



**EU's indflydelse  
på den danske  
SUNDHEDSPOLITIK**

**DANSKE  
REGIONER**



Sundhedsområdet påvirkes i stigende grad af initiativer fra den Europæiske Union. Der kan identificeres en tendens mod, at flere EU-initiativer bliver rettet direkte mod sundhed.

EU lancerede i efteråret 2006 et initiativ vedrørende sundhedsydelser, som formentlig vil medføre en formalisering af rettigheder og ansvar i forbindelse med patientmobilitet og mobilitet af sundhedsprofessionelle inden for den Europæiske Union. Hvis EU-retspraksis i relation til patienternes ret til behandling i andre medlemsstater bliver præciseret, kan det have konsekvenser for organiseringen af det danske sundhedsvæsen.

Formålet med denne publikation er at skabe et overblik over konsekvenserne af EU's tiltag og initiativer for den danske sundhedspolitik på baggrund af en gennemgang af udviklingen inden for det indre marked og i forhold til EF-domstolens afgørelser.

# Indhold

<b>1.</b>	<b>EU's indflydelse på den danske sundhedspolitik</b>	<b>3</b>
	EU's formelle rettigheder på sundhedsområdet	<b>3</b>
	EU's muligheder for at udøve indflydelse på den danske sundhedspolitik	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>EU's indre marked og fri bevægelighed</b>	<b>7</b>
	Subsidiaritetsprincippet	<b>7</b>
	Fri bevægelighed af varer, serviceydelser mv.	<b>8</b>
	EU's regler om offentligt udbud	<b>9</b>
	EU-direktiv om serviceydelser	<b>9</b>
	Fri bevægelighed for borgere/patienter	<b>10</b>
	Høring om EU's indsats inden for sundhedssektoren	<b>11</b>
<b>3.</b>	<b>EF-domstolens afgørelser med konsekvenser for sundhedspolitikken</b>	<b>13</b>
<b>4.</b>	<b>Den åbne koordinationsmetode</b>	<b>17</b>
<b>5.</b>	<b>Muligheder for regional medindflydelse</b>	<b>18</b>
	Regionsudvalget	<b>18</b>
	Specialudvalget for sundhedsspørgsmål	<b>18</b>
	Social Dialog-HOSPEEM	<b>18</b>
	EUREGHA	<b>19</b>
	HOPE	<b>19</b>
<b>6.</b>	<b>Perspektiver</b>	<b>20</b>



# 1. EU's indflydelse på den danske sundhedspolitik

## EU's formelle rettigheder på sundhedsområdet

Med undtagelse af folkesundhed er det behandlende sundhedsvæsen som udgangspunkt alene et anliggende for de enkelte medlemsstater. EU kan i princippet ikke udøve indflydelse på finansieringen, organiseringen og strukturen af de enkelte landes sundhedsvæsener eller i det daglige arbejde på sundhedsområdet. Dette er udtrykt i Amsterdam-traktatens §152, stk. 1 og 5:

### Amsterdam-traktatens §152:

#### Stk. 1:

“Der skal sikres et højt sundhedsbeskyttelsesniveau ved fastlæggelsen og gennemførelsen af alle fællesskabets politikker og aktiviteter. Fællesskabets indsats, *der skal være et supplement til de nationale politikker*, skal være rettet mod at forbedre folkesundheden og forebygge sygdomme hos mennesker samt imødegå forhold, der kan indebære risiko for menneskers sundhed. Indsatsen skal omfatte bekæmpelse af de største trusler mod sundheden ved at fremme forskning i deres årsager, spredning og forebyggelse samt sundhedsoplysning og -uddannelse.... “

#### Stk. 5:

“*Fællesskabets indsats på folkesundhedsområdet respekterer fuldt ud medlemsstaternes ansvar for organisation og levering af sundhedstjenesteydelser og medicinsk behandling.* Medlemsstaternes ansvar omfatter forvaltningen af sundhedstjenesteydelser og behandling på sundhedsområdet samt fordeling af de midler, der afsættes hertil.”

