ifølge den danske lovtekst er det dog regionerne, der har ansvaret for information, men der er stor forskel på, hvordan de løser denne opgave. Kun Region Midtjyllands hjemmeside formår at formidle retten til behandling i udlandet som en del af retten til frit sygehusvalg og derfor som et led i det tilbud, man får fra lægen, hvis man bliver udsat for lang en venteliste eller har behov for en særlig behandling, der ikke kan tilbydes egen region. Til gengæld har regionerne Hovedstaden, Nordjylland og Sjælland detaljerede beskrivelser af, hvordan man som borger ansøger om behandling i udlandet, men behandlingen i andre EU-lande står beskrevet som noget separat efter det frie sygehusvalg. Region Syddanmark leverer den mest sparsomme information til sine borgere, og heller ikke her formidles behandling i andre EU-lande som en del af det frie sygehusvalg.

Læser man den officielle pjece fra Sundhedsministeriet, står det klart, at behandling i andre EU-lande er et led i det frie sygehusvalg, men dette kommunikeres ikke lige godt af alle regioner. Det er problematisk, da borgerne bør vide, at de kan vælge mellem behandling i andre regioner eller lande, hvis de oplever uhensigtsmæssig lang ventetid. Man kunne f.eks. godt forestille sig, at patienter i hovedstadsområdet hellere vil modtage behandling i Malmø end i Århus, og borgere fra Aabenraa hellere vil til Flensborg end til Odense.

⁹ Høringssvar fra Danske Regioner, Folketinget, 2013.

¹⁰ Behandling i andre EU-lande, Tænketanken EUROPA, 2014.

¹¹ Cirkatal baseret på samtaler med alle fem regioner.

¹² Fåtal søger hurtig behandling i udlandet, Politiken, 16.07.2014.

Regional organisering halter

Regionerne har i forbindelse med direktivet for patientrettigheder fået tildelt omkring 4 millioner kroner i såkaldte DUT-midler til implementeringen. Pengene skal bl.a. bruges til at styrke de nationale kontaktpunkter, så borgerne nemmere kan få overblik over den ellers komplicerede lovgivning. En rundringning til de danske regioner, som Tænketanken EUROPA har foretaget, viser, at der er taget initiativ til at styrke informationen til borgerne – men inden for den eksisterende struktur. Ingen af regionerne har oprettet nye enheder for at håndtere de nye regler, og der er heller ikke ansat nye medarbejdere. Det betyder, at nogle regioner har spredt funktionerne ud over hele regionen. Det gælder bl.a. Region Hovedstaden, hvor der i skrivende stund ikke er et samlet overblik over antal henvendelser fra borgere. Region Sjælland har ligeledes opdelt opgaverne, så ét kontor sidder med information, et andet med sagsbehandling og et tredje med refusion. Region Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland har i højere grad samlet opgaverne i patientkontorerne.

Det er således svært at sammenligne regionerne på tværs, da de ikke anvender samme praksis ift. hvem, der tager sig af information, sagsbehandling og refusion ved behandling. Samtidig skal regionerne også tage sig af henvendelser fra borgere fra andre EU-lande, der ønsker behandling i Danmark.

Foreningen Danske Patienter har været blandt de stærke kritikere af regionerne og regeringens håndtering af patientdirektivet. Formand Lars Engberg har bl.a. til Politiken udtalt: "Alle regioner og ministeriet gør alt, hvad de kan, for at modarbejde, at patientrettigheden bliver brugt. Regionerne har ingen interesse i, at det bliver alment kendt, for de skal betale for behandlingen i udlandet."¹³

De danske regioner har selv givet udtryk for, at de endnu ikke er kommet på plads med den nye praksis, der startede 1. januar. Flere af regionerne har planlagt evalueringer i det nye år for at vurdere hvilke forbedringer, der er nødvendige. Dette betyder også, at DUT-midlerne endnu ikke er brugt, da man først vil danne sig et billede af, hvor de største knaster ligger. Samtidig oplever regionerne et stort pres i behandlingstiden på ansøgningen om forhåndsgodkendelse, da borgere kan kræve svar på refusion senest to uger efter henvendelse.

¹³ Fåtal søger hurtigere behandling i udlandet, Politiken, 16.07.2014.

Det problem blev fremhævet ved høringen af den danske behandling af direktivet, hvor Danske Regioner bl.a. påpegede, at deres sagsbehandlere på blot to uger skulle sætte sig ind i et andet lands sygehusregler.¹⁴

Implementering bør sikre danske standarder

Tænketanken EUROPAs analyse viser, at der er brug for ændringer fra regeringen og regionernes side, hvis borgerne skal have mulighed for at benytte sig af deres rettigheder. I stedet for at diskutere overimplementering og privathospitaler, bør man i stedet fokusere på at informere om de eksisterende regler og de muligheder, som EU-samarbejdet giver.

At blot 83 danskere siden 1. januar har søgt om en forhåndsgodkendelse, siger noget om, at patientrettighederne er blevet til en administrativ jungle i Danmark. Det skyldes dels regeringen, som har valgt, at så mange behandlinger som muligt skal forhåndsgodkendes. Det medfører et større administrativt pres på regionerne, end hvis man havde valgt en mindre stram fortolkning. Regionerne har desuden distribueret opgaverne ud til eksisterende personale, som har fået nye arbejdsopgaver, der forudsætter stor indsigt i patientrettighederne både nationalt og på EU-niveau. Derudover har nogle regioner valgt at sprede opgaverne ud på forskellige enheder.

I oktober 2015 kommer EU-Kommissionen med sin første rapport om direktivet om patientrettigheder, hvor alle landene sammenlignes og evalueres. Disse rapporter vil fremover komme hvert tredje år. Forhåbentlig vil det øge presset på de danske politikere og regionerne for udnytte EU's patientdirektiv til at bekæmpe lange ventelister og styrke den nationale medicinske ekspertise.

Med en mindre stram fortolkning af reglerne om forhåndsgodkendelse og en styrkelse af regionernes oplysning på området kan direktivet for patientrettigheder sikre danske standarder for hurtig og effektiv sundhedsbehandling.

¹⁴ Høringssvar fra Danske Regioner, Folketinget, 2013.