

Yttrande från Europeiska regionkommittén – Genomförande av och utsikter för gränsöverskridande hälso- och sjukvård

(2020/C 440/03)

Föredragande: Karsten Uno PETERSEN (DK–PES), ledamot av regionfullmäktige i Syddanmark
Referenser: Förberedande yttrande

POLITISKA REKOMMENDATIONER

EUROPEISKA REGIONKOMMITTÉNS STÅNDPUNKT

Inledande kommentarer

1. Europeiska regionkommittén (ReK) framhåller att gränsöverskridande patientrörlighet är en viktig politisk fråga. 34 % av EU-medborgarna nämner hälsa som den viktigaste politiska frågan i deras region, vilket är en ökning med 8 procentenheter sedan 2015 och 10 procentenheter sedan 2012.
2. Den regionala och lokala dimensionen är helt central när det gäller gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Många människor som bor nära en gräns söker vård i grannlandet av olika skäl. Gränsregioner utgör 40 % av EU:s territorium, och mer än var tredje europé bor i en sådan region. De lokala och regionala myndigheterna tillhandahåller en länk mellan alla berörda parter (på nationell, regional och lokal nivå; sjukhus, allmänläkare, apotek, medborgare osv.).
3. Gränsöverskridande patientrörlighet ger upphov till ett antal frågor, såsom tillgång till information om behandling i utlandet, kontinuitet i behandlingen, utbyte av information mellan vårdpersonal över gränserna, olikheter i vårdutbud och vilken vård och behandling som ges vid vilka medicinska indikationer, hälso- och sjukvårdens möjligheter att prioritera och ge vård på lika villkor, samt logistiska och administrativa utmaningar, som påverkar antalet medborgare som vill utnyttja de möjligheter till vård i ett annat EU-land som ges genom direktivet om gränsöverskridande hälso- och sjukvård.
4. Kommittén välkomnar budgeten för det nya programmet EU för hälsa, som kommer att göra det möjligt att stärka hälsosäkerheten och öka beredskapen för framtida hälsokriser. Detta program kommer att vara ett robust fristående program med ökade anslag i nästa fleråriga budgetram (2021–2027), i syfte att på ett korrekt sätt ta itu med de utmaningar som fastställs i kommissionens program för den innevarande mandatperioden, särskilt när det gäller kampen mot cancer, förebyggande, tidig upptäckt och hantering av kroniska och sällsynta sjukdomar, antimikrobiell resistens, tillgång till läkemedel till ett överkomligt pris och allvarliga hot mot hälsan (såsom coronavirusepidemier), och i syfte att genomföra en ambitiös hälso- och sjukvårdspolitik, med fokus på gränsöverskridande samarbete.
5. Kommittén välkomnar att alla medlemsstater har slutfört införlivandet av direktivet, men är fortfarande oroad över efterlevnadskontrollen och antalet problem som kommissionen upptäckt hittills. ReK inser att direktivet berör ett stort antal lagar om hälso- och sjukvårdens organisation och styrning, ersättningsmekanismer, informationskanaler, patienträttigheter och yrkesansvar.
6. Kommittén välkomnar mot denna bakgrund att kommissionens förste vice ordförande, Frans Timmermans, i en skrivelse till ReK:s ordförande har uppmanat kommittén att utarbeta ett förberedande yttrande om genomförandet av direktivet om gränsöverskridande hälso- och sjukvård, som kan bidra till att förbättra efterlevnaden av direktivet och stärka patienternas rättigheter.
7. Detta måste göras med hänsyn till att organisationen, förvaltningen, finansieringen och tillhandahållandet av hälso- och sjukvård förblir EU-medlemsstaternas ansvar, och genomförandet av direktivet bör ses mot bakgrund av de uppgifter som de ansvariga hälso- och sjukvårdsmyndigheterna sammantaget ska utföra för medborgarnas bästa.

8. ReK tackar alla regionala nav⁽¹⁾ och de berörda parter som de rådfrågat för deras noggranna behandling av enkäten och deras insiktsfulla svar, som bidragit till detta yttrande.

Covid-19

9. Covid-19-krisen har tydliggjort att Europa behöver mer samarbete på hälsoområdet.

10. ReK upprepar sin ordförandes uppmaning om att inrätta en EU-mekanism för nödsituationer på hälsoområdet, nära knuten till eller integrerad i EU:s befintliga strukturer för krishantering (dvs. EU:s solidaritetsfond och Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar) för att bättre förbereda unionen för eventuella framtida pandemikriser och för att "hjälpa regionala och lokala ledare att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster samt materiel till sjukhus och skolor, anställa vårdpersonal, köpa medicintekniska produkter och stödja intensivvårdstjänster".

