

Høringsvar fra Nei til EU

Direktivet om pasientrettigheter ved grenseoverskridende helsetjenester (2011/24/EU)

Nei til EU takker for invitasjonen til å komme med svar på høringsnotatet om pasientrettighetsdirektivet som Helse- og omsorgsdepartementet sendte ut 16. oktober 2012.

Nei til EU har i flere år fulgt debatten om pasientsrettighetsdirektivet, både i EU og i Norge. I det første utkastet fra EU-kommisjonen til tjenstedirektivet («Bolkestein-direktivet») fra 2004 var helsetjenester med som et av områdene for fri flyt av tjenester. Helsetjenester ble der likestilt med andre kommersielle tjenester. Men siden helsevesenet er organisert og finansiert svært ulikt i medlemslandene, og siden innføringa av et felles marked ville få store konsekvenser for landenes muligheter til å selv styre utviklingen i sektoren, ble motstanden så stor at helseområdet etter relativt kort tid ble tatt ut av tjenstedirektivet. Etter 2004 har EU-kommisjonen vist til dommene gjennom hele 1990-tallet om helsespørsmål og holdt fast på at helsetjenester skal være en del av det indre markedet. Flere forslag til direktiv har blitt lansert, skapt debatt og nedstemt i EU-systemet før EU i 2011 endelig fikk vedtatt dette direktivet.

Fordi vi har vært interessert i direktivet i flere år har også direktivet vært et politisk spørsmål i samarbeidsprosjektet som vi har med Fagforbundet. På oppdrag av Fagforbundet og Nei til EU har De Facto ved utreder Roar Eilertsen levert en rapport: «Mot et europeisk helsemarked» (rapport 9-2012). *Nei til EUs høringsvar bygger i hovedsak på denne rapporten, som vi sterkt anbefaler departementet om å ta med seg i det videre arbeidet med direktivet.*

Under vil vi presentere våre merknader til høringsnotatet fra departementet.

Våre hovedmerknader er:

1. Direktivet er et unødvendig direktiv på et område der vi har gode ordninger fra før.
2. Direktivet er med på å åpne opp for mer marked innen helsesektoren i strid med viljen til stortingsflertallet.
3. Direktivet innskrenker den nasjonale handlefriheten innen helseområdet og i siste instans vil det være opp til EU-domstolen å bestemme viktige spørsmål innen den nasjonale helsepolitikken.

4. Direktivet vil gi dårligere kvalitet på tjenestetilbudet og særlig ramme pasienter i en utsatt situasjon.

1. DIREKTIVET ER ET UNØDVENDIG DIREKTIV

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). *Det er viktig og rett å ha regler for grenseoverskridende helsehjelp, og på noen områder kan et samarbeid over grensene være hensiktsmessig. For enkelte pasientgrupper (sjeldne diagnoser) kan grenseoverskridende samarbeid innenfor helsesektoren være avgjørende for en god pasientbehandling, men for disse gruppene finnes det allerede gode ordninger.*

Med pasientrettighetsdirektivet innføres noe nytt: Sykehusbehandling blir til en del av tjenestemarkedet, hvor pasientene skal ha rett til å velge sykehus og hvor hjemlandets trygdeordning skal betale (deler av) regningen. Direktivet definerer sykehusbehandling som ”behandling som krever minst én overnatting eller bruk av høyt spesialisert og kostnads-krevende medisinsk infrastruktur og medisinsk utstyr”. *Definisjonen anses som upresis, og det forventes mange kontroverser rundt hva som faller innenfor og utenfor den.*

Dagens fristbruddgarantiordning gir pasienter rett til behandling i sykehus utenfor eget RHF-område (regionalt helseforetak) uten at man selv trenger å betale noe, dersom man ikke får behandling i ”sitt” sykehus innen en medisinsk forsvarlig frist. 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 fristbruddordning er HELFO (Helseøkonomiforvaltningen) som velger alternativ for deg, mens det i EUs helsemarked skal være valgfrihet for den enkelte.

Dagens ordning gir pasientene det helsetilbudet de trenger uten å måtte betale selv, og gir myndighetene rett til å velge hvilke sykehus man vil ha avtale med, basert på forhandlinger om kvalitet og priser.

2. DIREKTIVET ER MED PÅ Å ÅPNE OPP FOR MER MARKED INNEN HELSESEKTOREN

I EUs helsemarked er det fri konkurranse om ditt valg. Dermed inviteres markedskreftene inn i hele den europeiske sykehussektoren. Og det offentlige pålegges å delta i finansieringen av det.

Private sykehus

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 offentliges avtalefrihet i forhold til private helsetilbydere.*

Etter at Pasientrettighetsdirektivet ble lagt frem av Kommisjonen i 2008 sendte den norske regjeringen den ut på høring til ulike aktører i helsesektoren. Der fremgår det at de fleste instansene stilte seg positive til at det kommer et regelverk for grenseoverskridende helsehjelp, men at man er skeptiske til hvordan dette ville gripe inn i nasjonale prioriteringer og til konsekvensene av et mer markedsbasert helsevesen. I et "posisjonsskriv" fra den norske regjeringen til det (den gang) svenske EU-formannskapet i 2009 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.*

Spørsmålet er om Pasientrettighetsdirektivets bidrag til å utvide det europeiske helsemarkedet også vil øke det private sykehusmarkedet i Norge? Det er sannsynlig at private aktører vil trappe opp sin markedsføring og informasjon til pasienter om at de (på gitte vilkår) har rett til behandling i utlandet, betalt av det offentlige. Gitt at det er køer i de offentlige sykehusene, og pasientene er klar over at de har rett på behandling i utlandet, vil et utvidet, privat tilbud i Norge bli mer attraktivt. Regjeringen har (oktober 2012) fremmet forslag om å avvikle den gjeldende godkjenningsordningen for sykehus, for slik å gjøre det enklere å etablere private sykehus i Norge. Pasientrettighetsdirektivet kan gjøre det lettere for private sykehus å drive i Norge uten avtale med de regionale helseforetakene. *Det er et åpent spørsmål om en praksis hvor pasienter kan velge sykehus i utlandet, men ikke i Norge, vil "overleve" EU-jussens krav om ikke-diskriminering.*

Stykkprisfinansiering er markedsgjørende

Pasientrettighetsdirektivet pålegger medlemslandene å etablere objektive, kontrollerbare kriterier for prissetting av grenseover-skridende helsetjenester, slik at pasienter kan få refundert utgifter etter et forutsigbart og ikke-diskriminerende regelverk (Art. 7). Den norske regjeringen mener at det norske DRG (Diagnose Relaterte Grupper) og ISF (Innsatsstyrt finansiering)-systemet er godt egnet for prissetting av sykehusbehandling. Vi stiller spørsmålsteget ved dette. For det første at det slett ikke er ukontroversielt å bruke direktivet til "å låse seg til" DRG-systemet i enda sterkere grad. Bruken av DRG-systemet som økonomisk parameter og grunnlag for såkalt InnsatsStyrt Finansiering (ISF) har hele siden starten i 1997 vært omstridt i norsk helsevesen. Det er liten tvil om at ISF-systemet representerer en markedsgjøring av spesialisthelsetjenesten. Sykehusene blir mer opptatt av hva "som lønner seg" enn hva som er medisinsk riktig å gjøre. *Når regjeringen 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.*

På begynnelsen av 2000-tallet fikk Skottland overført kontrollen over helsesektoren fra regjeringen i London. Skotske myndigheter brukte makten til å avvikle markedeksperimenteringen i sektoren; DRG-systemet og foretaksmodellen ble skrinlagt og sykehusene ble igjen gjort til en del av den offentlige forvaltningen og underlagt demokratisk kontroll. I en analyse av Pasientrettighetsdirektivet for den skotske regjeringen konkluderte et forskerteam slik i 2008:

”Basert på det materialet som foreligger er Direktivet unødvendig for å sikre pasientmobilitet, og det representerer et nytt forsøk på å bringe helsetjenester inn under reglene for det indre markedet. Ved at det inkluderer private tilbydere og krever et nasjonalt prissystem har forslaget potensial til å øke tilknytningen til europeisk konkurranse-lovgivning og øke markedets rolle i helsesektoren. Det bør avvises”.

Mer marked gir større ulikheter mellom folk

I arbeidsmarkedssammenheng må Pasientrettighetsdirektivet analyseres i sammenheng med andre direktiver på området. EU-domstolens omdefinering av Utstasjoneringdirektivet fra et minimums- til et maksimumsdirektiv, og vikarbyrådirektivets åpning for økt innleie og færre med fast ansettelse, gjør kampen mot sosial dumping vanskeligere i det europeiske arbeidsmarkedet. Ved utviklingen av et europeisk helsemarked vil markedskreftene trekke i retning harmonisering av lønns- og arbeidsvilkår. 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 fra Øst-Europa, og andre steder, enn det bedrifter i andre bransjer er. *Utfordringene med sosial dumping vil i prinsippet være akkurat de samme i deler av denne næringen som i resten av arbeidslivet, dersom markedet slippes løs. Det betyr at nye arbeidstakergrupper i høykostlandene i Nord-Europa blir innlemmet i spiralen som driver gode lønns- og arbeidsvilkår nedover.*

Dersom pasienter som står i kø i ”det rike nord” velger et sykehus i utlandet (som ikke kan ekskluderes på grunn av dokumentert, dårlig kvalitet, eller utsetter pasienten for risiko) må trygdelandet uansett finansiere den delen av behandlingskostnadene som tilsvarer behandlingslandets offisielle, ikke-diskriminerende tariff. Vi kan se for oss at godt renommerte sykehus i lavkostland blir finansiert av tre kilder: de rike landenes trygdevesen, privat forsikringer og egenandeler. Pasientrettighetsdirektivet vil kunne ”hjelp” markedet med å frembringe slike private tilbud, og de vil da legge beslag på helsearbeidere i det landet de opererer i. Det vil i sin tur begrense kapasiteten i landenes offentlige, eller offentlige finansierte, helsevesen. *Dersom rike land løser sine køproblemer i sykehussektoren med å (delbetale) kjøp av behandling i fattigere land, blir det ikke bare et todelt helsevesen i hvert land, men også i Europa.*

En annen bekymring fra vår side handler om hvem som har muligheter til å orientere seg i jungelen av helsetilbydere og hvem som har mulighet til å legge ut for behandling. *Vi tror at dette er et direktiv for de med størst resurser, både økonomisk og intellektuelt, og vi frykter at direktivet kan være et skritt på veien mot et todelt helsevesen.*

3. DIREKTIVET SVEKKER NASJONAL SELVBESTEMMELSE I HELSESEKTOREN. ØKT MAKT TIL DOMSTOLEN

Det erkjennes at rett til sykehusbehandling i andre land, dekket av hjemlandets trygdesystem, vil gjøre kontroll, styring og utvikling av eget helsevesen vanskeligere. Direktivet lister derfor opp hvilke restriksjoner landene kan benytte for å kontrollere pasientstrømmene inn og ut av landet. De viktigste er disse: Man kan sette som vilkår at refusjon av utgifter kun omfatter behandlinger som i utgangspunktet er tilgjengelige i hjemlandet, og som dekkes av hjemlandets trygd, og det kan stilles krav om forhåndsgodkjenning fra eget lands helse-myndigheter før refusjonsberettiget behandling mottas. *Tilstrømning av pasienter kan begrenses dersom det gjør det vanskelig å oppfylle retten til fullverdig sykehusbehandling for eget lands innbyggere. Som i forhold til alle andre restriksjoner, er det i siste instans EU-domstolen som bestemmer om de anvendes rettmessig.*

Ifølge direktivet er forhåndsgodkjenning en lovlig restriksjon på den frie flyten av sykehustjenester, dersom det kan begrunnes i "tvingende allmenne hensyn". Direktivet angir at slike hensyn kan være behovet for å planlegge og sikre et bredt spekter av behandling av høy kvalitet i landet, og for å holde kontroll på kostnader og hindre sløsing med økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser. Dette er i tråd med tidligere dommer i EU-domstolen. Men restriksjonen er bare lovlig dersom den er "egnet, nødvendig og forholdsmessig for å nå formålet", som det heter i EU-jussen. *I ytterste instans er det opp til EU-domstolen å avgjøre om en ordning med forhåndsgodkjenning praktiseres på en lovlig måte.*

Et sentralt spørsmål er hvor sterkt forhåndsgodkjenning vil stå som vern mot et todelt helsevesen, hvor private aktører får "rett" til å tappe offentlige kasser dersom pasientene "velger dem"? Står regjeringene fritt til selv å bestemme når det skal gis refusjoner for sykehusbehandling i andre EU/EØS-land? Her, som i alle andre forhold som er regulert av EU-direktiver, er det i siste instans EU-domstolen som bestemmer om en restriksjon anvendes rettmessig og lovlig. Det betyr at den enkelte pasient, som ønsker å bli behandlet på et bestemt sykehus i et annet EØS-land, kan klage på et eventuelt avslag om forhåndsgodkjenning av refusjon av utleggene. I siste instans kan saken havne i EFTA-domstolen. Det blir i så fall opp til norske myndigheter å godtgjøre overfor domstolen at et bestemt avslag er innenfor de grenser direktivet tillater. Dersom vi ikke snakker om en behandling som utsetter pasienten eller befolkningen for en særlig risiko, eller et sykehus hvor det kan stilles berettiget tvil om kvaliteten og sikkerheten i behandlingen, kan det bli vanskelig å godtgjøre at et enkelt forhåndstilsagn rokker ved landets muligheter til å sikre befolkningen et godt sykehustilbud innenlands.

Det kan selvsagt argumenteres med at pasienter som ønsker behandling i sykehus i et annet EØS-land neppe er i en situasjon hvor de ikke har krefter eller ressurser til å anlegge sak mot norske helsemyndigheter. Og som kjent vil det normalt ta årevis før slike saker er endelig avklart. *Men det er å undervurdere den dynamikken som settes i sving, når markedskreftene slippes til innenfor et lukrativt område.* Det er ikke enkeltpersoner, men kapitalsterke selskaper med store juridiske

ressurser tilgjengelig (private helsekonserner og forsikringsselskaper), som kommer til å føre sakene. Deres anliggende er ikke å sikre rettighetene for en enkelt pasient, men å flytte grensene for myndighetenes rett til å begrense den frie flyten av helsetjenester.

Forståelsen av hvordan reglene for forhåndsgodkjenning skal avgrenses og praktiseres, er ikke skrevet i stein. 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 vil ganske sikkert bli utviklingen også innenfor helsemarkedet.

4. DIREKTIVET VIL GI DÅRLIGERE KVALITET PÅ TJENESTETILBUDET OG VIL RAMME PASIENTER I EN UTSATT SITUASJON.

I følge direktivet kan trygdlandet nekte forhåndsgodkjenning og refusjon av behandlingsutgifter, dersom behandlingen antas å sette pasientens sikkerhet i fare, eller det er alvorlig eller begrunnet frykt for at tilbyderen ikke holder en god nok kvalitets- og sikkerhetsstandard (Art. 8-6).

En gruppe europeiske helseforskere presenterte i november 2011 en rapport om simuleringer av virkningene av Pasientrettighetsdirektivet (se rapporten fra De Facto). I denne simuleringen ble det reist tvil om hvordan artikkel 8-6 skulle kunne fungere i praksis. For det første; hvem har ansvar for å sjekke at kvalitet og sikkerhet er akseptabel? I direktivet heter det at behandlingslandet har ansvar for at slik informasjon er tilgjengelig, men det ble påpekt at det var uklart om trygdlandet hadde ansvar for å sjekke og gå god for at opplysningene var riktige. Trygde-/ forsikringsrepresentanter var uvillige til å påta seg et slikt ansvar, særlig siden det ikke er enighet over landegrensene om et felles verk for vurdering av kvalitet og sikkerhet.

I simuleringen ble det også fokusert på oppfølging og etterbehandling. Tilbydere kan komme til å nekte oppfølgende behandling (selv om det ikke er lovlig å gjøre det), og betalerne kan nekte dekke slik behandling. I rapporten heter det:

”Det ble nevnt at i et land anser sykehus at risikoen for MRSA infeksjoner er for høy til at de vil behandle pasienter som har vært innom sykehus i utlandet. Videre ble det pekt på at betalere (trygd/forsikringsselskaper) kan nekte refusjoner dersom en pasient ber om å få ”reparert skader” i hjemlandet etter å ha blitt behandlet utenlands (for eksempel i forbindelse med tannbehandlinger). Myndighetsrepresentantene mente at det uansett var hjemlandets ansvar, dersom pasienter ikke fikk den nødvendige oppfølging etter behandling i utlandet”.

Problemet med multiresistente sykehusbakterier (MRSA) er en av mange utfordringer i tilknytning

til grenseoverskridende helsetjenester. Spørsmålet er om norske myndigheter kan nekte forhåndsgodkjenning/refusjon med henvisning til smittesituasjonen, dersom den er verre i andre land/ved enkelte utenlandske sykehus enn i Norge?

