



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

Dykkar ref.
201204100-/ATG, 16/10.12

Vår ref / Sakshandsamar
12/6277-3 G00 &13
Unni Hagen / tlf. 23 06 45 20

Dato:
17.01.2013

HØRING - ENDRINGER I PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN OG IMPLEMENTERINGEN AV PASIENTRETTIGHETSDIREKTIVET

Høringsuttalelse fra Fagforbundet

Innledende kommentarer

Fagforbundet har behandlet høringsnotatet fra Helse- og omsorgsdepartementet om *endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementeringen av pasientrettighetsdirektivet*. I høringssvaret har vi først og fremst valgt å kommentere forhold rundt pasientrettighetsdirektiv ved grenseoverskridende helsetjenester.

Vår begrunnelse for dette er at pasientrettighetsdirektivet er omstridt. En utvidelse av grenseoverskridende helsetjenester i et markedsbasert system reiser flere prinsipielle problemstillinger som kan få konsekvenser for helsepolitikken og organiseringen av spesialisthelsetjenesten. Likhetsprinsippet, nærhetsprinsippet og nasjonalstatens styringsrett over eget helsevesen står i en slik kontekst sentralt.

Det viktigste i Pasientrettighetsdirektivet er at det utvider EUs helsemarked, og at dette også skal omfatte sykehusbehandling. I direktivet defineres sykehusbehandling som helsehjelp som krever minst en overnatting, eller som krever bruk av høyt spesialisert og kostnadskrevenne medisinsk infrastruktur og utstyr (Art. 8). Det gis ikke noen nærmere presisering av hva dette er, og det ligger i kortene at det her er rom for tolkningstvister.

Styrking av pasientrettigheter – forslag til endring av frister

Når det gjelder høringsnotatets del II, *"endringer i pasient- og brukerrettighetsloven"* hvor det blant annet foreslås å endre pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser om fristen for retten til vurdering fra 30 til 10 virkedager, er fagforbundet av den formening at disse forslagene er positive sett fra et pasientrettighetsfokus. Departementet foreslår her flere endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. Disse kan gjennomføres uavhengig av implementeringen av pasientrettighetsdirektivet. Vi er i utgangspunktet enig i de forslag til endringer som foreslås i denne delen av høringsnotatet. Samtidig er det på sin plass å stille spørsmål til om en slik omfattende endring øker presset på et allerede presset offentlig helsevesen. Et viktig spørsmål i den anledning er etter Fagforbundets vurdering om

spesialisthelsetjenesten har kapasitet til å omstille seg en slik omfattende endring uten at kvalitetssikkerheten utfordres?

Dagens etablerte ordninger for grensekryssende helsehjelp

Både EU og Norge har i dag regler for grenseoverskridende helsehjelp. Personer som oppholder seg midlertidig (på besøk/ferie eller som arbeidstakere) i et annet EU/EØS-land har rett til nødvendig helsehjelp på hjemlandets regning. Man kan også bli henvist til gratis helsehjelp i utlandet, dersom nødvendig behandling ikke kan tilbys i Norge innen en medisinsk forsvarlig frist (som del av fristbruddgarantiordningen). Med pasientrettighetsdirektivet ved grenseoverskridende helsetjenester gjøres sykehusbehandling til en del av tjenestemarkedet, hvor pasientene skal ha rett til å velge sykehus og hvor hjemlandets trygdeordning skal betale (deler av) regningen.

Dagens ordning gir pasientene rett til behandling i sykehus utenfor eget RHF-område uten at man selv trenger å betale noe, dersom man ikke får behandling i "sitt" sykehus innen en medisinsk forsvarlig frist. I denne ordningen gis myndighetene rett til å velge hvilke sykehus man vil ha avtale med, basert på forhandlinger om kvalitet og priser. Her trenger man ikke legge ut for behandlingen selv, og så kreve refusjon i ettertid. Garantien er med andre ord langt bedre for pasientene enn det regelverket som foreslås i forbindelse med implementeringen av pasientrettighetsdirektivet.

