



Bruxelles, den 3.2.2014
COM(2014) 44 final

RAPPORT FRA KOMMISSIONEN TIL RÅDET OG EUROPA-PARLAMENTET

i overensstemmelse med de forpligtelser, der er fastsat i artikel 20, stk. 3, i Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2011/24/EU af 9. marts 2011 om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser

(EØS-relevant tekst)

INDHOLDSFORTEGNELSE

RAPPORT FRA KOMMISSIONEN TIL RÅDET OG EUROPA-PARLAMENTET i
overensstemmelse med de forpligtelser, der er fastsat i artikel 20, stk. 3, i Europa-
Parlamentets og Rådets direktiv 2011/24/EU af 9. marts 2011 om patientrettigheder i
forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser

1.	Indledning	3
2.	Baggrund	4
2.1.	Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2011/24/EU af 9. marts 2011 om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser	4
2.2.	Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 883/2004 og 987/2009 om koordinering af de sociale sikringsordninger	5
2.3.	Om forholdet mellem direktivet og forordningerne	6
3.	Vigtigste resultater	7
3.1.	Anvendelsen af ordninger med forhåndstilladelse	7
3.2.	Finansielle konsekvenser for ordninger med faste beløb i henhold til forordningerne	8
4.	Data til fremtidige rapporter	10
4.1.	Nulpunktsmåling	10
4.2.	Måling efter gennemførelse af direktivet	11
4.3.	Effektmåling	11
5.	Konklusioner	11

RAPPORT FRA KOMMISSIONEN TIL RÅDET OG EUROPA-PARLAMENTET

i overensstemmelse med de forpligtelser, der er fastsat i artikel 20, stk. 3, i Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2011/24/EU af 9. marts 2011 om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser

(EØS-relevant tekst)

1. INDLEDNING

I denne rapport vurderes virkningerne af Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2011/24/EU¹ om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser for forsikrede patienter, der ønsker godtgørelse af sundhedsydelser, de modtager uden for bopælslandet og i en anden EU-medlemsstat. De potentielle virkninger af ordningerne med forhåndstilladelse, der blev indført ved direktiv 2011/24/EU, og definitionen af den medlemsstat, der er ansvarlig for at godtgøre patienter deres udgifter til grænseoverskridende sundhedsydelser, vurderes specifikt. Sidstnævnte punkt vedrører navnlig det særlige tilfælde, hvor pensionister flytter deres bopæl og dermed deres adgang til sundhedsydelser til deres nye bopælsmedlemsstat, som ikke er den samme som den medlemsstat, der har anerkendt disse pensionisters rettigheder til sociale sikringsydelser. Sidstnævnte medlemsstat bærer ansvaret for dækning af udgifter til sundhedsydelser for disse grupper af pensionister. Med denne rapport opfylder Kommissionen kravene i artikel 20, stk. 3, i direktiv 2011/24/EU.

Fra den 25. oktober 2013 har to retsakter fundet anvendelse på den situation, hvor patienter ønsker at gøre brug af sundhedsydelser uden for deres bopælsland: direktiv 2011/24/EU, i det følgende benævnt "direktivet", og Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 883/2004 og (EF) nr. 987/2009 om koordinering af de sociale sikringsordninger, det følgende benævnt "forordningerne". Da direktivet skulle være gennemført af medlemsstaterne i national lovgivning senest den 25. oktober 2013, er der på nuværende tidspunkt selvsagt ingen tilgængelige data om direktivets virkning, hverken alene eller i samspil med forordningerne. Derfor undersøger denne første rapport, hvilke mulige virkninger den fælles anvendelse af de to instrumenter har for situationen for de patienter, der gør brug af sundhedsydelser i en anden medlemsstat. Det er tanken, at rapporten skal være referencepunkt for fremtidige rapporter, der udarbejdes i henhold til artikel 20, stk. 3, i direktivet.

Denne rapport indeholder først en beskrivelse af de to instrumenter, og derefter vurderes de mulige virkninger af deres samspil på to områder: mulige substitutionsvirkninger mellem de ordninger med forhåndstilladelse, som anvendes under de to instrumenter, og tilstrækkeligheden af den økonomiske kompensation for udgifter til sundhedsydelser, der betales mellem medlemsstaterne, i henhold til forordningerne. Hvad angår sidstnævnte, vil rapporten specifikt behandle de tilfælde, hvor medlemsstaterne modtager faste beløb, som skal dække udgifterne til naturalsundhedsydelser for pensionister. Derefter forklares det, at der på grund af ovennævnte mangel på tilgængelige oplysninger i øjeblikket ikke kan drages klare konklusioner vedrørende disse to spørgsmål, men der kan dog allerede nu udledes nogle vigtige budskaber for den fremtidige forvaltning af de to instrumenter.

Denne rapport er blevet udarbejdet i samarbejde med og med bistand fra medlemsstaterne som repræsenteret ved deres repræsentanter i Den Administrative Kommission for

¹

Se <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:DA:PDF>.

Koordinering af Sociale Sikringsordninger (i det følgende benævnt "den administrative kommission") og i direktivets gennemførelsesudvalg.

2. BAGGRUND

2.1. Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2011/24/EU af 9. marts 2011 om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelse

Direktivets generelle mål er, at det skal være lettere at få adgang til sikre grænseoverskridende sundhedsydelser af høj kvalitet i en anden medlemsstat og at få godtgjort udgifterne hertil i overensstemmelse med de principper, som Domstolen har fastslået. Endvidere er det direktivets mål at fremme samarbejdet mellem medlemsstaterne om sundhedsydelser.

