

Høringsuttalelse vedrørende forslag til endringer i forskrift 22. november 2010 nr 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land (gjennomføring av pasientrettighetsdirektivet).

Innledning:

I det nedenstående skal jeg belyse at foreliggende høringsforslag:

Er samfunnsøkonomisk fornuftig, og kan gi reelle innsparinger.

Er sosialt utjevne

Gir utjevning av den betydelige forskjell i kompetanse og behandling, som i dag finnes over grensene for helseregionene.

Gir reell mulighet for fritt sykehusvalg ved å kompensere for de mangler som i dag finnes i ordningen fritt sykehusvalg.

Styrker spesialisthelsetjenesten

Sparer den enkelte pasient for unødvendige lidelser og kan medføre økt livslengde og livskvalitet.

Samtidig vil jeg stille spørsmål om forslaget er godt nok, og foreslå at slike utgifter også bør dekkes for tilsvarende helsetjenester i USA.

Jeg vil også si meg enig i regjeringens forslag om at forhåndstilsagn ikke er nødvendig.

For å belyse ovenstående, vil jeg bruke 4 pasienthistorier.

Begrunnelse:

Sykehistorie 1:

Illustrer hvordan den foreslåtte forskriftsendring kan være samfunnsøkonomisk meget godt for landet Norge. Samtidig belyser sykehistorien hvordan ordningen kan være sosialt utjevne.

Denne pasienten var for 15 år siden oppgitt av det norske helsevesenet. Pasienten fikk beskjed om at vedkommende ikke kom tilbake til arbeidslivet. På tross av motstand fra spesialisthelsetjenesten, henviste jeg pasienten til et EU sykehus, som jeg visste hadde gode resultater i behandlingen av denne sykdommen. Pasienten kom under behandling samme uke. Etter 4 måneders behandling, var pasienten tilbake i full stilling i sitt tidligere arbeid.

Sykehistorien illustrer:

Pasienten har nå i 15 år bidratt til en betydelig verdiøkning for det norske samfunn. Alternativet var at vedkommende hadde gått disse 15 årene på uføretrygd. I tillegg har pasienten i disse årene blitt spart for smerter og ubehag, samt hatt et innholdsrikt liv!

Samfunnsøkonomisk har derfor landet Norge hatt betydelige inntjening av at pasienten ble behandlet i aktuelle EU land!

Sykehistorien illustrer også at den i høringsforslagets foreslåtte forskriftsendring, vil være sosialt utjevne. I dag er det kun mennesker som har en god økonomi, som vil kunne la seg behandle i utlandet. Ved innføringen av forskriftsendringen, vil dette gjelde også for mennesker med dårlig økonomi.

Sykehistorie 2. Aktuelle pasient var i 3 år behandlet med cellegift for kreft. Behandlingen hadde liten eller ingen effekt. Pasienten blir så på eget initiativ, henvist velrennomert sykehus i USA. Undersøkelsen avdekker at pasienten i 3 år har vært feilbehandlet, og at kreftformen er en helt annen enn den vedkommende behandles for. Spesialisthelsetjenesten i Norge er enig i dette. Behandlingen styres nå fra USA, i samarbeid med norsk spesialisttjeneste.

Sykehistorien illustrerer:

3 års feilbehandling med cellegift, innebærer betydelige utgifter for samfunnet. Dvs. Det er samfunnsøkonomisk favorabelt å ha mulighet til å bli behandlet i utlandet.

I tillegg illustrerer dette at norsk spesialisthelsetjeneste kan dra fordeler av å samarbeide med spesialisthelsetjeneste i andre land på denne måten.

For pasienten innebærer 3 års feilbehandling betydelige personlige omkostninger i form av unødvendige lidelser påført av cellegiften. I tillegg medfører en slik feilbehandling fare for betydelig kreftspredning og redusert livslengde for pasienten.

I og med at denne vurdering skjedde i USA, vil pasienten ikke komme under den i høringsutkastet foreslåtte forskriftsendring.