Forskjellen er at det i dagens fristbruddgarantiordning er HELFO som velger alternativ for deg, mens det i EUs helsemarked skal være "valgfrihet" for den enkelte. I EUs helsemarked er det fri konkurranse om ditt valg. Dermed inviteres markedskreftene inn i hele den europeiske sykehussektoren, og hvor det offentlige pålegges å delta i finansieringen. Konsekvensen av dette er at pasientrettighetsdirektivet utfordrer dagens norske system; at det offentlige skal ha frihet til å inngå avtaler, eller til *ikke* å inngå avtaler med private aktører i helsesektoren. I dag kan myndighetene ha styring med både omfang og kostnader, og man kan stille de krav til kvalitet, arbeidstakerrettigheter, mv. som ligger i dagens forskrift for offentlige anskaffelser. Pasientrettighetsdirektivet innfrir ikke dette, og avskaffer i realiteten det offentlige helsevesens avtalefrihet når det gjelder private helsetilbydere.

Redusert styring med offentlige budsjetter?

Etableringen av et europeisk sykehusmarked utfordrer medlemslandenes kontroll over egen helsepolitikk og organiseringen av helsesektoren. I følge publikasjonen *Health at a Glance*¹ legger helsesektoren nå beslag på 9 % av den totale økonomien i EU-landene. Men forskjellene er store. Nederland, Tyskland og Frankrike bruker mest (11-12 % av BNP), mens Latvia, Estland og Romania bruker minst (6-7 %). Til sammenligning bruker Norge 9,4 % av BNP, og har bare Italia (9,3 %) og Irland (9,2 %) av vesteuropeiske land bak seg. I alle land er hoveddelen av helsetjenestene offentlig finansiert; - mer enn 80 prosent i land som Nederland, Danmark, UK og Sverige og mellom 75-80 % i land som Italia, Frankrike og Tyskland. For hele EU27 utgjør den offentlige finansieringen i gjennomsnitt 73 prosent av de totale helseutgiftene. Ifølge den samme statistikken står det

¹ OECD/EU: Health at a Glance: Europe 2012

offentlige for finansieringen av 86 % av helseutgiftene i Norge. Helse legger beslag på mer enn 20 prosent av medlemslandenes offentlige budsjetter, og en harmonisering vil kunne medføre uoversiktlige endringer i flere land.

Økt etablering av private tilbydere?

I et ”posisjonskriv” fra den norske regjeringen i 2009² argumenterte man for at rettigheter til sykehusbehandling i andre land burde begrenses til offentlige sykehus, eller til sykehus som har avtale med det offentlige trygdesystemet. I det endelige direktivet er det ikke tatt hensyn til noen forslag om å innskrenke direktivets virkeområde. Innenfor det europeiske helsemarkedet er det ikke tillatt å diskriminere mellom offentlige og private tilbydere av helsetjenester. Pasientene skal selv fritt kunne velge sykehus i annet EU/EØS-land – offentlig eller privat, dersom man ikke får tilbud om behandling innenlands innenfor en medisinsk forsvarlig tidsfrist. Dette er en logisk konsekvens av prinsippene for EUs indre markedsregler.

Kritiske EU-politikere hevder at pasientrettighetsdirektivet må ses i sammenheng med privatiseringen av offentlige helsetilbud, og har advart mot å la seg forføre av positiv ordbruk som valgfrihet og pasientrettigheter. Mobilitet må ikke brukes til å maskere en mulig liberalisering av helsetjenestene. Bekymringen er blant annet at markedet vil undergrave nasjonale systemer³. Andre kritikere i EU-parlamentet har uttalt at alt som tas opp i pasientrettighetsdirektivet kunne vært løst innenfor dagens bestemmelser og rammer for samordning av nasjonale trygdeytelser. Det er ikke nødvendig med et direktiv som anvender indre markedsregler på helse.