EU-forfatningstraktaten har ikke lagt op til mere EU indflydelse på det behandelende sundhedsvæsen. I forfatningstraktaten var det præciseret, at EU spiller en vigtig rolle i forhold til overvågning og bekæmpelse af alvorlige grænseoverskridende sundhedstrusler, og at samarbejde i grænseregioner skal fremmes, ligesom udveksling af bedste praksis kan tilrettelægges i EU-regi. EU's rolle på sundhedsområdet har dermed formelt været begrænset til områder, hvor der kan skabes en merværdi gennem overnationalt samarbejde.

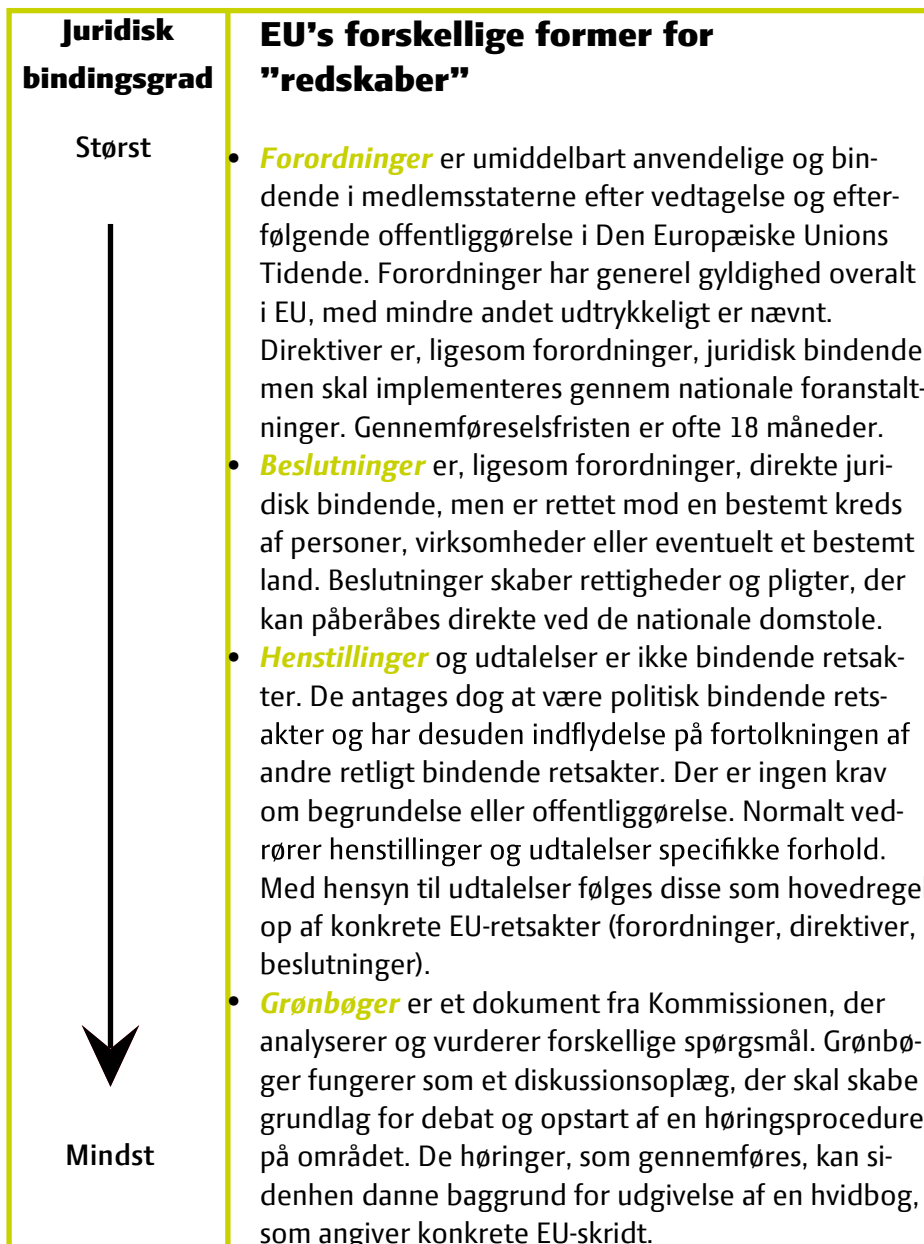
## **EU's muligheder for at udøve indflydelse på den danske sundhedspolitik**

EU har imidlertid opnået en stigende indflydelse på den danske sundhedspolitik og det danske sundhedsvæsen på trods af de begrænsede formelle rettigheder på området.