11. Kommittén fäster också uppmärksamheten på artikel 10 i direktivet, om ömsesidigt bistånd och samarbete, som ger medlemsstaterna möjlighet att "bistå varandra" och "främja samarbete om gränsöverskridande hälso- och sjukvård på regional och lokal nivå [...] i gränsregioner" och är övertygad om att medlemsstaterna bör undersöka denna möjlighet på ett mer kreativt sätt för att även hantera pandemisituationer.

12. ReK påminner om att unionen och dess medlemsstater, i enlighet med artikel 222 i EUF-fördraget, ska handla gemensamt i en anda av solidaritet.

13. Den solidaritet som visades i nödens stund när medlemsstater tog över patienter från sina överbelastade grannländer för att avlasta deras intensivvårdskapacitet är betryggande. Kommittén är fast övertygad om att detta skulle kunna formaliseras i framtiden genom en begäran om bistånd enligt direktivet.

14. Kommittén rekommenderar att man inrättar "hälsokorridorer"⁽²⁾ mellan gränsregioner, så att patienter och vårdpersonal kan fortsätta att röra sig över gränsen under nedstängningen för att garantera tillgång till och tillhandahållande av vård.

15. ReK pekar på digitala gränsöverskridande lösningar som möjliggör t.ex. bilddiagnostik och distansanalys av prover (såsom lungröntgenbilder som överförs för bedömning utomlands) som ett exempel på ett kostnadseffektivt och praktiskt sätt att samarbeta vid kraftigt ökat vårdbehov.

Ökad patientrörlighet är inte ett självändamål

16. Europeiska regionkommittén håller med Europaparlamentet om att enbart en mycket liten del av EU-medborgarna utnyttjar möjligheterna enligt direktivet, och att den största patientrörligheten sker över gemensamma gränser.

17. Kommittén hänvisar i detta sammanhang till kommissionens rapport, där man konstaterar att de gränsöverskridande patientflödena följer ett stabilt mönster, där EU-medborgarna till övervägande del väljer gränsöverskridande hälso- och sjukvård på grundval av geografisk och kulturell närhet.

18. ReK noterar kommissionens slutsats att patientrörligheten och dess ekonomiska dimension på det hela taget fortfarande ligger på en relativt låg nivå inom EU, och att direktivet om gränsöverskridande hälso- och sjukvård inte har lett till betydande budgetkonsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemens hållbarhet.

19. Gränsöverskridande hälso- och sjukvård kan vara lämplig för vissa patientgrupper som lider av sällsynta sjukdomar, eller till följd av geografisk närhet, särskilt i gränsregioner.

(1) I november 2019 inledde Europeiska regionkommittén genom sitt nätverk av regionala nav ett samråd för att undersöka genomförandet av direktivet på territoriell nivå. 27 regionala nav, från 18 europeiska länder, deltog i enkäten.

(2) Frankrike har inrättat en sådan "hälsokorridor" vid den fransk-spanska gränsen för att möjliggöra kontinuitet i vården på sjukhuset i Cerdanya, medan Luxemburg har övervägt ett särskilt undantag för den franska vårdpersonalen genom att ge den en särskild status som "bofast" så att den kan fortsätta att komma till arbetet i Luxemburg.

20. Kommittén gläder sig åt den positiva inverkan som direktivet verkar ha på den gränsöverskridande patientrörligheten, som har visat en svag uppåtgående tendens sedan 2015. Antalet ansökningar om förhandstillstånd har också ökat stadigt de senaste åren, med mer än dubbelt så många ansökningar om och godkännanden av förhandstillstånd under 2017 som under 2015 i EU som helhet.

21. Förordningarna och direktivet är inte de enda vägar på vilka vård kan ges i en annan medlemsstat, eftersom flera av dem har antagit bilaterala och multilaterala parallella förfaranden för att ta itu med de särskilda behoven av vård i sina gränsregioner (BE, DK, SE, DE, CZ, EE, LU, HU, NL, PT, RO, FI och LT). Dessa avtal, som ofta ingicks innan direktivet antogs, ger upphov till stora patientflöden som inte fångas upp i den europeiska statistiken.

22. Syftet med patientrörlighetsdirektivet är inte att uppnå största möjliga antal patienter som utnyttjar vård utomlands. De arrangemang som erbjuds genom direktivet har utformats för att komplettera utbudet av vårdtjänster och vårdprodukter som finns tillgängligt på regional eller nationell nivå och för att klargöra rättigheterna för europeiska patienter som vill få tillgång till vård och behandling i annat EU/EES-land. Antalet användare kan därför inte tolkas som att lagstiftningen varit vare sig en framgång eller ett misslyckande.