Under den rødgrønne regjeringen har hovedlinjen vært at det bare skal kjøpes inn private helsetjenester dersom kapasiteten i de offentlige tilbudene er fullt utnyttet, og det fortsatt er køer. Opposisjonspartiene (særlig Høyre og Fr.p) har varslet at en eventuell borgerlig regjering vil trappe opp bruken av private tilbydere kraftig. Pasientrettighetsdirektivet blir sannsynligvis en viktig drahjelp i en slik retning opposisjonspartiene har signalisert, dersom det blir et regjeringsskifte i 2013.

I Norge kan både trange budsjetter og mangel på helsearbeidere føre til at kapasiteten/tilbudet blir mindre enn etterspørselen etter helsetjenester i fremtiden. På generelt grunnlag er det neppe grunn til å tro at ventelisteproblemet i de offentlige sykehusene blir mindre i årene som kommer, og dette vil i sin tur tvinge frem sterkere prioriteringer. Men når det viktigste blir prioritert, vil det være mange som ikke blir prioritert og som må vente på behandling som i praksis både er tilgjengelig og nødvendig. Det er her grunnlaget for veksten i det private helsemarkedet i hovedsak ligger. Selv om det offentlige helsevesenet makter å håndtere prioriteringsutfordringene, vil det sannsynligvis bli køer på mange områder. Køer i offentlige sykehus vil drive frem flere private aktører. For å bygge opp kapasiteten vil de kommersielle aktørene i økende grad hente ut både økonomiske og menneskelige ressurser fra det offentlige helsevesenet. Dette vil igjen gjøre det vanskeligere å opprettholde en nasjonal, helhetlig politikk for helsesektoren.

² Norwegian position on the Proposal for a Directive on the application of patients' rights in cross-border healthcare (july 2009)

³ Notat, magasinet om EU (nr 1217 – november 2009)

Forslag om å avvikle godkjenningsordningen for sykehus

I Norge er det i prinsippet fritt for en hver å etablere et sykehus. I en annen hørings sak som er ute på høring foreslås det å oppheve den gjeldende godkjenningsordningen for sykehus⁴. I dag må private aktører ha godkjenning fra Helse- og omsorgsdepartementet for å få sykehusstatus. Godkjenningsprosessen er omfattende og krevende, og det stilles krav til alt fra bygningsmessige forhold, fasiliteter (rom og utstyr for operasjon, behandling, observasjon og diagnostikk), sengetall, planlagte aktiviteter og volum spesifisert på spesialiteter, bemanning (fast ansatte og på konsultativ basis fordelt på faggrupper), medisinskfaglige kvalifikasjoner, organisasjon, med mer. Helsedirektoratet har rollen som rådgiver og har utarbeidet veiledere for private som ønsker å etablere sykehus. Departementet sendte i oktober 2012 et forslag ut på høring hvor det foreslås at ordningen med godkjenning skal avvikles. Det vises til at dette er en restriksjon i forhold til det indre markedets prinsipp om fri etableringsrett, og at formålet (å sikre forsvarlig kvalitet på helsetjenestene, mv.) kan oppnås på en mindre inngripende måte. Det argumenteres for at øvrig lovverk (lovene om spesialisthelsetjenesten, helsepersonell og pasient- og brukerrettigheter), offentlig planer og reglene for tildeling av midler gir tilstrekkelig kontroll og styring med sykehusene – enten de er offentlige eller private. Men kjernen er likevel at dette forslaget vil gjøre etablering av private sykehus enda enklere, og at offentlige og private aktører skal likebehandles.

Spørsmålet er om pasientrettighetsdirektivets bidrag til å utvide det europeiske helsemarkedet også vil øke det private sykehusmarkedet i Norge? Det kan i så fall skje på (minst) to ulike måter: For det første vil private aktører trappe opp sin markedsføring og informasjon til pasienter om at de (på gitte vilkår) har rett til behandling i utlandet, betalt av det offentlige. Forhåndsgodkjenning om refusjon vil bli gitt bare dersom det ikke kan tilbys behandling innenfor en forsvarlig frist i Norge, enten i offentlig eller privat sykehus. Gitt at det er køer i de offentlige sykehusene, og pasientene er klar over at de har rett på behandling i utlandet, vil et privat tilbud i Norge bli mer attraktivt. Det er all grunn til å tro at pasienter vil ønske å bli behandlet i Norge, dersom mulighetene finnes. Erfaringene fra ordningen med fritt sykehusvalg viser at det store flertallet ønsker å bli behandlet på sitt nærmeste sykehus.