Følgende tre forhold kan altså tilskrives, at EU får større indflydelse på den danske sundhedspolitik:

- 1** *Direkte EU-initiativer* rettet mod forbedring af folkesundheden i EU. De direkte initiativer kunne for eksempel være det andet EU folkesundhedsprogram 2007-2013, EU's initiativ vedrørende sundhedsydelse og patientmobilitet, samt det igangværende arbejde i højniveaugruppen for sundhedsydelse og medicinsk behandling.
- 2** *Indirekte EU-initiativer*, dvs. tiltag inden for andre EU-områder, som berører sundheds- og forebyggelsesområdet indirekte gennem udviklingen inden for det indre marked og udviklingen af domstolspraksis som følge af den underliggende målsætning om fri bevægelighed.
- 3** *EU-initiativer med følgevirkninger* for det nationale sundhedsområde. Herunder kan f.eks. nævnes EU's regler om offentligt udbud, der medfører ændringer i regionernes indkøbsprocedurer inden for sundhedssektoren.

I EU-regi benyttes forskellige former for redskaber i relation til regulering, styring og implementering af EU-politiske tiltag og initiativer. Disse er illustreret i den følgende figur:





## 2. EU's indre marked og fri bevægelighed

Det indre marked er en del af EU's strategi for at kunne konkurrere på globalt niveau. Sundhedsydelser spiller, ligesom alle andre ydelser, en rolle på det indre marked og det globale marked, idet der både eksisterer en efterspørgsel og et udbud efter sundhedsprofessionelle, sundhedsydelser og sundhedsprodukter på europæisk og globalt niveau.

Sundhedsvæsenet udgør endvidere en væsentlig del af EU medlemsstaternes økonomi. I gennemsnit udgør sundhedsvæsenet ca. 10 pct. af bruttonationalproduktet i EU's medlemsstater. Derfor er sundhedsområdet så komplekst sammenflettet med det indre marked, at det kan være meget kompliceret at skille de to fra hinanden eller at anvende subsidiaritetsprincippet konsekvent i forhold til sundhedssektoren inden for det indre marked.

### Subsidiaritetsprincippet

---

Subsidiaritetsprincippet handler om, at politiske beslutninger skal træffes på det lavest mulige politiske og administrative niveau. Bortset fra de områder, hvor EU har enekompetence, skal EU kun handle på områder, hvor den påtænkte handling bedre kan gennemføres på EU-plan end på nationalt plan. Også kaldet nærhedsprincippet, blev subsidiaritetsprincippet indført i forbindelse med Maastricht-traktaten.

---

Det indre marked indebærer fri bevægelighed for varer, tjenesteydelser, arbejdskraft og kapital. Trods den endnu forholdsvis lille grad af EU-harmonisering på sundhedsområdet findes der en vanskelig balancegang mellem den mere rendyrkede markedstænkning i det indre marked og den mere velfærdsorienterede og sociale kontekst, der karakteriserer mange medlemsstaters organisatoriske og finansielle opbygning af deres sundhedsvæsen. En fuldstændig integration af sundhedsvæsenet kan således synes vanskelig og uhensigtsmæssig, da en rendyrket markedstankegang i nogen grad er i konflikt med den velfærdsmæssige og sociale tankegang, der ligger til grund for den danske organisering af sundhedsvæsenet.

### **Fri bevægelighed af varer, serviceydelser mv.**

Medicinområdet er et område, som i vid udstrækning er styret gennem EU-lovgivning og som derfor kun efterlader et begrænset nationalt råderum. Hvis et lægemiddel opnår godkendelse i EU, udsteder Europa-Kommissionen (herefter Kommissionen) en markedsføringstilladelse til det pågældende lægemiddel, hvilket giver producenten mulighed for at markedsføre lægemidlet i samtlige medlemsstater.

