

tilknytning til denne hollandske bestemmelse, »at fællesskabsretten i princippet ikke kan have til virkning at udvide listen over de lægelige ydelser, der godtgøres af dens sociale beskyttelsessystem, og at den omstændighed, at en lægebehandling er dækket eller ikke dækket af andre medlemsstaters sygesikringsordning, herved er irrelevant.«

De hollandske regler opstiller ikke nogen liste over sygdomsbehandlinger, der er dækket af sygeforsikringen, men angiver i stedet en generel regel: »sædvanlig i lægekredse«. Når det er tilfældet, må en sådan regel ifølge domstolen ikke fortolkes nationalt diskriminerende, så der alene tages hensyn til, hvad hollandske læger anser for sædvanligt. Derimod er reglen traktatmedholdelig, såfremt der er tale om »en fortolkning, der henviser til hvad der er tilstrækkeligt efterprøvet og godkendt af den internationale lægevidenskab«.

Den hollandske regel minder om den danske regel, hvorefter der ikke kan henvises til højt specialiseret behandling i udlandet, der er eksperimentel eller alternativ. Det må antages, at EF-domstolen ville lægge til grund, at også denne regel må fortolkes med udgangspunkt i den internationale videnskabelige opfattelse. I Danmark er det Sundhedsstyrelsen, der træffer beslutning eller afgiver udtalelser i sådanne sager med støtte i overvejende dansk ekspertise, men grundlaget er den internationale lægevidenskab.

Det er tilsyneladende prof. Kirsten Ketschers opfattelse, at de nationale myndigheder ifølge dommen ikke kan træffe afgørelser på grundlag af den internationale lægevidenskab, men at det i stedet skal ske i et – ikke nærmere defineret – internationalt lægevidenskabeligt forum. Der er intet grundlag i dommen for denne opfattelse. Domstolen anfører tværtimod, at når en medlemsstat har en regel som den hollandske, »skal de nationale myndigheder, der med henblik på tilladelse skal træffe afgørelse« i sådanne sager tage hensyn til »bl.a. faglitteraturen og de eksisterende videnskabelige undersøgelser« (min fremhævelse).

Spørgeren har i sin begrundelse udtrykkeligt bedt mig oplyse, hvorfor prof. Kirsten Ketschers juridiske vurdering i givet fald er forkert. Det er den, fordi den, som det fremgår, er i åbenbar modstrid med dommens ordlyd.

Jeg bemærker i øvrigt for god ordens skyld, at der med de seneste ændringer af de danske regler er åbnet op for, at danske patienter i visse til-

fælde efter indstilling fra et second opinion-panel kan henvises til eksperimentel behandling i udlandet. Panelet har adgang til at inddrage også udenlandsk ekspertise.

Spm. nr. S 1996

Til indenrigs- og sundhedsministeren (14/2 03) af:

Birthe Skaarup (DF):

»Vil ministeren oplyse, hvilke hospitalsafdelinger der her i landet ikke benytter kølehætter til patienter, der er i behandling med kemoterapi, samt hvad det ville koste at benytte kølehætter på landsplan?«

Begrundelse

Kølehætter kan i de fleste tilfælde være en god hjælp for patienter i kemoterapi, således at de ikke mister håret og yderligere undergraver deres selvværd.

Svar (26/2 03)

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Den seneste opgørelse over, i hvilke amter der benyttes kølehætter til patienter i behandling med kemoterapi, blev foretaget i august 2002 i forbindelse med min besvarelse af spørgsmål nr. 138 (alm. Del – bilag 585) stillet af Folketingets Sundhedsudvalg.

Opgørelsen viste at onkologiske afdelinger i følgende amter ikke anvender kølehætter i forbindelse med kemoterapibehandling: Nordjyllands Amt, Århus Amt, Vestsjællands Amt, Storstrøms Amt, Roskilde Amt, Vejle Amt og Fyns Amt.

Det bemærkes, at det i Fyns Amt for øjeblikket er under politisk behandling, hvorvidt der skal anskaffes kølehætter til Odense Universitetshospital, Kræftafdelingen.

Flere amter har oplyst, at begrundelsen for ikke at tilbyde kølehætter i forbindelse med kemoterapibehandling er, at hætterne reducerer virkningen af behandlingen.

Indførelse af et tilbud om kølehættebehandling vil medføre øgede udgifter til investering