For det andre kan pasientrettighetsdirektivet gjøre det lettere for private sykehus å drive i Norge uten avtale med RHF-ene. Direktivet gir deg rett (på gitte vilkår) til å velge sykehus i utlandet. For å få offentlig betalt behandling i Norge er valgfriheten begrenset til de offentlige sykehusene eller til de private som har avtale med RHF-ene (fritt sykehusvalg). Her er det to prinsipper som kolliderer. Pasientrettighetsdirektivet gir medlemslandene rett til å organisere, levere og finansiere helsetjenestene innenlands. Mens EU-retten bygger på likebehandling og ikke-diskriminering på tvers av landegrensene. Et nærliggende spørsmål som aktualiseres er hvor lang tid det vil ta før private sykehus i Norge bringer en slik ”diskriminering” inn for ESA/EFTA-domstolen. Det er et åpent spørsmål om en praksis hvor pasienter kan velge sykehus i utlandet, men ikke i Norge, vil ”overleve” kravet om ikke-diskriminering.

⁴ Høringsnotat - forslag til endringer i spesialisthelsetjenesteloven kapittel 4 og i forskrift om godkjenning av sykehus m.m. (26. oktober 2012)

Diagnoserelaterte grupper (DRG) – Innsatsstyrt finansiering (ISF)

Pasientrettighetsdirektivet vil være en drivkraft for mer stykkprisfinansiering i det norske helsevesenet fordi et refusjonssystem mellom landene vil forutsette et enkelt målbart system for at intensjonen i direktivet skal virke.

Pasientrettighetsdirektivet pålegger medlemslandene å etablere objektive, kontrollerbare kriterier for prissetting av grenseoverskridende helsetjenester, slik at pasienter kan få refundert utgifter etter et forutsigbart og ikke-diskriminerende regelverk (Art. 7). Departementet mener at det norske DRG- og ISF-systemet er godt egnet for prissetting av sykehusbehandling. Når man velger å gå inn i det europeiske helsemarkedet med DRG-systemet som prismekanisme, er det en måte å låse oss til fortsatt bruk av et markedsdrivende og – i noen sammenhenger – misvisende finansieringssystem.

Fagforbundet deler ikke departementets syn om at det norske DRG- og ISF-systemet er godt egnet for prissetting av sykehusbehandling. Det er flere problemstillinger knyttet til DRG-systemet som burde ha vært drøftet. Bruken av DRG-systemet som økonomisk parameter og grunnlag for såkalt Innsatsstyrt Finansiering (ISF) har helt siden starten i 1997 vært omstridt i norsk helsevesen.

Det frie sykehusvalget i Europa, og en utvidelse av DRG-systemet og ISF (stykkpris) som prismekanisme for grensekryssende helsetjenester er slik vi vurderer høringsnotatet ikke i samsvar med de føringer om helsetjenester som ligger i Soria-Moria-erklæringen hvor det blant annet står at:

- *Alle skal ha tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted.*
- *Redusere andelen av Innsatsstyrt finansiering (ISF).*

Spørsmålet vi ber departementet ta opp til vurdering er om et ”fritt sykehusvalg” i Europa som likestiller offentlige og private sykehus, en rendyrket stykkprisfinansieringsmodell og forslag om en avvikling av godkjenningsordningen for sykehus fører norsk helsevesen i den retning Soria Moria-erklæringen målbærer for den rødgrønne helsepolitikken.

Forhåndsgodkjenning – godt nok?

Direktivet har formuleringer i Art. 1 om medlemslandenes rett til selv å bestemme organisering og finansiering av helsehjelp som ikke involverer grenseoverskridende helsetjenester, og i Art. 8 åpnes det for at man innenfor sykehusbehandling kan regulere pasientstrømmer inn og ut av landene ved ordninger med forhåndsgodkjenning. Problemet er at harmonisering og felles regelverk for grenseoverskridende helsetjenester også griper inn i mulighetene for å organisere og kontrollere ”innenlandske” helsetjenester.

