

Høyringsvar frå Nei til EU:

Svar på forslag til endringar i forskrift om stønad til helsetenester i EØS-land (gjennomføring av pasientrettsdirektivet).



Nei til EU takkar for invitasjonen til å koma med svar på høyringsnotatet om endringar i forskrifta om stønad til helsetenester i EØS-land som Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) sendte ut 27. juni 2014.

Nei til EU har i fleire år følgd debatten om pasientrettsdirektivet, både i EU og i Noreg. Også då direktivet vart innført i 2013, skreiv Nei til EU eit omfattande høyringsvar på bakgrunn av ein rapport vi, saman med Fagforbundet, fekk utarbeidd av Roar Eilertsen ved De Facto.

Også i dette høyringsvaret vil vi vise til denne rapporten: «Mot et europeisk helsemarked» (rapport 9-2012) som vi på nytt tilrår departementet å ta med seg i det vidare arbeidet med forskrifta.

Våre hovudmerknader til direktivet i førre runde var at:

1. Direktivet er eit unødvendig direktiv på eit område der vi har gode ordningar frå før.
2. Direktivet er med på å opne opp for meir marknad innanfor helsesektoren i strid med viljen til det dåverande stortingsfleirtalet.
3. Direktivet innskrenkar den nasjonale handlefridomen innanfor helseområdet. I siste instans vil det vera opp til EU-domstolen å avgjera viktige spørsmål i den nasjonale helsepolitikken.

Dette er argument som vi framleis meiner er gyldige. I tillegg vil vi halda fram tre viktige innvendingar vi har mot forslaget til endringar i forskrifta. Under følgjer ein gjennomgang av desse.

1. Forhandsgodkjenning er eit legitimt krav for landa som sikrar nasjonalt sjølvstyre over helsepolitikken.

Eit mål med pasientrettsdirektivet er å leggja til rette for meir handel med helsetenester innetter i EUs indre marknad. Handel med helsetenester har vore eit mål for EU heilt sidan det fyrste utkastet til tenestedirektivet («Bolkestein-direktivet») i 2004. Helsetenester vart der likestilt med andre kommersielle tenester. Etter 2004 har EU-kommisjonen vist til dommane gjennom heile 1990-talet om helsespørsmål og heldt fast på at helsetenester skal vera ein del av den indre marknaden.

Forhandsgodkjenning er eit hinder på den frie flyten på helsemarknaden. Det er ein kontrollmekanisme som medlemslanda kan bruka for å kontrollera «fri flyt» og for å kontrollera sine eigne budsjett.

Vi har tidlegare peikt på dette:

«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.*» (Nei til EUs høyringssvar i 2012/13)

Moglegheita for forhandsgodkjenning er altså til stades både i direktivet og i folketrygdlova. Likevel tykkjer departementet at det ikkje er naudsynt å krevja forhandsgodkjenning for dei trur at ikkje at så mange vil reisa ut.

Argumenta er valfridom og mindre byråkrati. Regjeringa skriv mellom anna:

«Denne regjeringen ønsker å sette pasienten i sentrum. Dette innebærer blant annet å gi pasienten valgmuligheter, redusere ventetider og byråkrati. (...) Fra pasientens ståsted vil en forhåndsgodkjenningsordning innebære en begrensning i muligheten til å motta sykehusbehandling i andre land.»

Og: «Departementet mener det ikke er grunn til å anta at et høyt antall pasienter vil velge reise til andre EØS-land for å motta sykehusbehandling der og foreslår ikke på nåværende tidspunkt å etablere en forhåndsgodkjenningsordning. Departementet vil imidlertid følge utviklingen over tid. Dersom det på enkelte områder oppstår større pasientstrømmer til andre EØS-land som skaper problemer med å planlegge eller ivareta et kvalitativt godt helsetilbud i Norge eller det oppstår dårlig utnyttelse av økonomiske, tekniske eller menneskelige ressurser, vil departementet vurdere om det bør stilles krav om forhåndsgodkjenning på de aktuelle områdene.»

Vi vil i tillegg peika på smittefaren. Problemet med multiresistente sjukehusbakteriar (MRSA) er ei av mange utfordringar knytt til grenseoverskridande helsetenester. Spørsmålet er om norske styresmakter lenger kan (med forslaget til endringar i forskrifta) nekta førehåndsgodkjenning/refusjon med å visa til smittesituasjonen, dersom situasjonen er verre i andre land/ved enkelte utanlandske sjukehus enn i Noreg?

Nei til EU vil åtvare mot å ta vekk ordninga med forhandsgodkjenning. Vi meiner at norske politikarar bør bestemma regelverket slik at vi kan kontrollera våre egne helsetenester og ha føreseielege helsebudsjett. Vi ønskjer nasjonal sjølvråderett over eigen helsepolitikk.

