

NOTAT

om privatisering af sundhed

EU-direktiv om patientrettigheder:

**Stærk ret
eller
syg lov?**

**Ministeren: »EU skal ikke stille krav«
Regeringen misinformerede Folketinget
Sundhed – en voksende serviceindustri**



NOTAT går i dybden og giver indsigt hver måned

TILBUD TIL NYE LÆSERE:

Få det første nummer for 29,50 kr.
og styr selv hvilke temanumre der ønskes.



www.notat.dk

Ekstra eksemplarer af dette og tidligere numre kan købes til undervisning eller møder. Send en e-mail til notat@notat.dk eller ring på tlf. 86 48 16 00 og få et tilbud.

Du kan nu styre dit abonnement helt selv. Gå ind på www.mitabonnement/notat.dk og tast dit abonnementsnummer – her kan du »pausere«, som vi kalder det. Du vælger bare at springe over, hvis det kommende tema ikke interesserer dig, eller hvis du i en periode ikke har tid til NOTAT-læsning. Så forlænges dit abonnement bare. Mere fleksibelt kan det ikke være.

Hvis du flytter eller ønsker ændringer i dit abonnement, klares det også på hjemmesiden.

Styr selv dit abonnement på: www.mitabonnement/notat.dk

Abonnementsservice:

NOTAT, Ved Søen 1, Jels, 6630 Rødding, tlf. 70 26 16 48
abonnement@notat.dk
Konto til abonnement: Reg. nr. 7990
Konto nr. 2031982

Priser på NOTAT:

Almindelig stykpris:
49,50 kr. ved betaling pr. nummer
45,50 kr. ved betaling for 3 numre = 136,50
43,25 kr. ved betaling for 6 numre = 259,50
41,25 kr. ved betaling for 12 numre = 495,-

Rabat stykpris for studerende og pensionister:

38,00 kr. ved betaling pr. nummer
35,00 kr. ved betaling for 3 numre = 105,-
33,00 kr. ved betaling for 6 numre = 198,-
31,00 kr. ved betaling for 12 numre = 372,-

Institutioner og foreninger stykpris:

68,00 kr. ved betaling for 6 numre = 408,-
66,00 kr. ved betaling for 12 numre = 792,-

Redaktion: NOTAT, Christiansborg, 1240 København K.
redaktionen@notat.dk

I redaktionen: Åge Skovrind, Erling Böttcher (ansv.), Anders Rom Dahl, Staffan Dahllöf, Pelle Christy Geertsen, Kenneth Haar, Luise Pihl og Sven Skovmand.
NOTAT udgives i samarbejde med ind/dem-gruppen i EU-Parlamentet og EUD.
Lay-out og tryk: NOTAT Grafisk, 86 48 16 00

Regnskab, annoncer og ledelse:

NOTAT, Nordkystvejen 2 F, 8961 Allingåbro, tlf. 86 48 16 00, notat@notat.dk
CVR nr.: 18411008

ISSN: 1603-7480

Indhold

| | |
|--|----|
| Stærk ret eller syg lov | 4 |
| Danske medlemmer af EU-Parlamentet uenige om nyt direktiv | |
| Det står der direktivet om patientrettigheder | 7 |
| Alle EU-borgere får ret til behandling i andre EU-lande | |
| Dommerne skrev direktivet | 8 |
| Direktivet om patientrettigheder er i store træk udformet af EU's domstol | |
| En hård fødsel | 9 |
| Sundhedsområdet blev taget ud af det kontroversielle direktiv om tjenesteydelser | |
| Misinformation om EU og sundhedssektoren | 10 |
| I flere år misinformede Folketinget om betydningen af Domstolens afgørelser | |
| »EU skal ikke stille krav« | 12 |
| Sundhedsminister Jakob Axel Nielsen frygter at Kommissionen får kompetence til at stille krav til indretningen af det danske sundhedsvæsen | |
| Startskud til mere integration | 13 |
| Ifølge sundhedsøkonom Kjeld Møller Pedersen er direktivet begyndelsen til et fælles europæisk sundhedsmarked | |
| Ingen ved om privat er bedre | 14 |
| ...men den private sektors opblomstring har udvidet antallet af behandlinger | |
| Som kunder i en butik | 15 |
| Forestillingen om patienten som den oplyste og krævende forbruger | |
| Snart en million forsikrede | 16 |
| Antallet af danskere med en privat sundhedsforsikring er vokset eksplosivt | |
| ...og der ventes stadig længe | 17 |
| Regeringens top-prioritet med at nedbringe ventetiderne har ikke haft succes. | |
| Privat på det offentliges regning | 18 |
| Privathospitaler er blevet et godt sted at investere sine penge | |
| Konkurrence skaber højere produktivitet | 20 |
| Kommentar af Henrik Christoffersen, forskningschef i tænketanken Cepos | |
| Øget privat udbud kan udhule det offentlige sundhedsvæsen | 21 |
| Kommentar af Morten Freil, direktør i Danske Patienter | |
| »Det handler ikke en skid om sundhed« | 22 |
| Interview med Johannes Flensted-Jensen (S), Danske Regioner | |
| Kampen bag kulisserne | 24 |
| Offentligt ansatte kommer med skarp kritik. Danske sundhedsorganisationer er mere forsigtige. | |
| Oplæg til et systemskifte | 26 |
| Se ikke på sundhed som en udgiftspost! Kig i stedet på mulighederne for en voksende serviceindustri, siger erhvervsfolk | |
| Sundhed er blevet forretning | 29 |
| Sundhedsreformer står på dagsordenen overalt i Europa. | |

Sygeshopping og business

Denne udgave af NOTAT ser på et område af stor betydning for alle danskere, nemlig fremkomsten af en privat sundhedssektor i Danmark, og sammenhængen med den europæiske udvikling.

Sundhedsudgifterne sluger en stadig større del af nationalindkomsten i de fleste lande. Og der er masser af penge på spil. I offentlige skattebetalte systemer som det danske, har politikerne det overordnede ansvar. De skal kunne svare på, hvem og hvad pengene går til, og om vi får det bedst mulige ud af dem. Sygdomme er ligeledes et stort marked for medicinalfirmaerne, og i mere privatiserede systemer også for sygeplejefirmaer og forsikringselskaber.

EU har formelt ikke med sundhedspolitik at gøre. I traktaten står direkte at det er medlemslandenes ansvar. Men EU har med markedet at gøre – og hvor begynder og ender så markedet hvad angår sygdomme?

EU's domstol har med en række skelsættende domme afgjort at også patienter er omfattet af markedssystemet. EU-Kommissionen har nu fulgt trop med et forslag til direktiv om ret til grænseoverskridende sundhedsydelse. Med direktivet i hånden skal de syge kunne shoppe rundt i hele Unionen efter hurtigste og bedste behandling, og samtidig lade det hjemlige system betale.

Det lyder godt, og er umiddelbart i tråd med den hjemlige udvikling med patienten i centrum, fritvalgsordninger, ventetidsgarantier og private sundhedsforsikringer. Men hvem vinder og hvem taber? Er vinderne de store private aktører på det europæiske marked og den patient som kan bruge systemets valgmuligheder? Er taberne de som ikke kan betale eller udnytte mulighederne?

De danske politikere er stærkt skeptiske. Hvad vil det koste? Og vil det i sidste ende blive dyrere for samfundet, uden egentlig at give mere sundhed samlet set?

Desuden: Hvem skal bestemme? Hvilken kompetence får Unionen for fremtiden hvis direktivet vedtages? Ofte gemmer djævelen sig i detaljen. En af dem er at EU-Kommissionen vil få vidtgående magt til igennem sine komitéer at styre udmøntningen af direktivet.

NOTAT lægger med dette nummer op til debat om et direktiv og en udvikling som vil blive debatteret i de kommende mange måneder – og som med garanti vil spille en vigtig rolle i kampagnen op til EU-Parlamentsvalget den 7. juni 2009.

God læse- og debatlyst.



Erling Böttcher
redaktør

Stærk ret eller syg lov

Et nyt direktivforslag vil sætte fart på "det indre sundhedsmarked". Patienter får adgang til sundhedsydelser i hele EU, og udgifterne skal betales af hjemlandet med lige så mange kroner eller euro, som hvis behandlingen var foregået i borgerens hjemland.

Til glæde for patienterne, eller til skade for et offentligt sundhedssystem med fri og lige adgang for alle? Meningerne er delte blandt de danske medlemmer af EU-Parlamentet.

RET ELLER RISIKO? Hvis man som dansker rejser til Tyskland eller Polen for at blive behandlet på et hospital eller købe en anden sundhedsydelse, så skal man ikke selv hoste op med pengene. Det skal de danske myndigheder klare via en eller anden form for garanti eller refusionsordning. Så langt er Karin Riis Jørgensen fra Venstre, socialdemokraten Christel Schaldemose og Hanne Dahl fra Juni-Bevægelsen enige.

Som medlemmer af EU-Parlamentet skal de til sin tid stemme ja eller nej til det direktiv om grænseoverskridende patientrettigheder som Kommissionen lagde på bordet i juli i år.

Ulighed

Direktivet giver EU's borgere ret til at få behandling eller modtage andre sundhedsydelser i andre lande. Patientens hjemland skal betale det samme tilskud som der bliver givet til en tilsvarende ydelse i hjemlandet, men direktivet siger ikke noget om den måde betalingen skal ske på. Mange har derfor kritiseret det for at være et tilbud til de mest ressourcerstærke – dem der selv kan lægge ud, betale transporten, taler fremmede sprog og er vant til at færdes i et internationalt



miljø. Dertil kommer at patienten skal betale en eventuel udgift ud over hvad de danske myndigheder refunderer.

»Det skal være muligt at komme af sted uden at have en kassekredit,« siger Christel Schaldemose, og Karin Riis Jørgensen er tilmed positiv overfor betaling af transportudgifter.

Men selv om hjemlandet klarer betalingen, så skaber forslaget ulighed på andre måder.

Det mener både Christel Schaldemose og Hanne Dahl.

»Som dansker kan jeg tage hvor som helst hen i EU og få dækket den udgift som en behandling koster i hjemlandet. Men de rumænske borgere har ikke et frit valg. Den frie bevægelighed er ikke reel, der er en indirekte barriere, især for de nye medlemslande, hvor lønningerne ikke er på vores niveau, og hvor en behandling koster mindre end i Danmark,« siger Christel Schaldemose.

Den ulighed finder hun stærkt bekymrende. Men hun har ikke en løsning på problemet, for hun vil på den anden side ikke fjerne patientrettighederne. Også Hanne Dahl taler om A- og B-lande. Den ideelle løsning er efter hendes mening en udligningsordning på EU-niveau.

Domstolen har talt

Omvendt siger Karin Riis Jørgensen at patienterne allerede har ret til behandling i udlandet, i kraft af en række domme fra EU's domstol. Men i dag er det kun de mest ressourcestærke som kan bruge disse rettigheder:

»Ved at lave klare regler bliver det en mulighed for almindelige mennesker. Børnebørn eller andre vil tage med og hjælpe. Vi taler om mennesker som ønsker at få den bedste behandling. Og hvis det er sådan at kun få i dag forstår reglerne, så er mit svar at det ikke kan være rigtigt at hvad ingen ved, skal ingen lære,« siger hun.

Direktivet er i store træk en sammen-skrivning og systematisering af de afgørelser EU's domstol har truffet de senere år.

Det er Hanne Dahl er enig i. Alligevel er hun modstander af direktivet.

»Et direktiv vil ekspandere brugen, fra at være en ret bliver det til almindelig praksis. Og når Domstolen åbner et område, som gør det til almen praksis, så er vi gået fra nationalt baserede sundhedsordninger, til en fælleseuropæisk sundhedslovgivning,« siger hun.

Hun mener at den øgede patientmobilitet vil gøre det umuligt for medlemslandene at styre deres økonomi.





Hvem bestemmer?

Hvis mange patienter skal have betalt deres sundhedsudgifter i udlandet, kan det blive en bombe under økonomien i de nationale sundhedssystemer og gøre planlægning besværlig. Derfor handler et af de helt centrale punkter om landenes ret til at forhåndsgodkende en hospitalsbehandling (og dermed betalingen) i udlandet.

Karin Riis Jørgensen stiller sig tilfreds med at direktivet indeholder en klausul



*Karin Riis Jørgensen (V):
Direktivet giver almindelige mennesker en ret som i dag kun er for de ressourcestærke.*

om forhåndsgodkendelse af hospitalsbehandling hvis der er risiko for underminering af sundhedssystemerne.

Det interessante spørgsmål er så hvornår denne risiko foreligger.

Hanne Dahl:

»Her er vi på et område hvor Domstolen skal trække grænsen. Hvis der er penge nok på spil, så bliver det en domstols-sag. Erfaringen er at Domstolen sjældent accepterer nationale begrænsninger,« siger hun.

Christel Schaldemose vil vende paragraffen om forhåndsgodkendelse på hovedet:

»Nu står der at det skal være en undtagelse, at det kun skal være muligt hvis man underminerer det nationale system. I stedet skal det være normen at der er en forhåndsgodkendelse. Så kan vi om fem

år ophæve den, hvis det viser sig unødvendigt.«

Kompetence

Spørgsmålet om forhåndsgodkendelse er kun et blandt flere punkter hvor direktivet er på kollisionskurs med medlemslandenes kompetence. Ifølge EU-traktaten er sundhedsområdet nemlig et nationalt anliggende, altså uden for EU's kompetence.

Direktivet gentager da også dette adskillige steder, men definerer alligevel en række opgaver som landene er ansvarlige for at løse, herunder at Kommissionen om nødvendigt medvirker til at udarbejde retningslinjerne.

Den danske regering mener, på linje med andre lande, at direktivet på dette punkt er i strid med selve traktaten.

Et privat marked

En anden diskussion handler om hvordan direktivet vil påvirke den fremtidige udvikling på sundhedsområdet. Vil det skabe et nyt marked for privathospitaler og en større privat sundhedssektor?