23. ReK understryker mot denna bakgrund att ökad gränsöverskridande patientrörlighet måste ha sin utgångspunkt i patientens situation, och är inte ett självändamål.

Enkel tillgång till information om hälso- och sjukvård enligt direktivets bestämmelser

24. Europeiska regionkommittén påpekar i likhet med Europaparlamentet att ett framgångsrikt genomförande av direktivet förutsätter att patienter, vårdpersonal och andra berörda parter är väl informerade om de möjligheter som direktivet ger till gränsöverskridande behandling.

25. Det är därför nödvändigt att medborgarna får enkel tillgång till information om direktivets villkor för behandling i andra medlemsstater, så att de kan göra ett välgrundat val om de överväger behandling i utlandet.

26. Eftersom det finns stora skillnader i organisationen av hälso- och sjukvårdssystemen i de enskilda länderna, inbegripet regionala och lokala skillnader i vissa länder, bör hälso- och sjukvårdsmyndigheterna se till att medborgarna får tillgång till relevant information på lämpligt sätt.

27. Kommittén vill fästa uppmärksamheten på att de nationella kontaktpunkterna kan ha regionala kontor eller vara integrerade i de regionala hälso- och sjukvårdssystemens webbplatser eller inhysta på regionala sjukförsäkringsgivares webbplatser. Dessa lösningar kanske inte nödvändigtvis ökar den övergripande synligheten för de nationella kontaktpunkterna, men de kan vara mer framgångsrika när det gäller att ge medborgarna information.

28. ReK rekommenderar kommissionen att ge exempel på god praxis för spridning av information från olika länder samt regionala och lokala myndigheter, så att hälso- och sjukvårdsmyndigheterna i medlemsstaterna kan dra lärdom av erfarenheter som gjorts inom andra hälso- och sjukvårdssystem som liknar deras egna.

29. Även om medlemsstaterna förbättrar sina informationsinsatser kommer det ändå att finnas stora skillnader i patientrörlighet beroende på de enskilda hälso- och sjukvårdssystemens organisation och tjänster. Detta framgår tydligt av kommissionens rapport. De huvudsakliga skälen till varför patienterna söker sig över gränserna är den snabbare tillgången till behandling av god kvalitet, kulturell samhörighet och inte minst deras möjlighet att spara pengar på behandlingar med en betydande andel egenfinansiering, såsom tandvård.

Administrativa merkostnader vid behandling i utlandet

30. Europeiska regionkommittén noterar att den allra största delen av medlemsstaternas hälso- och sjukvårdsbudgetar används inom det egna landet, och att kommissionen uppskattar att utgifterna i hela EU för gränsöverskridande hälso- och sjukvård till följd av direktivet uppgår till enbart 0,004 % av EU-ländernas samlade årliga hälso- och sjukvårdsbudget.

31. Mycket få patienter utnyttjar direktivets möjligheter till behandling i ett annat EU-land. Enligt Europeiska revisionsrättens senaste beräkning uppgår antalet ansökningar om ersättning till cirka 214 000 per år, vilket motsvarar cirka 0,04 % av EU-medborgarna. De allra flesta av dessa ansökningar (över 210 000) avser ersättning för behandlingar som inte kräver förhandstillstånd.

32. Ersättningen för öppenvård som inte kräver förhandstillstånd (till exempel tandvård) är ekonomiskt sett relativt liten jämfört med de merkostnader för information och administration som hälso- och sjukvårdsmyndigheterna måste bära vid genomförandet av direktivet.

33. Kommittén betonar att i strävan efter att efterleva alla delar av direktivet och göra det så enkelt som möjligt för medborgarna att söka vård i ett annat EU-land, måste hälso- och sjukvårdsmyndigheterna i medlemsstaterna också ta hänsyn till att de allra flesta EU-medborgare föredrar att utnyttja hälso- och sjukvården relativt nära sitt hem eller sin familj. Därför bör utgångspunkten för hälso- och sjukvårdens organisation, kvalitet och kapacitet i medlemsstaterna vara en strävan efter att medborgarna ska kunna behandlas relativt nära sitt hem eller sin familj.

34. Medlemsstaternas utgifter för behandlingar i andra EU-länder handlar inte bara om ersättning. Behandlingarna medför också kostnader för administration och information – pengar som annars skulle ha kunnat användas för att förbättra behandlingarna i medlemsstaternas egna hälso- och sjukvårdssystem. Vid genomförandet av direktivet bör de nationella hälso- och sjukvårdsmyndigheterna därför vara uppmärksamma på att den mycket lilla andel patienter som vill ha behandling i ett annat EU-land inte på ett oproportionerligt sätt belastar hälso- och sjukvårdssystemets resurser i det egna landet.