Krav til kliniske afprøvninger af lægemidler samt produktion af lægemidler er ligeledes bestemt i EU. Bivirkninger af lægemidler indrapporteres til en fælles database og er derfor underlagt EU-krav. I forbindelse med indkøb af lægemidler, dialysevesker og desinfektionsmidler til sygehusene er det påkrævet, at indkøbet udbydes i licitation i EU.

De fleste EU-direktiver og beslutninger vedrørende eksempelvis det medicinske område har indtil videre kun haft indflydelse på udbydersiden. Spørgsmål vedrørende prisregulering, subsidiering, tilgængelighed og ydelser betragtes som værende et nationalt anliggende i de enkelte medlemsstater.

Andre EU initiativer inden for det indre marked er herudover taget med udgangspunkt i Amsterdamtraktatens §152 om, at ***"der skal sikres et højt sundhedsbeskyttelsesniveau ved fastlæggelsen og gennemførelsen af alle fællesskabets politikker og aktivi-***

**teter”**. EU-forbud mod ftalater i børnelegetøj, grænseværdier for pesticidrester i frugt og grønsager og kemikalier i make-up og hårfarve er alle direkte EU-initiativer rettet mod forbedring af folkesundheden i EU gennem regulativer på det indre marked.

### **EU's regler om offentligt udbud**

I de senere år er EU's udbudsregler for varer og tjenesteydelser blevet revideret. EU's udbudsregler skal sikre gennemsigtighed, konkurrence og ligebehandling inden for offentligt indkøb. Hvis et offentligt indkøb overstiger ca. 1,8 mio. kr. skal udbuddet ske efter EU's udbudsregler. Der er tale om et komplekst regelsæt, der kan være vanskeligt at håndtere uden de nødvendige kompetencer.

De fem nye danske regioner vil have en væsentlig større indkøbsvolumen, end amterne havde. Specielt inden for varer og tjenesteydelser, der har forbindelse til sundhedssektoren, vil regionernes indkøb få et meget stort volumen. Langt størstedelen af de kommende regioners udbud bliver derfor som udgangspunkt underlagt EU's udbudsregler.

EU's regler om offentligt udbud har eksempelvis medført udbud af ambulancekørsel i Danmark, efter at det danske klagenævn for udbud har fortolket udbudsreglerne således, at værdien af landstransportdelen overstiger værdien af sundhedsdelen, og at ambulancekørsel derfor er en udbudspligtig ydelse.

### **EU-direktiv om serviceydelser**

EU-Kommissionen fremlagde i 2004 et forslag til rammedirektiv, hvis formål er at forbedre forholdene for handel med serviceydelser i det indre marked. Direktivforslaget behandler bl.a. serviceydernes etableringsfrihed, den frie udveksling af serviceydelser, sikring af serviceydernes kvalitet og effektiv kontrol. Direktivet introducerede et nyt princip, det såkaldte oprindelseslandsprincip, som indebærer, at en tjenesteyder, der lovligt udfører sin virksomhed i et EU-medlemsstat, i princippet kun var underlagt oprindelseslandets bestemmelser ved grænseoverskridende virksomhed.

Service-direktivet (også kaldet tjenesteydelsesdirektivet) omfattede i sin oprindelige form også social- og sundhedsydelser, på trods

af at social- og sundhedsydelse traktatmæssigt er defineret som værende et nationalt anliggende. Artikel 23 i direktivudkastet var en præcisering af EF-domstolens retspraksis i relation til EU-borgernes rettigheder til at modtage sundhedsydelser i en anden stat og modtage godtgørelse herfor.