»Jeg køber ikke præmissen om at det vil underminere det offentlige sundhedsvæsen. For 99 procent vil stadig bruge de offentlige hospitaler, og mange behandlinger i udlandet vil også være på et offentligt hospital,« svarer Karin Riis Jørgensen.

Men vil det skabe et marked for private?

»Det kan jeg ikke vurdere. Det er ikke det der er meningen med direktivet. Det er at hjælpe mennesker, men det glemmer journalisterne tit.«

Christel Schaldemose mener at øget mulighed for mobilitet kan åbne et nyt marked for private aktører. Især ser hun i en situation med lægemangel en risiko for at de private snupper personale.

»Det private er ikke nødvendigvis dårligt, men udbuddet skal ikke svække det offentlige system,« understreger hun.

Hanne Dahl frygter at direktivet på sigt fører til en snigende privatisering og en udvikling hen i mod et amerikansk sundhedssystem, hvor de forsikrede får god behandling på private hospitaler, mens det offentlige skraber bunden.

Hun ønsker et sundhedsvæsen hvor det bærende skal være gratis behandling og ligestilling for alle.

»Dette princip er udhulet af den danske regering med behandlingsgarantien som gav folk mulighed for tage penge ud af det offentlige system, men det er sat helt over styr med det nye direktiv,« siger hun.



*Hanne Dahl (Juni-Bevægelsen):
Direktivet fører til snigende privatisering.*

Hun bebuder et ændringsforslag til direktivet, så behandling i udlandet skal ske efter visitation og hvor princippet bliver "efter tur og behov". ♦



*Christel Schaldemose (S):
Direktivet undergraver det nationale sundhedssystem.*

Det står der i EU-direktivet om patientrettigheder



Ret til behandling i udlandet

Forslaget skal sikre at alle EU-borgere får en række rettigheder til behandling i andre EU-lande.

Den mest tilgængelige rettighed er retten til at få en behandling i udlandet der ikke kræver hospitalsindlæggelse. Det kan være f.eks. være kiropraktik eller tandbehandling.

Hvad dette angår, er der ingen grænser. Borgerne har ret til at vælge privat eller offentlig behandling i udlandet, og ret til at få penge fra det offentlige til det.

Denne ubegrænsede ret gælder også ved hospitalsindlæggelse i én bestemt situation, nemlig hvis en patient må vente så længe på at blive behandlet hjemme at det ikke er sundhedsmæssigt forsvarligt. I så fald er der adgang til betalt behandling i andre EU-lande uden at bede myndighederne om tilladelse.

Betaling

Forslaget pålægger ikke medlemslandene at dække alle omkostninger ved behandling i udlandet. Medlemslandene skal kun yde det beløb det ville have kostet at gennemføre en tilsvarende behandling hjemme.

Myndighederne er heller ikke forpligtet til at give tilskud til transport og andre ekstraudgifter. Det maksimale støttebeløb som kan kræves af myndighederne, er det behandlingen koster. Skulle behandlingen i udlandet være billigere end hjemme, kan patienten altså ikke score gevinsten på forskellen.

I forslaget pålægges medlemslandene at informere borgerne om retten til behandling i udlandet. Det skal ske gennem oprettelse af informationscentre, hvor borgerne kan hente oplysninger om adgang

til og priser på en bestemt form for behandling.

Undtagelser

Der er to undtagelser for reglen.

Den første gælder behandlinger der kræver hospitalsindlæggelse. Hvis der er tale om en behandling der kræver indlæggelse, kan myndighederne kræve forhåndstilladelse, og kan afslå at støtte behandling et andet sted i EU, hvis udstrømningen af patienter er så stor at det bringer den nationale sundhedssektor i fare. Det kan være hvis det koster det offentlige for mange penge at lade borgerne blive behandlet i andre EU-lande, eller hvis udstrømningen bliver så stor at det umuliggør planlægning og opretholdelse af det nationale beredskab. Det skal dokumenteres over for Kommissionen og de øvrige medlemslande at udstrømningen giver problemer.

Den anden undtagelse er at der skal være tale om en form for behandling der er omfattet af den nationale sundhedsordning. F.eks. skal kosmetisk plastikkirurgi derfor ikke udløse tilskud fra den danske stat til behandling i udlandet. Det ville det offentlige nemlig ikke dække herhjemme.

Mens der altså er nogle grænser for hvilke behandlinger i udlandet det offentlige skal støtte, så er der ikke grænser for hvor mange tilrejsende patienter de nationale sundhedssystemer skal tage imod. Alle EU-borgere skal behandles på lige fod med landets egne borgere.

Fælles standarder

På flere punkter rykker direktivet i retning af fælles standarder i sundhedsvæsenet i EU. Recepter på medicin som er udstedt i

et EU-land, skal f.eks. anerkendes i alle andre EU-lande. Det er ikke tilfældet i Danmark i dag. Derudover skal der indføres fælles kriterier for kvalitet i behandlingen. Derfor pålægges medlemslandene at samarbejde om karakter og kvalitet af behandling, og Kommissionen får selv mulighed for at deltage i fastlæggelsen af kriterierne. Derudover skal der i et ikke nærmere bestemt omfang vedtages fælles retningslinjer for bl.a. information af patienter, klageadgang, forsikringer og datasikkerhed. Forslaget gør det ikke klart i hvilken form de fælles standarder skal udvikles – om det f.eks. skal være gennem vedtagelse af fælles standarder, f.eks. harmonisering.

Kommissionens rolle

Kommissionen får en stor rolle i gennemførelsen af direktivet. Især får Kommissionen stor indflydelse på, hvilke ydelser der ikke kræver indlæggelse, men som alligevel kan være omfattet af krav om forhåndstilsagn. Det skal nemlig vedtages efter "komitéproceduren", hvor der i sidste instans skal være et kvalificeret flertal imod Kommissionens forslag, hvis det skal afvises. ♦

Læs mere!

Forslaget om patientrettigheder kan hentes på www.eu-oplysningen.dk.

Ved søgning på "patientrettigheder" er der henvisning til mange andre relevante dokumenter.

Den officielle titel er "Forslag til Europaparlamentets og Rådets direktiv om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser". Referencenummeret er KOM (2008) 0414.



Vejen til Kommissionens forslag til direktiv om patientrettigheder har været lang. Det skyldes at EU's rolle på sundhedsområdet er kontroversiel og omstridt.

Dommerne skrev direktivet

Direktivet om patientrettigheder er i store træk udformet af EU's domstol. På to områder har Kommissionen dog snittet reglerne til.

VEJEN TIL DIREKTIVET. Det står i EU-traktaten at det er medlemslandene der har ansvaret for sundhedsområdet. EU's mulighed for at vedtage en egentlig politik for sundhedsområdet er derfor i princippet begrænset. Derfor kan det overraske at Kommissionen nu har lagt et forslag på bordet, som kan gribe ind i planlægningen på danske hospitaler, og som giver danskere muligheder for at få offentlig støtte til behandling i udlandet. Forklaringen er at EU's domstol siden 1999 har afsagt en

række domme som fastslår at reglen om fri levering af tjenesteydelser har betydning på sundhedsområdet, da denne frihed også indebærer ret til behandling i et andet EU-land.

Logisk direktiv

»Når man har fulgt udviklingen i Domstolens domme, så kan det ikke overraske at vi nu har sådan et direktiv,« sagde Kjeld Møller Pedersen, som er professor i sundhedsøkonomi på Syddansk Universi-

tetscenter, den 30. oktober på et møde arrangeret af ATTAC-Danmark.

Det såkaldte subsidiaritetsprincip, også kaldet nærhedsprincippet, som ville placere sundhedsområdet solidt i favnen på medlemslandene, kan altså underkendes af princippet om varernes og serviceydelseernes frie bevægelighed:

»Det er i virkeligheden to ting der strider mod hinanden. På den ene side har vi subsidiaritetsprincippet der siger at sundhedsvæsenet er et nationalt anliggende. Og på den anden side har vi grundloven om varers og serviceydelse fri bevægelighed,« lyder det fra Kjeld Møller Pedersen.

Kommissionens trumf

Ifølge lektor Dorte Sindbjerg Martinsen fra

En hård fødsel

KAMPEN OM SERVICEDIREKTIVET.

Forslaget til direktiv om patientrettigheder har været længe undervejs. Da det blev fremlagt i juli 2008, havde det i princippet været undervejs i næsten fire år. Sammenblandingen af EU's indre marked og sundhedsområdet er nemlig kontroversiel, og har tvunget Kommissionen til at sætte foden på bremsen.

Processen begyndte da Kommissionen i januar 2004 fremlagde et forslag til direktiv om det indre marked for tjenesteydelser, det såkaldte servicedirektiv. Direktivet dækkede næsten alle servicesektorer, herunder også sundhedsydelser. Formålet med direktivet var at liberalisere reglerne og dermed skabe større mulighed for at private servicevirksomheder kunne levere ydelser i andre EU-lande.

Protester fører til ændring

Direktivet kom hurtigt under skarp beskyldning fra mange kredse, herunder fagforeninger, socialdemokraterne og venstrefløjen, og et væld af borgergrupper, herunder interessegrupper på sundhedsområdet. Konsekvensen af at tage

sundhedsområdet med i direktivet, ville have været et markant skridt i retning af markedsføring af sundhedsområdet, mente kritikerne. Efter lang tids tovtrækkeri, store demonstrationer og andre protester, blev servicedirektivets rækkevidde begrænset i begyndelsen af 2006, og blandt de store ændringer var at sundhedsområdet blev taget ud af direktivet.

Høring

Kommissionen reagerede dog prompte med et nyt initiativ på området. I april 2006 iværksatte Kommissionen en høring blandt medlemslandene og interesseorganisationer om EU's indsats på sundhedsområdet. Formålet var at få forslag til et kommende lovforslag – et direktiv – på området. I løbet af 2007 skrev Kommissionen så forslaget om patientmobilitet, som begyndte at cirkulere blandt de centrale politiske aktører i Bruxelles.

Frygt for traktaten

Ikke alle tog godt imod. Særligt råbte de europæiske socialdemokrater op, og advarede mod at fremsætte forslaget på et tids-

punkt hvor den nye EU-traktat, Lissabontraktaten, endnu ikke var vedtaget. Formanden for de europæiske socialdemokrater, tidligere statsminister Poul Nyrup Rasmussen, frygtede at direktivet kunne "mudre diskussionen om hvad den nye traktat indebærer, og hvad Europa bør koncentrere sig om." Risikoen ved den slags initiativer på "...det mest følsomme område i EU-samarbejdet", var at det kunne "...skabe politisk kaos i nogle medlemslande."

Lige efter Irland

Udgangen på den debat blev at offentliggørelsen af forslaget blev udskudt til den 7. juli, få uger efter den irske folkeafstemning. Adskillige regeringer, herunder den danske, udfordrer dog dele af direktivet, som de mener strider mod nærhedsprincippet. Også i Europa-Parlamentet er der store uenigheder. Blandt andet derfor forventes direktivet ikke vedtaget før efter valget til Europa-Parlamentet i juni 2009. ♦

Københavns Universitet og ekspert i EU's sundhedspolitik, gør direktivet ikke meget andet end at samle op på Domstolens afgørelser.

»I det store hele er der ikke nogen tvivl om at direktivet er et forsøg på at skabe gennemsigtighed,« siger hun. Domstolens afgørelser kan være uklare og skabe tvivl om de egentlige regler. Det er en af bevæggrundene for direktivet, som i store træk må ses som en opsamling på domme fra Domstolen.

Denne sammenhæng mellem dommene og direktivet påpeges flittigt i forslaget, og det er der en forklaring på:

»Det er karakteristisk for direktivforslaget at der henvises flittigt til domstolens praksis. Domstolspraksis er et utroligt stærkt kort for Kommissionen at have på hånden, og det bliver spillet stærkere når det er særligt kontroversielle forslag, såsom dette direktiv.«

Mere end Domstolen

Der er dog undtagelser, påpeger Dorte Martinsen. »Direktivet går længere end domstolspraksis, i hvert fald i den effekt det kan få. Ifølge domstolen må medlemslandene gerne kræve forhåndsgodkendelse ved hospitalsbehandling, punktum. Men i direktivet skal man kunne dokumentere at hvis man ophæver godkendelsesordning, så underminerer det den finansielle balance eller planlægningen. Det kan man jo sagtens forestille sig at der vil blive fortolket på, og at det kan føre til sager om brud på traktaten,« siger hun.

Mindre end Domstolen

»På den anden side kommer Kommissionen kritikerne i møde på spørgsmålet om skelnen mellem hospitals- og ikke hospitalsbehandling, hvor behandlinger der ikke kræver hospitalsindlæggelse, kan blive be-

handlet som var de hospitalsbehandlinger. Men så skal de optages på en liste der forvaltes af Kommissionen,« påpeger Dorte Martinsen.

Det betyder for eksempel at der kan kræves forhåndsgodkendelse af visse komplicerede behandlinger. Præcis hvilke vil først blive afgjort efter en eventuel vedtagelse af direktivet. I den henseende har Kommissionen et stort ord at skulle have sagt. Det vil nemlig blive besluttet gennem en procedure hvor der i sidste instans skal være kvalificeret flertal for at afvise Kommissionens forslag.

Forskellene mellem dommene og direktivet vil få betydning hvis direktivet vedtages. Så vil det være Kommissionens tilsnittede regler der gælder. Vedtages direktivet derimod ikke, vil det i stedet være dommene der udstikker retningslinjerne i EU's politik på området i den kommende tid. ♦

Misinformation om EU og sund

DANMARK STEMTE NED. I september 2008 kom det frem at regeringen konsekvent havde undladt at informere danskerne om rettigheder til offentlig støtte ved behandling i udlandet, som følge af en række domme fra EU's domstol. Sagen førte til et lille politisk stormløb mod sundhedsminister Jakob Axel Nielsen, der måtte forklare sig på et møde i Folketingets sundhedsudvalg den 8. oktober 2008. Ministeren sagde til sit forsvar at der i ministeriet havde været stor usikkerhed om hvad EU-reglerne egentlig er, og at myndighederne derfor har ventet siden 2004 på en afklaring gennem ny EU-lovgivning, det vil sige et direktiv. Hvad der ikke kom frem på mødet var, at regeringen ikke bare har undladt at informere borgerne, men også har misinformeret Folketinget om rækkevidden af EU-reglerne, og dermed om Domstolens domme.