Nei til EU mener at dette bare er to eksempler på hvordan direktivet kan være med på å svekke kvaliteten i helsetjenestene. Mer markedstilpasning i helsesektoren sammenstilt med uklare kvalitetskrav til sykehusene, vil føre til en svekket kvalitet. Vi frykter en utvikling der den norske helsepolitikken blir stadig mer avhengig av private tilbydere for å gi et godt nok behandlingstilbud til innbyggerne og der de offentlige helseinstitusjonene blir bygd ned for å løse pasientene over til private institusjoner fordi det lønner seg økonomisk. Vi tror at dette til syvende og sist vil gå ut over de mest utsatte pasientgruppene og vi mener at dette ikke er et direktiv som styrker rettighetene til pasientene.

Avslutning og oppsummering

I regjeringens høringsnotat tones alle kontroversielle sider ved en implementering av direktivet sterkt ned. Man får nærmest inntrykk av at det bare trengs noen mindre justeringer av et lov- og regelverk som allerede er innført. Det står i sterk kontrast til temperaturen i de drakamper som var i EU-systemet frem mot den endelige direktivteksten, og det underslår at både regjeringen og de fleste høringsinstansene som uttalte seg høsten 2008 i Norge uttrykte stor bekymring for at direktivet ville rokke ved nasjonale myndigheters kontroll og styring med helsepolitikken.

Regjeringa utarbeidet sommeren 2009 et posisjonsnotat om dette direktivet. Her la regjeringa opp til at man fremdeles skulle kunne si nei til private aktører i helsesektoren. Dette ønsket ble ikke imøtekommet fra EU, men regjeringa har likevel foreslått å implementere direktivet. Etter Nei til EUs syn er dette ikke i tråd med regjeringas mål om å bruke handlingsrommet i EØS-avtalen og å forsvare norske interesser. Nei til EU stiller spørsmål ved om regjeringa har endret posisjon i denne saken.

I dag er omfanget av grenseoverskridende spesialisthelsetjenester (sykehusbehandling) lite. Det gjelder både for Norge og mellom andre europeiske land. Med den økningen i etterspørselen etter helsetjenester som kan forventes i årene fremover (flere eldre, høyere levealder, medisinske-teknologiske fremskritt, bedre økonomi i noen land/sjikt i samfunnet), kan situasjonen bli en helt annen. Med økonomisk krise og økende forskjeller mellom fattige og rike land i Europa må man forvente at aktørene i helsemarkedet vil gjøre det de kan for at det skal vokse. Utfordringene for et offentlig, solidarisk helsevesen kan bli helt andre i fremtiden enn i dag.

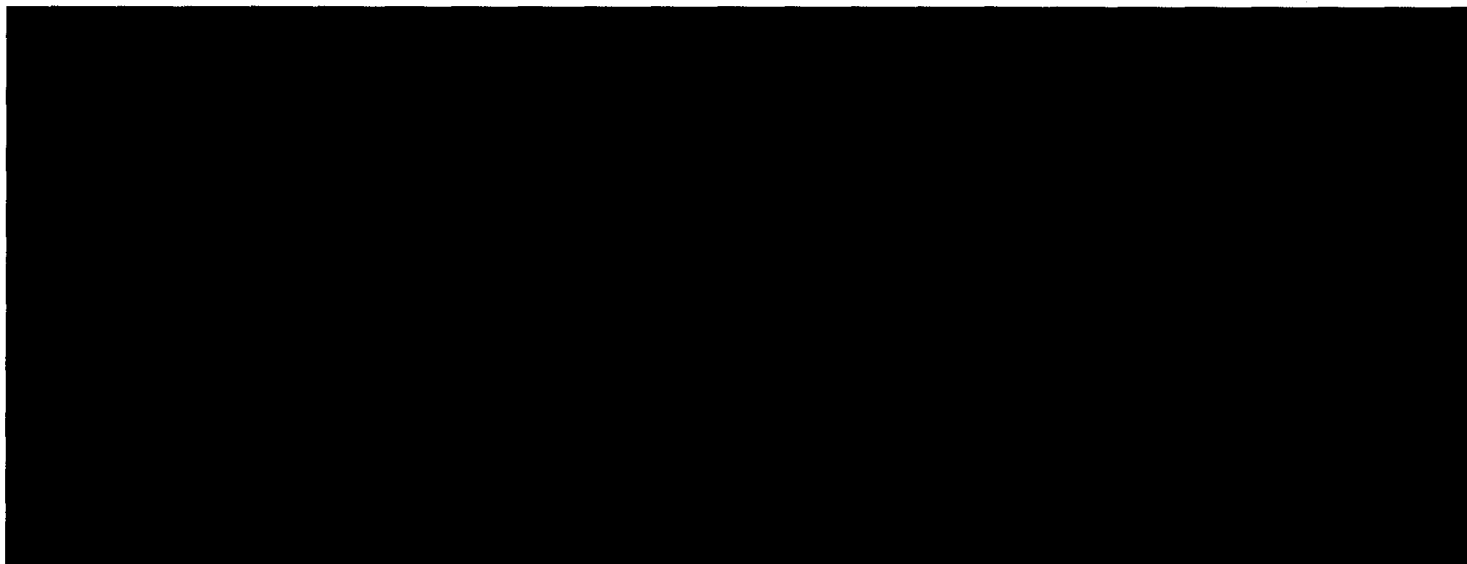
Vår konklusjon blir derfor at dette direktivet både er et unødvendig direktiv på områder der vi har gode ordninger fra før, og at det er et skadelig direktiv for det norske helsesystemet siden vi mister nasjonal styringsrett over helsetjenestene og åpner for at EU-domstolen kan

overstyre norsk helsepolitikk.

Høringsvaret er vedtatt av styret i Nei til EU 18.-18. januar 2013.

RAPPORT 9:2012

DE FACTO
KUNNSKAPSENTER FOR FAGORGANISERTE



Forord

Rapporten *EUs Pasientrettighetsdirektiv – mot et europeisk helsemarked* er utarbeidet av De Facto— Kunnskapssenter for fagorganiserte på oppdrag fra Fagforbundet og Nei til EU. Arbeidet har blitt utført høsten 2012 og i rapporten presenteres direktivets hovedinnhold, den norske regjeringens forslag til implementering i Norge og en analyse av de utfordringer direktivet vil medføre for EU/EØS-landenes kontroll og styring med helsesektoren.

Innledningsvis i rapporten gis det en kort orientering om bakgrunnen for EU-direktivet (kap. 1) og et utvidet sammendrag (kap. 2), som til sammen er ment å fungere som en kortversjon som kan leses uavhengig av resten. For å finne en grundigere drøfting av premissene for de konklusjoner som presenteres i sammendraget må man gå til de påfølgende kapitlene.

Vår ambisjon er at rapporten skal bidra til en informert og god debatt om fremtiden for et av velferdsstatens absolutte kjerneområder. Takk til alle som har stilt opp med innspill, synspunkter og analyser når henvendelsene har kommet. Takk til Fagforbundet og Nei til EU for bidragene til finansiering av arbeidet.

Desember 2012

Roar Eilertsen

Innhold

| | |
|---|----|
| EUs Pasientrettighetsdirektiv: | 1 |
| Mot et europeisk helsemarked..... | 1 |
| 1 Bakgrunn | 5 |
| 2 Sammendrag | 6 |
| 3 Hovedinnholdet i Pasientrettighetsdirektivet | 12 |
| 3.1 Formålet og forholdet til andre lover og regler..... | 12 |
| 3.2 Om behandlings- og trygdelandets ansvar og plikter | 13 |
| 3.2.1 Behandlingslandets ansvar og plikter..... | 13 |
| 3.2.2 Om trygdelandets ansvar og plikter..... | 14 |
| 3.3 Regler for refusjon av kostnader for helsehjelp i andre land..... | 15 |
| 3.4 Europeisk samarbeid om utvikling av helsetjenestene | 16 |
| 4 Ulike aktørers syn på direktivforslaget i 2008 | 17 |
| 4.1 Fra høringsuttalelser i 2008 | 17 |
| 4.2 Regjeringens syn før direktivet ble vedtatt..... | 22 |
| 5 Regjeringens forslag til implementering | 24 |
| 5.1 Krav om henvisning..... | 24 |
| 5.2 Krav om forhåndsgodkjenning | 24 |
| 5.3 Rett til refusjon av utgifter for sykehusbehandling | 25 |
| 5.4 Forslag til lovendringer..... | 27 |
| 5.5 Pasientdirektivet vs ”fristbruddordningen” | 27 |
| 6 Pasientrettighetsdirektivets utfordringer | 30 |
| 6.1 Etablering av et europeisk helsemarked | 30 |
| 6.2 Er forhåndsgodkjenning et sterkt vern? | 33 |
| 6.3 Fri etableringsrett – flere private sykehus?..... | 34 |
| 6.4 Stykkprisfinansiering og handel med helsetjenester..... | 36 |
| 6.5 Vil harmonisering i et europeisk helsemarked bety press mot norske lønns- og arbeidstakerrettigheter? | 40 |
| 6.6 Konsekvenser for pasienter og tjenestetilbud i fattigere land..... | 42 |
| 6.7 Erfaringer fra Skottland | 43 |
| 6.8 Andre forhold av betydning..... | 46 |
| 6.8.1 Journaler og personvern | 47 |
| 6.8.2 Språkproblemer | 47 |
| 6.8.4 Direktivets konsekvenser for innenlandsk helsepolitikk..... | 48 |
| 7 Kildehenvisninger..... | 50 |

1 Bakgrunn

Direktivet om Pasientrettigheter ved grenseoverskridende helsetjenester (Direktiv 2011/24/EU) ble endelig vedtatt i EU-systemet 9. mars 2011. Medlemslandene har frist til 25. oktober 2013 med å ta det inn i nasjonal lovgivning (implementere det). Direktivet er en del av regelverket for det indre markedet, som skal sikre fri flyt av varer, tjenester, kapital og personer i hele EU/EØS-området. Helt siden slutten av 1990-tallet har EF-domstolen i flere enkeltsaker slått fast at også det å levere og motta helsetjenester skal være en del av unionens frie tjenestemarked. Tjenesteytere og borgere skal i prinsippet fritt kunne levere og motta helsetjenester i hele EU-området, og personer skal kunne ta med seg rettigheter og få behandling i andre land enn der man normalt bor / har trygderettigheter. Man skal ha rett til refusjon av utgifter til helsehjelp mottatt i andre land etter samme regler som i eget land.

EU-kommisjonens første utkast til Tjenstedirektiv fra 2004 (Bolkestein-direktivet) hadde helsetjenester med som ett av områdene for fri flyt av tjenester. Helsetjenester ble der likestilt med andre kommersielle tjenester. Siden helsevesenet er organisert og finansiert svært ulikt i medlemslandene, og siden innføring av et felles marked vil få store konsekvenser for landenes muligheter til å styre utviklingen i sektoren, ble motstanden så stor at helseområdet etter forholdsvis kort tid ble tatt ut av Tjenstedirektivet. Men EU-kommisjonen viste til dommene og holdt fast på at helsetjenester er en del av det indre markedet. Den varslet derfor at man ville komme tilbake med et eget direktiv for helseområdet. Det første utkastet til helsedirektiv, eller Pasientrettighetsdirektiv som det nå ble hetende, ble lagt frem i 2008. Etter den vanlige behandlingsprosessen i EU-systemet, hvor direktivforslag bl.a. sendes frem og tilbake mellom Det europeiske Råd og EU-Parlamentet, ble den endelige versjonen av direktivet vedtatt i mars 2011.

Pasientrettighetsdirektivet fremstår som et klassisk EU-kompromiss. Her forsøker man å balansere medlemslandenes motvilje mot å gi fra seg nasjonal styring over et viktig område mot det indre markedes ustoppelige trykk for økt integrering og harmonisering. På den ene siden heter det at direktivet respekterer medlemslandenes rett til selv å organisere og levere helsetjenester slik de ønsker (§ 1), samtidig som hele kjernen i direktivet er et sett regler som innskrenker landenes handlefrihet og presser frem harmonisering frem mot et felles europeisk helsemarked. I denne rapporten skal vi se nærmere på de regler som skal innføres og de konsekvenser disse kan ventes å få.

Det at Pasientrettighetsdirektivet er en del av regelverket for det indre markedet gjør at det også er såkalt "EØS-relevant". Det er en vurdering den norske regjeringen har sluttet seg til, og i et høringsnotat sendt ut i oktober 2012 (se kap. 3), fremmes forslagene til hvordan direktivet kan innlemmes i norsk lov. Regjeringen understreker at forslagene ikke er endelige, og at de kan bli justert etter at innspillene fra høringsinstansene har kommet inn. Men EØS-avtalen gir som kjent Norge adgang til også å si nei til direktivet.

2 Sammendrag

- EUs Pasientrettighetsdirektiv gir rammer og regler for et helhetlig europeisk helsemarked. Det slår fast at helsetjenester er en del av det indre markedets frie bevegelser av tjenester. Den største utfordringen er å kombinere borgernes rett til behandling i andre land, på hjemlandets regning, med landenes ønske om fortsatt å ha kontroll og styring med organisering, økonomi og leveranser fra eget helsevesen. Direktivet legger opp til et utvidet helsepolitisk samarbeid mellom EU-landene. Samarbeidet skal være frivillig, men er ventet å medføre en standardisering som både vil gi pasientene flere behandlingsmuligheter og legge til rette for et større, felles marked for helsetjenester.
- 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 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. Direktivet definerer sykehusbehandling som "behandling som krever minst én overnatting eller bruk av høyt spesialisert og kostnads-krevende medisinsk infrastruktur og medisinsk utstyr". Definisjonen anses som upresis, og det forventes mange kontroverser rundt hva som faller innenfor og utenfor den.
- Det erkjennes at rett til sykehusbehandling i andre land, dekket av hjemlandets trygdesystem, vil gjøre kontroll, styring og utvikling av eget helsevesen vanskeligere. Direktivet lister derfor opp hvilke restriksjoner landene kan benytte for å kontrollere pasientstrømmene inn og ut av landet. De viktigste er disse: Man kan sette som vilkår at refusjon av utgifter kun omfatter behandlinger som i utgangspunktet er tilgjengelige i hjemlandet, og som dekkes av hjemlandets trygd, og det kan stilles krav om forhåndsgodkjenning fra eget lands helsemyndigheter før refusjonsberettiget behandling mottas. Tilstrømning av pasienter kan begrenses dersom det gjør det vanskelig å oppfylle retten til fullverdig sykehusbehandling for eget lands innbyggere. Som i forhold til alle andre restriksjoner, er det i siste instans EU-domstolen som bestemmer om de anvendes rettmessig.
- I Pasientrettighetsdirektivet defineres behandlingslandet som det landet hvor pasienten rent faktisk mottar helsehjelpen. Innenfor det som er gjeldende lover og regler for egne borgere i behandlingslandet, og eventuelt det som følger av bindende EU-standarder og retningslinjer, skal alle EU/EØS-borgere likebehandles når det gjelder rett til helsehjelp i et land. Direktivet pålegger alle EU/EØS-land å opprette

det man kaller for nasjonale kontaktpunkter. Disse skal gi informasjon til tjenesteytere, pasienter og andre lands myndigheter om muligheter og rettigheter vedrørende grenseoverskridende helsehjelp.

- Tjenesteyterne har ikke anledning til å ta andre priser eller egenandeler for pasienter fra andre land enn de som gjelder for pasienter fra eget land. Men tjenesteyterne står fritt til å sette de prisene de vil, bare det ikke skjer diskriminering basert på pasientenes opprinnelsesland. Det betyr at for eksempel private tjenesteytere (sykehus, spesialister, leger, mv.) står fritt til å sette de priser de ønsker. Refusjonsreglene vil på sin side kunne føre til at en pasient bare får dekket deler av kostnadene fra hjemlandets trygdeordning.
- I Pasientdirektivet defineres trygdelandet som der hvor pasienten er medlem av trygden eller det landet en har rett til ytelser fra. Trygdelandet skal dekke utgifter til helsetjenester i andre land etter samme regler som om tjenestene var mottatt i trygdelandet. Dersom prisen for helsetjenesten man har mottatt i et annet land er lavere enn det den ville kostet i hjemlandet, skal refusjonen ikke overstige faktisk kostnad. Trygdelandet er forpliktet til å gi nødvendig medisinsk oppfølging til pasienter som har blitt behandlet i utlandet på samme måte som om behandlingen hadde skjedd i trygdelandet. Trygdelandet skal sikre at pasienter som vil ha behandling i et annet land har tilgang til sin egen pasientjournal, basert på gjeldende regler for personvern.
- Ifølge direktivet er forhåndsgodkjenning en lovlig restriksjon på den frie flyten av sykehus tjenester, dersom det kan begrunnes i "tvingende allmenne hensyn". Direktivet angir at slike hensyn kan være behovet for å planlegge og sikre et bredt spekter av behandling av høy kvalitet i landet, og for å holde kontroll på kostnader og hindre sløsing med økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser. Dette er i tråd med tidligere dommer i EU-domstolen. Men restriksjonen er bare lovlig dersom den er "egnet, nødvendig og forholdsmessig for å nå formålet", som det heter i EU-jussen. I ytterste instans er det opp til EU-domstolen å avgjøre om en ordning med forhåndsgodkjenning praktiseres på en lovlig måte.
- Etter at Pasientrettighetsdirektivet ble lagt frem av Kommisjonen i 2008 sendte den norske regjeringen den ut på høring til ulike aktører i helsesektoren. Der fremgår det at de fleste instansene stilte seg positive til at det kommer et regelverk for grenseoverskridende helsehjelp, men at man er skeptiske til hvordan dette ville gripe inn i nasjonale prioriteringer og til konsekvensene av et mer markedsbasert helsevesen. I et "posisjonsskriv" fra den norske regjeringen til det (den gang) svenske EU-formannskapet i 2009 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.