Servicedirektivet har været genstand for stor debat. På baggrund af reaktionerne fra EU-medlemsstaterne og den udtrykte bekymring for konsekvenserne af direktivet er servicedirektivet revideret væsentligt. Det reviderede udkast er generelt i overensstemmelse med Danske Regioners synspunkter på området, herunder en undtagelse af social- og sundhedsydelser fra direktivets anvendelsesområde, en væsentlig opblødning af oprindelseslandsprincippet, samt en sikring af det kollektive arbejdsretslige system. Servicedirektivet forventes at blive endeligt vedtaget inden udgangen af 2006.

### **Fri bevægelighed for borgere/patienter**

Fri bevægelighed og ventetidsgarantier er rettigheder som efterspørges af borgerne. Fuldstændig fri mobilitet i EU kan dog føre til en situation, hvor det bliver sværere for regionerne såvel som den enkelte medlemsstat at planlægge og bevare et tilgængeligt, passende og effektivt sygehusvæsen i alle regioner, hvis patienter helt frit kan flytte efter behandling inden for alle EU-medlemsstater. Samtidig påpeger en grøn bog fra Kommissionen fra foråret 2005, at den demografiske udvikling i EU medfører et øget pres på sundhedsvæsenet i de enkelte medlemsstater på grund af en aldrende befolkning.

Kommissionen har derfor fokus på konsekvenserne ved en stigende patientmobilitet og de fælles udfordringer, det kan medføre for de nationale sikringsordninger. Det kan bl.a. læses i Kommissionens meddelelse om patientmobilitet fra 2004. I meddelelsen står det direkte, at der er behov for en europæisk strategi for at sikre, at borgere kan udnytte deres ret til at søge sundhedspleje i andre medlemsstater, hvis de ønsker det, og at samarbejde på europæisk plan kan bidrage til, at medlemsstaterne bliver bedre rustet til at tage de fælles udfordringer op, som sundhedsvæsenet i Europa står overfor.

## **Høring om EU's indsats inden for sundhedssektoren**

I forbindelse med undtagelsen af social- og sundhedsydelse fra servicedirektivet meddelte Kommissionen i foråret 2006, at man i stedet vil iværksætte selvstændige initiativer på både socialområdet og sundhedsområdet. Kommissionen har på baggrund heraf lanceret en åben høringsproces i forbindelse med et kommende EU-initiativ i relation til sundhedsydelse. På baggrund af høringssvarene vil Kommissionen fremlægge konkrete forslag til initiativer i relation til sundhedsområdet. Høringsfristen er den 31. januar 2007.

Kommissionens meddelelse har til formål at indlede en høring om de emner, der bør tages op i forbindelse med en fællesskabsindsats vedrørende sundhedssektoren samt identificere hvilke værktøjer, der juridisk er mest hensigtsmæssige at bruge i forbindelse med de forskellige temaer. Der lægges i meddelelsen vægt på, at der skal skabes juridisk klarhed i relation til patienters ret til behandling i andre EU-medlemsstater, og at der skal formuleres en samlet strategi for de europæiske borgeres rettigheder til sundhedsydelse. Behovet for skabelsen af juridisk klarhed i forhold til patienters ret til behandling i andre EU-medlemsstater skal ses i lyset af EF-domstolens afgørelser i en række sager herom (se afsnit 3).



### 3. EF-domstolens afgørelser med konsekvenser for sundhedspolitikken

En række domme har haft konsekvenser for indretningen af det danske sundhedsvæsen. EF-domstolens afgørelser er en vigtig retskilde for EU-samarbejdet. Domstolen har enekompetence til at fortolke EU-traktaterne, og dets afgørelser er bindende for de nationale domstole.

EF-domstolens afgørelser indebærer blandt andet, at det siden Kohll og Decker sagerne i 1998 er muligt for en borger at søge behandling i en anden medlemsstat **uden** forhåndstilladelse forudsat, at det er en behandling, man har ret til i hjemlandet (jf. boks). Sagen har medført en ændring af loven om offentlig sygesikring (lov nr. 467, 31. maj 2000), som betyder, at man i dag kan få tilskud fra sygesikringen til visse behandlinger og varer i udlandet, hvis de har et element af selvfinansiering. Gruppe 2-sikrede er desuden berettigede til tilskud til læge og speciallægebehandling i en anden medlemsstat.