EU's kompetence

Det handler om EU's indflydelse på sundhedsområdet, eller sagt mere præcist, hvor stor en del af sundhedssektoren der påvirkes af reglerne for det indre marked. Den danske regering har gentagne gange hævdet over for Folketinget at EU's regler kun har betydning for de sundhedsydelse hvor borgerne selv betaler en stor del af regningen. Men sådan er EU-reglerne ikke, og sådan har de ikke været i mange år. Det siger lektor Dorte Sindbjerg Martinsen, der er ekspert i EU's sundhedspolitik fra Københavns Universitet, og hun understreger at det har regeringen vidst længe. Skiftende regeringer har nemlig afprøvet den danske opfattelse af EU's regler ved at deltage aktivt i sager ved EU's domstol, og det er netop Domstolen der afgør hvordan reglerne skal forstås.

De centrale sager ved domstolen fandt sted i perioden 1998-2006, og afgørelserne fastlagde gældende EU-regler på sundhedsområdet. Sagerne var kontroversielle, og mange medlemslande, herunder Danmark, valgte derfor flere gange at give sin mening til kende. I den forbindelse har den danske regering fået klar besked fra Domstolen om at den danske forståelse var forkert.

Dansk særopfattelse

Den danske opfattelse blev fremlagt tidligt i forløbet. Den lyder at EU ikke har



Den danske regering har gentagne gange hævdet over for Folketinget at EU's regler kun har betydning for de sundhedsydelse hvor borgerne selv betaler en stor del af regningen. Men det er i klokkeklar modstrid med Domstolens afgørelser.

nogen kompetence, når det gælder gratisydelse på sundhedsområdet. Det skete ifølge Dorte Martinsen lige efter en sag om to borgere fra Luxembourg ved navn Kohll og Decker, der blev afgjort i 1998.

»Umiddelbart efter Kohll/Decker lagde man sig fast på en meget snæver fortolkning af, hvornår sundhedsydelse er tjenesteydelse i traktatmæssig henseende. Så

skal der være et element af selvfinansiering,« siger hun.

Et par år efter gik Danmark i brechen for denne fortolkning i den såkaldte Smits-Peerbooms sag, og fik prøvet Domstolen af. Det blev et syngende og klart nederlag da dommen faldt i 2001.

Dorte Martinsen siger:

»Ved behandlingen af Smits Peerbooms-sagen i 2001 fremsatte regeringen

hedssektoren

sin fortolkning for Domstolen, og den blev blankt afvist. »Det er helt ude i skoven,« sagde Domstolen. Men selvom regeringen fik den påtale, fortsatte den med at anvende sin egen kreative fortolkning. Den var en fordelagtig fortolkning, som medførte at Danmark underimplementerede EU-afgørelserne.«

Hun henviser til debatten i efteråret 2008 om danskernes manglende muligheder for at få det offentlige til at betale behandling i udlandet.

Da Domstolen er øverste myndighed, kan et medlemsland i princippet ikke gøre andet end at rette ind, når den får besked på, at den tager fejl. I dette tilfælde var afgørelsen så klar, at Dorte Martinsen udelukker, at sundhedsministeriets jurister skulle have misforstået budskabet. Det har ikke været mangel på kompetence, mener hun. Der blev truffet et politisk valg.

Ikke fordi de ikke ved det

Det er dette politiske valg, som har ført til misinformation af Folketinget.

»Den her fortolkning af tjenesteydelsesbegrebet fremsætter man også for folkettinget flere gange, selvom man har fået en klar tilbagemelding fra Domstolen om, at den ikke holder,« siger hun.

Hun peger på to lejligheder i hhv. maj 2005 og maj 2006, hvor daværende sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen i svar på spørgsmål fra Folketinget har skrevet at forudsætningen for at en ydelse er omfattet af traktaten er at den udføres med fortjeneste for øje, og hvor den sikrede efter sygesikringens vilkår afholder mere end halvdelen af udgifterne til den tilskudsberettigede ydelse.«

Men det er netop denne udlægning der er forkert, og det fik den danske regering altså klar besked om i 2001. Og når den danske regering vælger denne forståelse, skyldes det ikke at Sundhedsministeriets jurister ikke har styr på reglerne. Dem har de helt fod på, mener Dorte Martinsen.

Denne opfattelse bestyrkes af et notat fra Sundhedsministeriet til Folketinget fra marts 2004, hvor de første linjer lyder:

»Efter EF-domstolens seneste afgørelser må alle ydelser i den danske sundhedslovgivning anses for tjenesteydelser i EF-traktatens forstand.«

Notatet understreger at den hidtidige danske fortolkning er forkert. Alligevel

gentager ministeren mindst to gange den snævre danske udlægning over for Folketinget i tiden derefter. Det sker i de to svar til Folketinget. Disse bærer i øvrigt ikke vidne om den usikkerhed over EU's regler som den nuværende sundhedsminister fremførte som argument i den nylige sag om mangel på information til borgerne.

Konkrete konsekvenser

Valget af denne fortolkning af Domstolens afgørelser var også den billigste udvej for regeringen.

»Det var jo meget praktisk for den danske regering, for det er meget få sundhedsydelser, der finansieres af patienten selv, så det betød at langt de fleste ydelser herhjemme faldt udenfor traktaten,« siger Dorte Martinsen.

Blandt andet har danske borgere med almindelig sygesikring (gruppe 1) ikke haft adgang til at få ydelser i udlandet dækket af det offentlige. Dette privilegium er alene blevet tildelt de såkaldt gruppe 2-sikrede. Den holder ikke ved EU's domstol.



»Domstolens praksis gør at man ikke kan udelade gruppe 1-sikrede adgang til ydelser i udlandet,« siger Dorte Sindbjerg Martinsen fra Københavns Universitet.

Allerede i 2001 gjorde EU's domstol det klart at også gratisydelser på sundhedsområdet er omfattet af reglerne for det indre marked. Den konklusion havde den danske regering det tilsyneladende svært med. Den misinformerede i flere år Folketinget om dommens betydning.

»Domstolens praksis gør at man ikke kan udelade gruppe 1-sikrede adgang til ydelser i udlandet. Så sondringen mister sin betydning i forbindelse med ret til sundhedsydelser i et andet EU land,« siger Dorte Martinsen.

Lars Løkkes misinformation

Per Clausen (EL), som er medlem af Folketingets sundhedsudvalg, mener sagen må tages alvorligt:

»Hvis det er rigtigt, at de vidste det, så er det selvfølgelig et problem. Så har Lars Løkke Rasmussen direkte misinformeret Folketinget,« siger han og fortsætter:

»Det er Birthe Rønn om igen. Også hun var ansvarlig for misinformation af både borgere og Folketinget om hvilke rettigheder borgerne har.«

Per Clausen vil nu rejse sagen i Folketinget. ♦

Sundhedsminister Jakob Axel Nielsen (th) forventer at en omstridt paragraf i EU's patientdirektiv om kompetencefordeling vil ende med at blive „blødt op“ efter kritik fra en række medlemslande.

»EU skal ikke stille krav«

Regeringen rejser tvivl om gyldigheden af EU's patientdirektiv. Sundhedsminister Jakob Axel Nielsen frygter at Kommissionen får kompetence til at stille krav til indretningen af det danske sundhedsvæsen.



MINISTERSVAR. Direktivforslaget om patientrettigheder indeholder 19.320 ord i den danske version.

Tre af dem får regeringen til at råbe vagt i gevær.

Dem vender vi tilbage til.

Tvilen bliver rejst i vurderingen af om forslaget er i overensstemmelse med det såkaldte nærhedsprincip, altså om EU er på vej til at tage beslutning om noget som medlemslandene kan klare selv, men også om EU rent faktisk har lov til at lovgive på den måde som forslaget lægger op til.

Det er ganske usædvanligt at regeringen rejser en så grundlæggende indvending mod et direktivforslag.

»Vi må jo huske på at EF-traktaten i forvejen udtrykkeligt har fastslået at det er hver enkelt medlemsstat der har kompetencen til at indrette det nationale sundhedsvæsen.«

Sådan lyder forklaringen fra sundhedsminister Jakob Axel Nielsen.

»På den baggrund er det kun helt naturligt at stille spørgsmålstejn ved om traktatens regler om det indre marked virkelig giver hjemmel til i et EF-direktiv at bestemme at hvert enkelt medlemsland skal have ordninger der sikrer overholdelsen af kvalitetsstandarder, og ad-

gang til klage- og erstatningsordninger i sundhedsvæsenet. Altså selve princippet – uanset om hver enkelt medlemsland rent faktisk har sådanne ordninger,« kommenterer ministeren overfor NOTAT.

»De skal sikre...«

I en redegørelse til Folketinget skriver ministeriet at nærhedsprincippet – som udgangspunkt – er overholdt. Alligevel lyder konklusionen:

»Umiddelbart synes der dog at kunne rejses tvivl om hvorvidt dette (respekt for medlemsstaternes ansvar - red.) er tilfældet.«

Spørgsmålet handler om hvad EU i bund og grund har kompetence til.

Traktaten, som er de overordnede spilleregler, siger i artikel 152, stk. 5, at EU »fuldt ud respekterer medlemsstaternes ansvar for organisation og levering af sundhedstjenesteydelser og medicinsk behandling.«

Dette bliver også gentaget i direktivforslaget. Så langt er alt godt.

Men så er det at tre formastelige ord i forslagets artikel 5 dukker op. Umiddelbart efter forsikringen om at organisation og levering af sundhedsydelser er medlemsstaternes ansvar, står:

»De (medlemsstaterne – red.) skal (...)

sikre«, hvorefter der følger en lang opregning om hvad som skal sikres, navnlig ydelser af god kvalitet, medicinske standarder og deres overvågning, information om udbud, priser og forsikringsdækning til patienter, klageadgang og erstatning, og oplysninger om ansvarsforsikringer og garantier.

Og så melder Sundhedsministeriet fra.

Vej til harmonisering

Hvis folkesundhedsområdet på den ene side er medlemsstaternes ansvar, så kan EU på den anden side ikke stille krav om hvad det er som medlemslandene skal.

Problemet er ikke så meget standarder som sådan, eller at stå til tjeneste med oplysninger.

»Det kan jo være meget fornuftigt med nogle tydelige retningslinjer,« som en kilde udtrykker det.

Problemet opstår hvis det hele bliver lagt fast som en EU-forpligtelse.

Hvis det sker, vil Kommissionen og EU's domstol kunne gå ind og vurdere om et medlemsland gør det godt nok, eller, omvendt, om et land måske skal sænke sine egne kvalitetskrav, fordi de virker konkurrenceforstyrrende for virksomheder i andre lande.



Hvis man én gang...

På spørgsmålet, om der er noget at være bange for, svarer ministeren:

»Hvis man først én gang har anerkendt en sådan hjemmel, så vil der ikke være noget til hinder for at EU-Kommissionen senere stiller forslag om at udbygge disse krav til indretningen af medlemsstaternes sundhedsvæsen.«

Vil direktivet kunne gennemføres i en blødere form, uden den tvingende formulering i artikel 5 om hvad det er som medlemslandene skal?

»Indtil nu har forhandlingerne bekræftet at en lang række medlemslande er opmærksomme på nøjagtig den samme problemstilling. Forhandlingerne peger da også i retning af at den pågældende artikel i direktivforslaget vil ende med at blive blødt op.«

Foruden at råbe vagt i gevær overfor Folketinget beder regeringen Ministerrådets Juridiske Tjeneste om at udtale sig i sagen. Også andre lande vil have en nærmere analyse af Kommissionens og EU's kompetence. ♦

Startskud til mere integration

EU's rolle på sundhedsområdet er ikke afsluttet hvis direktivet om patientrettigheder vedtages. Der vil ikke gå lang tid før der tages skridt imod en standardisering, mener eksperter.

DET INDRE MARKED. »Det er vejen og begyndelsen til et fælles europæisk sundhedsmarked. Jeg vil tage et stille væddemål på at hvis vi mødtes om ti år, så vil der være godt gang i standardiseringen af vores sundhedsvæsen, og dermed også fjernelsen af betydelige elementer af nationale bestemmelser på det her, uagtet alle ordene om subsidiaritet.«

Sådan sagde professor i sundhedsøkonomi Kjeld Møller Pedersen fra Syd-dansk Universitetscenter på et møde den 30. oktober, arrangeret af ATTAC-Danmark.

Væk med nærhedsprincip

Emnet var Kommissionens forslag til direktiv om patienters rettigheder i det indre marked, der rejser spørgsmålet om EU's rolle og kompetence på sundhedsområdet. På det område har skiftende danske regeringer haft den klare opfattelse, at området hører under medlemslandenes kompetence, og at det såkaldte "subsidiaritetsprincip", også kaldet "nærhedsprincippet", betyder at EU's indsats kun kan være et supplement til medlemslandenes indsats, og ikke styrende.

Dette princip mener Kjeld Møller Pedersen at direktivet vil underminere på sundhedsområdet.

Nærhed et politisk begreb

Lektor Dorte Martinsen er lektor på Københavns Universitet og ekspert i EU's rolle på sundhedsområdet. Hun er grundlæggende enig:

»Jeg er enig så langt at det forskyder nogle kompetencer. Subsidiaritet er svært

at give et klart juridisk indhold. Det er et meget politisk begreb. Men som regeringen også har gjort, så kan man rejse en diskussion om subsidiaritet ud fra artikel 5, der bl.a. kan føre til fælles kvalitetsstandarder,« siger hun til NOTAT.