Ifølge direktivet skal forsikringsmedlemsstaten² sikre, at den forsikredes udgifter til grænseoverskridende sundhedsydelser godtgøres, hvis den forsikrede har ret til de pågældende sundhedsydelser i forsikringsmedlemsstaten. Forsikringsmedlemsstaten kan indføre en ordning med forhåndstilladelse i forbindelse med godtgørelse af udgifter til grænseoverskridende sundhedsydelser, som er begrænset til særlige typer planlagte sundhedsydelser som defineret i artikel 8 (herunder sundhedsydelser, der indebærer hospitalsindlæggelse mindst én nat, eller anvendelse af højt specialiseret og omkostningskrævende medicinsk infrastruktur eller medicinsk udstyr), hvis en sådan ordning er berettiget og rimelig. Denne forhåndstilladelse må ikke nægtes, hvis patienten har ret til de pågældende sundhedsydelser, og de pågældende sundhedsydelser ikke kan leveres på forsikringsmedlemsstatens område inden for en tidsfrist, som er lægeligt forsvarlig (også kaldet uden "unødig forsinkelse").

Om ventetiden på behandling er lægeligt forsvarlig afgøres på basis af en objektiv medicinsk vurdering af patientens helbredstilstand, baggrunden for og den forventede udvikling af patientens sygdom, omfanget af patientens smerter og/eller arten af vedkommendes handicap på tidspunktet for anmodningen om tilladelse eller for fornyelse af anmodningen om tilladelse³.

Den overordnede brug af forhåndstilladelser er underlagt kravet om, at ordningen med forhåndstilladelser skal begrænses til, hvad der er nødvendigt og rimeligt i forhold til målet.

Patienten kan pålægges selv at betale for sundhedsydelserne og derefter anmode om at få udgifterne refunderet. Udgifterne til grænseoverskridende sundhedsydelser godtgøres op til et beløb, der svarer til de udgifter, der ville være blevet godtgjort af forsikringsmedlemsstaten, hvis disse sundhedsydelser var blevet leveret på dens område (uden at beløbet dog kan overstige de faktiske udgifter til de modtagne sundhedsydelser).

Direktivets anvendelse afhænger ikke af, om sundhedstjenesteyderen er omfattet af et offentligt sundhedssystem, direktivet gælder for alle sundhedstjenesteydere.

² Almindeligvis den medlemsstat, der har kompetence til at give den forsikrede forhåndstilladelse til at modtage den fornødne behandling uden for bopælsmedlemsstaten i henhold til forordning (EF) nr. 883/2004 og forordning (EF) nr. 987/2009. For tredjelandsstatsborgere, der befinder sig i en grænseoverskridende situation inden for EU, er det i henhold til forordning (EF) nr. 859/2003 eller forordning (EU) nr. 1231/2010. For sidstnævnte og i særlige tilfælde, hvor ingen medlemsstat har kompetence i henhold til nævnte forordninger, er forsikringsmedlemsstaten den medlemsstat, hvor personen er forsikret eller har ret til ydelser ved sygdom i henhold til nævnte medlemsstats lovgivning. Det er vigtigt at bemærke, at begrebet forsikringsmedlemsstat i direktivet bygger på begrebet kompetent medlemsstat, som er et begreb defineret i forordningerne om koordinering af de sociale sikringsordninger.

³ Se artikel 8, stk. 5, i direktiv 2011/24/EU.

2.2. Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 883/2004 og 987/2009 om koordinering af de sociale sikringsordninger

Når det gælder sundhedsydelse, fokuserer forordningerne på offentligt forsikrede personer og deres familiemedlemmer, som er bosat eller opholder sig i en anden medlemsstat end den kompetente medlemsstat⁴. Sundhedsydelser, som fra et medicinsk synspunkt bliver nødvendige under et ophold ("ikke-planlagte sundhedsydelser"), vil blive ydet uden forhåndstilladelse, og udgifterne vil blive dækket af den kompetente medlemsstat (f.eks. gennem anvendelse af det europæiske sygesikringskort).

Forordningerne gør det ligeledes muligt for en forsikringstager, som rejser til en anden medlemsstat for at modtage sundhedsydelser, at søge den kompetente institution om tilladelse hertil. Der bør gives tilladelse, "hvis den pågældende behandling er opført under de ydelser, der er fastsat i lovgivningen i den medlemsstat, hvor den pågældende er bosat, og denne behandling ikke kan ydes inden for en frist, der er lægeligt forsvarlig"⁵, dvs. under de samme omstændigheder som i direktivet. Der gives forhåndstilladelse til patienten ved hjælp af en såkaldt S2-blanket (tidligere E112) fra den kompetente institution.

Når det drejer sig om disse "planlagte" sundhedsydelser, er den kompetente medlemsstat ansvarlig for godtgørelse af udgifter til behandlinger, som skal gives på grundlag af de regler, der gælder i behandlingsmedlemsstaten, og godtgørelsen vil blive forvaltet på niveau for de sociale sikringsmyndigheder uden nogen forskudsbetaling fra patientens side bortset fra den egenbetaling, som er fastsat i behandlingsmedlemsstaten.