Smits og Peerboms afgørelsen fra 2001 medfører, at patienter har ret til at modtage behandling i udlandet, hvis behandlingen er omfattet af det nationale social- og sikringssystem. Endvidere kan udgifter hertil godtgøres på samme niveau som i hjemlandet. For så vidt angår hospitalsbehandling skal patienten være henvist til behandling af sin læge, og der skal søges en forhåndsgodkendelse. Denne forhåndsgodkendelse skal imidlertid gives, dersom det hjemlige sundhedsvæsen ikke kan yde den pågældende behandling inden for en lægelig forsvarlig tidsfrist.

Bl.a. som konsekvens af denne afgørelse er reglerne om udvidet frit sygehusvalg indrettet således, at udenlandske klinikker, på lige fod med danske privatklinikker og hospitaler, kan anmode Danske Regioner om indgåelse af aftale. Danske Regioner har indgået aftaler med ca. 10 udenlandske klinikker/sygehuse i Tyskland, Sverige

## **EF-domstolens afgørelser med indflydelse på den danske sundhedspolitik**

**Kohl og Decker (1998).** EU-traktatens regler om varernes fri bevægelighed forhindrer, at myndigheder kan kræve, at ethvert køb af lægeartikler skal godkendes på forhånd.

**Smits og Peerbooms (2001).** EF-domstolen konkluderede på baggrund af to sager fra den hollandske sygesikring, at når det gælder hospitalsbehandling i udlandet, er det i orden at kræve en national forhåndsgodkendelse og en vurdering af, om behandlingen er nødvendig. I sin afgørelse fastslår domstolen, at en patient har ret til behandling i udlandet, hvis behandlingen er omfattet af det nationale social- og sikringssystem, og hvis patienten ikke "rettidigt" kan få en tilsvarende behandling på et hjemligt hospital.

**Müller-Fauré og Van Riet (2003).** EF-domstolen konkluderer på baggrund af yderligere to sager fra den hollandske sygesikring, at det ikke er et argument for afslag for behandling i udlandet, at den nationale sygesikring ikke betaler regninger, men derimod leverer naturalydelser i form af behandlinger.

**Jaeger (2003).** EF-domstolen konkluderer på baggrund af en sag, anlagt af en tysk læge, at al den tid, en arbejdstager tilbringer på tjenestestedet, skal medregnes som arbejdstid, uanset at arbejdstageren har mulighed for at hvile sig i de perioder, hvor der ikke er brug for arbejdstagerens arbejdskraft (rådhedsvagter).

**Watts (2006).** EF-domstolen konkluderer på baggrund af en sag, anlagt af den engelske Court of Appeal på vegne af en engelsk statsborger, at Amsterdam-traktatens § 152 vedrørende national selvbestemmelse på sundhedsområdet ikke forhindrer, at nationale sundhedssystemer skal tilpasses EU's grundlæggende forudsætning om fri bevægelighed. Afgørelsen fastslog, at patienten har ret til behandling, hvis ventetiden i hjemlandet er "urimeligt" lang. Et ubegrundet afslag fra den nationale myndighed om behandling i udlandet er anset som en tilladelse til behandling i udlandet.

og Spanien. Muligheden for udenlandsk behandling er hidtil kun i begrænset omfang blevet brugt af danske patienter. I perioden fra juli 2002 til januar 2006 benyttede 75.465 danske patienter sig af det udvidet frie sygehusvalg. Indtil januar 2005 havde blot 643 valgt at få behandling i udlandet.

EF-domstolen har i sin hidtidige retspraksis fastslået, at patienters eventuelle behandling i et andet land ikke må bringe det generelle nationale sygesikringssystem i fare. I forlængelse heraf skal det dog bemærkes, at domstolen i samtlige af de hidtidige domme har fastslået, at de konkrete sager ikke udgjorde en fare for finansieringen af de pågældende landes nationale sygesikringssystemer. Samtidig har de seneste domme i Müller-Fauré og Van Riet (2003) sagerne ikke skelnet mellem de nationale sygesikringsordninger som værende et kontantydelsessystem eller et naturalydelsessystem, som det vi har i Danmark. Det betyder, at det danske sundhedsvæsen er underlagt domstolens afgørelser i fuldstændig samme omfang som ordningerne i medlemsstater med kontantydelsessystemer.