Næste skridt

Dorte Martinsen vurderer at de næste skridt på vejen mod mere EU-integration på sundhedsområdet hurtigt vil give sig selv når retten til behandling i andre EU-lande bliver slået mere klart fast i et direktiv. Uden at det nødvendigvis fremgår direkte af direktivet, vil patientmobiliteten rejse nogle problemer som kun nye EU-initiativer kan løse:

»Direktivet vil være begyndelsen til en integrationsproces. Selvom man får vedtaget et direktivforslag med kompromisser



Vejen er lagt til et fælles europæisk sundhedsmarked, mener sundhedsøkonomi Kjeld Møller Pedersen.

og afvejninger, så vil der være så mange uafklarede spørgsmål at der ikke vil gå lang tid, før man er nødt til at løse dem gennem nye direktiver. Det er der nok ikke nogen tvivl om. For eksempel i forhold til patientsikkerhed, i forhold til kontinuerlige forløb, kronisk syge, og andre der kræver mere langvarige forhandlingsforløb, vil det i høj grad være nødvendigt at koordinere på tværs af grænser. På de områder vil direktivet hurtigt føre til en situation hvor nye initiativer er påkrævet,« siger Dorte Martinsen. ♦

Ingen ved om privat er bedre

Om de private sygehuse er mere effektive, er der ingen som ved. Men den private sektors opblomstring har udvidet antallet af behandlinger.

Det siger ekspert i styring af sundhedsvæsenet, lektor Karsten Vrangbæk i dette interview.

MANGLENDE VIDEN. Om et privat sygehus er mere effektivt, ved ingen. Heller ikke om et privat sygehus leverer bedre kvalitet. Til gengæld kan man sige at konkurrencen til det offentlige har øget det samlede antal behandlinger, siger lektor Karsten Vrangbæk, institut for statskundskab på Københavns Universitet. Han er blandt andet forfatter til en bog om ventetidsgarantier.

Man siger om private sygehuse at de er mere effektive. Er det sandt? Hvis ja, hvorfor det? Og hvorfor kunne man så ikke bare blive lige så effektive i det offentlige?

Det er der ingen som for alvor ved. Ingen ved om kvaliteten er høj i det private. Men hvad angår effektivitet så skyldes det at de ikke har samme forpligtelse til forskning og uddannelse og til akut beredskab. De private har en meget enklere opgave med at drive på forhånd planlagte kirurgiske behandlinger. De dele af det offentlige, hvor man har gjort det samme med at skille dette område ud, har øget produktivitet meget og er lige så effektive. Det er meget simplere og meget lettere at planlægge end hvis der pludselig kommer en ambulance og vælter hele planen, som det sker i et bredspektret sygehusvæsen.

Hvis det offentlige kan det samme, er der så nogle fordele ved de private?

I stort omfang er det det samme. Samlet set er der tilført midler til området i de senere år, og der er indbygget stærkere incitamenter med ventetidsgarantien. Den presser det offentlige system, når det med ventetidsgarantien skal betale for patienternes behandling andetsteds.

På nogen områder er der sket et fald i ventetiderne, men det med ventetider er en indviklet historie. Hvis de går ned, vil de tiltrække flere – og dermed bliver patienterne måske opereret i en tidligere alder

for f.eks. hofter og knæ. Efterspørgslen er med andre ord meget elastisk og kan udvides konstant.

Har vi fri og lige adgang til sundhedsvæsenet, som politikerne alle siger at de ønsker?

Nej, dels er der geografiske forskelle, dels har de private forsikringer introduceret en anden type af uligheder; det er folk i den private sektor og det er folk i beskæftigelse som bliver forsikret, og det er således kun en del af befolkningen

Kan man måle en stigende ulighed?

Nej, ikke sådan i sundhedstilstand, idet forsikringer ikke er anvendt specielt meget endnu. Men der er en anden nok så væsentlig lighedsdiskussion, nemlig på brugen af incitamenter fokuserer på nogen behandlingstyper frem for andre – f.eks. kan den nedprioritere den ældre patient eller den psykiatriske patient.

Hvis man som region eller sygehusdirektør skal prioritere, vil man måske fokusere mere på hvor der er mulighed for direkte at få tilført øgede midler. Eller man vil fokusere på områder, hvor man ellers risikerer at miste indtægt på frit-valgs-patienter. Der vil man måske vælge at have overkapacitet. I f.eks. Frankrig er der tradition for at man kan gå direkte til speciallæge, og det kræver at der er overkapacitet. Der er grund-



læggende tre klassiske modeller for sygesikring

- 1) Den overvejende private forsikring som i USA og Schweiz.
- 2) Den kontinentale sygekasse-model som i Frankrig og Tyskland, hvor der er dækning for alle.
- 3) Den nordiske med offentlig skattebetalt sygesikring.

Hvor går det danske sundhedsvæsen hen i de kommende år i forhold til andre landes sundhedsvæsen?

Indtil videre vil det forblive altovervejende offentligt finansieret og styret – af den gode grund at det er der opbakning til i befolkningen. Det kan man se bl.a. på de netop afholdte borgermøder om sundhedsvæsenet. Desuden er der administrative meromkostninger ved at drive to parallelle sygehusvæsen.

De private vil måske nok spille en større rolle, men man skal her huske at privat kan være flere forskellige ting. Man kan godt have aktører, som godt nok er private, men ikke profitdrevne – f.eks. sygekasser. ♦

»Effektiviteten i det private skyldes at de ikke har samme forpligtelse til forskning og uddannelse og til akut beredskab,« siger Karsten Vrangbæk, lektor på institut for statskundskab på Københavns Universitet.





Som kunder i en butik

Bag frit valgs ordninger, ventetidsgarantier og mange andre tiltag ligger forestillingen om patienten som en almindelig krævende forbruger.

PATIENTFORESTILLINGER. Ses patienten som en passiv og modtagende patient der under hensyn til samfundsøkonomien tager imod hvad samfundet i solidaritetens navn kan yde? Eller ses patienten som en aktiv og krævende forbruger der hævder sine rettigheder og ser sig om i markedsøkonomien efter den bedste vare i butikken?

De to forestillinger er yderpunkter i den måde man kan se en patient på, fremgår det af en ny forskningsrapport om patientens politiske historie. Synet på patienten ændrer sig over tiden, og det er først fra 1990'erne og frem at en egentlig markedsføring finder sted i form af f.eks. frit sygehusvalg og andre markeds-lignende løsninger. Det bliver i den forbindelse almindeligt at betragte patienten

som en forbruger af sundhedsydelser, skriver Kirstine Zinck Pedersen i sin rapport.

Samtidig med den stigende markedsorientering sker der en stigende centralisering. Først fra 1990'erne bliver der gennemført en række centrale tiltag på områder som f.eks. frit sygehusvalg, ventetidsgarantier, patientinformation, kvalitet, takststyring (DRG) og elektroniske patientjournaler. I mange af disse tiltag er patienten omdrejningspunktet.

Også hvad angår patientrettigheder er rettighedsdiskussioner så godt som fraværende indtil starten af 1990'erne, hvor for eksempel frit sygehusvalg og behandlingsgarantier kommer på dagsordenen.

Problemet er naturligvis at ikke alle betingelser for et frit marked er opfyldt.

Det vil ifølge teoribogen blandt andet kræve at

- * Der skal være fri til- og afgang – men grundlæggende kommer "kunderne" ikke frivilligt, men er tvunget til det.
- * Forbrugerne skal være fuldt informerede – men grundlæggende er det svært, når man er syg, at have overskud til at danne sig et overblik over sine muligheder som patient.

RISIKOEN ER at det i sidste ende vil være de stærkeste som vil have mest gavn af "kunde"-tankegangen. ♦

Kilde:

- 1) Patientens politiske diskurshistorie. Forskningsrapport af Kirstine Zinck Pedersen. Center for Health Management, Copenhagen Business School. Maj 2008

Snart en million forsikrede

Fra 2002 til i dag er antallet af danskere som har fået en privat sundhedsforsikring vokset eksplosivt, og runder snart én million voksne danskere.

EKSPLOSION. I 2001 var der kun cirka 55.000 danskere som havde en privat kommerciel sygeforsikring. Året efter var tallet næsten tredoblet, to år senere igen fordoblet, og to år senere - i 2006 - endnu en gang fordoblet. I 2007 endte tallet på 850.000 danskere som har en kommerciel sygeforsikring.

Fortsætter udviklingen, som det i øjeblikket ser ud til, vil tallet runde 1 million i år 2009.

Der er således ikke kun tale om en udvikling, men i stedet om en veritabel eksplosion i antallet af private sygeforsikringer i Danmark.

En enkelt begivenhed er årsag til denne udvikling: I 2001 kom der et nyt flertal i Folketinget, og allerede den 6. juni året efter vedtog flertallet bestående af V, K og DF at private sygeforsikringer fremover skulle kunne trækkes fra i skat. Arbejdsgivere kunne dermed give et ekstra frynsegode oven i lønnen, i form af en sundhedsforsikring, og lade skattevæsenet bidrage med den ene halvdel af betalingen.

Dermed blev der åbnet et nyt kapitel af ulighed i det danske sundhedsvæsen.

Amerikanske tilstande

De nye private sundhedsforsikringer omfatter kun den sunde erhvervsaktive del af befolkningen i gode faste jobs. Ganske vist uanset lønnens størrelse, idet lovændringen fastlagde at man som arbejdsgiver kun kunne indføre en sådan fradragsberettiget sygeforsikring såfremt den omfattede alle virksomhedens medarbejdere høj som lav.

I sagens natur er nogen dog ikke inviteret til festen, nemlig dem uden for arbejdsmarkedet, blandt andet unge og ældre og - de syge.

Sidstnævnte kunder er der intet forsikringsselskab som har nogen interesse i. Skrækeksemplet på et rent forsikringsbaseret system er det amerikanske. Her skal man selv betale for lægehjælp og hospitalbehandling. Hvis man ikke kan det, risikerer man en stor gæld. Derfor bør man tegne en forsikring, og den kan for en lille familie på to børn være på helt op til 10.000 kr. om måneden. Problemet er blot at mere end 45 millioner amerikanere, ca. 15 pct. af befolkningen, tjener så lidt at de ikke har råd til en forsikring.

I Danmark tager alle politiske partier afstand fra et sådant system.

2 procent andel

De private hospitalers andel af det samlede antal behandlinger er i Danmark

cirka 2 procent i år 2008. Men det er vokset voldsomt, og hvilken retning skal det tage fremover?

Den konservative sundhedsminister sagde i talen ved sit partis landsmøde i september 2008 at det for ham ikke var så afgørende om den private andel af sygehusvæsenet „forbliver 2 procent eller vokser til 10, 20 eller måske 50 procent.“

Udtalelsen har ført til stor tvivl om, hvad der egentlig er målet. Fra Folketingets talerstol forsikrede sundhedsministeren en måned senere ved en debat om privatisering af sygehusvæsenet at „der skal være fri og lige adgang til sundhedsvæsenet.“

Ministeren mente dog at det blot er finansieringen over skatterne, som er kerne i det offentliges ansvar for sundhedsvæsenet, men at adgangen sagtens kunne være fri og lige, selv om private leverer varen, sagde han, og sammenlignede systemet med de privatpraktiserende læger der også varetager en offentlig opgave. ♦



Udviklingen i sundhedsforsikringer

| år | antal personer |
|------|----------------|
| 2001 | 55.000 |
| 2002 | 141.000 |
| 2003 | 245.848 |
| 2004 | 306.213 |
| 2005 | 473.126 |
| 2006 | 614.014 |
| 2007 | 849.135 |

Kilde: Forsikring og Pension



.. og der ventes stadig længe

Regeringens top-prioritet med at nedbringe ventetiderne har ikke haft succes.

UBERØRT VENTETID. Efter seks års massiv fokus på at nedbringe ventetiderne er situationen i efteråret 2008 noget der begynder at ligne en fiasko. Enhver borger kan nu finde ventetiden på en bestemt behandling på alle danske hospitaler og klinikker på webstedet www.sundhed.dk. Og der ventes og ventes – længere tid end i mange år. Den aktuelle forklaring på

at ventetiderne topper netop nu, er strejkerne blandt sundhedspersonalet i foråret 2008.

Den gennemsnitlige ventetid er nu på godt 25 uger. Det vil altså sige at patienter i gennemsnit må vente i et halvt år på at komme i behandling. På nogle områder er det gået helt galt. Man skal ikke ønske sig at have problemer med at høre eller se.

Der er nu gennemsnitligt op imod et års ventetid på at få opereret grå stær eller komme til audiolog og få høreapparat.


Men selv når man ser bort fra den aktuelle bølgetop efter strejkerne, ser det stadig ikke godt ud. På ganske mange områder har ventetiden været jævnt stigende, og gennemsnitligt står det hverken værre eller bedre til end i 2002. ♦



Tabel 1. Ventetid oktober måned 2002-2008, uger

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Brok | 19,6 | 19,6 | 15,8 | 13,9 | 12,8 | 13,3 | 14,8 |
| Diskusprolaps | 14,2 | 14,3 | 13,0 | 12,8 | 14,6 | 14,9 | 23,2 |
| Fjernelse af livmoder | 12,6 | 11,6 | 12,3 | 11,2 | 11,3 | 10,7 | 16,4 |
| Fjernelse af mandler | 24,0 | 17,7 | 17,4 | 14,0 | 15,0 | 15,6 | 18,2 |
| Galdesten | 19,2 | 16,6 | 13,5 | 12,4 | 11,7 | 11,2 | 13,2 |
| Grå stær | 22,7 | 17,3 | 13,9 | 13,5 | 17,3 | 19,5 | 47,0 |
| Kunstig hofte | 22,0 | 18,2 | 18,3 | 15,7 | 12,4 | 14,3 | 16,2 |
| Kunstigt knæ | 25,9 | 21,6 | 19,3 | 14,5 | 14,6 | 17,0 | 19,3 |
| Meniskoperation | 18,1 | 15,3 | 15,1 | 14,1 | 13,9 | 15,2 | 17,6 |
| Nedsunken livmoder | 15,2 | 15,9 | 16,6 | 14,7 | 15,4 | 14,5 | 19,4 |
| Nyresten - knusning | 13,1 | 12,2 | 11,1 | 12,3 | 11,3 | 14,5 | 21,5 |
| Nyresten - operation | 12,2 | 13,8 | 15,0 | 15,5 | 16,1 | 17,9 | 20,4 |
| Prostata | 20,2 | 19,6 | 23,4 | 25,6 | 25,2 | 25,6 | 30,1 |
| Rekonstruktion af ledbånd i knæ | 25,4 | 21,2 | 19,1 | 17,8 | 16,7 | 18,2 | 21,8 |
| Sterilisation, kvinder | 25,6 | 22,5 | 25,9 | 27,9 | 24,8 | 19,0 | 32,1 |
| Sterilisation, mænd | 28,9 | 29,1 | 29,5 | 27,6 | 28,0 | 28,7 | 33,0 |
| Udlevering af høreapparat (Audiologi) | 32,2 | 38,0 | 43,5 | 40,8 | 45,3 | 58,7 | 45,9 |
| Åreknuder | 39,3 | 43,6 | 39,7 | 41,3 | 37,5 | 33,4 | 34,8 |
| Gennemsnit | 22,3 | 21,0 | 20,7 | 19,8 | 19,7 | 20,7 | 25,5 |

Kilde: Sundhedsstyrelsen (http://www.sst.dk/upload/informatik_og_sundhedsdata/sundhedsstatistik/statistik/ventetid/sunddata-de18opr_190808.xls)



En god betaling fra det offentlige sikrer at operationer overflyttes til private hospitaler.