I og med at forhåndsgodkjenning kun kan knyttes til såkalt sykehusbehandling, vil det være nødvendig å definere hvilke typer behandlinger som inngår i begrepet sykehusbehandling, slik det her benyttes. Det vil også være utfordrende å fastsette grensene for hvilke restriksjoner som skal kunne settes for å oppnå det som er grunnlaget for at forhåndsgodkjenning som restriksjon godtas. Behov for å planlegge sykehustjenester

for å sikre sykehusbehandling, ha kontroll på utgifter mv, gjør at enkelte restriksjoner kan fastsettes, men så langt har man ikke fått presentert utkast til regelverk med hensyn til dette. Det er i høringsnotatet forutsatt at man kommer tilbake til dette i forbindelse med endringer i FOR 2010/11-22 nr. 1466.

Etter Fagforbundets vurdering ville det vært hensiktsmessig at det i høringsrunden ble gitt anledning til å gi en samlet vurdering av de forslag til regelendringer som nødvendigvis må komme. Nevnte forskrift har i dag en bestemmelse i § 3 som klart unntar refusjonsplikt for såkalt sykehusbehandling, men uten at det Pt er kommet konkrete forslag til endring. På nåværende tidspunkt er det derfor uklart hvor langt norske myndigheter ser for seg at de kan og vil gå med hensyn til innholdet i ordningen med forhåndsgodkjenning. Hva skal til for at norske myndigheter skal kunne gi avslag på en søknad om forhåndsgodkjenning? Et annet spørsmål er hvor sterkt forhåndsgodkjenning vil stå som vern mot et todelt helsevesen, hvor private aktører får "rett" til å tappe offentlige helsemidler dersom pasientene "velger dem". Står regjeringene fritt til selv å bestemme når det skal gis refusjoner for sykehusbehandling i andre EU/EØS-land?

Forståelsen av hvordan reglene for forhåndsgodkjenning skal avgrenses og praktiseres, er ikke entydig. Ulike interesser kommer til å arbeide for sin tolkning, og til sist er det EU-domstolen som bestemmer. I disse, som i andre saker, ser domstolen det som en hovedoppgave å fremme en stadig bredere og dypere integrasjon i det indre markedet. I det lange løp skal barrierer bygges ned, og det blir stadig mindre rom for nasjonale særregler som hemmer den frie flyten. Det er stor sannsynlighet for at utviklingen går i en slik retning også innenfor helsetjenesteområdet.

Arbeidstakerrettigheter - Sosial dumping?

Pasientrettighetsdirektivet er en del av den omfattende prosessen med å realisere målsettingene om fri flyt av varer, tjenester, kapital og personer i EUs indre marked. Tjenstedirektivet og vikarbyrådirektivet er eksempler på andre direktiver som har hatt samme formål. Til tross for at direktivene prøver å balansere landenes ønske om en viss kontroll og styring med vilkårene for tjenestehandelen opp mot reglene for et fri flyt-regime, er det overordnede at bl.a. lønns- og arbeidstakerrettighetene i det indre markedet harmoniseres. For landene i nord er konsekvensen at lønninger og rettigheter presses nedover.

I en artikkel i bladet *Samfunnsøkonomen* (nr. 6/2009)⁵ skriver økonomene Geir Godager og Tor Iversen ved Institutt for helseøkonomi, Universitetet i Oslo, bl.a.:

"Et sentralt resultat i handelsteorien er at muligheter for handel mellom land vil medføre at prisene både i markedene for handelsvarene og for innsatsfaktorene, vil nærme seg hverandre. ... Sidene lønninger og priser på helsetjenester er høye i Norge, vil utstrakt liberalisering av handel med helsetjenester kunne innebære at prisene på helsetjenester og lønnsnivået for helsepersonell i Norge presses ned eller, mer sannsynlig, reduserer sin vekstrate, samtidig som prisene på helsetjenester og lønnsnivået til helsepersonell i land vi handler med, vil oppleve press oppover." (s. 35-36).