Forordningerne dækker ikke alle sundhedstjenesteydere; nogle tjenesteydere, som ikke er omfattet af et offentligt sundhedssystem, er ikke omfattet af ordningen.

Forordningerne tager også højde for de situationer, hvor visse forsikrede flytter deres bopæl til en medlemsstat, men fortsat er dækket af den sociale sikringsordning i en anden medlemsstat. I disse tilfælde får den pågældende udleveret en S1-blanket, som skal bruges til at lade sig registrere med henblik på sygesikringsdækning i bopælsmedlemsstaten. Bopælsmedlemsstaten får godtgjort udgifterne til sundhedsydelser hos den kompetente medlemsstat. Bopælsmedlemsstaten kan vælge mellem to typer kompensationsordninger:

- godtgørelse på grundlag af de reelle omkostninger, som kræver dokumentation for de faktiske udgifter, eller

⁴ Den medlemsstat, hvor den kompetente institution er beliggende. Ved den kompetente institution forstås:

"i) den institution, som den berørte person er tilsluttet på tidspunktet for indgivelse af ansøgning om ydelser

eller

ii) den institution, hvorfra den pågældende er eller ville være berettiget til at modtage ydelser, såfremt han eller et eller flere af hans familiemedlemmer var bosat i den medlemsstat, hvor denne institution er beliggende

eller

iii) den institution, der er udpeget af den kompetente myndighed i den pågældende medlemsstat

eller

iv) såfremt det drejer sig om en ordning om arbejdsgiverens forpligtelser vedrørende de i artikel 3, stk. 1, i forordning (EF) nr. 883/2004 nævnte ydelser, enten arbejdsgiveren eller vedkommende forsikringsorgan, eller, såfremt et sådant ikke findes, det organ eller den myndighed, der er udpeget af den kompetente myndighed i den pågældende medlemsstat."

⁵ Artikel 20, stk. 2, i forordning (EF) nr. 883/2004.

- (for visse kategorier af personer) på grundlag af faste beløb for medlemsstater, hvor "anvendelse af refusion på grundlag af faktiske udgifter ikke er hensigtsmæssig"^{6,7}

Sidstnævnte ordninger må kun finde anvendelse på pensionister og deres familiemedlemmer eller familiemedlemmer til en forsikringstager, der ikke har bopæl i samme medlemsstat som forsikringstageren, hvor denne medlemsstat har valgt ordningen for godtgørelse på grundlag af faste beløb.

Revisionsudvalget, som er det udvalg, der er nedsat i henhold til artikel 74 i forordning (EF) nr. 883/2004, er ansvarligt for at fastsætte de metoder, der skal anvendes ved fastlæggelsen af elementerne til beregning af de faste beløb. Disse elementer er opført i forordning (EF) nr. 987/2009, og den administrative kommission, som er et organ oprettet i henhold til forordning (EF) nr. 883/2004 "bestående af en regeringsrepræsentant for hver medlemsstat, som blandt andet har til opgave at behandle ethvert administrativt spørgsmål eller fortolkningsspørgsmål, der opstår i forbindelse med bestemmelserne i denne forordning, og at fremme samarbejdet mellem medlemsstaterne", skal i 2015 fremlægge en specifik rapport om dens anvendelse og navnlig om de relevante nedsættelser for at sikre, at beregningen af de faste beløb kommer til at ligge så tæt som muligt på de faktiske afholdte udgifter, og at nedsættelserne ikke medfører betalinger, der ikke er i balance, eller dobbelte betalinger for medlemsstaterne.

Medlemsstater, der anmoder om godtgørelse på grundlag af faste beløb, er Norge, Irland, Spanien, Cypern, Nederlandene, Portugal, Finland, Sverige og Det Forenede Kongerige⁸.

2.3. Om forholdet mellem direktivet og forordningerne

I nedenstående punkter sættes der fokus på de vigtigste ligheder og forskelle mellem instrumenterne:

For så vidt angår **personkredsen**, finder direktivet anvendelse på personer, der er omfattet af forordning (EF) nr. 883/2004, samt på tredjelandsstatsborgere og deres familiemedlemmer, der lovligt har bopæl på en medlemsstats område⁹.

Hvis forordningernes betingelser er opfyldt, bør der som et generelt princip ydes behandling i henhold til forordningerne, medmindre patienten, som er fuldt ud informeret om sin rettigheder, anmoder om andet. Hvis patienten anmoder om en forhåndstilladelse til grænseoverskridende sundhedsydelser, og det er mere fordelagtigt for patienten at anvende forordningerne, bør der gives forhåndstilladelse på de betingelser, der er fastsat i forordningerne, medmindre patienten, som er fuldt ud informeret om sine rettigheder, anmoder om andet.

Procedurene og godtgørelsens størrelse i henhold til forordningerne og i henhold til direktivet er forskellige, som nævnt ovenfor. Hvad angår de proceduremæssige garantier, er kravene vedrørende formidling af oplysninger stort set ens, og det tilrådes medlemsstaterne, at den generelle procedure og de administrative garantier, der udtrykkeligt er fastsat i direktivets artikel 9, anvendes i forbindelse med forordningerne til gavn for patienterne.

⁶ Dette vil være tilfældet, hvis den faktiske størrelse af udgifterne til de ydelser, der modtages, ikke fremgår af regnskaberne for den institution, der har udredt dem.