- I sitt forslag til implementering av Pasientrettighetsdirektivet i Norge legger regjeringen til grunn at rett til offentlig (del)betalt sykehusbehandling i annet land forutsetter henvisning fra allmennlege (eller andre med henvisningsrett). Det samme prinsippet gjelder som hovedregel for alle typer helsehjelp, og er slått fast i en forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land (innført fra 1. jan. 2011). Det er unntak for tilfeller hvor behovet for helsehjelp oppstår akutt under midlertidig opphold i andre EU-land.
- Regjeringen foreslår som nevnt at Norge skal benytte seg av direktivets adgang (art. 8) til å kreve forhåndsgodkjenning som vilkår for å få refusjon for sykehusbehandling i annet EU/EØS-land. Normalt vil man ikke få forhåndsgodkjenning dersom det er mulig å tilby tilsvarende behandling innen en medisinsk forsvarlig frist på et offentlig eller privat sykehus i Norge. Av regjeringens høringsnotat fremgår det at det er det regionale helseforetaket den enkelte sorterer under som skal vurdere om forhåndsgodkjenning skal gis. RHF-ets vurdering skal baseres på et medisinsk faglig skjønn, men skal også vurdere om det er forhold ved en aktuell tjenesteyter som tilsier at godkjenning ikke bør gis. Spørsmål i denne forbindelse kan være om vedkommende tjenesteyter har nødvendig autorisasjon og ellers oppfyller de krav som er satt for å yte den aktuelle helsehjelpen på en sikker og forsvarlig måte.
- Hovedregelen i direktivet er at refusjon er begrenset oppad til det tilsvarende helsehjelp i Norge ville kostet, og ikke høyere enn det den faktisk koster i behandlingslandet. I direktivet åpnes det for at landene kan finne en ordning med direktebetaling fra norsk trygdekasse til tjenesteytere i andre land. I høringsnotatet avviser regjeringen en slik ordning, og legger opp til at pasientene selv må legge ut for det behandlingen koster og kreve refusjon i ettertid. Hele refusjonssystemet bygger på at både Norge og andre land har et prissystem som favner alle behandlinger i spesialisthelsetjenesten, og som er kontrollerbart, objektivt og ikke-diskriminerende. Regjeringen foreslår at dagens DRG-/ISF-system brukes som norsk prislister, og Helsedirektoratets ytre forvaltningsapparat, HELFO, skal behandle søknader om refusjoner og stå for eventuelle utbetalinger etter behandling i andre EU/EØS-land.
- Dagens fristbruddgarantiordning gir pasienter 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. 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 fristbruddordning er HELFO som velger alternativ for deg, mens det i EUs helsemarked skal være "valgfrihet" for den enkelte. Dagens ordning gir pasientene det helsetilbudet de trenger uten å måtte betale selv, og gir myndighetene rett til å velge hvilke sykehus man vil ha avtale med, basert på forhandlinger om

kvalitet og priser. I EUs helsemarked er det fri konkurranse om ditt valg. Dermed inviteres markedskreftene inn i hele den europeiske sykehussektoren. Og det offentlige pålegges å delta i finansieringen av det.

- 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 offentliges avtalefrihet i forhold til private helsetilbydere.
- Et sentralt spørsmål er hvor sterkt forhåndsgodkjenning vil stå som vern mot et todelt helsevesen, hvor private aktører får "rett" til å tappe offentlige kasser dersom pasientene "velger dem"? Forståelsen av hvordan reglene for forhåndsgodkjenning skal avgrenses og praktiseres, er ikke skrevet i stein. 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 vil ganske sikkert bli utviklingen også innenfor helsemarkedet.
- Spørsmålet er om Pasientrettighetsdirektivets bidrag til å utvide det europeiske helsemarkedet også vil øke det private sykehusmarkedet i Norge? Det er sannsynlig at private aktører vil trappe opp sin markedsføring og informasjon til pasienter om at de (på gitte vilkår) har rett til behandling i utlandet, betalt av det offentlige. Gitt at det er køer i de offentlige sykehusene, og pasientene er klar over at de har rett på behandling i utlandet, vil et utvidet, privat tilbud i Norge bli mer attraktivt. Regjeringen har (okt. 2012) fremmet forslag om å avvikle den gjeldende godkjenningsordningen for sykehus, for slik å gjøre det enklere å etablere private sykehus i Norge. Pasientrettighetsdirektivet kan gjøre det lettere for private sykehus å drive i Norge uten avtale med RHF-ene. Det er et åpent spørsmål om en praksis hvor pasienter kan velge sykehus i utlandet, men ikke i Norge, vil "overleve" EU-jussens krav om ikke-diskriminering.
- 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). Den norske regjeringen mener at det norske DRG og ISF-systemet er godt egnet for prissetting av sykehusbehandling. Når regjeringen 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. Det er verdt å

minne om at Skottland avviklet DRG-systemet og stykkprisfinansieringen i 2004, etter at de hadde fått kontroll med organiseringen av eget helsevesen og tok det tilbake til den offentlige forvaltningen.

- I arbeidsmarkedssammenheng må Pasientrettighetsdirektivet analyseres i sammenheng med andre direktiver på området. EU-domstolens omdefinering av Utstasjoneringsdirektivet fra et minimums- til et maksimumsdirektiv, og vikarbyrådirektivets åpning for økt innleie og færre med fast ansettelse, gjør kampen mot sosial dumping vanskeligere i det europeiske arbeidsmarkedet. Ved utviklingen av et europeisk helsemarked vil markedskreftene trekke i retning harmonisering av lønns- og arbeidsvilkår. Det betyr at nye arbeidstakergrupper i høykostlandene i nordeuropa blir innlemmet i spiralen som driver gode lønns- og arbeidsvilkår nedover.
- Dersom pasienter som står i kø i "det rike nord" velger et sykehus i utlandet (som ikke kan ekskluderes på grunn av dokumentert, dårlig kvalitet, eller utsetter pasienten for risiko) må trygdelandet uansett finansiere den delen av behandlingskostnadene som tilsvarer behandlingslandets offisielle, ikke-diskriminerende tariff. Vi kan se for oss at godt renommerte sykehus i lavkostland blir finansiert av tre kilder; - de rike landenes trygdevesen, privat forsikringer og egenandeler. Pasientrettighetsdirektivet vil kunne "hjelp" markedet med å frembringe slike private tilbud, og de vil da legge beslag på helsearbeidere i det landet de opererer i. Det vil i sin tur begrense kapasiteten i landenes offentlige, eller offentlige finansierte, helsevesen. Dersom rike land løser sine køproblemer i sykehussektoren med å (delbetale) kjøp av behandling i fattigere land, blir det ikke bare et todelt helsevesen i hvert land, men også i Europa.
- På begynnelsen av 2000-tallet fikk Skottland overført kontrollen over helsesektoren fra regjeringen i London. Skotske myndigheter brukte makten til å avvike markedeksperimenteringen i sektoren; DRG-systemet og foretaksmodellen ble skrinlagt og sykehusene ble igjen gjort til en del av den offentlige forvaltningen og underlagt demokratisk kontroll. I en analyse av Pasientrettighetsdirektivet for den skotske regjeringen konkluderte et forskerteam slik i 2008:
"Basert på det materialet som foreligger er Direktivet unødvendig for å sikre pasientmobilitet, og det representerer et nytt forsøk på å bringe helsetjenester inn under reglene for det indre markedet. Ved at det inkluderer private tilbydere og krever et nasjonalt prissystem har forslaget potensial til å øke tilknytningen til europeisk konkurranse-lovgivning og øke markedets rolle i helsesektoren. Det bør avvises".
- Forskere i et europeisk simuleringsprosjekt (se kap.6.8) undersøkte i 2009 antatte virkninger av Pasientrettighetsdirektivet. De 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 medlems-

landenes rett til selv å organisere, levere og finansiere helsetjenester som ikke er grenseoverskridende” (Art. 1). I rapporten heter det: ”På denne måten vil Direktivet ikke bare ha innvirkning på de strengt legale forholdene som det er ment å regulere, men også skape kultur og praksis innenfor helsevesenet på nasjonalt nivå som EU ikke har bindende makt over. ... Kanskje skulle vi se mulighetene Direktivet har til å endre kulturen i helsesystemene i landene som den viktigste konsekvensen av det. Dette bør følges opp og overvåkes både på nasjonalt nivå og på EU-nivå etter hvert som Direktivet blir implementert.”

- I dag er omfanget av grenseoverskridende spesialisthelsetjenester (i.e. sykehusbehandling) lite. Det gjelder både for Norge og mellom andre europeiske land. Med den økningen i etterspørselen etter helsetjenester som kan forventes i årene fremover (flere eldre, høyere levealder, medisinsk-teknologiske fremskritt, bedre økonomi i noen land/sjikt i samfunnet, mv)., kan situasjonen bli en helt annen. Med økonomisk krise og økende forskjeller mellom fattige og rike land i Europa må man forvente at aktørene i helsemarkedet vil gjøre det de kan for at det skal vokse. Utfordringene for et offentlig, solidarisk helsevesen kan bli helt andre i fremtiden enn i dag.

3 Hovedinnholdet i Pasientrettighetsdirektivet

Pasientrettighetsdirektivet er delt i fem kapitler. Det første kapitlet (Art. 1-3) handler om formålet med direktivet og forholdet mellom det og EUs andre lover og regler på området. Her listes det også opp en rekke definisjoner. Det andre kapitlet (Art. 4-6) handler om behandlingslandets (det landet hvor helsetjenesten faktisk ytes) ansvar og plikter, og trygdelandets (der den enkelte bor og har sine trygderettigheter) ansvar og plikter. Kapittel tre (Art. 7-9) angir regelverket for refusjoner av utgifter for grenseoverskridende helsetjenester. Kapittel fire (Art. 10-15) omhandler områder hvor det (på frivillig grunnlag) bør utvikles samarbeid innenfor helsesektoren i EU-området, og kapittel fem (Art. 16-23) har regler for implementering og oppfølging av direktivets bestemmelser.

I denne rapporten vil vi kun gi noen korte kommentarer til det vi oppfatter som vesentlige forhold i kapitlene en og fire, for så i all hovedsak konsentrere oss om kapitlene to og tre. Kapittel fem kommenteres ikke.

3.1 Formålet og forholdet til andre lover og regler

Det viktigste med Pasientrettighetsdirektivet er at det utvider EUs helsemarked til også å omfatte sykehusbehandling. I direktivet defineres sykehusbehandling som helsehjelp som krever minst en overnatting, eller som krever bruk av høyt spesialisert og kostnadskrevende 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.

I prinsippet skal direktivet sikre EU-borgerne rett til de fleste typer helsehjelp på tvers av landegrensene. Bare langtidspleie, organtransplantasjoner og vaksinasjonsprogrammer er unntatt. Det heter at retten til grenseoverskridende helsetjenester ikke skal gripe inn i landenes rett til selv å bestemme organisering og finansiering av innenlandske helsetjenester. Det er det som må kunne kalles typisk "eurobammel". Den viktigste konsekvensen av direktivet er nettopp at etableringen av et utvidet europeisk helsemarked vil innskrenke landenes handlefrihet nasjonalt. Det gjelder på helseområdet som på alle andre områder for det indre markedes integrasjonsprosesser. Integrasjon handler om å bygge ned nasjonale barrierer som hindrer fri flyt.

I artikkel 2 listes det opp hele 19 EU-lover/regler (forordninger¹, direktiver og forskrifter) som allerede er vedtatt tidligere, og som har konsekvenser for organiseringen av helsetjenestene. Det slås fast at direktivet ikke endrer noen

¹ Forordninger i EU skal tas inn i nasjonal lovgivning uten endringer ("bokstav for bokstav"), mens det overlates til landene selv å finne ut av hvordan direktiver kan implementeres i nasjonal lov.

av dem. I noen grad tas allerede vedtatte regler inn i Pasientrettighetsdirektivet. Viktigst i denne sammenheng er Forordning (EF) nr 883/2004. Den påla landene å samordne trygdeordningene slik at borgerne kan ta med seg trygderettigheter over landegrensene, samt at personer som oppholder seg midlertidig i et annet EU/EØS-land (på ferie/besøk eller som arbeidstakere) har rett til helsehjelp (inklusive akuttbehandling på sykehus) på hjemlandets regning. Forordningen ble (fullt ut) tatt inn i norsk rett ved en forskrift av 22. juni 2012, og disse delene av Pasientrettighetsdirektivet er dermed allerede blitt norsk lov. Norge fikk også oppdaterte regler om rett til å få dekket kostnader til helsehjelp i andre EØS-land i en forskrift fra Helsedepartementet som trådte i kraft 1. januar 2011. Dette gjelder grovt sagt alle andre typer helsehjelp enn sykehusbehandling. Forutsetningen er at man har rett til tilsvarende helsehjelp, på det offentlige bekostning, etter norsk regelverk (folketrygdloven). Man får dekket kostnader inntil det det ville kostet for tilsvarende behandling i Norge, man må betale egenandeler opp til det man måtte betalt i Norge, og man får dekket reise- og oppholdsutgifter etter samme prinsipper som hjemme.

Kort kan en si at Pasientrettighetsdirektivet utvider de gjeldende reglene, etter de samme prinsippene, til også å omfatte planlagt (elektiv) sykehusbehandling i andre EU/EØS-land. Sånn sett kan det åpenbart fremstilles som en ukontroversiell og u dramatisk justering av et allerede gjeldende lovverk. I kapittel 6 i denne rapporten vil vi, tvert i mot, argumentere for at konsekvensene av direktivet er svært vidtrekkende, og at de griper inn i hele grunnlaget for å videreføre et solidarisk, offentlig helsevesen i Norge.

3.2 Om behandlings- og trygdelandets ansvar og plikter

3.2.1 Behandlingslandets ansvar og plikter

I Pasientrettighetsdirektivet defineres behandlingslandet som det landet hvor pasienten rent faktisk mottar helsehjelpen. Dersom det er snakk om telemedisin, menes det landet hvor tjenesteyterne er etablert.

Innenfor det som er gjeldende lover og regler for egne borgere i behandlingslandet, og eventuelt det som følger av bindende EU-standarder og retningslinjer, skal alle EU/EØS-borgere likebehandles når det gjelder rett til helsehjelp. Alle borgere i unionen har rett til samme behandling, så lenge den er tilgjengelig for landets egne borgere.

Pasientrettighetsdirektivet pålegger alle EU/EØS-land å opprette det man kaller for nasjonale kontaktpunkter. Disse skal gi informasjon til tjenesteytere og pasienter om muligheter og rettigheter for grenseoverskridende helsehjelp. De skal orientere om behandlingsmuligheter, tilgjengelighet, kvalitet og sikkerhet i behandlingen, pasientrettigheter, klageordninger, erstatningsordninger ved

pasientskader, osv. Slike opplysninger skal gis til pasienter i eget land og til pasienter som henvender seg fra andre medlemsland.

Behandlingslandet skal sikre at tjenesteytere informerer om egen godkjenning- eller autorisasjonsstatus, og om deres forsikringsdekning. Men dersom slik informasjon er tilgjengelig for landets egne borgere på deres eget språk, kreves det ikke at de skal informere om dette på andre språk. Tjenesteyterne skal pålegges å levere klare fakturaer og opplysninger om priser. Der hvor det ikke allerede finnes nasjonal prissetting av helsetjenestene som kan anvendes også på utlendinger, skal prisene fastsettes i henhold til objektive, ikke-diskriminerende kriterier (Art.4-3).

Tjenesteyterne har ikke anledning til å ta andre priser eller egenandeler for pasienter fra andre land enn de som gjelder for pasienter fra eget land. Men tjenesteyterne står fritt til å sette de prisene de vil, bare det ikke skjer diskriminering basert på pasientenes opprinnelsesland. Det betyr at for eksempel private tjenesteytere (sykehus, spesialister, leger, mv.) står fritt til å sette de priser de ønsker. Selv om reglene for offentlig refusjon av utgiftene til helsehjelp i andre land har klare begrensninger (se nedenfor), legges det til rette for et todelt prissystem. På bestemte vilkår vil det offentlige kunne dekke deler av regningen, mens resten må dekkes av pasientene selv (via forsikringer eller fra egen lomme).