Sykehistorie 3:

Pasienten har en kreftsvulst som sitter slik til at man ikke kan operere. Cellegift virker ikke på svulsten. Pasienten blir stadig dårligere. Aktuelle pasient blir henvist et velrennomert sykehus i USA. Man får der å vite at en behandling – som vedkommende kan få i Norge – vil være effektiv i 80% av tilfellene, og ha varig virkning. Behandlingen – som er billig - brukes ofte på andre tumortyper i Norge, men av en eller annen grunn bruker man den sjelden på den krefttype som aktuelle pasient har.

Den helseregion som pasienten tilhører, nekter pasienten denne behandlingen. Dette uten å be om vitenskapelig begrunnelse for den i USA foreslåtte behandling.

Pasienten blir så – via fritt sykehusvalg – søkt til annen helseregion. Der aksepteres søknaden, og pasienten behandles ihht de anbefalinger som er gjort i USA.

Når pasienten kommer til behandling har der gått såpass lang tid, at vedkommende står på sterke smertestillende medisiner. Pasienten har da meget store gangvansker, og sitter i rullestol.

Etter en ukes behandling er pasienten smertefri og får betydelig økt mobilitet. Tumor går tilbake over noen uker, og tumor forsvinner helt i løpet av 2 måneder! Nå – et halvt år etterpå - går pasienten lange turer, og kan også løpe. Vedkommende har et helt annet livsinnhold enn tidligere. Svulsten er helt borte!

Sykehistorien illustrerer:

Pasienten hadde en del neglebiting i påvente av å bli akseptert for behandling ved annen helseregion. Der er nemlig begrensninger i ordningen fritt sykehusvalg i dag: Et sykehus har anledning til å avvise pasienter som benytter seg av retten til fritt sykehusvalg, når sykehuset av kapasitetshensyn må prioritere rettighetspasienter i egen region. Av denne grunn foreligger det derfor i mange tilfeller, ikke reell mulighet for fritt sykehusvalg.

Foreliggende høringsforslag vil kunne medvirke til at pasienter kan få reelt tilbud om fritt sykehusvalg.

Om pasienten ikke ble akseptert til behandling i annen helseregion, ville vedkommende selv måttet bekoste behandlingen i USA. Selv etter innføringen av aktuelle høringsforslag, ville ikke pasienten omfattes av ordningen, i og med at USA som kjent ikke hører til EØS området.

Alle ovenstående sykehistorier illustrerer at spesialisthelsetjenesten her i landet, vil ha godt av å få impulser utenfra, og samarbeide i behandlingen med spesialisthelsetjenesten i utlandet. Både pasienten i denne sykehistorien, samt pasienten i sykehistorie 1 ble suksessfullt behandlet, til tross for at lokal helseregion motsatte seg dette. I sykehistorie 2, har behandlende norske sykehus vært meget glad for det samarbeid som nå er opprettet med sykehus i USA.

Sykehistorie 4:

Pasienten hadde en kreftsvulst som vokste meget fort. Denne lå i bukhulen, tett på magesekk og bukspyttkjertel. Det var fare for at svulsten ville vokse inn i disse organene,. Pasienten ble akseptert for kirurgi ved norsk sykehus, men det var flere ukers ventetid. På vegne av pasienten snakket jeg med avdelingsoverlegen ved aktuelle avdeling. Denne bekreftet at det var fare for at kreften vokste inn i magesekk og bukspyttkjertel i ventetiden, men de at de ikke hadde kapasitet til å operere pasienten tidligere. Jeg spurte da om det var andre steder man kan henvise pasienten til. Overlegen anga da et sykehus i annet EU land, som de samarbeider med. Men pasienten måtte selv bære omkostningene med en evt operasjon der. Ved henvendelse til aktuelle EU sykehus, fikk pasienten tilbud om operasjon halvannen uke etter min første mail til sykehuset. Samtidig ble det tatt kontakt til USA, som kunne operere pasienten i løpet av samme uke, - til en brøkdel av prisen ved aktuelle EU sykehus.