⁷ Jf. artikel 63. stk. 1, i Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 987/2009 af 16. september 2009 om de nærmere regler til gennemførelse af forordning (EF) nr. 883/2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger.

⁸ Artikel 63, stk. 1, i Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 987/2009 af 16. september 2009 om de nærmere regler til gennemførelse af forordning (EF) nr. 883/2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger og opført i bilag 3 i til forordningen.

⁹ Eller, for så vidt angår Danmark, som opfylder betingelserne i forsikringsmedlemsstatens lovgivning for ret til ydelser og befinder sig i en situation, som ikke i alle henseender er begrænset til en enkelt medlemsstat.

Hvis der er tale om forsikringstagere, der bor uden for den kompetente medlemsstat, finder direktivet ikke anvendelse for så vidt angår adgang til sundhedsydelse i bopælsmedlemsstaten.

3. VIGTIGSTE RESULTATER

I denne rapport belyses på lovgivernes anmodning to specifikke punkter, nemlig:

- Medlemsstaternes brug af forhåndstilladelse i henhold til direktivet, herunder især konsekvenserne af kravet om, at en ordning med forhåndstilladelse skal begrundes som rimeligt, tillige med eventuelle substitutionsvirkninger mellem de to juridiske instrumenter, som følger af at der findes to ordninger med forhåndstilladelse.
- De finansielle konsekvenser af direktivets definition "af forsikringsmedlemsstat" (den medlemsstat, der er ansvarlig for godtgørelsen af udgifterne til grænseoverskridende sundhedsydelse) i de medlemsstater, der har valgt at refundere på grundlag af faste beløb i henhold til forordningerne¹⁰.

3.1. Anvendelsen af ordninger med forhåndstilladelse

Som allerede nævnt findes der to juridiske instrumenter, som behandler grænseoverskridende sundhedsydelse, og begge omfatter ordninger med forhåndstilladelse. Afhængigt af de valg, som medlemsstaterne træffer, kan dette resultere i to parallelle ordninger med forhåndstilladelse.

Der er ligheder mellem de to systemer (for eksempel kan der i begge tilfælde gives afslag på en anmodning om tilladelse, hvis behandlingen kan gives uden "unødig forsinkelse"). Men der er også væsentlige forskelle.

Brugen af forhåndstilladelse er reglen i henhold til forordningen, men er i henhold til direktivet en mulighed, som medlemsstaterne kan – men ikke er forpligtet til at – benytte. Der vil derfor være et stort antal behandlinger, der kræver tilladelse i henhold til forordningerne, men ikke i henhold til direktivet. Som anført i afsnit 2 kan der kræves forhåndstilladelse til alle behandlinger i henhold til forordningerne, mens en forhåndstilladelse kun må bruges i forbindelse med visse behandlinger i henhold til direktivet. Ordningen med tilladelse i henhold til direktivet omfatter alle tjenesteydere, medens forordningernes ordning ikke omfatter visse tjenesteydere, der ikke er omfattet af det offentlige sundhedssystem. Og, som nævnt ovenfor, er det vigtigt at huske, at niveauet for dækning af udgifter kan variere betydeligt mellem de to instrumenter.

Det er vigtigt at bemærke, at dette betyder, at anvendelsesområdet for ordningen med forhåndstilladelse i henhold til direktivet vil være forskelligt fra medlemsstat til medlemsstat (det er ikke nødvendigvis en mulighed, som alle medlemsstater gør brug af).

I direktivet er der også fastsat visse proceduremæssige garantier, som finder anvendelse på ordninger med forhåndstilladelse, f.eks. retten til at klage og kravet om, at medlemsstaterne skal fastsætte frister for behandlingen af anmodninger om tilladelse. I henhold til direktivet skal afgørelser om tilladelse "behørigt begrundes" – hvilket betyder, at hvis der nægtes tilladelse med den begrundelse, at der ikke er tale om "unødig forsinkelse", informeres patienten om, hvad der i hans tilfælde ville have udgjort en "unødig forsinkelse". Disse

¹⁰ Ifølge direktivets artikel 20, stk. 3, skal de finansielle konsekvenser afhjælpes i de tilfælde, der er omfattet af artikel 20, stk. 4, og artikel 27, stk. 5, i forordningen. Af hensyn til klarheden og under hensyntagen til rapportens metodologi vil der i rapporten blive fokuseret på pensionister, således som det blev forelagt medlemsstaterne i den administrative kommission den 17. april 2013 og i Udvalget vedrørende Grænseoverskridende Sundhedsydelse den 3. juni 2013.

forskelle udgør i realiteten eksplicite principper om god forvaltningsskik, som bør finde tilsvarende anvendelse på tilladelser i henhold til forordningerne – og derfor bør disse forskelle i teksterne i praksis ikke spille nogen rolle.

Da der er en overlappning mellem de to ordninger, kan der meget vel forekomme substitutionsvirkninger. Dette kan illustreres ved hjælp af følgende eksempler:

- Der kan komme et fald i brugen af forordningerne i forbindelse med sundhedsydelser, der ikke er betinget af en forhåndstilladelse i henhold til direktivet, idet patienter, der ikke ønsker at gennemgå proceduren med forhåndstilladelse, vælger at gøre brug af direktivet.
- Der kan komme et fald i brugen af forordningerne for så vidt angår patienter, som ønsker at blive behandlet af en privat tjenesteyder, som ikke er omfattet af ordningen i forordningerne.
- Omvendt kan der blive tale om en stigning i anvendelsen af forordningerne for så vidt angår patienter, der ansøger om tilladelse i henhold til direktivet, og som vurderes at imødegå "unødige forsinkelse" – og som derefter anmoder om en tilladelse i henhold til forordningerne (som skal ydes ud fra kriteriet om "unødige forsinkelse"), eftersom dækningen i henhold til forordningerne kan være økonomisk mere fordelagtig.