FEDMEBALLADE. Problemstillingen blev skåret ud i pap to dage før Folketinget skulle have en debat om privatisering af sygehusvæsenet i november 2008. DR Nyheder havde fundet frem til et eksempel på at privathospitalerne bliver mere end godt betalt af det offentlige for deres ydelser. Hvor det offentlige sygehus modtager 50.000 kroner for en fedmeoperation, modtager det private sygehus 78.000 kroner. Med de 28.000 kr. i større offentligt tilskud kan privathospitalerne købe tilstrækkeligt med arbejdskraft til at kunne tilbyde operationen hurtigt og effektivt.

Resultaterne venter ikke. Overbetalingen har nu gjort at mere end 80 procent af de lægeordnede, offentligt betalte fedmeoperationer foregår på de tre private sygehuse, Hamlet i København, Mølholm i Vejle og Eira i Skejby ved Århus.

På de fem offentlige hospitaler hvor operationerne kan foregå, opereres der nu så få, at f.eks. ledelsen på Århus Universitetshospital helt frygter at miste den lægelige kompetence når de i år foretager under 10 operationer ud af de 400 som var planlagt.

Heller ikke på privathospitalerne vækker udviklingen ubetinget glæde. Til gratisavisen 24timer udtaler f.eks. Hamlet at man får problemer med at udvikle specialt og uddanne ny arbejdskraft hvis det offentlige sygehusvæsen helt udkonkurreres.

DRG-takster

Problemet er de såkaldte DRG-takster (diagnose-relaterede grupper). De angiver prisen for en operation – altså hvor meget det offentlige skal betale for en bestemt operation. Fedme-eksemplet viser ifølge kritikerne, som tæller hele Folketinget

Privat på det offentliges regning





undtagen de to regeringspartier, at de private honoreres for godt. Det strides politikerne stadig om, og takst-systemet skal kulegraves, ifølge regeringsgrundlaget fra september 2007.

Samlet set er udgiften dyrere for samfundet, idet prisen for det samlede antal behandlinger bliver højere af de forhøjede tilskud til de private.

Men på hvilket niveau skal taksten så ligge? Problemet er at de private er fri for udgifter og forpligtelser som kun de offentlige sygehuse har. Det gælder udgifter til at uddanne kommende sygehuspersonale, udgifter til forskning og udviklingen af lægevidenskaben, og ikke mindst penge til at opretholde et akut beredskab.

Et ensartet beløb for samme operation er derfor i virkelighedens verden ikke ens for det private og det offentlige. I gennemsnit er betalingen til det private heller ikke den samme, men kun 95 pct. af betalingen til det offentlige. Men ifølge kritikerne bør betalingen til de private være langt mindre, omkring 70 pct. ♦



Boom i privathospitaler

Private hospitaler kan kun overleve hvis det offentlige sikrer strømmen af penge og patienter, viser historien. Ventetidsgarantier sikrer leveringen af patienter. Og aktionærerne glæder sig.

OVERFØRSEL. Hvis man gerne vil have privathospitaler til at overleve skal man for det første sikre kundefløden, for det andet sikre pengestrømmen. Det viser historiens gang tydeligt. Indtil 2002 var det stort set umuligt at drive et privat profit-orienteret hospital i Danmark. Det var en historie om røde tal på bundlinjen og konkurser. Der er simpelt hen for få danskere som af egen lomme kan eller vil betale for at blive behandlet på et privathospital.

Men i 2002 sikrede regeringen privathospitalernes fremtid. Pengestrømmen sikredes ved at give en offentlig økonomisk støtte i form af skattefrihed til private sundhedsforsikringer, mens kundefløden blev sikret med den såkaldte ventetidsgaranti.

Ventetidsgarantien betyder at man kan vælge at blive behandlet på et privat eller udenlandsk hospital og lade det offentlige betale regningen, hvis man ikke kan blive behandlet inden for den garanterede maximale ventetid på 2 måneder. Et flertal i Folketinget med Venstre, Konservative og Socialdemokrater stod bag ordningen, som blev indført i samme lovforslag som en ekstra pose penge til sygehusvæsenet, hvorfor SF, Enhedslisten og Kristendemokraterne undlod af stemme, og kun de Radikale var imod.

10-doblet overskud

I efteråret 2007 blev ventetidsgarantien udvidet, således at patienterne nu kunne vælge frit allerede efter 1 måneds ventetid – den såkaldte udvidede fritvalgsordning.

Her stod Socialdemokraterne af – og regeringen og Dansk Folkeparti stemte det igennem alene.

Ikke en gang ét år senere blev ordningen midlertidigt afskaffet igen, efter at sygestrejkerne i foråret havde ført til stærkt

øgede ventelister. Men regeringen agter at genindføre den udvidede sundhedsgaranti – altså 1 måneds fristen – igen til juni 2009.

På Hamlet stammer 40 procent af omsætningen fra patienter der er henvist fra det offentlige. De næste 40 procent kommer fra de private sundhedsforsikringer, mens de sidste 20 procent er patienter, som selv betaler for deres behandling.

Ventetidsgarantierne har ført til kronede dage på privathospitalerne. Fra 2004 til 2006 har privathospitalet Hamlet på Frederiksberg tidoblet sit overskud, og lignende vækstrater gælder for de øvrige hospitaler.

Sidste år fik Hamlet et overskud på 27,4 millioner kr. og Mølholm i Vejle fik et overskud på 12,3 millioner kr. i regnskabsåret 2006/07. Privathospitalerne er dermed et virkelig godt sted at investere sine penge og håb om udbytte på sine aktier. ♦

»I dag udgør privathospitalerne under 2 procent af det offentlige sundhedsvæsen. For mig er det ikke så afgørende, om det forbliver 2 procent eller vokser til 10, 20 eller måske 50 procent.«

Sundhedsminister Jakob Axel Nielsen, på det konservative landsmøde den 28.9.2008

Konkurrence skaber højere produktivitet

Kommentar af Henrik Christoffersen, forskningschef i tænketanken Cepos

Der findes ingen perfekte vidunderløsninger. Sundhedsvæsen er noget vanskeligt noget at organisere, og et grundproblem er asymmetrien i informationer hos sektorens fagfolk og hos brugerne. Læger, hvad enten de er privat eller offentligt ansatte, vil gerne behandle godt og meget. Uanset om det gælder profit eller flere stillinger. Men er det nu også nødvendigt? Og så ønsker borgerne gennemgående at bruge flere penge på sundhed når de får højere indkomster. Det er forståeligt og i øvrigt umuligt at holde dem fra. Marked og egenbetaling er her mekanismer, som kan medvirke til at skabe den nødvendige afbalancering.

Tryghedsfasen

Første fase af den danske velfærdsstatsopbygning drejede sig om betryggelse gennem etablering af de basale (for)sikringer: aldersomsforsikring, sygeforsikring, ulykkesforsikring og arbejdsløshedsforsikring. Denne fase blev afrundet omkring 1960 med folkepensionen som udspænder et solidt sikkerhedsnet under alle.

På det tidspunkt udspandt der sig en intens politisk debat om videre udvikling af pensionssikringen. Borgerne ønskede stadig bedre pensionsdækning, men skulle det foregå i en standardiseret, skattefinansieret form?

Det var der af væsentlige grunde ikke basis for, og den videre udvikling kom til at foregå ad nye veje i civilsamfundet (arbejdsmarkedspensioner) og på markedet (individuelle pensionsordninger). Ingen kunne i dag forestille sig at skattefinansieret folkepension skulle dække alle danskeres fulde pensionsbehov, sådan som den langt hen ad vejen gjorde det i 1960.

Mere service – uden skatteforhøjelse

Nu står ikke blot sundhedsvæsenet, men hele den offentlige servicesektor der hvor befolkningen ønsker mere service, men hvor højere skattesatser ikke sikrer flere

penge i de offentlige kasser, snarere tværtimod. Vi er dermed midt i en søgeproces hvor velfærdsstatens sikkerhedsnet er ved at blive defineret, og hvor vi for den videre serviceforsyning udvikler nye former som mere tager udgangspunkt i grupper og enkelte borgers ønsker og muligheder. Dette foregår ydermere i en stadig mere internationaliseret verden hvor det i stigende grad bliver realistisk for borgerne at vælge sundhedstilbud, men også uddannelses tilbud etc. i udlandet hvis de virker mere attraktive.

Sundhedsforsikringer

Sundhedsforsikringer er en naturlig del af den igangværende søgeproces. De er ikke kommet i kraft af planlægning, men fordi der har vist sig som udbredte ønsker.

Sundhedsforsikringer udgør i øvrigt en brik i hele den omorganisering af sundhedsvæsenet som foregår meget grundlæggende i disse år, og hvor kommunalreformen og dannelsen af regioner spiller en afgørende rolle. Produktionsorienteringen og konkurrenceudsættelsen af de offentlige sygehuse har ledt til at sygehuse nu tydeligere præsterer stadige produktivitetstremskridt. Behandlingsgarantien er her en motor som driver konkurrencen og effektiviseringen frem. Det er den afgørende forudsætning for at vi kan ende op med et solidt skattefinansieret sundhedsmæssigt sikkerhedsnet til alle danskere. ♦



Øget privat udbud kan udhule det offentlige sundhedsvæsen

Kommentar af Morten Freil, direktør i Danske Patienter

Den stigende brug af private sundhedsforsikringer udfordrer princippet om fri og lige adgang i det danske sundhedsvæsen og kalder på en grundig analyse af de langsigtede konsekvenser.

Sundhedsforsikringer er i dag primært rettet mod folk i arbejde, idet arbejdsgiveren kan trække udgiften fra i skat. Dermed afskæres mennesker uden for arbejdsmarkedet fra denne begunstigeelse. Desuden er kronisk syge oftest helt afskåret fra at tegne en forsikring, da de ikke er økonomisk attraktive. Vi har set eksempler hvor patienter uden sundhedsforsikring er blevet skubbet bagest i køen, hvilket er uacceptabelt.

Individuelle behov og rigide garantier

Alle patienter skal garanteres hurtig og rettidig behandling. Rettidighed indebærer at det altid må være en lægelig vurdering der bestemmer, hvor hurtig den enkelte patient skal behandles. Herved gives der lige vilkår for patienter med lige behandlingsbehov.

Individuelle behandlingsbehov bør være styrende frem for rigide 1 måneds garantier for alle. Differentierede garantier må dog aldrig blive en sovepude, så de mindst syge altid bliver syltet i systemet. Alle, uanset sygdommens alvorlighed, skal sikres garantier ud fra hvad der er optimalt for at opnå et godt resultat. Dette bør være et grundprincip.

Private udbydere

Hvis private udbydere kan bidrage til et større udbud og sikre et mere effektivt sundhedsvæsen, er det i danske patienters interesse med øget konkurrence, så flere patienter kan blive behandlet. Men erfaringen fra vestlige lande, der har langt større konkurrence end i Danmark, er ikke entydige.