I art. 4-3 gis behandlingslandet adgang til å begrense pasientflyten inn i landet, dersom "tvingende allmenne hensyn tilsier det". Slike hensyn kan være behovet for å planlegge og sikre tilgang til et tilstrekkelig og balansert helsetilbud av høy kvalitet i landet, samt å sikre kontroll med kostnader og unngå sløsing med økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser. Det er også anledning å avvise pasienter fra utlandet, dersom man ikke er i stand til å tilby et tilstrekkelig og varig helsehjelp til de som oppholder seg innenfor landets grenser. Det er en restriksjon som alle juridiske personer (enkelpersoner, selskaper, organisasjoner, osv.) kan bringe inn for rettssystemet, dersom de mener den utnyttes urettmessig. I siste instans er det EU-domstolen som avgjør om den er lovlig.

3.2.2 Om trygdelandets ansvar og plikter

I Pasientdirektivet defineres trygdelandet som der hvor pasienten er medlem av trygden eller det landet en har rett til ytelser fra. Trygdelandet skal dekke utgifter til helsetjenester i andre land etter samme regler som om tjenestene var mottatt i trygdelandet. Dersom prisen for helsetjenesten man har mottatt i et annet land er lavere enn det den ville kostet i hjemlandet, skal refusjonen ikke overstige faktisk kostnad.

Trygdelandet er forpliktet til å gi nødvendig medisinsk oppfølging til pasienter som har blitt behandlet i utlandet på samme måte som om behandlingen hadde skjedd i trygdelandet.

Trygdelandet skal sikre at pasienter som skal motta behandling i et annet land har tilgang til sin egen pasientjournal, basert på gjeldende regler for personvern.

Trygdelandets kontaktpunkt skal gi informasjon til egne og andre lands myndigheter, tjenesteytere og pasienter om muligheter og regler for grenseoverskridende helsetjenester. Oppgavene til kontaktpunktene er i praksis de samme i både behandlings- og trygdeland. De nasjonale kontaktpunktene skal samarbeide seg i mellom, og med kommisjonen i Brussel.

3.3 Regler for refusjon av kostnader for helsehjelp i andre land

Regelverket i direktivets art. 7-9 skal balansere landenes plikt til å legge til rette for et europeisk helsemarked mot behovet for å holde kontroll på pasientstrømmer og kostnader. Hovedregelen er altså at man bare får refundert utgifter til helsehjelp i andre EU/EØS-land dersom man har rett til tilsvarende behandling i hjemlandet. Og refusjonen kan begrenses oppad til det tilsvarende behandling i hjemlandet ville kostet. Men landene står fritt til å gi full refusjon (art. 7-4). Refusjonen skal ikke overstige det helsetjenesten faktisk koster.

I Art. 8 åpnes det for at refusjon for sykehusbehandling kan gjøres avhengig av forhåndsgodkjenning fra hjemlandets myndigheter (mer om innhold og utforming av dette i kapittel 6.2).

Forhåndsgodkjenning er en lovlig restriksjon på den frie flyten av sykehus tjenester, dersom det kan begrunnes i ”tvingende allmenne hensyn”. Som nevnt angir direktivet at slike hensyn kan være behovet for å kunne planlegge og sikre et bredt spekter av behandling av høy kvalitet i landet, og for å holde kontroll på kostnader og hindre sløsing med økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser. Dette er i tråd med tidligere dommer i EU-domstolen. Men restriksjonen er bare lovlig dersom den er ”egnet, nødvendig og forholdsmessig for å nå formålet”, som det heter i EU-jussen. I ytterste instans er det opp til EU-domstolen å avgjøre om en ordning med forhåndsgodkjenning praktiseres på en lovlig måte.

Landene står fritt til å velge om utgifter til helsetjenester i andre land skal betales direkte til den som har utført behandlingen (tjenesteyteren), eller om pasienten må kreve refusjon etter selv å ha lagt ut for regningen først.

Landenes står også fritt til å bestemme om de vil refundere utgifter til reise- og oppholdsutgifter i forbindelse med helsehjelp i andre EU/EØS-land.

Alle EU/EØS-land er forpliktet til å etablere et system for åpen, kontrollerbar, objektiv og ikke-diskriminerende prissetting av helsetjenester, og de har plikt til å informere tjenesteytere og pasienter om prisene. På grunnlag av disse prisene kan pasientene kreve refusjon.

3.4 Europeisk samarbeid om utvikling av helsetjenestene

- Kapittel 4 (Art. 10-15) i direktivet inneholder bestemmelser om tiltak som skal bidra til mer og bedre samarbeid mellom EU/EØS-landene på helseområdet. Art. 10 handler om bistand og samarbeid for å gjennomføre direktivet, og for å dele informasjon og beste praksis innen helseområdet. Artikkel 11 handler om godkjenning av resepter fra andre medlemsland. Art. 12 sier at EU-kommisjonen skal støtte utvikling av et europeisk nettverk for medisinsk forskning og utvikling, mens Art. 13 skal fremme samarbeid om den fremste kunnskapen om sjeldne sykdommer. I Art. 14 og 15 er det bestemmelser som skal fremme samarbeid om e-helse og teknologivurderinger.

Samarbeidet i kapittel fire baseres på frivillighet, og det er dermed opp til medlemslandene å vurdere om, og i hvilken utstrekning, de ønsker å ta del i dette.

4 Ulike aktørers syn på direktivforslaget i 2008

I punktet foran har vi redegjort for hovedinnholdet i Pasientrettighetsdirektivet, slik det ble endelig vedtatt i 2011. Forslaget til direktiv ble, som nevnt, fremmet av EU-kommisjonen 2. juli 2008, og i løpet av behandlingsprosessen i EU-systemet ble det gjort noen mindre endringer. I Kommisjonens vedtak etter 2. gangs behandling i EU-Parlamentet (24.02.2011) heter det (i dansk oversettelse):

”De fleste af ændringerne ligger på linje med Kommissionens oprindelige forslag og kan derfor accepteres med henblik på at opnå et samlet kompromis.”

Av mer kosmetisk art er alle understrekninger av at landene selv bestemmer organisering og finansiering av helsetjenestene innenlands. Viktigste var det at en foreslått ordning hvor Kommisjonen skulle utarbeide lister og oversikter over hvilke behandlinger som skulle anses som sykehusbehandling ble kuttet ut. Nå står man igjen med definisjonene ”minst én overnatting” og ”bruk av høyt spesialisert og kostnadskrevenne medisinsk infrastruktur eller medisinsk utstyr”. Definisjonen er ikke spesielt presis, og det må forventes mange kontroverser rundt tolkningen av dette.

4.1 Fra høringsuttalelser i 2008

På bakgrunn av Kommisjonens forslag sendte Helse- og omsorgsdepartementet et brev til relevante høringsinstanser 10. oktober 2008, med oppfordring om å komme med innspill og synspunkter på direktivforslaget. Regjeringen presenterte på dette tidspunktet ikke et eget høringsnotat med synspunkter på forslaget, og signaliserte ingen eksplisitt holdning til direktivet. De fleste som uttalte seg mente at internasjonalt samarbeid og grenseoverskridende helsehjelp ville være i pasientenes interesse, men uttrykte samtidig uro for at et europeisk helsemarked ville gjøre offentlig styring og kontroll med et solidarisk helsevesen vanskeligere.

I det følgende skal vi gjengi momenter og argumenter fra et utvalg av de høringsuttalelsene som kom inn høsten 2008.

- Helsedirektoratet viste til et brev oversendt departementet i 2006, og mente dette fortsatt var dekkende for direktoratets syn. I dette brevet skriver de bl.a.:

”Hensynet til tilstrekkelige og balanserte helsetjenester til alle i eget land kan stå i motsetning til hensynet til å yte helsehjelp til pasienter i andre medlemsland. For å adressere denne

motsetningen, bør landene avklare de etiske perspektiver med internasjonal helsetjenestehandel. Det blir bl.a. nødvendig at landene tar stilling til prinsippet om at hvert land selv skal skaffe egne borgere nødvendige helsetjenester, såfremt utveksling av helsetjenester ikke skjer som ledd i en avtalt arbeidsdeling landene imellom.

... Dersom man med de store ulikheter som er nevnt over (en påpekning og konkretisering av et svært komplekst helsepolitisk Europa-kart, vår anmerkning), legger opp til utstrakt grenseoverskridende tjenesteyting – enten ved at pasientene eller tjenesteyterne flytter seg eller "shopper", kan det få følgende konsekvenser:

Undersysselsatt eller underbetalt helsepersonell risikerer å bli kanalisert fra potensielle pasienter i eget lands befolkning til fordel for å yte tjenester til dekning av mer eller mindre viktige helsebehov hos folk fra rikere land.

Prisnivået, særlig på helsetjenester som ikke dekkes av offentlige trygdeordninger, kan bli drevet opp og føre til at medisinsk sett nødvendige tilbud til landets egen befolkning blir redusert – det kan bety at Europas fattige på sikt får redusert tilgang til helsetjenester.

Helseressurser kan i større grad enn i dag bli brukt på medisinsk sett utnyttelige tiltak eller på behandling av uprioriterte tilstander.

Det kan bli vanskeligere for ansvarlige aktører i de respektive lands helsetjeneste å holde oversikten over egne pasienters behandlingsforløp mht operasjoner, medisiner, mv hvis helsetjenester i langt større utstrekning ytes innen for andre medlemsland. Utstrakt kommunikasjonssvikt av språklig art må forventes i mange tilfeller. Dette kan skape komplikasjoner når det skal gis oppfølgende helsehjelp i hjemlandet.

En positiv effekt av grenseoverskridende helsetjenestehandel kan være at medisinsk nødvendige helsetjenester som enten har høy pris eller lang ventetid i hjemlandet, kan bli lettere tilgjengelig. Vi vet for øvrig for lite om behandlingskvalitet per se i de ulike land. Det kan ikke utelukkes at norsk helsetjeneste har mye å lære." (s. 2-3 i brev fra Sosial og Helsedirektoratet til Helse og Omsorgsdepartementet; "Offentlig høring om helsetjenester i EU – grenseoverskridende tjenestehandel", ref. 06/4882-).

Uttalelsen ble avgitt før Kommisjonen hadde lagt frem sitt første forslag til direktiv, men berører prinsipielle sider ved grenseoverskridende helsetjenestehandel som fortsatt er like relevante. Direktoratet mente selv at det ikke var nødvendig med ytterligere innspill, da direktivforslaget ble sendt ut på høring i 2008.

- Helse Sør-Øst peker i sin høringsuttalelse (ref. 08/02139-2/408) på at det er mange uklarheter knyttet til tolkningen og praktiseringen av

direktivet. I det følgende referer vi noen av de momenter som ble påpekt, og som fortsatt må antas å ha relevans i forhold til det endelige vedtatte direktivet:

... Det understrekes i direktivforslaget at det er det enkelt land som skal definere standarden for helsetjenestene i sitt eget land. Helse Sør-Øst RHF ser det som viktig at denne selvbestemmelsesretten blir reell, da det kan ligge en motsetning/spenning mellom retten til å definere egne standarder og den harmoniseringen som synes å være etterspurt.

... Hvis Norge får økt pågang av utenlandske pasienter, noe som kanskje ikke er sannsynlig gitt vårt høye kostnadsnivå, kan dette føre til enda lengre ventetid for pasienter med lav prioritet. Det kan reises spørsmål ved om en eventuell pågang fra utenlandske pengesterke pasienter vil kunne åpne for etablering av helsetilbud som kan føre til uønskede prioriteringsvridninger og "tappe" helseforetakene for viktig kompetanse.

... Det kan være vanskelig å avgjøre hva som er samme behandling. Dersom for eksempel overvekt behandles på en måte i Tyskland og en annen måte i Norge, er det da samme behandling? Det er allerede i dag en utfordring at det er forskjeller mellom land når det gjelder hva helsetjenesten er villig til å utføre av helsehjelp. Muligheten til å reise ut og motta behandling i land med en mer liberal holdning for eksempel til hva som vurderes som utprøvende behandling, vil antakelig føre til økt pågang og flere tvister.

Enkelte av de øvrige problemstillinger Helse Sør-Øst adresserte i sin uttalelse, må anses å ha blitt avklart i og med de presiseringer som er gjort i den endelige utgaven av direktivet / regjeringens forslag til implementering (for eksempel plassering av informasjonsansvar, prinsipper for beregning av utgifter i utlandet som hjemlandet dekker, mv.).

- Arbeidsgiverforeningen Spekter reiste i sin uttalelse (ref. KRSO/2124, 27.11.2008) en rekke spørsmål, som man mente det var nødvendig å få avklart. Vi refererer her overskriftene på de utfordringene Spekter tok opp:

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

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

Hva er lik eller tilsvarende behandling?

Når skal forhåndsgodkjenning kreves?

Hvordan avgrense sykehusbehandling mot pleie-/omsorgstjenester og rusbehandling?

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

Hvordan ivareta nasjonale behov for kostnadskontroll?

Hvilket land har økonomisk og administrativt ansvar for etterbehandling?

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

Kan godkjenning av eksperimentell behandling i ett land medføre at pasienter i alle EU-land får rett til denne behandlingen? ___

Hva inngår i behandlingsprisen?

Selv om det for flere av disse spørsmålene har kommet en viss avklaring, må det være rett å si at det fortsatt er stor usikkerhet på de fleste av disse spørsmålene om hva som skal bli den konkrete tolkningen av direktivet og myndighetenes forslag til norsk implementering (se kapittel 5 nedenfor).

- Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, FFO, er i sin uttalelse (deres ref. B08AA-024/402) positive til at direktivet legger opp til mer samarbeid om helsetjenestene i medlemslandene, men har også kritiske innvendinger. I konklusjonen heter det:

Direktivet om grenseoverskridende pasientrettigheter gir uten tvil norske pasienter utvidede muligheter til å søke behandling i annet land. FFO mener at dette i utgangspunktet er positivt. ... Selv om det fra et pasientsynspunkt er positivt med utvidede rettigheter, innebærer de samme rettighetene noen problemstillinger som også kan utfordre en rettferdig fordeling av helseressursene. Det er forhold i forslaget til direktiv som blant annet kan overstyre prioriteringsprinsippene.

FFO kommenterer også problemstillinger knyttet til at ulike land kan definere eksperimentell behandling ulikt, og dette kan brukes til å nekte pasienter refusjon til anerkjente behandlingsformer. Man peker også på at det er store uklarheter rundt hva som skal defineres som sykehusbehandling, og er særlig opptatt av om opptrenings- og rehabiliteringstjenester inngår i tolkningen av sykehusbehandling. Disse, og flere andre spørsmål må fortsatt anses som uavklarte.

- Den norske legeforening uttrykker i sitt høringssvar (deres ref. 08/4762) bekymring for at et europeisk helsemarked vil skape større forskjeller i tilgangen på helsetjenester. Innledningsvis skriver man bl.a.:

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.

Vi har allerede sosial ulikhet i tilgangen på helsetjenester og helseinformasjon i Norge. ... Det er et dilemma at sosiale forskjeller kan bli betydelig forsterket dersom det i større grad blir et europeisk "helsemarked". Slik forslaget foreligger, vil pasienten selv måtte betale

for behandlingen vedkommende får utenlands, før den blir refundert i hjemlandet.

I uttalelsen tar Legeforeningen opp problemer knyttet til standardisering (konflikter mellom selvråderett og EU-standarder), nasjonale prioriteringsordninger, pasientsikkerhet, beregningen av refusjoner ("Ressurssterke pasienter vil trolig være villige til å betale differansen mellom et antatt mer avansert tilbud i utlandet og et standardtilbud hjemme") og vridningseffekter i forhold til utviklingen av fagmiljøer nasjonalt ("Bruk av helsetjenester i utlandet kan få indirekte innflytelse på etableringen av kostnadskreven og/eller høyspesialisert behandling i Norge"). Det foreliggende direktivet har ikke løst noen av disse utfordringene.

- Norsk Sykepleierforbund ga i sin høringsuttalelse (deres ref. 70235) støtte til arbeidet med et eget direktiv for grenseoverskridende helsetjenester, men kom også med kritiske innvendinger til direktivforslaget. I uttalelsen skrev de:

Det er positivt at forslaget legger et grunnlag for klarere regler, styrket pasientsikkerhet, bedre rettigheter og styrket informasjon til innbyggerne i berørte land. Det er også positivt at forslaget fokuserer på økt samarbeid om helsetjenester, på tvers av landegrenser.

... På mange måter representerer forslaget et skritt i riktig retning. Til tross for dette må NSF fastslå at vi har vesentlige innvendinger, fremfor alt fordi forslaget etter vår oppfatning lovfester et system som i realiteten gir europeiske borgere ulik adgang til helsetjenester og fordi forslaget kan føre til uønskede vridninger i forhold til hvordan de enkelte medlemsland utvikler sine helsetjenestetilbud.