Overvågning og vurdering af disse virkninger vil kræve en detaljeringsgrad, som ikke findes på nuværende tidspunkt. De eneste tilgængelige data på nuværende tidspunkt vedrører forordningerne (se bilag 1). Disse data indikerer (med visse undtagelser) et relativt lavt antal anmodninger om forhåndstilladelse og en høj andel af anmodninger, der imødekommes. De indikerer også, at medlemsstaterne for øjeblikket generelt ikke undersøger, hvilken type behandling der søges om tilladelse til.

Det er også vigtigt at bemærke, at enhver ordning med tilladelse i henhold til direktivet er underlagt kravet om, ordningen skal være nødvendig og stå i rimeligt forhold til målet og ikke må udgøre en ubegrundet hindring for den frie bevægelighed for patienter. Dette indebærer, at medlemsstaterne skal tilvejebringe data for at begrunde deres brug af forhåndstilladelse. Aktuelle data indikerer, at det vil være vanskeligt at begrunde omfattende ordninger med forhåndstilladelse i henhold til direktivet, hvis der ikke findes solid dokumentation for, hvorfor situationen i henhold til direktivet er så forskellig fra situationen i henhold til forordningerne.

3.2. Finansielle konsekvenser for ordninger med faste beløb i henhold til forordningerne

I afsnit 2 beskrives en situation, hvor visse grupper af personer er bosat i en anden medlemsstat end den, som har anerkendt deres rettigheder til sociale sikringsydelser ("den kompetente medlemsstat"), og hvor bopælsmedlemsstaten vælger at refundere på grundlag af faste beløb. Metoden til beregning af disse faste beløb er defineret i artikel 64 i forordning (EF) nr. 987/2009, hvor det fastsættes, at beregningen skal ligge så tæt som muligt på de faktiske udgifter. De pågældende beløb tilpasses derfor regelmæssigt for at tage hensyn til eventuelle misforhold eller tilfælde af dobbelt betaling.

For så vidt angår disse grupper ser denne rapport nærmere på ordninger med faste beløb for pensionister, men ikke på ordninger med faste beløb for andre grupper (som f.eks. Erasmusstuderende). Dette skyldes, at pensionister både med hensyn til antal og til omfanget af anvendte sundhedsydelser er langt den meste betydningsfulde gruppe.

Direktivet kan indvirke på de beregninger, der anvendes til at fastlægge disse beløb, og det er der to grunde til.

For det første er det således, at fordi der findes forskellige regler om behandling af pensionister og deres familiemedlemmer i deres kompetente medlemsstat, nedsættes - i henhold til forordningerne - det faste beløb med 15 % i alle medlemsstater, der udbetaler faste beløb, for at kompensere for udgifter til ikkeplanlagte sundhedsydelse, som pensionister og deres familiemedlemmer modtager i en anden medlemsstat end bopælsmedlemsstaten. Dette skyldes, at det i henhold til forordningerne er den kompetente medlemsstat, som i sidste ende afholder disse udgifter (f.eks. via ordningen med det europæiske sygesikringskort). Hvad angår sundhedsydelse i den kompetente medlemsstat, har pensionister og deres familiemedlemmer normalt kun begrænsede rettigheder til adgang – hovedsagelig til sundhedsydelse, som fra et medicinsk synspunkt bliver nødvendige under deres ophold i den pågældende medlemsstat.

Visse medlemsstater vælger at give pensionister og deres familier yderligere rettigheder til adgang til sundhedsydelse. Disse medlemsstater, som er opført i bilag IV til forordning (EU) nr. 883/2004, er berettiget til en nedsættelse af de faste beløb på 20 % som kompensation for dette.

Reglerne i henhold til direktivet er anderledes. Pensionister og deres familiemedlemmer, der har bopæl i en medlemsstat, hvor der ikke udbetales faste beløb, og som ikke er deres kompetente medlemsstat, kan gøre brug af sundhedsydelse i deres kompetente medlemsstat i henhold til bestemmelserne i direktivet. Hvis den kompetente medlemsstat er opført i bilag IV, gælder de samme vilkår og betingelser som ved forordningerne. Hvis den kompetente medlemsstat ikke er opført i bilag IV, varierer reglerne afhængigt af, om den pågældende behandling er betinget af en forhåndstilladelse i bopælsmedlemsstaten. Er dette tilfældet, finder den sædvanlige godtgørelsesregel i direktivet anvendelse, dvs. det er bopælsmedlemsstaten, der som forsikringsmedlemsstat er ansvarlig for godtgørelse. Hvis behandlingen ikke er betinget af en forhåndstilladelse i bopælsmedlemsstaten, så er det den kompetente medlemsstat, der er ansvarlig for at afholde udgifterne.