Vi bør også forholde os til, at der er mangel på sundhedspersonale. Et øget privat udbud kan udhule det offentlige

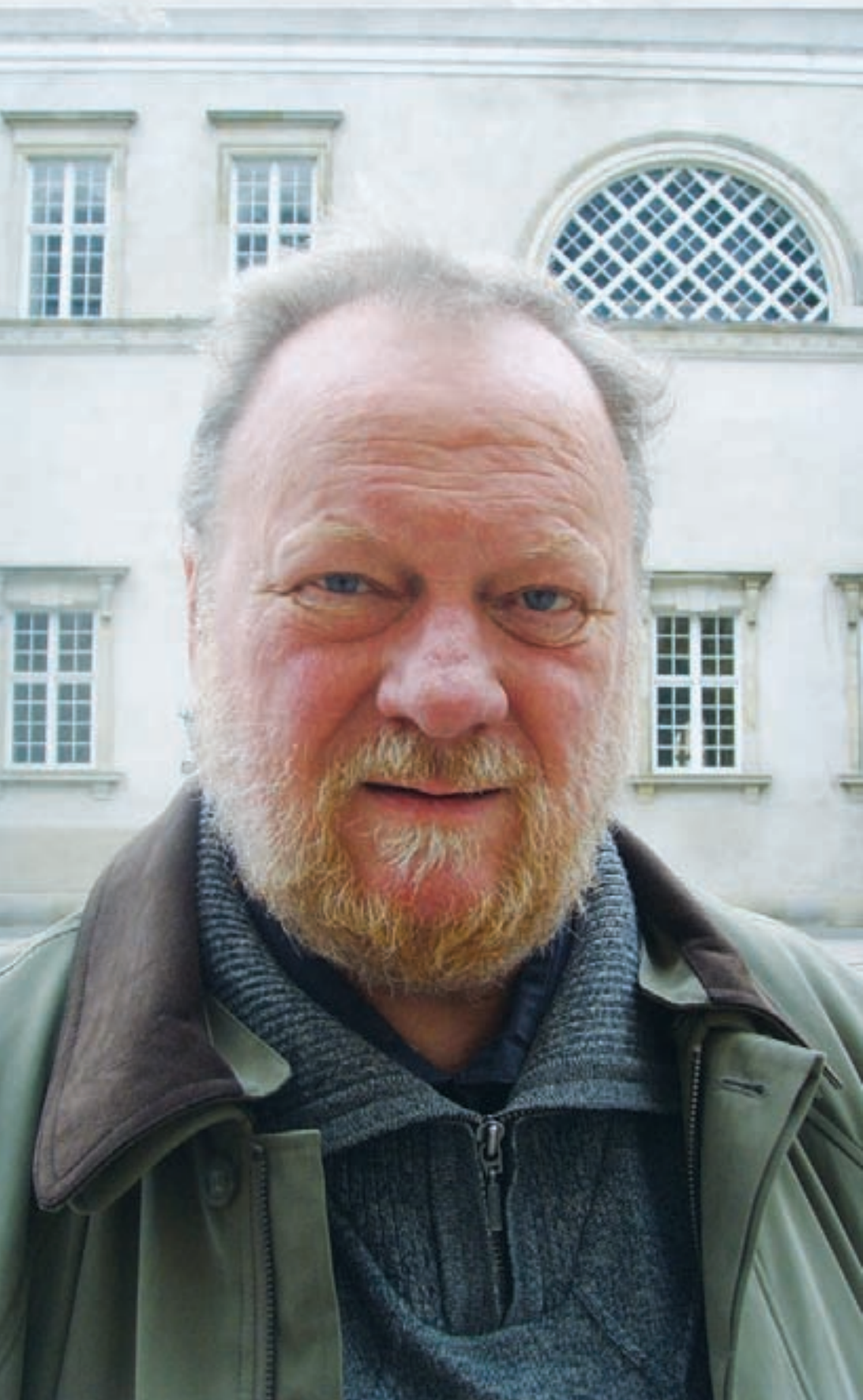
sundhedsvæsen som får vanskeligt ved at behandle de mest syge med komplicerede forløb. Effekterne af øget konkurrence bør undersøges nøje, så vi kan regulere mulige negative konsekvenser og sikre, at princippet om fri og lige adgang ikke udfordres.

Bekymring for kroniske patienter

Det positive ved EU's patientdirektiv er at patienterne får bedre mulighed for at vælge behandlingssted. De rettigheder patienterne har – gennem domme fra EF-domstolen – skal tydeliggøres. Øget patientmobilitet kan give bedre sundhedsydelse og mulighed for at udnytte den samlede kapacitet mere effektivt.

Men der er grund til bekymring for forslagens konsekvenser for kroniske patienter. I direktivets nuværende form undergraves princippet om fri og lige adgang. Bl.a. vil egenbetaling mod efterfølgende kompensation, og hensyntagen til patientens erhvervssevne favorisere ressourcestærke borgere. Taberne kan blive de mange ældre og ressourcetsvage kroniske patienter. ♦

Et voldsomt skridt i retning af mere markedsgørelse – i modstrid med hvad befolkningen ønsker, og hvad alle politiske partier siger at de ønsker. Det frygter Johannes Flensted-Jensen (S), næstformand i Region Midtjylland, og medlem af Danske Regioners Sundhedsudvalg.



»» Det hand

REGIONERNE. Det vil blive meget vanskeligt at opretholde vores nuværende sundhedsvæsen. Det er Johannes Flensted-Jensen slet ikke i tvivl om.

Han sidder i Danske Regioners sundhedsudvalg og er netop på vej til et møde hvor man skal lægge sidste hånd på organisationens høringssvar til EU-direktivet om patientrettigheder. Det er regionerne som har ansvaret for det danske sundhedsvæsen, og i Danske Regioner er man meget skeptisk over for det nye direktiv.

For det første peger Johannes Flensted-Jensen på at direktivet vil kunne ødelægge muligheden for et sammenhængende patientforløb, hvor man fra egen læge henvises til specialbehandling eller indlæggelse, ligesom der ved udskrivning bliver lagt en plan for efterbehandling.

»Her hjemme prøver vi at prioritere, så de mest syge kommer først. Direktivet vil gå den modsatte vej. Med et frit valg springer du over.«

Flere ambulante

Johannes Flensted-Jensen tør ikke sige, hvor mange eller hvilke patienter som vil rejse ind eller ud af Danmark som følge af direktivet. Han håber at omfanget bliver beskedent. Umiddelbart vil han gætte på at det især vil få konsekvenser for ambulante patienter, det vil sige behandling som ikke kræver indlæggelse. Og hans bekymring går ikke først og fremmest i forhold til udlandet.

Ambulant behandling skal i henhold til direktivet ikke forhåndsgodkendes. Ved hospitalsbehandling har sundhedsmyndighederne derimod – under visse forudsætninger – en mulighed for at kræve forhåndsgodkendelse.

Går man ind på en klinik i Tyskland og får foretaget en behandling som også tilbydes i Danmark, og rejser hjem samme dag, er de danske sundhedsmyndigheder forpligtet til at betale regningen.

Uden henvisning

»Hvis man ikke behøver en henvisning til ambulante behandling i udlandet, så vil det

»Det var ikke det jeg sagde ja til, da jeg stemte om det indre marked i 1986,« siger medlem af Danske Regioners Sundhedsudvalg, Johannes Flensted-Jensen.

ler ikke en skid om sundhed«

være utopisk at tro at vi kan opretholde dette i forhold til en dansk behandling. Det bliver et voldsomt skridt i retning af mere markedsførelse,« siger Johannes Flensted-Jensen.

Ifølge direktivet kan medlemsstaterne opretholde krav om at opsøge en almenpraktiserende læge før en speciallæge eller før behandling på hospital, men kun hvis »sådanne betingelser er nødvendige, står i rimeligt forhold til det tilstræbte mål og ikke er vilkårlige og diskriminerende.«

Flensted-Jensen forudser at reglen om henvisning står for fald.

»Det vil underminere det sammenhængende patientforløb, men det vil også påvirke planlægning i sundhedsvæsenet, blandt andet om en behandling skal foretages ved indlæggelse eller ambulat. Og hvor er så incitamentet til at lægge flere behandlinger ud ambulat,« spørger han.

Snydt af Domstolen

Helst så Johannes Flensted-Jensen at direktivet blev skudt helt ned. Men han er ganske klar over at det kommer på baggrund af en række afgørelser fra EU's domstol som ikke uden videre kan ændres.

Men han undrer sig, han er vred, og han føler sig snydt over at det er kommet dertil.

»Domstolen har bestemt at når man har fri ret til at etablere sig som udbyder af tjenesteydelser, så skal der også være fri ret til at efterspørge disse ydelser. Men det går fuldstændig på tværs af paragraf 152 i traktaten som placerer ansvaret for sundhedsvæsenet i hænderne på de nationale myndigheder. Jeg troede at den paragraf stod klippefast. Nu bliver det totalt undermineret. Det var ikke det jeg sagde ja til da jeg stemte om det indre marked i 1986.«

Er der brug for et direktiv som kan rulle Domstolens afgørelser tilbage?

»Det kræver nok at man havde været mere vågen da man forhandlede Lissabon-traktaten. Men jeg forstår ikke et ord af hvordan en domstolspraksis kan ændre på en klar traktattekst.«

Mere marked

»Min overordnede bekymring er at den markedsførelse som det frie valg har ført med sig, får et rigtigt stort boost. Det vil være i modstrid både med hvad befolkning

gen ønsker, og hvad alle politiske partier siger at de ønsker. Det har ikke en skid med sundhed at gøre. Men det skaber en større privat sektor – det er en af de mest forudsigelige konsekvenser.«

Men er du modstander af at patienten får et frit valg hvis ventetiderne er urimeligt lange?

»Jeg er modstander af at der automatisk udløses en betaling til de private – og den ret bliver udvidet med dette direktiv.«

Men set fra patientens synspunkt er det vel en fordel?

»Nej. For det bliver endnu mere ulighed i sundhedsvæsenet. I praksis vil det være dem der kan betale og som kan finde ud af hvor tilbuddene er, som vil benytte sig af det. Det bliver endnu et skridt i retning af mere ulighed.«

Mere bureaukrati

Danske Regioner peger på mange problemer i forbindelse med direktivet. Et afgørende krav er at de danske sundhedsmyndigheder under alle omstændigheder – og ikke kun når EU finder det rimeligt – skal kunne forhåndsgodkende indlæggelser på udenlandske sygehuse.

»Vi skal også bevare retten til selv at definere hvad der er hospitalsbehandling. Mange operationer kan jo lige så godt foretages ambulat som ved hospitalsindlæggelse. Det enkelte land skal bestemme, i stedet for et stift og firkantet system.«

Dertil kommer en række spørgsmål om hvordan man skal definere rimelig

ventetid, hvem der skal indgå aftaler med de udenlandske sygehuse, og hvordan man skal fastsætte taksterne.

Under alle omstændigheder forudser Johannes Flensted-Jensen flere administrative udgifter, blandt andet til information, beregning af priser, og udskrivning og udveksling af regninger.

»Et af spørgsmålene er hvordan man vil beregne spørgsmålene, for eksempel om man medregner udgifterne til administration. I Danmark er udgifterne meget små sammenlignet med for eksempel Tyskland,« påpeger han.

Personalemangel

Men det største problem handler om mangel på personale.

»De næste 10-15 år vil vi have en stor personalemangel. De private vil kunne plukke personale fra det offentlige fordi de ikke har de samme forpligtelser, og det vil blive kraftigt forstærket af direktivet.«

»Vi vil mangle personale især til de akutte og medicinske patienter, og de udgør altså mellem 60 og 70 procent af alle patienter. De bliver taberne. Ellers skal der i hvert fald flere penge på bordet, hvis man skal undgå forringelser,« slutter Johannes Flensted-Jensen.

»Vi vil mangle personale til at tage sig af de akutte og kroniske patienter, og de udgør altså mellem 60 og 70 procent af alle patienter. Det er dem der bliver taberne. Ellers skal der i hvert fald flere penge på bordet, hvis man skal undgå forringelser,« slutter Johannes Flensted-Jensen. ♦



Kampen bag kulisserne

Erhvervslivet holder lav profil. Ellers vil direktivet om patientrettigheder ikke kunne sælges til befolkningerne, mener en af dets skrappeste kritikere.

BAG KULISSERNE. Hvorfor investere i egne hospitaler hvis patienterne kan flyves med budgettselskaber til lavprisinde?

Det retoriske spørgsmål blev stillet af Carola Fischbach-Pyttel, generalsekretær

for det europæiske fagforbund for offentligt ansatte EPSU (European Federation of Public Service Unions) da forslaget til et direktiv om patientrettigheder blev lagt frem i juli i år.



Hun havde også et svar parat:
 »Dette kan blive starten på en lang vej hen imod et system hvor sundhed bygger på evnen til at betale.« Det er så en udvikling som EPSU modsætter sig, ligesom organisationen var en af de mest aktive i modstanden mod Servicedirektivet.

Til forskel fra debatten om Servicedirektivet for et par år siden er fronterne nu mere slørede, mener Tamara Goosens på EPSU's sekretariat i Bruxelles:

»Der sker en masse lobbyarbejde bag scenen, men der er ikke rigtigt nogen fra erhvervslivet som står frem. Vi tolker det sådan at man har lært lektionen fra Servicedirektivet. Hvis direktivet skal sælges til befolkningerne, må de åbenlyse erhvervsinteresser holdes tilbage.«

Toppen af isbjerget

Men Tamara Goosens mener at der findes flere grunde til at Kommissionen ikke får en klar og utvetydig opbakning fra de private interessenter:

»Man ser forslaget som et trin i en proces og er lidt i tvivl om indholdet. Nogle mener at det ikke er godt nok; at det lægger op til en alt for stor usikkerhed som skal fortolkes af Domstolen.«

Usikkerheden og det lidt slørede billede, gør det vanskeligt at forudsige den politiske behandling.

»Forslaget er som toppen af et isbjerg. Jo mere man kigger på det, jo flere

Sundhedsforbund uenige om kritik

Danske sygeplejersker er langt mildere stemt overfor direktivforslaget om patientrettigheder, end portører og sundhedsassistenter.

FAGFORENINGERNE. Dansk Sygeplejeråd (DSR) og fagforbundet FOA (Fag og Arbejde) vurderer det omdiskuterede forslag forskelligt.

»Vi er jo medlem af EPSU, men har meldt ud at vi ikke bare kan sige nej, nej, nej. Vi kan ikke undgå at patienter bevæger sig over grænserne. Og så skal kvaliteten være så høj som muligt, og der skal findes en retssikkerhed hvis det skulle gå galt i behandlingen,« siger Grete Christensen, 1. næstformand i DSR.

Mener I sågar at EPSU er forkert på den, og farer for kraftigt frem?

»Det har vi sagt til dem. Direktivet vil

udfordre det danske sundhedsvæsen, men hvis Danmark bare har et velfungerende system med høj kvalitet, så vil patienterne ikke søge udenlands.«

»Der er en risiko med forslaget for at markedskræfterne slipper løs. Men det der med en væsentlig vækst i markedsløsninger... der ser vi mere en mulighed for at stille krav til det offentlige sundhedssystem. Direktivet kunne bruges som en løftestang.«

En lidt konspiratorisk forklaring kunne være at I går ind for private løsninger for på den måde at få hævet lønniveauet, og få skabt bedre arbejdsbetingelser for jeres medlemmer?

»Det er ikke noget som vi har haft med i billedet, i Danmark går det jo vældig godt med privatiseringen alligevel,« siger Grete Christensen.

Et direktiv vender tilbage

Formand for FOA Dennis Kristensen kalder det grundlæggende fornuftigt at mennesker skal kunne modtage behandling udenlands, og at borgerne bliver informeret om sine rettigheder – hvis alle får de samme muligheder.