2. Sjukehusbehandling – valfridom for kven?

«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 en 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.» (Nei til EUs høyrings svar i 2012/13)

No er det ingen kontroversar. Dette endringsforslaget til forskrifta går ut på å gje refusjon til alle sjukehusbehandlingar i EØS-land. Slik blir det argumentert i høyringsnotatet frå HOD:

«Adgang til å få refundert utgifter til sykehusbehandling i annet EØS-land vil gi pasienter økt valgfrihet med hensyn til helsetjenester. En slik valgfrihet kan ha stor velferdsmessig betydning for den enkelte pasient. På denne bakgrunn foreslår departementet å oppheve unntaket for sykehusbehandling i forskrift om stønad til helsetjenester i EØS § 3.»

Igjen er det valfridomen for pasienten som er i sentrum. Nei til EU fryktar at dette blir valfridom for den som har økonomiske resurssar og kunnskap, og ikkje valfridom for folk flest.

Noreg er eit rikt land i Europa og mest sannsynleg vil ikkje vi få stor «tilstrømming» av pasientar frå fattigare delar av Europa. Men direktivet legg til rette for ein marknad der det kan bli auka sosiale forskjellar mellom folk. Dersom rike land løyser sine kjøpproblem i sjukehussektoren med å (delbetale) kjøp av behandling i fattigare land, blir det ikkje berre eit todelt helsevesen i kvart land, men også i Europa.

3. Førehandstilsagn: Spørsmålet om kven som dekkjer reisa til behandlingsstaden og utgiftene?

No er det slik at du må leggje ut for behandlinga sjølv og søkje refusjon i etterkant:

«Pasienter som ønsker å motta helsehjelp i annet EØS-land vil måtte betale helsehjelpen og søke stønad i etterkant. Det følger vidare av forskriften § 2 første ledd at pasienten kun har krav på å få refundert utgifter til helsehjelp som vedkommende ville ha fått stønad eller bidrag til etter folketrygdloven eller fått bekostet i den offentlige helse- og omsorgstjenesten dersom den aktuelle helsehjelpen var mottatt i Norge

Når det ikke stilles krav om forhåndsgodkjenning, vil pasientene i utgangspunktet dekke utgiftene til helsehjelpen uten å vite om vilkårene for stønad er oppfylt. Pasienten har dermed den økonomiske risikoen for at vilkårene etter forskriften er oppfylt.»

For å løyse dette, foreslår departementet at vi skal innføra ei ordning med «forhandstilsagn». Dvs at HELFO skal administrera ei ordning der pasienten får opplyst om krav på refusjon:

«Forhandstilsagnet skal avklare om pasienten har krav på stønad til den helsehjelpen som pasienten ønsker å motta i et annet EØS-land og det høyeste beløpet pasienten vil kunne få utbetalt til å dekke de faktiske utgiftene ved slik helsehjelp. Tjenesteytere som pasienten tar kontakt med i andre EØS-land har plikt til å informere om prisene for helsehjelpen. Dersom prisene er høyere enn den antatte kostnaden for tilsvarende helsehjelp i Norge, vil pasienten på forhånd være inneforstått med at hun eller han må dekke en del av utgiftene selv.»

Vi forstår ikkje kvifor ein ikkje kunne heldt fast på ordninga med forhandsgodkjenning. Det verkar ikkje som mindre byråkrati når HELFO skal administrera ei ny ordning med førehandstilsegn.

Konklusjon

Nei til EU meiner at direktivet, slik det vart implementert i norsk lovverk, kan vere med på å svekkje kvaliteten i helsetenestene. Kontrollmekanismen førehandsgodkjenning var eit verktøy som kunne brukast for å dempe tapet av nasjonal sjølvråderett i helsepolitikken.

Meir marknadstilpassing i helsesektoren samanstillt med uklåre kvalitetskrav til sjukehusa, vil føre til svekt kvalitet. Vi fryktar ei utvikling der den norske helsepolitikken blir stadig meir avhengig av private tilbydarar for å gje eit godt nok behandlingstilbod til innbyggjarane og der dei offentlege helseinstitusjonane blir bygd ned for å løse pasientane over til private institusjonar fordi det løner seg økonomisk. Vi trur at dette til sjuande og sist vil gå ut over dei mest utsette pasientgruppene og vi meiner at dette ikkje er eit direktiv som styrkar rettane til pasientane.

Vi vil råde departementet frå å gjera desse endringane i forskrifta om refusjon av helsetenester i EØS-land.