Dette kan sammenfattes således: I henhold til direktivet er medlemsstater, der ikke er opført i bilag IV, ikke desto mindre forpligtet til at levere sundhedsydelse, som de ikke er forpligtet til at levere i henhold til forordningerne. De kan derfor være af den opfattelse, at de er ansvarlige for en større andel af de samlede udgifter til sundhedsydelse til de forsikrede end tidligere, og at der burde tages hensyn til dette ved tilpasningen af de faste beløb.

Den anden måde, hvorpå direktivet kan indvirke på de faste beløb, er med hensyn til ikkeplanlagte sundhedsydelse i en tredje medlemsstat modtaget af pensionister og deres familiemedlemmer, som er bosat i en medlemsstat, hvor der udbetales faste beløb, og som ikke er deres kompetente medlemsstat. I henhold til forordningerne er det den kompetente medlemsstat, der er ansvarlig for udgifterne til disse sundhedsydelse, som nævnt ovenfor, for hvilke de får en 15 %-nedsættelse af det faste beløb. I henhold til direktivet kan patienten vælge at anmode om godtgørelse direkte fra bopælsmedlemsstaten, da denne er vedkommendes forsikringsmedlemsstat. Derfor kunne bopælsmedlemsstaten anføre, at den nu afholder udgifter, som den ikke modtager godtgørelse for via faste beløb, og at dette bør tages i betragtning ved tilpasningen af de faste beløb.

Om disse virkninger indtræffer eller ej, afhænger af de beslutninger, som medlemsstaterne og de enkelte patienter træffer med hensyn til anvendelse af forhåndstilladelse, valg af land for de planlagte sundhedsydelse, den foretrukne godtgørelsesordning osv. Pålidelige data er derfor nødvendige for at overvåge og vurdere, hvad dette kan betyde for de faste beløb.

Der findes i øjeblikket ingen oplysninger til vurdering af de økonomiske konsekvenser af anvendelsen af dette direktiv for medlemsstater, der udbetaler faste beløb. Ifølge en foreløbig vurdering fra medlemsstater, der i marts 2013 deltog i en undersøgelse om "rapporteringsforpligtelser i henhold til artikel 20, stk. 3, i direktiv 2011/24/EU", har medlemsstaterne forskellige forventninger til direktivets indvirkning på tilstrækkeligheden af de faste beløb. Nogle mente, at de faste beløb ville stige, andre mente, at bilag IV ikke længere ville være relevant, mens andre igen mente, at der ikke ville være nogen indvirkning af betydning, og endelig var der nogle, der mente, at det kun ville have indvirkning på sundhedsydelser, der ikke er betinget af forhåndstilladelse, men at dette i øjeblikket ikke var kvantificerbart.

På grund af manglende data er det i øjeblikket ikke muligt at foretage en vurdering af misforhold. Eventuel uenighed mellem medlemsstaterne om misforhold i betaling og modtagelse af faste beløb i forbindelse med de faktiske udgifter til de modtagne sundhedsydelser vil skulle løses på et senere tidspunkt.

Ifølge artikel 64, stk. 5, i forordning (EF) nr. 987/2009 skal den administrative kommission senest den 1. maj 2015 forelægge en specifik rapport om anvendelsen af forordningens artikel 64 og navnlig om de i artikel 64, stk. 3, nævnte nedsættelser. Formålet med denne analyse er at sikre, at beregningen af de faste beløb kommer til at ligge så tæt som muligt på de faktisk afholdte udgifter, og at de i artikel 64, stk. 3 nævnte nedsættelser ikke medfører betalinger, der ikke er i balance, eller dobbelte betalinger for medlemsstaterne. Rapporten kan indeholde forslag til ændringer, der måtte vise sig nødvendige, i lyset af erfaringerne med anvendelsen af ovennævnte bestemmelse. Kort sagt anmodes hver medlemsstat om at fremlægge et notat med en analyse af, hvorvidt den anvendte basisnedsættelse er realistisk. Analysen bør så vidt muligt understøttes af kvantitative oplysninger og data. Medlemsstaterne skal senest den 30. juni 2014 forelægge dataene og de ledsagende dokumenter for revisionsudvalget.

4. DATA TIL FREMTIDIGE RAPPORTER

For at kunne vurdere direktivets indvirkning på antallet af patienter, der bruger forordningerne, skal der fastlægges en "basisnulpunktsmåling" for at fastslå patientmobiliteten i henhold til forordningerne forud for gennemførelsen af direktivet. Derefter skal denne nulpunktsmåling sammenlignes med en anden måling, der foretages efter gennemførelsen af direktiv 2011/24/EU.

Det vil derfor være nødvendigt at forbedre den nuværende situation med mangel på statistiske data om grænseoverskridende sundhedsydelser.

Der vil i de fleste tilfælde også være brug for betydeligt bedre data, for at de medlemsstater, der indfører en forhåndstilladelse i henhold til direktivet, kan dokumentere, at sådanne ordninger opfylder de overordnede krav om proportionalitet.

4.1. Nulpunktsmåling

Med henblik på fremtidige analyser, som falder inden for denne rapports emneområde, er det nødvendigt med en basisnulpunktsmåling, ud fra hvilken fremtidige virkninger kan måles. Kommissionen har konstateret, at dette ikke kan lade sig gøre ved hjælp af historiske data. I bilag 1 fremlægges og drøftes tilgængelige statistiske data om patientmobilitet i henhold til forordningerne for så vidt angår planlagte sundhedsydelser. Det konstateres, at de foreliggende data er ufuldstændige i alle medlemsstaterne og ikke sonderer mellem, om relaterede sundhedsydelser indgår i kurven af offentligt dækkede ydelser i den kompetente medlemsstat. Desuden foreligger der ingen data om typen af sundhedsydelser.