I uttalelsen etterlyste NSF både klarere regler rundt kvalitet og pasientsikkerhet, og at all informasjon rundt dette er tilgjengelig på et språk som befolkningen skjønner. Man var også bekymret for at man i det europeiske helsemarkedet vil få en ensidig pasientmigrasjon fra det rike nord til lavkostlandene. Man skriver: "Det kan som en konsekvens skape uønsket vridning av et lands prioriteringer..". I samme retning mener man vilkårene for rett til refusjon trekker; "Sett i et europeisk perspektiv legger dette systemet opp til forskjellsbehandling. De få borgere som har økonomiske midler til å forsøtte en behandling vil ha en mulighet som vi må fastslå at det store flertallet ikke har". NSF konkluderte med at direktivet "trenger en grundig bearbeiding for å ivareta prinsippene om at pasienten skal stå i sentrum og at det må være like rettigheter for alle". Det er neppe å ta for hardt i, hvis man sier at en slik bearbeiding ikke kom i det vedtatte direktivet.

- Fagforbundet er i sin høringsuttalelse (deres ref. 08/5339-7 G10&81) sterkt kritisk til den forsterkingen av markeds mekanismer i helsesektoren som direktivet legger opp til. Direktivet vil etter deres mening representere store skritt i retning et fri flyt-regime for helsetjenester, og dermed undergrave mulighetene for et offentlig styrt, solidarisk helsevesen i landene. Fagforbundet er også opptatt av

virksomheter et europeisk helsemarked vil få for arbeidstakernes vilkår og rettigheter. I uttalelsen skriver de:

Direktivet ser heller ikke hen til arbeidsvilkår og arbeidssituasjon for de arbeidstakere som skal utføre aktuelle helsetjenester. ... Det er nærliggende å tro at i et rent marked vil de enkelte helseinstitusjoner søke å minimalisere og begrense sine kostnader mest mulig for å kunne møte konkurranse fra andre aktører. Dette vil kunne medføre dramatiske kutt i personalkostnader..

... Vi er bekymret for utviklingen, særlig når dette direktiv ses i sammenheng med tjenstedirektivet. Vi ser en fare for at innføringen av pasientrettighetsdirektivet og tjenstedirektivet åpner for sosial dumping.”

Fagforbundet konkluderte med at Pasientrettighetsdirektivet vil gjøre helsetjenester til handelsvare, at det utfordrer det offentlige helsevesenet som en av grunnpilarene i velferdsstaten, og at de derfor sier nei til direktivet.

4.2 Regjeringens syn før direktivet ble vedtatt

Etter høringsrunden i 2008 utarbeidet regjeringen et ”posisjonsskriv”² som ble overlevert til det (dengang) svenske formannskapet i EU sommeren 2009. Man tok utgangspunkt i resultatet etter den første behandlingen i EU-Parlamentet (april 2009), og valgte å flagge synspunkter på seks ulike problemstillinger.

Norge støtter Parlamentets syn om at det bør gjøres mer for å sikre medlemslandenes kontroll og styring med kostnader, og støtter forslaget om forhåndsgodkjenning. Man støtter også Parlamentets syn om at det bør være opp til medlemslandene å definere innholdet i sykehusbehandling, og avviser Kommissjonens forslag om at den skal utarbeide en liste over hva som skal inngå.

Norge er ikke fornøyd med presisjonsnivået i forholdet til refusjoner for behandling av sjeldne sykdommer. Slik refusjon bør bare gis dersom medlemslandet ikke selv kan gi en adekvat behandling, og det bør bare gis til behandlinger som er utprøvd og testet i internasjonal medisinsk vitenskap. Også slik behandling bør omfattes av kravet om forhåndsgodkjenning.

Norge støtter at langtidspleie og omsorgstjenester ikke skal omfattes av direktivet.

Norge går i mot at medlemslandene skal pålegges å lage systemer for direkteoverføring av betaling fra trygden til helsetjenestetilbydere i andre land. Det argumenteres for at medlemslandene selv må få bestemme dette, og

² PM: Norwegian position on the Proposal for a Directive on the application of patients’ rights in cross-border healthcare, HOS 2009

eventuelt kunne velge en ordning med garanti om refusjon knyttet til forhåndsgodkjenning.

Norge mener direktivet bør begrenses til helsetjenestetilbydere som har avtale med det offentlige, eller som har avtale med det offentlige trygdesystemet, så langt det er mulig innenfor regelverket om fri bevegelse av tjenester. Det argumenteres med at refusjoner for behandling hos private tilbydere vil stå i motstrid til mulighetene for nasjonale prioriteringer i helsevesenet, ved at private kan fokusere på helsetjenester som er lavt prioritert i det offentlige helsevesenet.

Det kanskje viktigste punktet i regjeringens skriv; punkt 5 om en avgrensning mot den privatiseringen som direktivet legger opp til, har (som ventet?) blitt blankt avvist av EU. Pasientrettighetsdirektivet gjør ikke noe skille mellom offentlige og private helsetjenestetilbydere, men legger tvert i mot til grunn at de skal likebehandles med hensyn til finansiering fra offentlige budsjetter.

5 Regjeringens forslag til implementering

I innledningen til regjeringens høringsnotat om Pasientrettighetsdirektivet³ presiseres det at regjeringen foreløpig ikke har tatt endelig stilling til *hvordan* direktivet skal tas inn i norsk lov. Det vil man først gjøre etter at hørings svarene er kommet inn og vurdert. I notatet presenteres det likevel en del forslag til hvordan man tenker seg at det kan skje, og i det følgende skal vi redegjøre for hovedpunktene i departementets forslag.

5.1 Krav om henvisning

Departementet henviser til at det er vanlig praksis i Norge at man må ha henvisning fra allmennlege (eller annen med henvisningsrett) for å få tilgang til spesialisthelsetjenesten. Ut i fra grunnregelen om at rett til behandling i annet land skal gjelde på samme vilkår som i hjemlandet, foreslår man samme krav til henvisning også for behandling i annet EU/EØS-land. Henvisning skal normalt gis av allmennlege e.l. i Norge. Dette gjelder som hovedregel for alle typer helsehjelp, ref. forskriften om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land. Det er unntak for tilfeller hvor behovet for helsehjelp oppstår under midlertidig opphold i andre EØS-land.

Departementet foreslår at rett til refusjon av utgifter til sykehusbehandling i annet EU/EØS-land bare er aktuelt dersom det i utgangspunktet foreligger en henvisning.

5.2 Krav om forhåndsgodkjenning

Regjeringen foreslår at Norge skal benytte seg av direktivets adgang (art. 8) til å kreve forhåndsgodkjenning som vilkår for å få refusjon for sykehusbehandling i annet EU/EØS-land. Selv om omfanget av grenseoverskridende helsetjenester så langt har vært beskjedent (både for Norge og andre EU/EØS-land), legger regjeringen til grunn at det vil kunne øke i fremtiden. Mindre språkbarrierer og mer kunnskap om behandlingstilbud og refusjonsmuligheter, mener man vil føre til økt interesse. I høringsnotatet heter det:

”... Det er derfor etter departementets oppfatning viktig å sikre at vi har kontroll over flyten av pasienter ut av landet når det gjelder ressurskrevende tjenester som ”sykehusbehandling”.

Notatet ligger på Helsedepartementets hjemmesider: Høringsnotat – endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet, Helsedepartementet 17.10.2012.

Dette for å unngå at vår egen helsetjeneste tappes for ressurser som i neste omgang kan få konsekvenser for kvaliteten på helsetilbudet nasjonalt. Departementet ser adgangen til å kreve forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til "sykehusbehandling" som et viktig virkemiddel for å ha kontroll over flyten ut når det gjelder slik helsehjelp. ... En forhåndsgodkjenning vil dessuten gi pasienten visshet om at de vil ha krav på å få refundert utgifter til slik helsehjelp." (s. 84).

Ifølge forordning (EF) 883/2004 artikkel 20 nr. 2 kan forhåndsgodkjenning ikke nektes dersom den aktuelle behandlingen er blant de tjenester som vanligvis ytes i bostedslandet, og behandlingen ikke kan gis innen den tid som vanligvis er nødvendig for å gi slik behandling i bostedslandet. Anvendt på sykehusbehandling, vil dette bety at man normalt ikke vil få forhåndsgodkjenning dersom det er mulig å tilby tilsvarende behandling innen en medisinsk forsvarlig frist på et offentlig eller privat sykehus i Norge.

Av regjeringens høringsnotat fremgår det at det er det regionale helseforetaket den enkelte sorterer under som skal vurdere om forhåndsgodkjenning skal gis. RHF-ets vurdering skal baseres på et medisinsk faglig skjønn, men skal også vurdere om det er forhold ved en aktuell tjenesteyter som tilsier at godkjenning ikke bør gis. Spørsmål i denne forbindelse kan være om vedkommende tjenesteyter har nødvendig autorisasjon og ellers oppfyller de krav som er satt for å yte den aktuelle helsehjelpen. Departementet sier i høringsnotatet at RHF-et vil "i stor grad måtte basere seg på informasjon fra behandlingslandet om den aktuelle tjenesteyteren" (s. 90).

Ordningen med forhåndsgodkjenning drøftes nærmere i kap. 6 2.

5.3 Rett til refusjon av utgifter for sykehusbehandling

Regjeringen foreslår at det bare skal gis refusjon for utgifter for sykehusbehandling i andre EU/EØS-land dersom det foreligger forhåndsgodkjenning fra norske myndigheter. I høringsnotatet heter det at "Det er svært vanskelig å definere nærmere hvilke typer behandling som anses som sykehusbehandling" (s. 85). Man varsler derfor at det vil komme en revidert versjon av Forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i annet EØS-land, og at det der vil komme en avklaring på hvilke spesialisthelsetjenester som skal omfattes av kravet om forhåndsgodkjenning.

Hovedregelen er altså at refusjonen er begrenset oppad til det tilsvarende helsehjelp i Norge ville kostet, og ikke høyere enn det den faktisk koster i behandlingslandet. I direktivet åpnes det for at landene kan finne en ordning med direktebetaling fra norsk trygdekasse til tjenesteytere i andre land. I høringsnotatet avviser regjeringen en slik ordning, og legger opp til at pasientene selv må legge ut for det behandlingen koster og kreve refusjon i ettertid. Departementet skriver:

”Direktivet gir pasienten rett til selv å velge tjenesteyter. Praktisk sett er det vanskelig å innføre en ordning for direktebetaling til det potensielt enorme antall tjenesteytere i EØS-området og i tillegg kunne føre god kontroll med innholdet i de tjenester man finansierer.” (s. 86-87).

Man legger også opp til at pasienter fra andre EØS-land som kommer til Norge for å motta behandling, har ansvar for å betale for slik behandling selv. Det foreslås en egen bestemmelse i lov om spesialisthelsetjenesten som gir norske tjenesteytere rett til å kreve dokumentasjon på forhånd på at pasientene kan betale for seg.

Hele refusjonssystemet bygger på at både Norge og andre land har et prissystem som favner alle aktuelle behandlinger i spesialisthelsetjenesten, og som er kontrollerbart, objektivt og ikke-diskriminerende. I høringsnotatet viser regjeringen til Helsedirektoratet, som mener at vi

”gjennom DRG- og ISF-systemet allerede har en metode å utlede stipulerte totalkostnader for de fleste aktuelle tjenestene. ... Et DRG-basert system vil etter Helsedirektoratets oppfatning være godt egnet for prissetting av sykehusbehandling og samtidig være innenfor direktivets bestemmelser” (s.88).

Etter direktivet er norske tjenesteytere som behandler pasienter fra utlandet forpliktet til å utferdige en klar faktura til pasientene. Dette for at trykdeland skal kunne ta stilling til om helsehjelpen skal dekkes av det offentlige og med hvilket beløp. Fakturaen må spesifisere hva slags helsehjelp som er gitt, og hvilken pris som er beregnet for denne. Regjeringen foreslår nye bestemmelser i lovverket som pålegger spesialisthelsetjenesten i Norge å utstede slike fakturaer. Systemet bygger på at andre land gjør tilsvarende, slik at krav om refusjon kan behandles i Norge etter samme system. Problemer knyttet til dette drøftes nærmere i kapittel 6.3.

Regjeringen foreslår at pasienter som har fått forhåndsgodkjenning til sykehusbehandling i annet EU/EØS-land skal få refundert reise- og oppholdsutgifter etter samme regler som om behandlingen hadde skjedd i Norge. Hovedregelen er at den kun gis støtte til utgifter som er ”nødvendige, både med hensyn til avstand og reisemåte” (normalt billigste reisemåte) for pasient og nødvendig ledsager.

Regjeringen foreslår at Helsedirektoratets ytre forvaltningsapparat, HELFO, skal behandle søknader om refusjoner og stå for eventuelle utbetalinger. HELFO har i dag ansvar for refusjoner med utgangspunkt i Forordning (EF) 883/2004 (utgifter til annen, godkjent helsehjelp i annet EØS-land enn planlagt sykehusbehandling) og der hvor RHF-er sender pasienter til utlandet for nødvendig helsehjelp innen forsvarlig tidsfrist (fristbruddordningen, se kap. 5.5). Pasienter som har fått godkjenning og mottatt helsehjelp i annet EU/EØS-land må selv fremme krav overfor HELFO om refusjon av (eventuelt deler av) utleggene. HELFOs hovedkontor skal ifølge regjeringens forslag være ankeinstans.

Regjeringen foreslår at HELFO skal være nasjonalt kontaktpunkt for grenseoverskridende helsetjenester. I høringsnotatet heter det:

”HELFO pasientformidling har særlig kompetanse når det gjelder rådgivning av pasienter om behandlingstilbud i det offentlige og private markedet i Norge, pasientrettigheter, klage- og erstatningsordninger. Pasientformidlingen har daglig dialog med helseforetakene i hele landet og har kontaktpunkter i hvert av disse på ulike nivåer. De har videre et godt fungerende samarbeid med fagpersoner i de regionale helseforetakene, private behandlere i Norge og i utlandet, noe som sikrer muligheten for å ha oppdatert kontaktinfo og informasjonsflyt til enhver tid” (.93).

5.4 Forslag til lovendringer

Regjeringen konkluderer med å fremme forslag til endringer i folketrygdloven (§5-24), hvor det presiseres at retten til refusjon for utgifter til sykehusbehandling i utlandet betinger forhåndsgodkjenning.

I lov om spesialisthelsetjenesten (§5-3) gis behandlende institusjon adgang til å kreve dokumentasjon på at utlending som ønsker behandling i Norge er i stand til å betale selv.

I pasient- og brukerrettighetsloven skal det nå hete at pasientene har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (dagens skille mellom ”rettighetspasienter” og ”pasienter med behov for spesialisthelsetjeneste” oppheves). I denne loven foreslår man at spesialisthelsetjenesten skal sette en tidsfrist for når slik helsehjelp senest skal gis. Det foreslås videre at pasienter som er henvist til spesialisthelsetjenesten skal ha svar fra sykehuset innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt, og i svaret skal det gis et konkret tidspunkt for når utredning eller behandling skal starte. Høringsnotatet drøfter nærmere hvordan dette skal forstås i praksis.

I helse- og omsorgstjenesteloven foreslås det at departementet i forskrift kan stille krav om at det utstedes spesifisert regning for de ytelser / den behandling som er mottatt.

5.5 Pasientdirektivet vs ”fristbruddordningen”

Gjennomgangen foran viser at Pasientrettighetsdirektivet delvis er en systematisering og samling av tidligere praksis og rettsregler i EU, og delvis noe kvalitativt nytt; - at også sykehusbehandling nå tas inn i EUs helsemarked. Vi viste også til at norsk praksis og norske rettsregler har blitt utviklet over tid, slik at det hele tiden har vært i pakt med de forpliktelser EØS-avtalen fører med seg. Også for Norges del innebærer Pasientrettighetsdirektivet at vårt regelverk for sykehusbehandling eventuelt skal tilpasses denne delen av det europeiske helsemarkedet.

I kapittel 5.4 nevnte vi at høringsnotatet om Pasientrettighetsdirektivet også inneholder forslag om andre endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. For eksempel foreslår man at sykehusenes 30 dagers frist for tilbakemelding til henviste pasienter skal reduseres til 10 dager. Pasientene skal få et konkret tidspunkt for når utredning eller behandling skal iverksettes innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt. Tilbakemeldingen skal inneholde en klar dato for når vurdering eller behandling skal starte, og dette tidspunktet skal være basert på en medisinskfaglig vurdering.

Regjeringen foreslår også en lovendring som skal styrke pasientrettighetene i forbindelse med fristbrudd, dvs. når sykehusene ikke klarer å starte behandling innen den fastsatte fristen. I dag er det HELFO som hjelper pasienter med å finne alternative behandlingstilbud, dersom det sykehuset man står på venteliste hos ikke makter å oppfylle fristen. Men det er pasienten selv som må ta kontakt med HELFO og "kreve sin rett". Det favoriserer ressurssterke pasienter, som kjenner regelverket og som har kraft eller hjelp til å hevde sine rettigheter.