Men så hører hans positive omtale af direktivforslaget ellers op:

»Det er godt nok hvis vi havde et grænseoverskridende sundhedsvæsen. Det har vi bare ikke. Og det skal vi heller ikke have. Sundhedsvæsenet er og skal forblive et nationalt ansvar. Derfor bliver vi

De offentligt ansattes kritik af direktivet

1. Formålet er at hjælpe private udbydere, ikke patienterne.
2. Patientrejser vil kun være til gavn for en lille og velstående gruppe.
3. Forslaget står i modsætning til alles ret til forebyggelse og medicinsk behandling, som formuleret i EU-charteret om grundlæggende rettigheder.
4. Markedsprincipper stilles foran løfter om almengyldighed, adgang til god behandling, retfærdighed og solidaritet.
5. Forslaget vil skabe en overhalingsbane til behandling for dem som kan betale for rejser og ekstraomkostninger.
6. Forslaget vil føre til dårligere behandling og service for dem som ikke selv kan betale.

Kilde: www.epsu.org

spørgsmål dukker op. Vores vurdering er at EU-Parlamentet ikke når at afslutte behandlingen før parlamentsvalget i juni næste år,« siger Tamara Goosens.

Ifølge EPSU's oplysninger er det ikke kun Danmark som sætter spørgsmålstegn ved om direktivet holder sig inden for traktatens bestemmelse om at sundhedspolitik er et nationalt anliggende. Også Storbritannien, Spanien, Portugal og til dels Italien har signaleret betænkeligheder.

Og EU's nye central- og østeuropæiske medlemslande er havnet i lidt af en klemme. De gik alle ind for Service-direktivet, og har en grundlæggende positiv holdning til at flere tjenesteydelser skal flytte over grænserne.

»Men de taler bare ikke så meget om forslaget. I flere af landene er der også en national debat om sundhedsvæsenet. Den bliver endnu mere vanskelig at håndtere med det her direktivforslag,« vurderer Tamara Goosens. ♦

nødt til at se på det fra to vinkler; kritisere udgangspunktet og forholde os til de konkrete dele.«

Det indebærer, ifølge Dennis Kristensen, at FOA principielt vil sikre et nationalt sundhedsvæsen, og at man konkret advarer mod forslagens følger for planlægning, og for omkostningerne.

»Grundlæggende er forslaget udtryk for et skifte i synet på sundhed. Det er et forsøg på at bane vej for en markedsføring af sundhedsvæsenet, som vi så det i det tidligere Servicedirektiv.«

Der blev sundhedsområdet jo pillet ud. Mener du at man er på vej tilbage med det samme igen?

»Det er da helt klart,« siger Dennis Kristensen. ♦

FOTO: SCANPIX / HENRIK BANGSØER



Oplæg til et systemskifte



Skift synsvinkel, lyder opfordringen fra erhvervsfolk fra sundhedsområdet: Hold op med at se på sundhed som en udgiftspost! Kig i stedet for på mulighederne for en voksende serviceindustri.



VÆKSTBRANCHE. Det er ikke nødvendigvis et problem at sundhedsudgifterne i USA sluger 15,3 procent af landets bruttonationalprodukt, mens det tilsvarende tal i Danmark er 8,9.

Det høje amerikanske tal kan også ses som et tegn på at her findes jobs og indtjeningsmuligheder.

Sådan argumenterer flere virksomheder og interesseorganisationer inden for sundhedsområdet.

»Det amerikanske sundhedssystem som sådan er ikke et forbillede for os. I USA får man ikke valuta for pengene. Men de amerikanske tal viser hvilke muligheder som findes i et systemskifte,« siger Johan Hjertqvist, leder af Health Consumer Powerhouse, en slags lobbyistorganisation med kontor i Bruxelles og Stockholm som arbejder med at sammenligne sundhedsvæsenet i forskellige lande.

Virksomheden Medicover som driver betalingshospitalet i Polen, Rumænien, Ungarn, Tjekkiet og Estland, men som har adresse i Luxembourg, giver udtryk for den samme holdning.

Medicover skriver på sin hjemmeside:

»Historisk er sundhedsudgifterne i USA steget to-tre gange mere end forbrugerpriserne, mens omkostningerne i Europa til sammenligning groft sagt har fulgt inflationen.«

De amerikanske tilstande bliver her brugt som et eksempel på de gode investeringsafkast som privatfinansieret sundhed vil kunne føre til.

Ingen grænse for vækst

Hvis behandling, forebyggelse og omsorg bliver betragtet som en vare eller tjenesteydelse på et marked, så opstår der en ny situation, mener fortalere:

Spørgsmålet om hvor stor sundhedssektoren kan blive har ikke længere nogen mening.

»Der er bogstaveligt talt ingen grænse for hvor stor en serviceindustri kan blive hvis der bare er tilstrækkeligt mange som er villige til at betale for ydelserne.«

Det er et af budskaberne i en rapport fra Health Consumer Powerhouse "The

Great Healthcare Paradigm" med underrubrikken "Building the Largest Service Industry in Society".

I rapporten påpeger den svenske forfatter Arne Björnberg at sundhedsvæsenet, hvis det bliver betragtet som en industri, har „gigantiske proportioner“. Det er en branche lige så stor som den samlede svenske produktionsindustri med Volvo, Ericsson og flere andre.

En forudsætning for at få skiftet synsvinkel er at borgerne begynder at se på sig selv som kunder eller mere præcist som "autonome forbrugsbeslutningstage-re" (ACDM – Autonomous Consumption-Decision Maker).

Et nøglespørgsmål i denne sammenhæng er at få samlet tilstrækkelig mange kundetænkende patienter (ACDM'er) for at sætte skub i den ønskede udvikling, og at få skabt forudsætninger for at disse kunder kan møde udbydere på et marked.

Tilbage på sporet

Rapporten om dette ønskelige systemskifte blev udgivet i efteråret 2005. På det tidspunkt var sundhedsområdet lige blevet fjernet fra det omdiskuterede Servicedirektiv (se artikel side 8)

»Tilsyneladende er det alt for kontroversielt at sige lige ud at der vil kunne skabes vækst hvis sundhedspleje bliver betragtet som en serviceindustri,« står der i rapporten. Med forslaget til et direktiv om patientrettigheder over grænserne er noget af det der blev fjernet fra Servicedirektivet, nu tilbage på den politiske dagsorden.

Det er formanden for Health Consumer Powerhouse tilfreds med.

»Det er godt at der bliver skabt bedre muligheder for sundhedsforbrugerne. Det er fint hvis Kommissionen får skabt klarhed i de retslige tilstande, og vi kan få ordentlig information som gør det muligt at sammenligne udbuddet mellem landene, men også indenfor medlemslandene. I alt væsentligt er man tilbage på sporet fra Servicedirektivet om at få etableret et sundhedsmarked, hvis man skal bruge det begreb,« siger Johan Hjertqvist.

På den baggrund kunne man tro at de private sundhedsvirksomheder står i kø for at rose Kommissionen og direktivforslaget.

Men helt sådan ser det ikke ud.

Behersket optimisme

Capio AB med hospitaler, klinikker og laboratorier i otte europæiske lande, 15.000 ansatte, og en omsætning på 10,4 milliarder danske kroner 2006, er en af de helt store spillere på det voksende sundhedsmarked.

Udviklingschef Åke Strandberg på Capio er glad for direktivforslaget men på en behersket måde:

»Det vil klart gøre det nemmere for os at vokse, men det er ikke en kæmpesag for os. Hvis vi vil etablere os i et nyt land, så gør vi det ved at opkøbe et eksisterende selskab. Det er egentlig ikke noget problem. Og det er nok begrænset hvor mange patienter som i virkeligheden er parate til at søge om hospitalsindlæggelse i et andet land når det kommer til stykket. Men det vil måske give underlag til mindre virksomheder med en omsætning op til 100 millioner kroner,« siger han.

Men selv om patientdirektivet måske ikke ligefrem fører frem til en kiste med guld for de etablerede virksomheder, så handler det om systemforandringer med betydelige perspektiver, mener Johan Hjertqvist:

»Holdningen i branchen er nok at man skal holde lidt lav profil og ikke stikke snuden for langt frem. Men spørgsmålet om hvordan man skal udforme sundhedsvæsenet for en ny og krævende generation er en kæmpesag. Vi kommer til at opleve meget store omstillinger. Man kan faktisk tale om et systemskifte,« siger han. ♦

Kilde: »The Great Healthcare Paradigm Shift – Building the Largest Service Industry in Society«, www.healthpowerhouse.com



Private giver stift system

I Tyskland giver den store private sundhedssektor ikke fleksibilitet. Tværtimod er det vigtigste årsag til at Tyskland endnu ikke har fået gennemført reformer som har været diskuteret i årtier.

Karl Lauterbach er tysk professor i sundhedsøkonomi, og er i tyske medier blevet kaldet "Mr. Borgerforsikring". Som tidligere rådgiver for den tyske sundhedsminister har han kæmpet for at gøre det tyske sundhedsforsikrings-system retfærdigt, effektivt og billigt.

Nu er Lauterbach socialdemokratisk medlem af det tyske parlament. Han er ikke just profilen på en klassekæmper. Alligevel bærer hans bog om sundhedsvæsenet titlen: *To-klasse-staten: Hvordan de privilegerede ruinerer Tyskland.*

Forslagene til nyt system var ikke særligt revolutionære for de fleste. Undtaget dog lige for dem som havde penge i klemme. Således forhindrede den farmaceutiske industri en reform der skulle give gennemsækelighed i medicinpriserne og dermed billigere medicin. De private sygekasser fik på vegne af sine højt gagerede medlemmer forhindret at de skulle bidrage med så meget som en eneste euro til det almene solidariske system. Og endelig fik Lægeforeningen forhindret forslag som skulle gøre det mindre lukrativt for den enkelte læge at få patienter over i deres eget private system. Resultat samlet set: Dyrere for alle tyskere.

Sig ordet "sundhedsreform", og mange tyskere bliver fjerne og trætte i blikket. Det ord har de hørt på siden Helmut Schmidts kanslerdage i 1970'erne. Og der er stadig kun gennemført lappeløsninger. Det gælder også den reform som træder i kraft 1. januar 2009.

Forklaringen, mener Lauterbach, er simpelt hen at der er for store pengesummer i spil, og de private aktører er så store og stærke at de i et politisk system er i stand til at lobbye deres organisations interesser igennem. Over for dem er sundhedspolitikkerne ikke gearret til at kæmpe for almenvellets interesser, mener Lauterbach.

Kilder: Karl Lauterbach (SPD-parlamentetsmedlem): Der Zweiklassenstaat. Wie die Privilegierten Deutschland ruinieren. Berlin 2007. Sascha Adamek/Kim Otto: Der gekaufte Staat. Wie Konzernvertreter in deutschen Ministerien sich ihre Gesetze selbst schreiben. Köln 2008.



Sundhedsreformer står på dagsordenen overalt i Europa. Målet er modernisering og effektivisering som skal nedbringe de offentlige budgetter. Redskabet er mere konkurrence og flere private leverandører.

Sundhed er blevet forretning

MERE MARKED. Nye behandlingsmetoder, flere ældre medborgere og større forventninger til den bedste behandling har sat sundhedsudgifterne under voldsomt pres i alle europæiske lande. Den økonomiske vækst efter Anden Verdenskrig gav et råderum til at finansiere udbygning af det offentlige sundhedsvæsen. Men siden den økonomiske krise satte ind i midten af 1970'erne, har man kæmpet med at holde styr på de stigende sundhedsudgifter.

Der er to generelle tendenser: De samlede udgifter til sundhed – offentlige såvel som private – er i de seneste årtier steget mere end den almindelige økonomiske vækst. Men en stadig større del af udgifterne er privat finansiering, enten via forsikringselskaber eller som brugerbetaling.

Store forskelle

Hvor store sundhedsudgifterne er, målt i forhold til bruttonationalproduktet, og hvor meget de er steget siden 1980, varierer fra land til land.

EU's nye medlemslande i Central-europa dør stadig med eftervirkningerne fra det økonomiske kollaps der fulgte med sammenbruddet i deres planøkonomier. Her ligger sundhedsudgifterne på et væsentligt lavere niveau end i Vesteuropa. Også Storbritannien og især Irland skiller sig ud på et relativt lavt niveau.

De sydeuropæiske lande står for den største stigning og bruger nu omtrent samme andel af deres økonomi til sundhed som de nordiske lande. I både Danmark og Sverige faldt udgifterne gennem det meste af 1980'erne og 1990'erne, og

kun takket være en stigning de seneste år er niveauet nu lidt højere end i 1980. Det højeste udgiftsniveau finder vi i Tyskland, Frankrig, Holland og Belgien.

Udgifternes størrelse er ikke lig med et højt serviceniveau for alle. Det er almindeligt kendt at en stor del af den amerikanske befolkning ikke har nogen sundhedsforsikring og derfor lever under usle sundhedsvilkår. Alligevel udgør sundhedsudgifterne i USA hele 16 procent af bruttonationalproduktet.

Mere marked

Ekspllosionen i sundhedsudgifter fik regeringerne til at effektivisere sundhedsvæsenet. I mange lande kom borgerlige regeringer til magten i 1980'erne og satte en neoliberal dagsorden med skattelettelse og privatiseringer på programmet – med Margaret Thatcher som det fremmeste eksempel. Samtidig kolliderede den stramme finanspolitik i EU's Økonomiske og Monetære Union med fortsat finansiering af sundhedssektoren.

Reformerne betød indførelse af mar-

kedsmekanismer i hele sundhedssektoren og større råderum for den ekspanderende sundhedsindustri.

Et af de mest udbredte argumenter for at lade private firmaer levere sundhedsydelser er at de er mere effektive og kvalitetsbevidste. Bureaucrati og forældede arbejdsgange i de offentlige hospitaler har givet næring til denne antagelse. Om effektiviteten er større i den private sektor er der dog stor uenighed om.

Blandt andet peger mange på at de private drager fordel af at satse på relativt simple behandlinger og standardiserede ydelser.

Flere konkurrenceelementer og nye ledelsesformer i det offentlige har bidraget til markedsgørelsen. Stramme budgetrammer er lagt over sundhedsinstitutionerne, og der er sat faste priser på "varerne" (sundhedsydelserne). Samtidig er der sket en opsplitning mellem købere (sundhedsmyndighederne) og selvstændige leverandører (hospitalsinstitutioner).