Til fremtidige rapporter om patientmobilitet under ordningen med forhåndstilladelse i henhold til direktivet er der brug for indsamling af yderligere og mere detaljerede data i 2012 og 2013. Med henblik herpå er der iværksat en ny dataindsamlingsrunde i den administrative kommission. Visse medlemsstater har dog meddelt, at de ikke vil fremlægge data for 2012 eller 2013. Endvidere er der ingen garanti for, at de medlemsstater, der er villige til at fremlægge data for 2012 og/eller 2013, fremlægger dem med den krævede detaljeringsgrad, som f.eks. sondring mellem, om behandlingsepisoder var med i kurven af ydelser eller ej.

For at etablere den mest sandsynlige basisnulpunktsmåling for alle medlemsstater vil det formodentligt være nødvendigt at ekstrapolere og interpolere de begrænsede data, der er til rådighed.

4.2. Måling efter gennemførelse af direktivet

Der vil blive indsamlet data for 2014 til vurdering af den generelle gennemførelse af dette direktiv inden for rammerne direktivets gennemførelsesudvalg.

Med henblik på analyser skal data om forhåndstilladelse:

- indsamles efter anmodningsår
- indsamles af den forsikringsmedlemsstat, som anmodningen er sendt til
- vedrøre anmodninger om sundhedsydelse, som er omfattet af forsikringsmedlemsstatens kurv af offentligt omfattede varer/tjenesteydelser
- angive antallet eller procentdelen af anmodninger, der er imødekommet
- helst angive antallet eller procentdelen af imødekomne anmodninger, hvor man mente, at "unødig forsinkelse" fandt anvendelse
- angive procentdelen af afviste anmodninger og de vigtigste begrundelser for afvisningen
- helst sondre mellem typer af patientbetegnelser (f.eks. patienter med sjældne sygdomme).

4.3. Effektmåling

Kun hvis og når nulpunktsmålingen og målingen efter direktivets gennemførelse er fastlagt, vil det være muligt for Kommissionen at analysere:

- Substitutionsvirkninger (direkte sammenlignet med nulpunktsmåling): F.eks. et fald i antallet af tilladelser i henhold til forordningerne, som kan forklares med en stigning i antallet af tilladelser i henhold til direktivet. Er dette et bevidst valg fra patienternes side (f.eks. anvendelse af direktivet for frit at kunne vælge tjenesteyder)?
- Dynamiske virkninger: F.eks. en analyse af, om flere patienter vil få forhåndstilladelse i henhold til forordningerne, fordi patienter får adgang til yderligere oplysninger om unødig forsinkelse i henhold til direktivet, eller som følge af øget opmærksomhed om patienters rettigheder.

5. KONKLUSIONER

På nuværende tidspunkt – umiddelbart efter udløbet af fristen for direktivets gennemførelse — kan Kommissionen klart nok ikke vurdere, hvor meget medlemsstaterne har gjort brug af muligheden for at indføre ordninger med forhåndstilladelse i henhold til direktivet, og de mulige substitutionsvirkninger i forhold til forordningerne.

Af samme årsager er det ikke muligt for Kommissionen at konkludere, om der foreligger eller ikke foreligger misforhold som følge af direktivets gennemførelse.

Der kan dog på nuværende tidspunkt drages nogle konklusioner med henblik på at få behandlet begge disse punkter fuldt ud i rapporten om den generelle gennemførelse af dette direktiv, som Kommissionen skal fremlægge senest den 25. oktober 2015. Dette vil være den første rapport i en række af rapporter, der skal fremlægges hvert tredje år.

For så vidt angår ordningerne med forhåndstilladelse bør begrebet "en lægeligt forsvarlig frist" være det samme i henhold til begge instrumenter. På samme måde bør de proceduremæssige garantier i henhold til direktivet finde anvendelse på alle ordninger med forhåndstilladelse i henhold til forordningerne.

Medlemsstater, som ønsker at indføre en ordning med forhåndstilladelse i henhold til direktivet, skal revidere deres eksisterende dataindsamlingsystemer, da de aktuelle data i de fleste tilfælde ikke er tilstrækkelige til at begrunde en omfattende ordning med forhåndstilladelse.

For at kunne foretage en grundig undersøgelse af direktivets virkninger for anvendelsen af forordningerne og for tilstrækkeligheden af de faste beløb vil det være nyttigt at udvikle den måde, hvorpå data indsamles, jf. afsnit 4.2.

Medlemsstaternes udvikling af et overvågningssystem i henhold til direktivet vil udgøre en udfordring, idet det skal koordineres med det system, der er indført ved forordningerne. Det bliver nødvendigt at drøfte metodologiske spørgsmål for at tilpasse disse systemer til de internationale statistiske standarder. Medlemsstaterne bør af hensyn til effektiviteten – så vidt muligt — ensrette indsamlingen af oplysninger.