Regjeringen foreslår nå at RHF-ene skal ha plikt til å underrette HELFO, dersom man ser at man ikke er i stand til å igangsette behandling innen den gitte fristen. HELFO skal så kontakte pasienten og tilby behandling i et annet sykehus; – enten i et annet offentlig eller privat sykehus i Norge eller i utlandet. Pasienten står fritt til å takke ja til et slikt tilbud, eller fortsette å stå på venteliste på "sitt" sykehus. Dersom pasienten takker ja til et alternativt behandlingstilbud, skal RHF-et dekke alle kostnader knyttet til dette.

Fristbruddgarantien, at pasienter har rett til spesialisthelsetjeneste i andre sykehus / institusjoner (i Norge eller utlandet) dersom ansvarlig RHF ikke kan tilby behandling inne en forsvarlig frist, er ikke ny. Det nye er reglene som skal styrke pasientenes stilling og gi mer lik tilgang til alternative tilbud (svar innen 10 dager og henvendelse fra HELFO til pasienten dersom fristen ikke kan holdes i "eget" RHF).

Fristbruddgarantien gir pasienter rett til behandling i sykehus utenfor eget RHF-område uten at de selv trenger å betale noe. Man trenger heller ikke legge ut for behandlingen selv, og kreve refusjon i ettertid. Garantien er med andre ord langt bedre for pasientene enn det regelverket som foreslås i forbindelse med implementeringen av Pasientrettighetsdirektivet. Hva er så forskjellen?

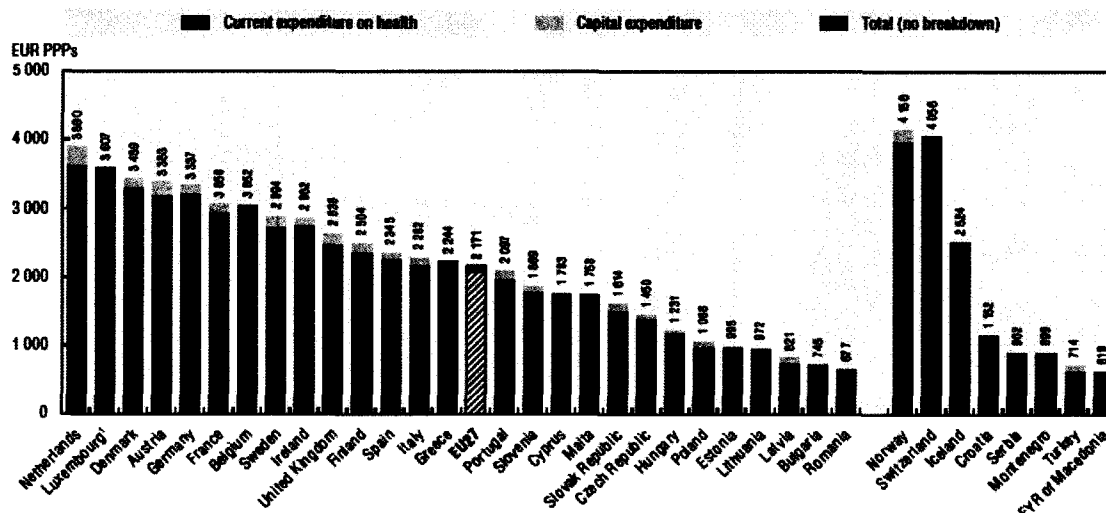
Forskjellen er at det i dagens fristbruddordning er HELFO som velger alternativ for deg, mens det i EUs helsemarked skal være "valgfrihet" for den enkelte. Dagens ordning gir pasientene det helsetilbudet de trenger uten å måtte betale det selv, og gir myndighetene rett til å velge hvilke sykehus man vil ha avtale med, basert på forhandlinger om kvalitet og priser. I EUs helsemarked er det fri konkurranse om ditt valg. Dermed inviteres markedskreftene inn i hele den europeiske sykehussektoren. Og det offentlige pålegges å delta i finansieringen av det.

6 Pasientrettighetsdirektivets utfordringer

6.1 Etablering av et europeisk helsemarked

Etableringen av et europeisk sykehusmarked utfordrer medlemslandenes kontroll over egen helsepolitikk og organiseringen av helsesektoren. I følge publikasjonen *Health at a Glance: Europe 2012* (OECD/EU) 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.

5.2.1. Health expenditure per capita, 2010 (or nearest year)

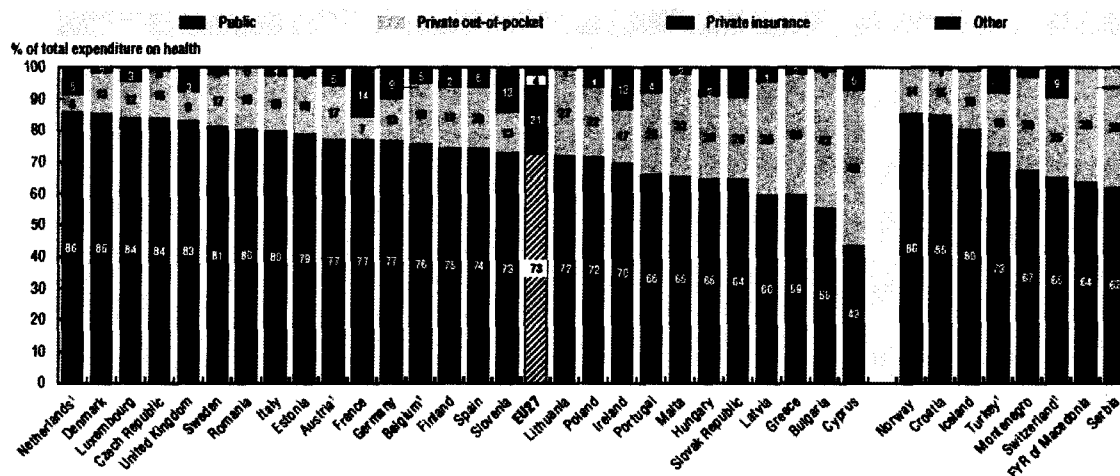


1. Health expenditure is for the insured population rather than resident population.

Source: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database.

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 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 medføre dramatiske endringer i flere land.

5.6.1. Expenditure on health by type of financing, 2010 (or nearest year)



1. Data refer to current expenditure.

Source: OECD Health Data 2012; WHO Global Health Expenditure Database.

Det er derfor ikke rart at forslaget om harmonisering møter motstand, og umiddelbart kan det virke som om det er etablert noen barrierer i Pasientrettighetsdirektivet for å sikre fortsatt nasjonal kontroll. 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. Dette var den norske regjeringen opptatt av i sitt "posisjonsskriv" til EU-formannskapet i 2009. I punktet om tilbydere av helsetjenester støtter regjeringen et forslag om at direktivet må begrenses til kun å omfatte tilbydere som har avtale med det offentlige helevesenet. Regjeringen skriver:

"Norge støtter avgrensningen av hensikten med direktivet til å omfatte tilbydere som har avtale med den offentlige helsetjenesten eller trygdesystemet, så langt dette er mulig innenfor regelverket for fri flyt av tjenester. ...Etter vårt syn er det en risiko for at refusjoner til helsehjelp gitt av private tilbydere kommer i konflikt med nasjonale prioriteringer i landenes helsesystemer." (punkt 6, vår oversettelse).

Dette er i praksis en argumentasjon for dagens norske system; - at det offentlige skal ha frihet til å inngå avtaler, eller til ikke å inngå avtaler med private aktører i helsesektoren. På denne måten kan man 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 avtalefrihet i forhold til private helsetilbydere.

Både i regjeringens høringsnotat og i utlegginger fra EU påpekes det at etterspørselen etter, og omfanget av, grenseoverskridende helsetjenester hittil har vært svært begrenset. Regjeringen oppgir at det i første halvår 2012 ble innvilget refusjon for behandling i et annet EØS-land i 4 900 saker, men at kun 120 av disse gjaldt spesialisthelsetjenesten (s. 84). Riktignok antar man at omfanget kommer til å øke. Regjeringen skriver:

”På lengre sikt er det grunn til å tro at pasienter i større grad vil ønske å bli behandlet i utlandet, blant annet fordi refusjonsordningen blir mer kjent og fordi språkbarrierene blir mindre. Videre vil etableringen av nasjonale kontaktpunkt kunne bidra til at helsetilbudet i andre land blir bedre kjent for norske pasienter.” (s. 84).

Ifølge OECD/EU-rapporten (Health at a Glance, Europe 2012, s.124) økte utgiftene til helse fra 7,3 % av BNP i 2000 til 9,0 % i 2010 som gjennomsnitt for EU-landene. Justert for prisvekst og ulikheter i kjøpekraft mellom landene økte helseutgiftene per capita med det dobbelte av veksten i økonomien som helhet, hhv 4 og 2 % pr år i perioden 2000-2009.

Selv om den økonomiske krisa i Europa førte til et lite fall i offentlige utgifter til helse i 2010, peker alt i retning en fortsatt økning i den generelle etterspørselen etter helsetjenester. De tre faktorene eldrebølge, høyere levealder og medisinskteknologisk fremgang peker alle i den retningen. Og etterspørselen vil definitivt øke i land hvor økonomi og kjøpekraftsutvikling blir stadig bedre, som for eksempel i Norge. Utfordringen vil først og fremst bestå i om landene makter å bygge ut et helsetilbud som kan møte den økte etterspørselen. Og i hvor stor grad det offentlige ønsker, eller er i stand til, å betale for tilbudet.

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. EUs pasientrettighetsdirektiv ”tvinger” landene til å være med og finansiere oppbyggingen av mer kommersielle helsetjenester for å møte etterspørselen etter lavere prioriterte behandlinger. Den norske regjeringen er opptatt av dette, når den i sitt ”posisjonsskriv” til EU-formannskapet i 2009 avsluttet punktet om tilbydere av helsetjenester (punkt 6) slik:

”Nasjonale prioriteringer vil i noen grad bli parallelle i de ulike medlemslandene, mens private tilbydere kan komme til å

fokusere på helsetjenester som er lavt prioritert i de offentlige helsesystemene.”

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 tilbydere. For å kunne bygge opp kapasiteten vil de kommersielle aktørene i økende grad hente ut både økonomiske og menneskelige ressurser fra det offentlige helsevesenet. Dette vil i sin tur gjøre det vanskeligere å ha en nasjonal, helhetlig politikk for helsesektoren. Prinsippene om likebehandling og solidaritet i tilgangen på helsetjenester kommer under press. Markedsmekanismene vil etablere et todelt helsevesen, hvor de som har forsikringer eller kan betale mer selv vil få best tilgang.

6.2 Er forhåndsgodkjenning et sterkt vern?

I regjeringens høringsnotat tones alle kontroversielle sider ved en implementering av Pasientrettighetsdirektivet sterkt ned. Man får nærmest inntrykk av at det bare trengs noen mindre justeringer av et lov- og regelverk som allerede er innført. Det står i sterk kontrast til temperaturen i de drakamper som var i EU-systemet frem mot den endelige direktivteksten, og det underslår at både regjeringen og de fleste høringsinstansene som uttalte seg høsten 2008 i Norge (se kap. 4) uttrykte stor bekymring for at direktivet ville rokke ved nasjonale myndigheters kontroll og styring med helsepolitikken.

I EU-systemet ble motsetningene forsøkt løst med regelverket om forhåndsgodkjenning av grenseoverskridende pasientstrømmer for sykehusbehandling. Bestemmelsene er i tråd med tidligere dommer fra EU-domstolen, men i strid med ideene om at helsetjenester skal behandles som andre tjenester, jfr det første utkastet til Tjenstedirektiv. Spørsmålet er hvor sterkt forhåndsgodkjenning vil stå som vern mot et todelt helsevesen, hvor private aktører får ”rett” til å tappe offentlige kasser dersom pasientene ”velger dem”? Står regjeringene fritt til selv å bestemme når det skal gis refusjoner for sykehusbehandling i andre EU/EØS-land?

For det første er det viktig å minne om at det i Pasientrettighetsdirektivet slås fast at forhåndsgodkjenning er en restriksjon på den frie flyten av tjenester. I Art 8 punkt 1 heter det:

”Systemet med forhåndsgodkjenning, inkludert kriteriene og anvendelsen av disse kriteriene, og individuelle beslutninger om å nekte slik forhåndsgodkjenning, skal begrenses til det som er nødvendig og forholdsmessig for formålet, og må ikke være et tiltak som diskriminerer eller er et urettmessig hinder for den frie bevegelsen av pasienter”. (vår oversettelse).

Her, som i alle andre forhold som er regulert av EU-direktiver, er det i siste instans EU-domstolen som bestemmer om en restriksjon anvendes rettmessig

og lovlig. Det betyr at den enkelte pasient, som ønsker å bli behandlet på et bestemt sykehus i et annet EØS-land, kan klage på et eventuelt avslag om forhåndsgodkjenning av refusjon av utleggene. I siste instans kan saken havne i EFTA-domstolen. Det blir i så fall opp til norske myndigheter å godtgjøre overfor domstolen at et bestemt avslag er innenfor de grenser direktivet tillater (spesifisert bl.a. i Art. 8). Dersom vi ikke snakker om en behandling som utsetter pasienten eller befolkningen for en særlig risiko (Art. 8, punkt 2-b), eller et sykehus hvor det kan stilles berettiget tvil om kvaliteten og sikkerheten i behandlingen (punkt 2-c), kan det bli vanskelig å godtgjøre at et enkelt forhåndstilsagn rokker ved landets muligheter til å sikre befolkningen et godt sykehus tilbud innenlands (punkt 2-a). Det kan særlig være vanskelig i en periode hvor omfanget / etterspørselen etter slike forhåndstilsagn er lite(n).

Det kan selvsagt argumenteres med at pasienter som ønsker behandling i sykehus i et annet EØS-land neppe er i en situasjon hvor de ikke har krefter eller ressurser til å anlegge sak mot norske helsemyndigheter. Og som kjent vil det normalt ta årevis før slike saker er endelig avklart. Men det er å undervurdere den dynamikken som settes i sving, når markedskreftene slippes til innenfor et lukrativt område. Det er ikke enkeltpersoner, men kapitalsterke selskaper med store juridiske ressurser tilgjengelig (private helsekonserner og forsikringsselskaper), som kommer til å føre sakene. Deres anliggende er ikke å sikre rettighetene for en enkelt pasient, men å flytte grensene for myndighetenes rett til å begrense den frie flyten av helsetjenester. Forståelsen av hvordan reglene for forhåndsgodkjenning skal avgrenses og praktiseres, er ikke skrevet i stein. 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 vil ganske sikkert bli utviklingen også innenfor helsemarkedet.

6.3 Fri etableringsrett - flere private sykehus?

Pasientrettighetsdirektivet skal regulere grenseoverskridende helsetjenester, og utvider dette til også å omhandle sykehusbehandling. 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.

I Norge er det i prinsippet fritt for en hver å etablere et sykehus. Og "friere" skal det bli. Regjeringen sendte i oktober 2012 et forslag ut på høring⁴ om å avvikle den gjeldende godkjenningsordningen for sykehus. I dag må nye aktører må ha godkjenning fra Helse- og omsorgsdepartementet for å få sykehusstatus. Godkjenningsprosessen er omfattende og krevende, og det

⁴ Høringsnotat med Forslag til endring av spesialisthelsetjenesteloven kapittel 4 og i forskrift om godkjenning av sykehus m.m., Helse- og omsorgsdepartementet, 26.10.2012

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.

Nå foreslår regjeringen at ordningen med godkjenning skal avvikles. Man viser 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. Man argumenterer 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 man vil gjøre det lettere å etablere private sykehus, og at offentlige og private aktører skal likebehandles. Den norske sykehuspolitikken tilpasses regelverket i EUs helsemarked.

Markedet for totalt privatfinansiert sykehusbehandling (private forsikringer og egenbetaling) har økt betydelig i Norge de seneste årene. Omsetningen ble anslått til 5-600 millioner kroner i 2009 i SINTEF-rapport nr. A15248 (mars 2010), og bare over årene 2006-2009 skjedde det mer enn en fordobling. I dag har det helt private markedet sannsynligvis passert en milliard kroner i omsetning. Likevel blir omfanget av private sykehus i stor grad styrt av RHF-enes avtalepolitikk. 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 Frp) har varslet at en eventuell borgerlig regjering vil trappe opp bruken av private tilbydere kraftig.

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. Hvor lenge går det før private sykehus i Norge bringer dette inn for ESA/EFTA-domstolen? Hvem kan i dag garantere for utfallet?

6.4 Stykkprisfinansiering og handel med helsetjenester

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). Hovedprinsippet er at man skal få refundert det en tilsvarende behandling ville kostet i hjemlandet, eller eventuelt den faktiske kostnaden dersom denne er lavere. Som nevnt i kap. 5 anser regjeringen av det norske DRG og ISF-systemet er godt egnet for prissetting av sykehusbehandling. Man anbefaler derfor at systemet brukes både i forbindelse med refusjoner og som grunnlag for å utstede fakturaer til utenlandske pasienter som får behandling i norske sykehus. Enkelt og greit?