Reformer er blevet solgt under det tillokkende slogan om "frit valg": Leverandører kan købe ydelser hos konkurrerende firmaer, og borgerne får frihed til at vælge mellem forskellige udbydere.



I Stockholm blev Sankt Göranshospitalet solgt i 1999 og ejes i dag af det svenske multinationale sundhedsfirma Capio.



Private hospitaler

Også ejerskab til hospitalerne er under forandring. Mest systematisk har udviklingen været i Storbritannien. De konservative startede et program for privat-offentligt partnerskab som for alvor blev sat i system da Labour overtog regeringsmagten i 1997. Siden da har National Health Service godkendt eller åbnet over 100 nye hospitaler og næsten 200 skadestuer for over 100 milliarder kroner. Stort set alle er drevet som "Private Finance Initiative", det vil sige at private konsortier, oftest involverende større entreprenørvirksomheder, bliver hyret til at stå for design, konstruktion og drift af hospitaler som det offentlige lejer sig ind i, typisk for en periode på 30 år.

Tyskland er det eneste land i Europa, hvor offentlige hospitaler i stor målestok er blevet privatiseret. Tendensen er særlig markant i Østtyskland, men også i eksempelvis Hamburg hvor Asklepios-koncernen i 2004 købte delstatens største hospitalskæde, i alt syv afdelinger med 5.688 senge. Konkurrencestyrelsen tvang dog koncernen til at frasælge den ene afdeling. I Stockholm blev Sankt Görans-hospitalet, som beskæftiger 1.500 ansatte, solgt i 1999 og ejes i dag af det svenske multinationale sundhedsfirma Capio. I 2002 bremsede den socialdemokratiske regering for fortsat privatisering af hospitaler. Stop-loven er siden ophævet af den borgerlige regering, men aktuelt er der ikke udsigt til nye privatiseringer.

Sundhedsforsikringer

Parallelt med disse markedsreformer har forholdet mellem offentlig og privat finansiering ændret sig. Bortset fra Østrig og Portugal er den offentlige andel af sundhedsudgifterne blevet mindre. I 2005 lå den offentlige andel af sundhedsudgif-

terne fra 42,8 procent i Grækenland, til 84-89 procent i Sverige, Danmark, Storbritannien og Tjekkiet. Særligt i Sverige, Grækenland og de nye EU-medlemslande i Centraleuropa er der sket et fald i det offentlige andel af sundhedsudgifterne.

Denne udvikling er gået hånd i hånd med fremvæksten af private forsikringselskaber og mere brugerbetaling.

I dag spiller private forsikringer en særlig stor rolle i Holland hvor deres bidrag til de samlede sundhedsudgifter udgør 15,9 procent i 2000, efterfulgt af Frankrig (12,5 procent i 2005) og Tyskland (9,2 procent).

Kun i få lande (især Holland) fungerer en privat forsikring som erstatning for den offentlige sygesikring. Som regel er de et supplement som dækker mere end den offentlige, for eksempel ved at tilbyde bedre behandling eller hurtigere adgang. Ofte er det virksomheder, som forsikrer deres ansatte, og i en række lande er sådanne forsikringer skattebe- gunstigede.

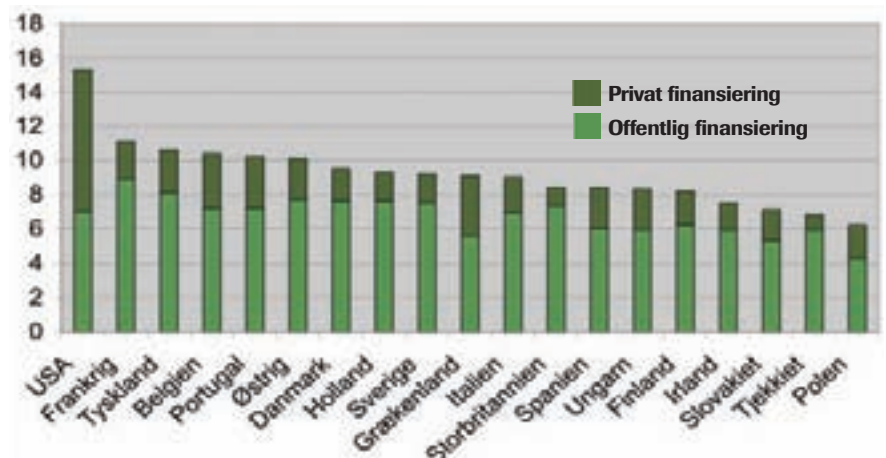
Brugerbetaling

Udbredelsen af tillægsforsikringer hænger i vid udstrækning sammen med at behandlinger og medicin ikke længere dækkes af den offentlige forsikring, eller at dækningsgraden bliver mindre. Et klassisk eksempel er tandlægebehandling som i næsten alle lande (med)finansieres af tillægsforsikringer eller brugerbetaling.

I mange europæiske lande – blandt andet Frankrig, Belgien, Østrig, Tyskland, Irland, og Finland – er der kontant afregning ved lægekonsultation og/eller hospitalsindlæggelse. Slovakiet gennemførte i 2003 en sundhedsreform med brugerbetaling på mange nye områder. I Ungarn måtte regeringen i 2008 trække en lov om brugerbetaling ved læge- og hospitalsbesøg tilbage, efter at over 80 procent af vælgerne stemte nej i en folkeafstemning.

Alt i alt spiller stigende brugerbetaling en større rolle for den faldende offentlige andel af de samlede sundhedsudgifter, end væksten i private forsikringer. ♦

Sundhedsudgifter 2006 i procent af bruttonationalproduktet



Kilde: OECD Health Data 2008



Der sker hele tiden nyt i forhold til de emner vi skriver om i NOTAT. Her fortæller vi kort om nogle af de seneste initiativer og beslutninger.

Tekst: Sven Skovmand

Siden sidst

EU's regnskab blev godkendt

KLAR FORBEDRING. At et regnskab bliver godkendt er normalt ingen nyhed. Men det er det faktisk, når det drejer sig om EU's regnskab. I hele 13 år i træk har Revisionsretten i Luxembourg sagt nej til at godkende regnskabet på grund af fejl og uregelmæssigheder.

I år er det gået anderledes. Den 10. november 2008 fik regnskabet en blank påtegning, og Revisionsrettens formand, Vitor Caldeira udtrykte anerkendelse af den indsats der er gjort for at forbedre forholdene.

Kommissionen har således standset betalinger og krævet penge tilbage af flere af medlemslandene, deriblandt Italien, Storbritannien, Bulgarien og Luxembourg. Det sparede beløb er på over 6 milliarder kroner.

Caldeira gør dog opmærksom på at der stadig er betydelige uregelmæssigheder i betalingerne. Det gælder især strukturfondene, hvor Revisionsretten skønner at mindst 35 milliarder kroner er blevet fejlagtigt udbetalt. Men ansvaret for disse forkerte udbetalinger ligger først og fremmest hos medlemsstaterne, siger Caldeira.

Fortsat strid om biobenzin

VEDVARENDE ENERGI.

I september vedtog EU-parlamentets industriudvalg at biobenzin – etanol – kun skal kunne tillades, hvis det giver en CO₂-besparelse på mindst 45 procent i forhold til kul, olie eller gas. Denne andel skal hæves til 60 procent i 2015.

Baggrunden er at fremstillingen af biobenzin i sig selv giver et kraftigt forbrug af energi. Fremstilles det for eksempel af raps, vil der kræves energi til både gødning og plantegifte samt til de maskiner der bruges.

Parlamentets forslag vil i praksis gøre det næsten umuligt at fremstille biobenzin i Europa. Det har derfor mødt heftig modstand i især landbrugskredse – og det har påvirket Kommissionen. Den 29. oktober meddelte Kommissionen derfor at det vil være nok hvis biobenzinen kan spare 35 procent i forhold til de fossile energikilder.

Sagen vil blive endelig afgjort i forhandlinger mellem Ministerrådet og Parlamentet.

(Se mere om biobenzin/etanol i NOTATs nummer om klimakrisen, juli 2007 eller søg i artikelarkivet)



Ingen EU-tropper til Congo

FREDSSTYRKE. Situationen i Congo har i de seneste uger udviklet sig meget uheldigt. Plyndringer og andre overgreb koster tusinder af congolesere livet, og FN's styrke på 17.000 mand er ikke stærk nok til at kunne standse kampene.

På forsvarsministrenes møde den 11. november 2008 søgte den franske udenrigsminister Bernard Kochner derfor at få tilslutning til at sende en EU-styrke på 1.500 mand til landet. Men han fik ikke opbakning.

Det skyldtes især modstand fra Storbritannien og Tyskland. Den britiske udenrigsminister David Miliband mente således at man i stedet skulle opmuntre den Afrikanske Union til at gøre mere ved sagen.

»Tjekkiet måske større problem end Irland«

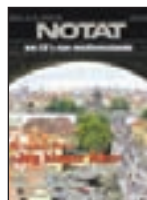
LISSABON-TRAKTATEN.

»Tjekkiet kan blive et større problem end Irland,« sagde det socialdemokratiske parlamentsmedlem Jo Leinen til EUobserver.com den 11. november 2008.

Jo Leinen er formand for Parlamentets forfatningsudvalg, og udtalelsen faldt efter at en delegation fra Parlamentet havde besøgt Tjekkiet. Jo Leinen fremhævede det som sin klare opfattelse at både præsident Vaclav Klaus og en gruppe i det tjekkiske Senat bevidst har forhalet den tjekkiske godkendelse, og at dette i sig selv vil gøre det sværere at få ændret holdningen blandt de irske vælgere.

Vaclav Klaus aflagde i øvrigt den 11. november et besøg i Irland, hvor han talte med den ledende modstander af Lissabon-traktaten, Declan Ganley. Ganley arbejder på at samtlige EU-landes vælgere kan stemme om Lissabon-traktaten i forbindelse med valget til Parlamentet i juni 2009.

(Se mere om folkeafstemningen i Irland i NOTATs nummer om det irske nej, juli 2008, samt om Tjekkiet i NOTAT om EU's nye medlemslande, oktober 2008.)



Næste nummer om den økonomiske krise

Finanskrisen har for længst bredt sig fra USA til resten af verden. I oktober meddelte EU's statistiske kontor at de 15 euro-lande nu befinder sig i en recession, det vil sige at den økonomiske vækst i to kvartaler i træk er negativ. Det er første gang siden euroen blev indført i 1999.

I dette nummer af NOTAT stiller vi skarpt på hvordan og hvorfor krisen slår ned i de europæiske lande, og hvad landene kan og vil gøre for at dæmme op.

Et fælles svar?

De europæiske regeringsledere taler højtideligt om et fælles svar på krisen, men foreløbig er det ikke blevet til så meget. Kommer der et fælles svar?

Er EU-landene på vej til at foretage et opgør med den uregulerede casino-kapitalisme?

Den frie kapitalis paradis

Nu vil alle have mere kontrol med finanskapitalen. Vi ser på hvordan EU-lovgivning gennem årene har skabt spillerum for "kapitalens frie bevægelighed". For Poul Nyrup Rasmussen er det blevet en mærkesag med mere regulering af kapital- og hedgefonde. Hans forslag blev – i udvalget form – vedtaget med et stort flertal i EU-Parlamentet. Kommissæren for konkurrence Charlie McCreevy er imod.

ØMU-kravene under pres

Krisen har sat EU's økonomiske grundlov, Stabilitetspagten, under voldsomt pres. For at undgå stigende arbejdsløshed, er regeringerne tilbøjelige til at bruge de offentlige finanser til at sætte gang i økonomien. Men det skaber underskud på budgettet – og det forbyder EU's økonomiske regler!

Krone eller euro?

De fleste medier fortæller at krisen koster dyrt for danskerne, fordi vi står uden for euroen. Med euroen binder vi os til en forkert politik, svarer andre. Vi ser nærmere på argumenterne. Den danske fastkurspolitik er ikke holdbar på længere sigt, siger økonomiprofessor Jesper Jespersen. Enten må kursen flyde ligesom Sverige, eller vi må med i ØMU'en.

Svar på quiz:

1-b, 2-c, 3-b, 4-a, 5-b, 6-a, 7-b, 8-a, 9-c, 10-a



Test din viden

Svarene kan du finde i artiklerne inde i bladet, eller se de rigtige svar på side 31.

| | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------------|---|
| 1. Hvad hedder den danske sundhedsminister? | a) Karen Jespersen | b) Jakob Axel Nielsen | c) Helge Sander |
| 2. Cirka hvor mange danskere har en privat sundhedsforsikring? | a) 250.000 | b) 550.000 | c) 850.000 |
| 3. Hvilken behandling er der i oktober 2008 længst ventetid til?? | a) brok | b) grå stær | c) sterilisation |
| 4. Hvem har ifølge EU-traktaten ansvar for medlemslandenes sundhedsvæsen? | a) medlemslandene selv | b) EU | c) delt kompetence |
| 5. Hvem har foreslået et nyt direktiv om patientrettigheder? | a) den tyske regering | b) EU-Kommissionen | c) patientforeninger |
| 6. Hvilket land bruger flest udgifter til sundhed (procent af BNP)? | a) USA | b) Danmark | c) Tjekkiet |
| 7. Vil det nye patientdirektiv dække transportudgifter til behandling i udlandet? | a) ja | b) nej | c) kun til nabolande |
| 8. Hvor stor en andel af samtlige behandlinger sker på private hospitaler? | a) 2 procent | b) 4 procent | c) 8 procent |
| 9. Hvilket stort hospital i Stockholm blev privatiseret i 1999 og ejes i dag af firmaet Capio AB? | a) Solna Sjukhus | b) Karolinska Kliniken | c) St. Görans Hospital |
| 10. Hvad er den danske regerings hovedkritik af EU-forslaget om patientrettigheder? | a) EU får for stor kompetence | b) for store administrationsudgifter | c) regler for organ-donation er uforenelige |