Bilag 1: Historiske data om patientstrømme

Et notat fra 2008 fra Generaldirektoratet for Beskæftigelse, Sociale Anliggender, Arbejdsmarkedsforhold og Inklusion om et spørgeskema vedrørende E112-blanketten, som blev sendt til repræsentanterne i den administrative kommission, indeholdt nogle interessante iagttagelser: For de fleste medlemsstater rapporteres om et lille antal anmodninger om forhåndstilladelser og en høj andel af tilladelser, der er givet efter anmodning¹¹. Ifølge oplysninger fra medlemsstaterne blev der med visse bemærkelsesværdige undtagelser primært givet afslag på anmodninger om forhåndstilladelse, fordi der ikke var tale om unødigt forsinkelse, og andelen af afslag, der blev anfægtet, var meget lav¹²; patienters mobilitet berører hovedsagelig nabomedlemsstater eller medlemsstater, hvor der tales samme sprog; og seks medlemsstater (DK, EE, CY, LT, MT og NL) pegede på eksistensen af andre parallelle procedurer (såsom særlige bilaterale aftaler mellem medlemsstater), der omfatter grænseoverskridende sundhedsydelser.

Desuden rejser notatet to relevante dataspørgsmål:

- Data om klinisk indikation (diagnose og/eller specifik procedure) falder ikke ind under den administrative kommissions traditionelle kompetence.
- Det er ikke så ligetil at adskille antallet af ansøgninger fra det faktiske antal patienter, der har ansøgt om tilladelse, da der ofte hører mere end én tilladelse til samme patientsag.

Nedenfor er der en oversigt over tilgængelige data om E112-blanketter, som medlemsstaterne har anmodet om i 2006, 2007 og 2008. Der findes kun tal for 24 medlemsstater. Der er stor forskel landene imellem, hvad angår antallet af og udviklingen i forhåndstilladelser. De højeste tal (pr. indbygger) ses i LU, AT, SI og CY (over gennemsnittet i 2008), jf. bilag 1. Gennemsnittet uden LU (med 36 046 tilladelser pr. million indbyggere) er 55 tilladelser pr. million indbyggere. Medlemsstater over dette gennemsnit er CY, AT, SI, SK, BE, IE, EL og LV.

Det er derfor vigtigt at understrege, at der ved indsamling af historiske data inden for rammerne af den administrative kommission ikke tages hensyn til, om de sundhedsydelser, som der blev anmodet om forhåndstilladelse til, indgik i bopælsmedlemsstatens kurv af rettigheder, og der gives heller ikke nogen indsigt i sammensætningen af de kliniske indikationer, der er involveret.

Desuden gives der ikke et fuldstændigt billede, da tallene ikke omfatter mobilitet for patienter, som er omfattet af parallelle ordninger (f.eks. bilaterale aftale mellem medlemsstater eller regioner om planlægning og tilrettelæggelse af patientoverførsler).

¹¹ Kun én medlemsstat (LU) berettede om over 17 000 og to medlemsstater (BE og AT) over tusinde; de fleste medlemsstater berettede om nogle få hundrede (CZ, DK, IE, EL, CY, HU, PT, RO, SI, SK, SE og UK) og resten (BG, EE, LT PL) om under 100.

¹² Mindre end 1 % for de fleste medlemsstater.

Antal anmodninger om E112-blanketter efter år for modtagelse af anmodningen

Medlemsstat	2006			2007			2008
	Anmodet	Udstedt	% Anmodet/givet	Anmodet	Udstedt	% Anmodet/udstedt	Udstedt
AT	3 643	3 566	98	2 946	2 835	96	2 935
BE	1 222	1 066	87	1 322	1 094	83	1 165
BG	NA	NA		81	4	5	10
CY	NA	NA		156	156	100	146
CZ	NA	NA		425	411	97	328
DK	396	65	16	733	64	9	84
EE	8	8	100	1	1	100	5
IE	656	630	96	690	648	94	372
EL	813	768	94	795	770	97	816
ES	NA	722		NA	722		800
FR	1 169	695	59	NA	NA	NA	NA
HU	209	193	92	185	215	116	232
LT	7	6	86	19	14	74	12
LU	17 825	17 290	97	17 280	16 800	97	17 439
LV	46	29	63	132	110	83	127
MT	NA	NA	NA	0	0		0
NL	3 482	2 912	84	NA	NA	NA	NA
PL	12	10	83	25	13	52	NA
PT	218	200	92	207	178	86	166
RO	NA	NA		213	124	58	562
SE	163	81	50	330	115	35	NA
SI	493	340	69	504	262	52	442
SK	679	640	94	792	743	94	685
UK	560	366	65	634	552	87	NA

Kilde: DEN ADMINISTRATIVE KOMMISSION FOR KOORDINERING AF SOCIALE SIKRINGSORDNINGER

Antal udstedte E112-blanketter pr. mio. indbyggere efter år for modtagelse af anmodningen

Medlemsstat	2006	2007	2008
GENNEMSIT	110	112	163
AT	432	342	353
BE	101	103	109
BG		1	1
CY		200	185
CZ		40	32
DK	12	12	15
EE	6	1	4
IE	150	150	85
EL	69	69	73
ES	16	16	18
FR	11		
HU	19	21	23
LT	2	4	4
LU	36 859	35 280	36 046
LV	13	48	56
MT		0	0
NL	178		
PL	0	0	
PT	19	17	16
RO		6	26
SE	9	13	
SI	170	130	220
SK	119	138	127
UK	6	9	

Kilde: egne beregninger på grundlag af Den Administrative Kommission for Koordinering af Sociale Sikringsordninger