Jaeger-dommen (2003) har betydet, at den hidtidige praksis på de danske sygehuse, hvor sundhedspersonale ofte har mulighed for at sove i de perioder, hvor deres arbejdskraft ikke er efterspurgt under en døgnvagt, ikke umiddelbart kan videreføres, da ikke er muligt at overholde arbejdstidsdirektivets bestemmelse om daglig hviletid under døgnvagter. Afgørelsen kan derfor potentielt betyde store ændringer i arbejds- og vagttilrettelæggelsen i det danske sundhedsvæsen.

EF-domstolens afgørelse har medført, at arbejdstidsdirektivet er under revision. Det første udkast til et revideret arbejdstidsdirektiv affødte voldsomme reaktioner fra mange af medlemsstaterne, idet udkastet ikke var fleksibelt nok i forhold til arbejdstidstilrettelæggelsen i bl.a. de nationale sundhedsvæsener. Arbejdstidsdirektivet er derfor blevet revideret væsentligt undervejs i processen. Processen er endnu ikke afsluttet.

Watts-dommen fastslog i 2006, at den nationale myndighed ikke kan afslå at give tilladelse til behandling i udlandet med den begrundelse, at der er ventelister. Patienten har ret til behandling, hvis ventetiden i hjemlandet er "urimeligt" lang. EF-domstolen afgjorde endvidere, at et ubegrundet afslag fra den nationale myndighed om behandling i udlandet kan betragtes som en tilladelse til behandling i udlandet. Derudover cementerer Watts-dommen afgørelserne fra Müller-Fauré og Van Riet (2003) sagerne, hvor der ikke skelnes mellem nationale sygesikringsordninger som værende et kontantydelsessystem eller et naturalydelsessystem.

## 4. Den åbne koordinationsmetode

Som et led i Lissabon-processen har EU-systemet udviklet et redskab, som kan anvendes på områder, der ikke er omfattet af EU-traktaten, herunder sundhedsområdet.

Den åbne koordinationsmetode bygger på, at medlemsstaterne frivilligt og i fællesskab fastsætter fælles politiske mål, som derefter implementeres i nationale handlingsplaner. Handlingsplanerne evalueres løbende i forhold til de fælles målsætninger ved hjælp af indikatorer og benchmarking. Der foregår således ikke en egentlig synlig harmonisering på politikområderne, men snarere en "frivillig" tilnærmelse og koordinering mellem medlemsstaterne. Det er således en ikke-retslig bindende måde at samarbejde på, hvor fagministrene mødes og diskuterer fælles problemstillinger.

Selvom der med metoden opfordres til, at alle relevante aktører inddrages, er det som udgangspunkt op til det statslige myndighedsniveau at sørge for, at dette sker. Den førnævnte meddelelse fra Kommissionen om patientmobilitet udgør sammen med en meddelelse om åben koordination inden for sundhedspleje (2004) to vigtige elementer i en europæisk strategi for udviklingen af en fælles vision for de europæiske sundheds- og sociale sikringssystemer og fastsættelsen af et sæt rammer, der kan lette samarbejdet på sundhedsområdet på tværs af medlemsstaterne.

## 5. Muligheder for regional medindflydelse

Regionerne har mulighed for medindflydelse på EU's sundhedspolitik inden for fem forskellige fora.

### **Regionsudvalget**

Danske Regioner har pr. 1. januar 2007 tre medlemmer i Regionsudvalget. Ifølge EU-traktaten skal Regionsudvalget høres af Kommissionen, Rådet og Europa-Parlamentet om spørgsmål af fælles interesse, der har direkte berøring med de lokale og regionale myndigheders ansvarsområder heriblandt sundhedsvæsenet. Danske Regioners repræsentanter i Regionsudvalget har blandt andet haft fire ordførerskaber vedrørende sundhed i Regionsudvalgsregi.