Lämplig användning av förhandstillstånd

35. Medlemsstaternas användning av förhandstillstånd för sjukhusvård eller högt specialiserad vård i ett annat land har identifierats som ett hinder för gränsöverskridande patientrörlighet.

36. Enligt kommissionens rapport är konsekvenserna för de nationella hälso- och sjukvårdsbudgetarna av att patienter vill ha tillgång till gränsöverskridande hälso- och sjukvård marginella, och detta gäller alla länder, oavsett om de har infört förhandstillstånd eller inte.

37. Majoriteten av de regionala naven (63 %) anser att användningen av förhandstillstånd är nödvändig för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvård av god kvalitet, och att det är avgörande för att undvika resursslöseri (48 %) och kontrollera kostnaderna på regional nivå (44 %).

38. Användningen av direktivets bestämmelser om förhandstillstånd innebär också ekonomisk säkerhet för patienterna, eftersom de redan innan de får behandling i ett annat land har sin försäkringsstats garanti för att den täcker behandlingen i enlighet med direktivet.

39. Kommittén uppmanar medlemsstaterna att bevilja förhandstillstånd så snabbt som möjligt så att behandlingen inte fördröjs i onödan, och samtidigt göra en realistisk bedömning av de beräknade kostnaderna för det planerade ingreppet.

40. ReK lyfter fram den mycket mindre använda mekanismen med förhandsanmälan (artikel 9.5 i direktivet), som de regionala naven anser vara ett användbart verktyg för att ge patienterna klarhet och hjälpa myndigheterna att fullgöra sina skyldigheter, och uppmanar medlemsstaterna att i högre grad utnyttja denna frivilliga ordning.

41. Kommittén vill fästa uppmärksamheten på den mekanism för ekonomisk kompensation som medlemsstaterna kan genomföra i samband med förhandstillstånd, för att införa direktdebitering mellan de behöriga institutionerna och på så sätt ersätta förskotts betalning och återbetalning till patienterna (artikel 9.5), som ett sätt att minska bördan för patienterna och ge mindre välbärgade samhällsgrupper möjlighet att söka vård utomlands.

42. Mot denna bakgrund rekommenderar ReK att man vid det fortsatta genomförandet av direktivet ser till att användningen av förhandstillstånd kan bibehållas när de ansvariga myndigheterna i medlemsstaterna anser att det är nödvändigt.

Ytterligare samarbete om genomförandet av direktivet

43. Kommittén uppmanar GD Hälsa och livsmedelssäkerhet att i samarbete med övriga berörda generaldirektorat följa upp denna utvärdering av genomförandet av patientrörlighetsdirektivet och att fortsätta att samla in, analysera och offentliggöra exempel på gränsöverskridande hälso- och sjukvård och problem som de berörda myndigheterna möter.

44. ReK efterlyser tillräckliga och långsiktiga EU-medel under nästa programperiod, särskilt men inte uteslutande genom Interreg, bl.a. för genomförandet av gränsöverskridande studier/projekt som syftar till att undanröja specifika hinder och till ett smidigt samarbete.

45. Även om det i samförståndsavtalet mellan ReK och WHO inte uttryckligen hänvisas till direktivet, har kommittén genom det åtagit sig att arbeta för tillgång till hälso- och sjukvård, främjande av hälsa samt kunskapsutbyte – som alla är viktiga delar av direktivet.

46. Kommittén erbjuder kommissionen en löpande dialog med ReK, inklusive NAT-utskottet och ReK:s mellanregionala grupp om hälsa, om utmaningar och lösningar för ett förbättrat genomförande av direktivet om gränsöverskridande hälso- och sjukvård.

47. Kommittén uttrycker sitt fortsatta stöd för detta välbehövliga europeiska samarbete och står redo att ge ytterligare råd och information om exempel på bästa praxis från regionerna.

48. ReK upprepar att sjukdomar inte känner några gränser och att den europeiska solidariteten vid hälsokriser aldrig bör upphöra vid administrativa eller rättsliga gränser.

49. Kommittén förväntar sig att kommissionens kommande tredje genomföranderapport fullt ut kommer att återspegla Europeiska regionkommitténs överväganden i detta yttrande.

Bryssel den 14 oktober 2020.

Apostolos TZITZIKOSTAS

Europeiska regionkommitténs
ordförande