Nei, dette er ikke så enkelt og greit som regjeringen prøver å gjøre det til. Man unnlater å drøfte to åpenbare problemstillinger; for det første at det slett ikke er ukontroversielt å bruke direktivet til "å låse seg til" DRG-systemet i enda sterkere grad, og for det andre at man ved å delta i dette presser frem stykkprisfinansiering og markedsføring av helsetjenester over hele Europa.

Bruken av DRG-systemet som økonomisk parameter og grunnlag for såkalt InnsatsStyrt Finansiering (ISF) har hele siden starten i 1997 vært omstridt i norsk helsevesen. I De Facto-rapporten "Når sykehus blir butikk" (sept. 2003) omtales DRG-systemet slik:

"... Systemet bygger på at alle sykehusopphold plasseres i en av (p.t.) 383 Diagnose Relaterte Grupper, klassifisert ut fra hoveddiagnose, bidiagnose og alder. Klassifiseringen bygger på en diagnosestandard utviklet av WHO (Verdens Helseorganisasjon) , og hver behandling blir i siste instans prissatt til et bestemt kronebeløp. Det skjer ved at behandlinger som er plassert i en bestemt DRG-gruppe kvalifiserer til et visst antall DRG-poeng for sykehuset. Betalingen fremkommer som antall poeng x pris pr. poeng. Både prisen pr. poeng og det antall poeng en bestemt behandling skal kvalifisere for fastsettes av Helsedepartementet. Begge deler blir endret eller justert ved jevne mellomrom.

I en SINTEF-rapport fra juni 2003 ("Er det sammenfall mellom journalopplysninger og innrapporterte data? En studie av 500 pasientopphold ved norske somatiske sykehus i 2001") omtales en del karakteristika med DRG-systemet.

I teorien skal pasienter innenfor en og samme gruppe gjenspeile et ensartet ressursbehov. Inndelingen skal være medisinsk meningsfull, i den forstand at hver gruppe skal inneholde pasienter som klinisk sett er like. Klassifiseringen skal bygge på eksisterende journalopplysninger. Antallet grupper skal være overskuelig og med et tilstrekkelig antall pasienter i hver. Gruppene skal være gjensidig utelukkende (en pasient skal bare kunne havne i en gruppe), og de skal kunne sammenlignes innbyrdes mht ressursforbruk.

Hovedregelen er at en hoveddiagnose medfører en bestemt DRG-plassering, og behandlingen resulterer i et bestemt antall DRG-poeng for sykehuset. Helsedepartementet bestemmer som nevnt fra år til år hva et DRG-poeng utløser i refusjon (pt. kr. 29 350), og dersom en behandling kvalifiserer for 1,4 poeng får sykehuset ca. kr. 40 000 i kompensasjon. Sykehusets inntekter vil øke med antall produserte DRG-poeng.

... Avdekkingen av juks og forskjeller i DRG-koding har resultert i omfattende debatter om hva som er systemets svakheter. Grovt kan vi snakke om to hovedskiller i synet på hva som er de virkelige problemene i denne sammenheng.

De som er grunnleggende positive til DRG-systemet, mener man må skille mellom ubevisste feil og bevisst juks. De påpeker at manglende kunnskaper og lite erfaring med systemet gjør at det (særlig i startfasen) oppstår feil, og at disse like gjerne fører til at sykehusene får overført for lite som for mye penger. I de tilfeller det forekommer bevisste forsøk på juks – eller såkalt "kreativ diagnosekoding", mener man diskusjonen bør handle om hva som er adekvat straff.

En mer grunnleggende kritikk av DRG-systemet konkluderer med at kodejukset er en logisk konsekvens av systemet i seg selv. De mener det ikke er mulig å sette en fast pris på enhver sykehusbehandling som er udiskutabel og objektiv. Når sykehusenes inntekter og aktivitet avhenger av hvor mange DRG-poeng de klarer å produsere, vil både aktivitet og valg av behandlingsformer bli påvirket, og grensene mellom misforståelser, feil og juks blir i beste fall diffuse.

Helt siden starten har kritikken av ISF-systemet (DRG) vært omfattende. I den nevnte SINTEF-rapporten er denne kritikken sammenfattet slik (s. 12):

"Det har også blitt reist kritikk mot mulighetene for misbruk av DRG-systemet i en aktivitetsbasert sammenheng. Innvendingene kan deles inn i tre hovedgrupper:

- For det første kan DRG-systemet bidra til at sykehusene prioriterer å behandle de til en hver tid mest økonomisk lønnsomme pasientene. Dette fenomenet omtales gjerne som fløteskumming. Som en konsekvens av dette kan terskelen for behandling settes lavere for de populære og mest lønnsomme DRG-ene enn det de faglige vurderingene skulle tilsi.

- En annen form for pervertering av systemet kalles patient-shifting. Dette er en samlebetegnelse på en utviklingstendens der sykehusene går bort fra å behandle pasienter med faktiske kostnader over

gjennomsnittet. På denne måten vil pasientene som mottar behandling koste mindre enn den refusjonen som sykehuset mottar for oppholdet.

- Den tredje måten DRG-systemet kan misbrukes på er det som kalles DRG-kryp. I studien gjennomført av Hsia et al (1988) refereres tre former for slik virksomhet. Først nevnes mis-specification som innebærer at feil diagnose har blitt valgt som hoveddiagnose, eller at diagnosen som har blitt valgt ikke understøttes av journalopplysningene. En annen måte å øke inntektene på uten å øke aktiviteten, er ved miscoding. Ved miscoding fører sykehuset opp sykdommer eller prosedyrer som ikke har vært utført under oppholdet, bryter kodeforskriftene eller setter unødvendig vag diagnosekode. Den tredje formen for kryp er resequencing, hvor rekkefølgen på diagnosene endres, for eksempel ved å føre opp en av bidiagnosene som hoveddiagnose, med den effekt at refusjonsstørrelsen øker.”

I en kronikk skrevet av legene Anette Fosse og Steinar Westin, omtales dette slik:

“En diagnose gir antydning om en sykdoms alvorlighetsgrad, danner grunnlag for behandlingstiltak, og kan noen ganger gi nyttige meldinger til den syke om hvordan det kommer til å gå videre. Men disse betegnelsene var aldri ment å bli enheter i økonomenes regnestykker. Når diagnosene nå opphøyes til håndfaste økonomiske størrelser av opptil sekscifret omfang, da har vi bokstavelig talt skapt et marked for kjøp og salg av strikk. ... Vi har latt oss lede til å behandle sykdom og omsorg som om det dreide seg om varer i et marked.”

Fra “Historien om en varslet skandale” (Aftenposten 15. juni 2003).

Når innvendingene er så pass fundamentale, er det åpenbart at problemene ikke kan reduseres til et spørsmål om opplæring og kontroll. Dersom det er riktig at en diagnose bygger på skjønn, og at en behandling som fungerer i ett tilfelle ikke alltid kan kopieres som behandling for alle andre tilfeller innen samme diagnosegruppe, må godtgjøringen i noen tilfeller bli feil. Og dersom det ikke er mulig å unngå at noen behandlinger blir underpriset og andre overpriset, er det heller ikke mulig å unngå forsøk på strategiske tilpasninger hos produsenter som sliter med for svak økonomi.

Et annet “systemproblem” er at alle sykehus står overfor den samme prisen for en bestemt behandling, mens kostnadsstrukturen kan være ulik sykehusene imellom. Det betyr at en behandling som er lønnsom for et sykehus, kan være ulønnsom for et annet. I et marked vil den logiske konsekvensen være at behandlingen av ulike sykdommer blir konsentrert dit hvor kostnadene er lavest. Slike tilpasninger kan raskt komme i konflikt med sykehusenes evne til å tilby allsidig behandling, og i ytterste konsekvens kan de true et sykehus sin eksistens.”

Denne kritikken står fortsatt ved lag og er en del av grunnlaget for striden om stykkprisfinansieringens plass i helsevesenet. Det er liten tvil om at ISF-systemet representerer en markedsføring av spesialisthelsetjenesten, og jo større vekt det får dess mer øker problemene med strategisk tilpasning og såkalt sub-optimalisering.

Sykehusene blir mer opptatt av hva "som lønner seg" enn hva som er medisinsk riktig å gjøre, basert på vedtatte retningslinjer for prioriteringer, mv. Erkjennelsen av dette har ført til at ulike regjeringer opp gjennom årene har vektet ISF-finansieringen ulikt. I starten (1997) utgjorde den 30 prosent av sykehusenes totale inntekter, og den ble trappet opp til hele 60 prosent i 2003. I dag utgjør ISF-inntektene 40 prosent av sykehusenes inntekter. Den rødgrønne regjeringen har ikke imøtekommet krav om en ytterligere nedtrapping.

Når regjeringen 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. Det er verdt å minne om at Skottland avviklet DRG-systemet og stykkprisfinansieringen i 2004, etter at de hadde fått kontroll med organiseringen av eget helsevesen (se kap. 6.7).

Det er heller ikke slik at alle land i Europa har valgt å bruke DRG-systemet. En oversikt fra et utvalg EU-land, utarbeidet av forskere ved European Observatory on Health Systems and Policies⁵, viser at Tyskland, UK, Italia, Nederland, Ungarn og Danmark har til dels svært ulike nasjonale varianter av DRG-systemer, mens land som Frankrike, Spania og Polen opererer med offentlig fastsatte (i noen grad forhandlede) "prislistor". I rapporten beskrives det hvordan DRG-systemet ble utviklet på Yale universitetet i USA på slutten av 1970-tallet, og at det etter hvert har vunnet innpass i mange lands helsesystemer. Forskerne skriver:

"I en tidlig fase førte entusiasmen for DRG-lignende prissystemer likevel til at EU-landene utviklet systemet i ulike retninger, og mulighetene for å lære av hverandre og utvikle et fornuftig prissystem gikk dermed tapt.

... Andre land satset på helt andre prinsipper: For eksempel valgte engelske NHS "ressursgrupper" som utgangspunkt for overordnet budsjettering, mens "prosedyreprising" (uten kobling til bestemte diagnoser) er utbredt i mange land.

... Siden de underliggende prismekanismene varierer, og siden anvendte prosedyrer og teknologier er svært forskjellige i ulike land, er det ikke enkelt å sammenligne priser mellom landene. Noen ganger vil innholdet i en tilsvarende, eller til og med identisk, behandling variere mellom medlemslandene. Det kan skyldes ulik definisjon av hva som er starten og slutten på en bestemt behandling (f.eks. om rehabilitering etter en hofteoperasjon er en del av sykehusbehandlingen eller ses på

⁵ Rapport nr 22 / 2011 fra European Observatory on Health Systems and Policies: Cross-border health care in the European Union, Kap. 4

som en egen behandling med en egen pris), at den anvendte teknologien er ulik (for eksempel om man bruker en sement- eller en dyrere, ikke-sement løsning ved hoftetransplantasjoner), eller ulik håndtering av nødvendige tilleggstenester (for eksempel om anestesi ses på som en del av det kirurgiske inngrepet eller om det ses, og prises, separat).

... Det bør også bemerkes, at selv for sammenlignbare tjenester er det problemer knyttet til hvilke faktorer som er inkludert i kostnadskalkylene (for eksempel om volumvariable kostnader, "faste kostnader", avskrivnings- eller investeringskostnader er inkludert, eller om tilgjengelige tilskudd, fra lokale myndigheter eller fra andre refusjonsordninger, er holdt utenfor).

... En viktig faktor i forhold til å kalkulere reelle kostnader er hvilke inn-priser som benyttes. Dette er særlig viktig i forhold til arbeidskraftkostnader – både direkte og indirekte (for eksempel leger og sykepleiere), som av strukturelle grunner varierer sterkt mellom landene. (s. 105-105, vår oversettelse).

Det er i det hele tatt ganske uklart hvordan prising av sykehusbehandling er, og kommer til å bli, utformet i mange EU-land. Når utgangspunktene spriker så sterkt som de gjør, er det helt usannsynlig at det i overskuelig fremtid kan etableres et oversiktlig, objektivt og sammenlignbart prissystem i Europa. I praksis er det markedskreftene som eventuelt kommer til å presse frem en harmonisering.

Et aktuelt spørsmål er hvor stor innflytelse private aktører vil få på utformingen av "prislistene" i de enkelte land? Der hvor innslaget av private sykehus er stort, er det rimelig å tro at man vil prøve å presse stykkprisen opp – og så nært opp mot nordeuropeiske prisnivå som mulig. Det vil gi det beste grunnlaget for å tjene penger. Det ligger en slags disiplinering i direktivets bestemmelser om at det ikke er lov å ta høyere pris for behandling av utlendinger enn av behandlingslandets egne innbyggere. Men dersom de private interessene får gjennomslag for sine interesser, kan resultatet både bli at det settes priser som skviser innenlandske pasienter til fordel for mer kjøpesterke grupper fra de rike landene i nord, og at det utvikles et topprissystem hos private tilbydere.

6.5 Vil harmonisering i et europeisk helsemarked bety press mot norske lønns- og arbeidstakerrettigheter?

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. De seneste årene har mye oppmerksomhet vært rettet mot tjenestemarkedet, som i dag utgjør mer enn 70 prosent av den totale økonomien i EU og som etter Kommisjonens oppfatning i for liten grad er preget av grenseoverskridende handel. Tjenestedirektivet 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 den overordnede konsekvensen (og målet?) 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) 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).

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 fra øst-europa, og andre steder, enn det bedrifter i andre bransjer er. Utfordringene med sosial dumping vil i prinsippet være akkurat de samme i deler av denne næringen som i resten av arbeidslivet, dersom markedet slippes løs.

I arbeidsmarkedssammenheng må Pasientrettighetsdirektivet analyseres i sammenheng med andre direktiver på området. EU-domstolens omdefinering av Utstasjoneringsdirektivet fra et minimums- til et maksimumsdirektiv⁶, og vikarbyrådirektivets åpning for økt 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

⁶ Gjennom ”de fire dommene” (Laval, Viking Line, Rüffert og Luxembourg) i 2007-08 slo EU-domstolen fast at bedrifter ikke kan pålegges å overholde mer enn de ”kjernebestemmelsene” på lønns- og arbeidsvilkår som uttrykkelig er nevnt i Utstasjoneringsdirektivet. 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.

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. Arbeidsløsheten 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 lavkostland i øst- og sør-europa enn i for eksempel Norge. Det vil i sin tur føre til at norske foretak må senke kostnadsnivået for å være konkurransedyktige.

6.6 Konsekvenser for pasienter og tjenestetilbud i fattigere land

Vi har sett (kap 6.1) at de fattige landene i Europa bruker omtrent halvparten så mye av sin totale økonomi på helse sammenlignet med de rikeste (6-7 prosent av BNP i øst-europa mot 11-12 prosent i mange land i vest-europa). Det er også slik at den offentlige finansieringen av helsevesenet er lavest i de fattigste landene. Mens 80-90 prosent dekkes av det offentlige i nordvest-europeiske land, er andelen 60-70 prosent i sørøst-europa. I et europeisk helsemarked kan de private helsetjenestetilbydere i fattige land se større fortjenestemuligheter ved å rette seg inn mot et kjøpekraftig nord-europa enn mot innbyggerne i det landet de opererer i. I tillegg vil høyt kvalifiserte helsearbeidere i fattige land kunne få jobber og et bedre utkomme ved å søke seg til arbeidsgivere i vest og nord, såkalt brain drain. Det var bl.a. slike bekymringer som lå til grunn for mange sør-europeiske lands skepsis mot helsedirektivet.

Pasientrettighetsdirektivet gir land adgang til å begrense tilstrømmingen av pasienter fra andre EU-land, dersom det får et omfang som truer landets evne til å opprettholde et balansert og bredt helsetilbud til egne innbyggere (Art. 4-3). Men slike tiltak vil kun rettes mot offentlige tilbydere eller private tilbydere som har avtale med det offentlige helsevesenet. De vil ikke kunne pålegge rent private tilbydere å begrense sitt tilbud, verken til pasienter fra eget eller andre EU-land, dersom disse betaler alt selv. I et marked med fri etableringsrett vil internasjonale helsekonserner kunne sette opp sykehus i et lavkostland, og ta de priser de vil så lenge det ikke diskrimineres mellom egne lands og andre EU-lands pasienter. I praksis vil det være betalingsevnen som avgjør hvem som blir behandlet.

I det europeiske helsemarkedet vil nasjonale myndigheter ha (delvis) kontroll over pasientstrømmene via ordningen med forhåndsgodkjenning, i alle fall de nærmeste årene. Men de kan ikke nekte pasienter å søke seg til bestemte sykehus. Dersom pasienter som står i kø i "det rike nord" velger et sykehus i utlandet (som ikke kan ekskluderes på grunn av dokumentert, dårlig kvalitet, eller utsetter pasienten for risiko) må trygdelandet uansett finansiere den delen av behandlingskostnadene som tilsvarer behandlingslandets offisielle, ikke-diskriminerende tariff. Vi kan se for oss at gode, godt renommerte sykehus i

lavkostland blir finansiert av tre kilder; - de rike landenes trygdevesen, privat forsikringer og egenandeler. Pasientrettighetsdirektivet vil kunne "hjelp" markedet med å frembringe slike private tilbud, og de vil da legge beslag på helsearbeidere i det landet de opererer i. Det vil i sin tur begrense kapasiteten i landenes offentlige, eller offentlige finansierte, helsevesen. Dersom rike land løser sine køproblemer i sykehussektoren med å (delbetale) kjøp av behandling i fattigere land, blir det ikke bare et todelt helsevesen i hvert land, men også i Europa.