Denne pasienten ville omfattes av høringsforslaget dersom vedkommende ble operert ved aktuelle EU sykehus. Dersom ikke høringsforslaget vedtas, ville pasienter i tilsvarende situasjon, måttet gå til sak ved EØS domstolen, for å få dekket sine utgifter (jvf. Foreliggende dom fra EU domstolen). Dvs. kun mennesker med god økonomi vil kunne bekoste en slik operasjon. Dersom høringsforslaget ikke vedtas, vil dette altså ha en betydelig sosial slagside.

Pasienten ville ikke få dekket sine utgifter om vedkommende ble operert i USA.

Aktuelle pasient ble i løpet av aktuelle uke så dårlig, at vedkommende måtte hasteopereres i Norge.

Sykehistorien illustrerer at pasienter i dagens Norge utsettes for unødige lidelser samt risikerer nedsatt livslengde som følge av at de ikke får adekvat behandling tidsnok. Dette er etisk forkastelig.

Alle ovenstående pasienter kom for sent til adekvat behandling for sin sykdom. I alle tilfellene hastet det å komme til hurtig behandling. Krav om forhåndstilsagn ville forsinke behandlingen.

På denne bakgrunn støtter jeg departementets fullt og helt i at forhåndsgodkjenning ikke er nødvendig.

Avslutningsvis i dette høringstilsvaret, vil jeg kommentere de uttalelser enkelte stortingsrepresentanter har kommet med i pressen, - angående fare for å innføre multiresistente stafylokokker (MRSA) til norske sykehus.

I et folkehelseperspektiv representerer ikke disse pasientene noen reel fare for at slikt skal skje. Denne gruppen pasienter vil tallmessig være få. I tillegg vil sykehusene sette inn effektive smitteforebyggende tiltak, når pasienter evt overføres/innlegges fra utlandet.

Det som derimot folkehelsemessig kan ha en betydning mht økt MRSA forekomst her i landet, er den betydelige migrasjon (som f. eks skjer ved arbeidsinnvandring) fra land med høy MRSA forekomst. Men Norge er en del av et internasjonalt samfunn, og migrasjon av mennesker og tjenester over landegrensene, er essensielle verdier i dagens samfunn.

Avslutning:

Regjeringens høringsforslag er i tråd med Pasientrettighetsdirektivet, samt en dom ved EU domstolen.

Forslaget medfører mindre sosiale skiller i behandlingstilbudet for landets befolkning. I tillegg vil man ved forslaget kunne korrigere de forskjellene i behandlingstilbud, som i dag eksisterer over sykehusregionene.

I tillegg vil den i høringsnotatets foreslåtte forskriftsendring, kunne kompensere for de mangler som i dag finnes i ordningen Fritt sykehusvalg, og i realiteten gi fritt sykehusvalg.

Som ovenstående sykehistorier illustrerer, vil de foreslåtte forskriftsendringene være samfunnsøkonomisk fornuftige, og kunne gi reelle innsparinger.

Endringen vil kunne gi bedre livsinnhold og prognose for mange pasienter.

I Alle ovenstående sykehistorier hastet det å komme i gang med behandlingen. En søknad om forhåndsgodkjenning, ville medføre unødvendige/fatale forsinkelser av behandlingen. Derfor støtter jeg regjeringens forslag om at forhåndsgodkjenning ikke er nødvendig.

Foreliggende høringsforslag er et minimumsforslag i forhold til pasientrettighetsdirektivet, samt foreliggende EU dom. Forskriftsendringen burde også inkludere for tilsvarende tjenester i USA. Som 3 av sykehistoriene viser, har disse pasientene hatt meget god effekt av den kompetanse man har i

USA. En av pasientene er av den oppfatning, at vedkommende ikke hadde levd i dag, dersom vedkommende ikke hadde tatt til USA.

Knut A. Omdal

Lege, Spesialist i allmenntmedisin

Kommuneoverlege

Denne høringsuttalelsen er gitt av undertegnede som fagperson.