⁵ Samfunnsøkonomen nr 6/2012, *Handel med helse* av Geir Godager og Tor Iversen ved institutt for helseøkonomi, UIO.

Erfaringsmessig er presset sterkest mot vilkårene for de ansatte som ikke er beskyttet av lovbestemte krav til utdanning / kompetanse (såkalte regulerte yrker). Godager / Iversen viser til at norske legelønninger ligger høyere i Norge enn i Sverige og Danmark, men det er neppe blant de høyest utdannede at presset blir størst. I norske sykehus er det gruppene nederst i hierarkiet (ufaglærte, helsefag - og andre fagarbeidere, m.v.) som mest sannsynlig vil oppleve sterkere konkurranse fra langt dårligere betalte arbeidere i andre land. Det skjer til dels via konkurranse med et lavere kostnadsnivå i konkurrerende land, men først og fremst gjennom at de kommersielle helseselskapene kan hente billigere arbeidskraft til Norge. Det er ingen grunn til å tro at private sykehus kommer til å være mindre opptatt av å hente billig arbeidskraft enn det bedrifter i andre bransjer er. Utfordringene med sosial dumping vil i prinsippet være akkurat de samme i deler av helsesektoren som i resten av arbeidslivet, dersom markedet slippes løs.

I forhold til arbeidsmarkedsområdet må pasientrettighetsdirektivet analyseres i sammenheng med andre direktiver på området. EU-domstolens omdefinering av utstasjoneringdirektivet fra et minimums- til et maksimumsdirektiv⁶, og vikarbyrådirektivets åpning for å øke innleie og færre med fast ansettelse, gjør kampen mot sosial dumping vanskeligere i det europeiske arbeidsmarkedet. Ved utviklingen av et europeisk helsemarked vil nye arbeidstakergrupper bli innlemmet i spiralen som driver gode lønns- og arbeidsvilkår nedover. Ved å innlemme pasientrettighetsdirektivet i norsk lov, vil problemene bli de samme i Norge - også i denne sektoren.

Utfordringene i arbeidsmarkedet skjerpes av den økonomiske krisa i Europa. I mange år fremover vil massearbeidsløsheten i EU representere et økende press mot norsk lønns- og arbeidsvilkår. Arbeidsledigheten presser kostnadsnivået nedover i de kriserammede landene, med lønnsnedslag og flere midlertidige jobber som viktige ingredienser. For tilbydere i det europeiske helsemarkedet vil det være mer lønnsomt å etablere seg i europeiske lavkostland enn i for eksempel Norge. Det kan i sin tur føre til at norske foretak må senke kostnadsnivået for å være konkurransedyktige.

Simulering avdekket sentrale svakheter ved direktivet

En gruppe europeiske helseforskere presenterte i november 2011 en rapport om simuleringer av virkningene av pasientrettighetsdirektivet⁷. De hadde samlet representanter fra pasientorganisasjoner, helsetjenestetilbydere, forsikringsselskaper og nasjonale helsemyndigheter for å finne ut av hvordan direktivet vil fungere i praksis i et antall tenkte, realistiske tilfeller. Representanter for de ulike, impliserte interesser ble satt sammen for å diskutere hvordan bestemte tilfeller skulle løses / ville bli løst. I rapportens sammendrag heter det:

⁶ Gjennom de 4 dommene (Laval, Viking Line, Rüffert og Luxebourg) i 2007/2008 slo EU-domstolen fast at bedrifter ikke kan pålegges å overholde mer enn de "kjernebestemmelsene" på lønns- og arbeidsvilkår som uttrykkelig er nevnt i Utstasjoneringdirektivet. Inntil da hadde disse blitt sett på som et minimum, og at landene (gjennom lov eller avtaler) stod fritt til å stille høyere og mer omfattende krav for å unngå sosial dumping.