6.7 Erfaringer fra Skottland

I De Facto-rapporten "De tok tilbake sykehusene – Om Skottlands og New Zealands farvel til markedsmodeller i sykehussektoren" (mars 2009) dokumenteres det hvordan Skottland avviklet bestiller-/utfører-modellen i 2000 og foretaksmodellen i 2004. I rapportens sammendrag oppsummeres erfaringene fra Skottland slik:

"For tiden kjennetegnes det skotske helsevesenet av følgende:

- Et bredt politisk flertall har slått fast at det skotske helsevesenet – NHS Scotland – skal baseres på samarbeid og ikke konkurranse.
- NHS skal være et skattefinansiert, offentlig helsevesen, som er gratis for brukerne og hvor tilgangen til tjenestene er basert på menneskenes behov.
- Regjeringens offisielle linje er at offentlige penger ikke skal brukes til å finansiere privat sektors konkurranse med NHS.
- Skottland har et integrert helsevesen, hvor primær- og spesialist-helsetjenesten er underlagt den samme ledelsen; – 14 regionale styrer og 8 styrer for landsdekkende funksjoner.
- Etter åtte års utprøving ble bestiller- / utfører-modellen avviklet i 2000.
- Etter et tiår med markedeksperimentering ble foretaksmodellen avviklet i 2004. Etter at man hadde sagt farvel til markedet mente man at det heller ikke fantes noe grunnlag for å opprettholde foretaksmodellen.
- Stykkpris - eller versjoner av InnsatsStyrt Finansiering (ISF) – er avvist, og all finansiering skjer gjennom årlige rammebevilgninger. 80 prosent av bevilgningene går via de regionale helsestyrene.
- Fra 2010 innføres direkte valg til de regionale helsestyrene (først som en prøveordning i to regioner). Som en del av strategien for å demokratisere helsevesenet vedtok parlamentet i januar 2009 at direktevalgte medlemmer og politisk valgte / oppnevnte medlemmer skal være i flertall i helsestyrene.

- Konkurransetsetting og outsourcing av støttetjenester er under full avvikling. Høsten 2008 sendte regjeringen et direktiv til helsestyrene om at alle "myke" støttetjenester, som renhold, kantiner, vaskeri, m.v. skal utføres av egne ansatte, og at kontrakter med eksterne leverandører skal avvikles etter hvert som de går ut.
- Nylig kunne den skotske regjeringen rapportere at NHS Scotland hadde drevet innenfor tildelte budsjettammer forrige år, og at stadig flere av kvalitets- og styringsmålene blir nådd.

Skottland er i sannhet et eksempel som viser at "en annen verden er mulig". Man kan lure på hvorfor ikke myndigheter og helsebyråkrater valfarter til Skottland? Her kan man studere hvordan gode helsetjenester kan frembringes uten bruk av markedsløsninger og konkurranse som virkemidler. Det foregår i tillegg et omfattende arbeid med å forbedre og videreutvikle den offentlige helsemodellen, med full integrasjon av primær- og spesialisthelsetjeneste, sterkere lokal forankring, samarbeid med sosialtjenestene, et bredt anlagt folkehelsearbeid og med økende vekt på styring og rapportering i forhold til nasjonale og lokale helseplaner. Den viktigste utfordringen mot den offentlige, skotske modellen kommer nå fra EUs arbeid med et nytt helsedirektiv. Skotske forskere argumenterer for at det foreslåtte direktivet vil tvinge frem markedsløsninger som et klart flertall i Skottland nylig har sagt nei til, og de anbefaler at regjeringen avviser EU-direktivet."

De forskerne De Facto-rapporten henviste til var professor Allyson Pollock, David Pryce, Sarah Boesveld og Iain Law ved The Centre for International Public Health Policy i Edinburgh. De utarbeidet høsten 2008 et notat til den skotske regjeringen om antatte virkninger av kommisjonens forslag til Pasientrettighetsdirektiv. I notatet kommer forskerne med følgende konklusjoner og anbefalinger:

"Det foreslåtte Pasientrettighetsdirektivet vil få en grunnleggende innvirkning på maktfordelingen i den offentlige helsepolitikken i EU. Direktivet

- *Vil kreve at Skottland endrer sin politikk i forhold til bruk av private tilbydere i sitt helsevesen*
- *Vil gi utilstrekkelig beskyttelse av et offentlig kontrollert og integrert helsevesen*
- *Vil legge til rette for bruk av egenandeler og delvis brukerbetaling for helsetjenestene som går på tvers av Skottlands mål for en universell og solidarisk helsepolitikk*
- *Vil være en direkte utfordring til beslutningen om skotsk selvvråderett over helsepolitikken (devolution under the Scotland Act, 1998)*
- *Er unødvendig for å sikre pasientmobilitet og betyr et nytt forsøk på å gjøre helsetjenester til en del av regelverket for det indre markedet*

- *Har potensial til å øke helsesystemenes avhengighet og innflytelse av europeisk konkurranselovgivning og øke markedets rolle i helsesektoren.*

Vi anbefaler at den skotske regjeringen:

- *Går i mot innføringen av det foreslåtte Pasientrettighetsdirektivet.*
- *Insisterer overfor regjeringen i London at det er Skottland selv som har rett til å bestemme organisering av helsesektoren i landet.”*

Den viktigste, overordnede konklusjonen er at Pasientrettighetsdirektivet fratår Skottland retten til å velge en ikke-kommersiell modell for sitt helsevesen. I notatet (s. 4) vises det til at den skotske regjeringen hadde slått fast at ”kommersielle organisasjoner, drevet av aksjeeiernes finansielle interesser, ikke er forenlig med Regjeringens politikk for et offentlig, integrert helsevesen” (siteret fra et høringsnotat fra desember 2008). Direktivet gir ingen adgang til å avgrense helsesektoren til å være en del av offentlig sektor. Det pekes også på at direktivet vil medføre at Skottland må gjeninnføre et felles, nasjonalt prissystem for helsetjenester, - ”en av hjørnesteinene i den markedsbaserte modellen som anvendes i det engelske NHS” (s. 5).

”Direktivet vil kreve en reetablering av de kommersielle strukturene i Skottlands sykehussektor, helt på tvers av det som er skotsk politikk på området. Omleggingene er nødvendige helt uavhengig av hvilket omfang grenseoverskridende helsetjenester vil få og til tross for at kostnadskalkyler i de ulike landene ikke kan sammenlignes” (s. 5):

Forskerne drøfter også betydningen av ordningen med forhåndsgodkjenning. De viser til Kommisjonens egne kommentarer til direktivforslaget, hvor det påpekes at det er landene som må godtgjøre overfor domstolen at det eventuelt er nødvendig å nekte forhåndsgodkjenning, og at dette kan bli vanskelig ”siden volumet av grenseoverskridende helsetjenester er så lite at det ikke vil ha innvirkning på helsevesenet som helhet”. De skotske forskerne konkluderer derfor slik:

”Etter Kommisjonens mening vil det ikke være anledning å nekte godkjenning, og den skotske regjeringen bør derfor ikke se på forhåndsgodkjenning som en mulighet til å unndra seg virkningene av direktivet på” (s. 6).

Avslutningsvis i notatet vises det til at pasienter allerede har rett til helsehjelp i andre EU-land innenfor det eksisterende regelverket (forskrift 1408/71). Og man konkluderer:

”Basert på det materialet som foreligger er Direktivet unødvendig for å sikre pasientmobilitet, og det representerer et nytt forsøk på å bringe helsetjenester inn under reglene for det indre markedet. Ved at det inkluderer private tilbydere og

krever et nasjonalt prissystem har forslaget potensial til å øke tilknytningen til europeisk konkurranselovgivning og øke markedets rolle i helsesektoren. Det bør avvises” (s. 7).

Analysen av direktivets virkninger er i grove trekk sammenfallende med den som presenteres i denne rapporten. Men uavhengig av hva den skotske regjeringen konkluderer med, er det regjeringen i London som representerer UK i EU-systemet. Og der er som kjent alle tiltak for å øke markedets rolle blant de få ting som kommer fra Brussel som omfavnes entusiastisk.

6.8 Andre forhold av betydning

En gruppe europeiske helseforskere presenterte i november 2011 en rapport om simuleringer av virkningene av Pasientrettighetsdirektivet⁷. De hadde samlet representanter fra pasientorganisasjoner, helsetjenestetilbydere, forsikrings-selskaper 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:

”De mest overraskende konklusjonene fra simuleringene gjelder de byrdene som legges på de pasientene som velger å reise utenlands for behandling på grunnlag av direktivet. Det er pasientene som må ta ansvaret for mange av de elementer som er involvert når man skal få helsehjelp i andre land. Ansvaret for å finne informasjon om aktuelle behandlinger, for å overbevise forsikringsselskaper/myndigheter om at behandling 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

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

verken om de burde eller kunne gjøre det.” (s.6-7, vår oversettelse).

Det setter fingeren på forslaget fra den norske regjeringen om at pasientene selv må betale sykehus / helsetjenestetilbydere i utlandet. Den enkelte kan så henvende seg til HELFO for å få refundert utleggene i etterkant. Selv om man har fått forhåndsgodkjenning, vil et slikt system favorisere de som har penger å legge ut.

I det følgende skal vi se på noen flere av de problemer som ble adressert i den europeiske simuleringstudien.

6.8.1 Journaler og personvern

I simuleringene ble det fra alle hold pekt på store problemer knyttet til medisinske journaler. Direktivet baserer seg på at det skal skje en enkel og smertefri overføring av pasientenes journaler i forbindelse med grenseoverskridende helsehjelp. Dette står i skrikende kontrast til den virkeligheten som eksisterer i de fleste europeiske land, til tross for at det er lovbestemt at pasienter skal ha tilgang til en kopi av sin journal i alle land. I praksis er ikke helseopplysningene samlet på ett sted, og verken helsepersonell eller pasienter har lett tilgang til dem. Ofte er det problemer med å få journaler og opplysninger over fra en avdeling til en annen i et og samme sykehus. Det er også uklarheter om hva i journalene som er pasientene ”eiendom” og hva som er legenes (for eksempel legenes kommentarer til funn / behandlinger).

I de fleste sammenhenger blir utvikling og overgang til elektroniske journaler sett på som den mest aktuelle løsningen på problemet. I rapporten fra simuleringene ble det vist til at mange pasientrepresentanter var bekymret for at sensitive helsedata kunne komme på avveie, hvis de kunne bli sendt rundt elektronisk.

6.8.2 Språkproblemer

Fra pasientorganisasjonene ble det påpekt at det ikke var mulig å orientere seg om behandlingstilbud og forhold hos tilbyderne, når informasjon om dette ikke var tilgjengelig i et språk de forstod.

Mange tilbydere viste til at det var vanskelig å få journaler oversatt til ”riktig” språk, og at det var uklart hvem som hadde ansvar for å kvalitetssikre at eventuelle oversettelser var presise og riktige. Man var heller ikke enige om hvem som skulle betale for oversettelsene, men *”det prinsippet som konsekvent ble fremført at de fleste av deltakerne i simuleringene var at det var pasienten selv som hadde ansvaret”* (s. 16).

6.8.3 Kvalitet og sikkerhet

Ifølge direktivet kan trygdelandet nekte forhåndsgodkjenning og refusjon av behandlingsutgifter, dersom behandlingen antas å sette pasientens sikkerhet i

fare, eller det er alvorlig eller begrunnet frykt for at tilbyderen ikke holder en god nok kvalitets- og sikkerhetsstandard (Art. 8-6).

I simuleringen ble det reist tvil om hvordan dette skulle fungere i praksis. For det første; hvem har ansvar for å sjekke at kvalitet og sikkerhet er akseptabel? I direktivet heter det at behandlingslandet har ansvar for at slik informasjon er tilgjengelig, men det ble påpekt at det var uklart om trygdlandet hadde ansvar for å sjekke og gå god for at opplysningene var riktige. Trygde- / forsikringsrepresentanter var uvillige til å påta seg et slikt ansvar, særlig siden det ikke er enighet over landegrensene om et felles verk for vurdering av kvalitet og sikkerhet.

I simuleringen ble det også fokusert på oppfølging og etterbehandling. Tilbydere kan komme til å nekte oppfølgende behandling (selv om det ikke er lovlig å gjøre det), og betalerne kan nekte dekke slik behandling. I rapporten heter det:

”Det ble nevnt at i et land anser sykehus at risikoen for MRSA infeksjoner er for høy til at de vil behandle pasienter som har vært innom sykehus i utlandet. Videre ble det pekt på at betalere (trygd/forsikringselskaper) kan nekte refusjoner dersom en pasient ber om å få ”reparert skader” i hjemlandet etter å ha blitt behandlet utenlands (for eksempel i forbindelse med tannbehandling). Myndighetsrepresentantene mente at det uansett var hjemlandets ansvar, dersom pasienter ikke fikk den nødvendige oppfølging etter behandling i utlandet”. (s. 17)

Problemet med multiresistente sykehusbakterier (MRSA) er en av mange utfordringer i tilknytning til grenseoverskridende helsetjenester. Spørsmålet er om norske myndigheter kan nekte forhåndsgodkjenning / refusjon med henvisning til smittesituasjonen, dersom den er verre i andre land / ved enkelte utenlandske sykehus enn i Norge? Det er tvilsomt at begrunnelsen kan brukes på generell basis, mens det vil være krevende å bevise det i forhold til det enkelte, spesifikke sykehus. Det er blant de spørsmål som vi sannsynligvis ikke vil få svar på før det eventuelt kjøres en helt konkret sak, men det er liten tvil om at det gjør smittevernarbeid innenfor egne landegrenser vanskeligere.

6.8.4 Direktivets konsekvenser for innenlandsk helsepolitikk

Forskerne i det europeiske simuleringsprosjektet mener 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).

I rapporten heter det:

”Et av de mest slående poenger som kom ut av diskusjonen med helsetjenestetilbyderne var hvordan de offentlige (offentlig

finansierte) sykehusene tilpasset sin drift til det som er typisk i private sykehus som mottar pasienter fra andre land. For eksempel ville legene oftest kreve høyere priser fra utenlandske pasienter enn det som er vanlig for pasienter fra eget land, uavhengig av refusjonsreglene i trygdelandet. De vil også forlange betaling for ekstratjenester som oversettelser og tilpassede fakturaer, slik det er vanlig hos private tilbydere. Hvis tilbydere begynner å oppføre seg slik overfor utenlandske pasienter, vil det også oppmuntre til å tilby lignende "ekstratjenester" til innenlandske pasienter hvis de etterspør og er villige til å betale for dem.

På denne måten vil Direktivet ikke bare ha innvirkning på de strengt legale forholdene som det er ment å regulere, men også skape kultur og praksis innenfor helsevesenet på nasjonalt nivå som EU ikke har bindende makt over.

... Kanskje skulle vi se mulighetene Direktivet har til å endre kulturen i helsesystemene i landene som den viktigste konsekvensen av det. Dette bør følges opp og overvåkes både på nasjonalt nivå og på EU-nivå etter hvert som Direktivet blir implementert." (s. 27).

7 Kildehenvisninger

DE FACTO

Når sykehus blir butikk (sept. 2003)

DE FACTO

De tok tilbake sykehusene – Om Skottlands og New Zealands farvel til markedsmodeller i sykehussektoren (mars 2009)

EU

Direktiv 2011/24/EU

– Pasientrettigheter ved grenseoverskridende helsehjelp

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Høringsnotat – endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet, 17.10.2012.

PM – Norwegian position on the Proposal for a Directive on ...(Juli 2009)

Høringsnotat – forslag til endringer i spesialisthelsetjenesteloven og i forskrift om godkjenning av sykehus m.m. 26.10.2012

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES

Rapport nr 22/2011: Cross-border health care in the European Union. Allyson Pollock, David Pryce, Sarah Boesveld og Iain Law

OECD/EU

Health at a Glance: Europe 2012

OSE, EHMA, AIM

Simulation on the EU cross-border Care Directive

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

SAMFUNNSØKONOMEN (nr. 6/2009)

Handel med helse

Geir Godager og Tor Iversen ved Institutt for helseøkonomi, UiO.

SINTEF

Rapport nr. A15248: Omfang og utvikling av det selvbetalende markedet for spesialisthelsetjenester i Norge.

Silje L. Kaspersen og Birgitte Kalseth. Mars 2010.

THE CENTRE FOR INTERNATIONAL PUBLIC HEALTH POLICY

Response to the Scottish Governments consultation on the European Commissions proposals for a Directive on... (Edinburgh, juli 2008)