### **Specialudvalget for sundhedsspørgsmål**

Danske Regioner deltager i møderne for EU-specialudvalget for sundhedsspørgsmål, der afholdes som led i Indenrigs- og Sundhedsministeriets forberedelse til rådsmøderne.

### **Social Dialog-HOSPEEM**

Danske Regioner har i en årrække deltaget aktivt i den sociale dialog for hospitalssektoren, hvor Danske Regioner er medlem af den europæiske arbejdsgiverorganisation HOSPEEM, der repræsenterer arbejdsgiversiden i den sociale dialog. Den formaliserede sociale dialog for hospitalssektoren betyder, at arbejdsgivere og arbejdstagere inden for sektoren høres på alle trin af EU-beslutningsprocesser i forhold til initiativer og reguleringer. Arbejdsmarkedets parter på europæisk niveau – CEEP (de offentlige arbejdsgivere og driftsvirksomheder), UNICE (de private arbejdsgivere) og ETUC (arbejdstagerne) – har ifølge EU-traktaten ret til at indgå aftaler på beskæftigelsesområdet. Disse aftaler, der forhandles mellem parterne på europæisk niveau, implementeres efterfølgende i de enkelte medlemsstater ved aftale eller lov. Dermed har de også indflydelse på organiseringen af det danske sundhedsvæsen.

## **EUREGHA**

Danske Regioner har, på opfordring fra Kommissionen, taget initiativ til etablering af et europæisk sundhedsnetværk på embedsmandsniveau: EUREGHA (European Regional and Local Health Authorities Platform). EUREGHA blev officielt lanceret i januar 2006 og fungerer som en platform for videndeling og erfaringsudveksling på europæiske sundhedsspørgsmål og arbejder for at skabe mulighed for tidlig regional og lokal indflydelse på Kommissionens politikformulering.

Siden den formelle lancering i januar 2006 har EUREGHA modtaget flere forespørgsler fra Kommissionen om regionale og lokale bidrag vedrørende forskellige emner, herunder uligheder inden for sundhed, mental sundhed m.v.

## **HOPE**

Danske Regioner er aktivt medlem af HOPE (European Hospital and Healthcare Federation). HOPE har via organisationens ekspertise og brede medlemskab opnået en væsentlig position på europæisk niveau og indgår i flere af Kommissionens arbejdsgrupper. HOPE udvikler og opretholder information om organiseringen af medlemsstaternes sundhedsvæsen, iværksætter og indgår i en række projekter på sundhedsområdet, som f.eks. patientsikkerhed, og udøver lobbyvirksomhed over for de europæiske institutioner i relation til sundhedspolitiske emner på vegne af deres medlemmer.

## 6. Perspektiver

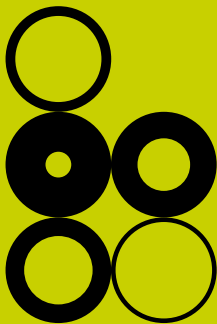
Som det er i dag, er det i høj grad domstolsafgørelser og tiltag til fremme af det indre marked mv. på europæisk niveau, der påvirker sundhedsvæsenets rammebetingelser og indskrænker medlemsstaternes muligheder for at selv at bestemme på sundhedsområdet.

Der kan identificeres en tendens til, at flere EU initiativer bliver direkte rettet mod sundhed. Kommissionens meddelelse vedrørende sundhedsydelse er udtryk for denne tendens, idet der lægges op til en formalisering af rettigheder og ansvar i forbindelse med patientmobilitet og mobilitet af sundhedsprofessionelle inden for den Europæiske Union.

Danske Regioner følger aktivt op på disse initiativer og ønsker at involvere alle relevante parter i processen.



# DANSKE REGIONER



Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

**T** 3529 8100  
**T** 3529 8300  
**E** [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk)  
[www.regioner.dk](http://www.regioner.dk)

**Redaktion:** Danske Regioner, december 2006

**Tryk:** Danske Regioner

**ISBN:** Trykt udgave 978-87-7723-467-5

**ISBN:** Elektronisk udgave 978-87-7723-468-2