⁷ Elisabeth Jelfs, European Health Management Association (EHMA) og Rita Baeten, European Social Observatory (OSE): Simulation on the Cross-border Care Directive, Final Report, Brussels, Nov 2011

”De mest overraskende konklusjonene fra simuleringene gjelder de byrdene som legges på de pasienter som velger å reise utenlands for behandling på grunnlag av direktivet. Det er pasientene som må ta ansvar for mange av de elementer som er involvert når man skal få helsehjelp i andre land. Ansvar for å finne informasjon om aktuelle behandlinger, for å overbevise forsikringselskaper/myndigheter om at behandlingen har funnet sted og for å legge frem korrekt dokumentasjon om den behandlingen man har fått, synes å ligge hos pasientene. Pasienter som reiser utenlands for behandling og som får utgiftene dekket av det offentlige, blir likevel ikke behandlet som om de er en del av det offentlige, sosiale systemet. Helsetjenestetilbyderne bruker ikke de samme prisene som gjelder for landets egne innbyggere. De setter prisene slik de vil, og krever ekstra betaling fra pasientene på samme måte som de gjør til private pasienter i eget land. Pasientene oppfattes som konsumenter som shopper rundt med sine vouchere. Uten et regulert forhold mellom betaler og tilbyder, hvor tilbyder aksepterer gitte betalingsvilkår og hvor betaleren tar ansvar for den behandlingen som gis, blir det opp til pasientene selv å måtte forsvare sine interesser. I simuleringene klarte ikke de nasjonale kontaktpunktene, eller andre ansvarlige myndigheter, å bygge bro over disse motsetningene, og de visste verken om de burde eller kunne gjøre det.”

Forskerne i simuleringssprosjektet konkluderte med at diskusjonene om Direktivets påvirkning på medlemslandenes hjemlige helsepolitikk, var blant de mest interessante. Dette til tross for at det i direktivet understrekes at det ”ikke skal begrense medlemslandenes rett til selv å organisere, levere og finansiere helsetjenester som ikke er grenseoverskridende” (Art. 1).

Dette, mener forskerne ”bør følges opp og overvåkes både på nasjonalt nivå og på EU-nivå etter hvert som Direktivet blir implementert.”

Avsluttende kommentarer – noen konklusjoner

I departementets høringsnotat tones kontroversielle sider ved en implementering av pasientrettighetsdirektivet ned. Det gis et inntrykk av at det bare trengs noen mindre justeringer av et lov- og regelverk som allerede er innført. Dette står i sterk kontrast til den sterke uenighet som framkom i EU-systemet frem mot den endelige direktivteksten, og underslår langt på vei det både regjeringen og de fleste av høringsinstansene som uttalte seg høsten 2008 i Norge uttrykte som alvorlige bekymringer for konsekvensene. En rekke av de spørsmål som ble stilt i forrige høringsrunde er fortsatt ubesvarte:

Hvordan vil utenlandske pasienters rett til behandling gripe inn i det nasjonale prioriteringssystemet?

Hvordan kan nasjonal frihet til å bestemme helsetilbudet forenes med felles standarder?

Hvordan unngå at rike EU-land legger beslag på behandlingsskapitet i de fattige landene?

Når skal forhåndsgodkjenning kreves?

Hvordan kan pasientinformasjon utveksles uten å komme i konflikt med personvern- og datasikringsregelverk?

Hvordan ivareta nasjonale behov for kostnadskontroll?

Andre relevante spørsmål som ikke drøftes og som framstår som uavklarte er flere. Vi nevner her noen av de spørsmål vi mener er vesentlig å få avklart fortløpende, uten å gå dypere inn i problemstillingene. Språkbarrierer, smittevernproblematikken, utviklingen av et mer forsikringsbasert helsevesen, system for ivaretagelse av personvern og håndtering av pasientjournaler og sikring av kvaliteten på tjenestene. Kompliserte grensekryssende erstatningskrav kan øke betraktelig dersom det er riktig at hver tiende sykehusbehandling forårsaker skader. Dette hevder EU-kommisjonen i innledningen til direktivforslaget. Vi savner en drøfting og problematisering av mulige konsekvenser for pasienter og et offentlig helsevesen.

Den norske legeforening kommenterte pasientrettighetsdirektivet slik i sine kommentarer i forrige høringsrunde⁸:

”I Norge er det et uttalt mål å yte helhetlige helsetjenester nær pasienten. De pågående utredninger knyttet til den såkalte samhandlingsreformen har nettopp dette som formål. I et slikt perspektiv vil tiltak som tilrettelegger for behandling uavhengig av avstand og tilhørighet som i direktivforslaget, virke som et paradoks. En slik ordning kan medføre utilsiktede virkninger og forsterke sosiale ulikheter.”

Noe av svakheten med høringsnotatet er som legeforeningen påpekte alle paradoksene i forhold til den norske helsepolitikken som kan bli berørt og påvirket av EUs pasientrettighetsdirektiv. Dette på tross av at omfanget av grenseoverskridende helsetjenester sannsynligvis vil få et begrenset omfang. Likevel er dette bestemmelser som framskynder en prosess som etter Fagforbundets vurdering drar i feil retning. Er det behov for pasientrettighetsdirektivet slik det framstår? Høringsnotatet gir ingen god begrunnelse. En viktig drivkraft er EU-domstolen som har slått fast at helse er en del av det indre marked. Det er ingen drøfting om dette er en god ide.

Forhåndsgodkjenning: Det er riktig, viktig og nødvendig med en restriktiv linje her. Spørsmålet er om dette vil virke slik det framstår når vi vet at det er EU-domstolen som kan få det avgjørende ordet i saker hvor det er uenighet om man kan stille krav om en forhåndsgodkjenning, eventuelt avvise en slik godkjenning.

Utfordringene for et offentlig solidarisk helsevesen kan bli helt andre i fremtiden enn i dag. Det er ingen tvil om at samarbeid mellom nasjonale helsemyndigheter er nødvendig. I prinsippet er det bra at pasienter skal kunne få behandling på tvers av landegrenser, og en styrking av pasientrettigheter er i seg selv positivt og ønskelig. Helt siden 1971 har det eksistert en EU-forordning som sikrer EU-borgere rett til akutt helsehjelp også utenfor sitt eget hjemland. Likeledes sikrer den at land kan avtale å dekke elektiv (planlagt) behandling. Pasientrettighetsdirektivet er ikke nødvendig av hensyn til menneskers rett til helsehjelp, men har utelukkende som siktemål å inkorporere helsetjenestene i det indre markedets regelverk for kommersiell handel.

Den såkalte folkehelseartikkelen i EUs Lisboa-traktat slår fast at helsepolitikken er et nasjonalt ansvar. Dette omfatter både nivå på helsetjenestetilbudet, organisering og

⁸ Legeforeningens hørings svar i 2008, referanse 08/4762

finansiering av helsetjenester. Landene kan likevel frivillig innlede samarbeid om felles utfordringer og utvikle felles regelverk på helseområdet. De senere årene har EUs medlemsland også inngått et stadig mer omfattende helsefaglig samarbeid på områder utenfor EUs indre marked. Norge deltar aktivt i dette samarbeidet. Tiltakene på helseområdet gir EU og EØS-landene mulighet til å utveksle kunnskap og lære av hverandre. Et sentralt eksempel der Norge er deltaker er samarbeidet om helseberedskap, blant annet gjennom helsesikkerhetskomiteen (HSC). EU-landene har etablert et omfattende system for kunnskapsdeling, varsling og koordinering. Dette skal bedre beredskapen og koordinere innsatsen når landene utsettes for grenseoverskridende helsetrusler, som for eksempel pandemier som svineinfluensa.

Fagforbundets konklusjon er derfor at bilaterale samarbeidsavtaler utenfor EUs indre marked er løsningen sett fra et pasientperspektiv, et demokratiperspektiv og ut fra det verdigrunnlaget det norske velferdssystem er forankret i.

Med helsing
FAGFORBUNDET



Wegard Harsvik
Koordinator samfunn