

Helse- og omsorgsdepartementet
Helserettsavdelingen
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

Deres ref.
Kirsten Been Dahl
22 24 84 36

Vår ref / Saksbehandler
08/5339-7 G10 &81
Unni Hagen / tlf. 23 06 45 20

Dato:
01.12.2008

EUROPAKOMMISJONENS FORSLAG TIL DIREKTIV OM PASIENTRETTIGHETER VED GRENSEKRYSSENDE HELSETJENESTER

Fagforbundet har behandlet Europakommisjonens forslag til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester, helsedirektivet, og har følgende kommentarer:

Forslaget vil på kort sikt ikke føre til dramatiske endringer for helsetilbudet rundt om i Europa. Men på lengre sikt reiser dette viktige og følsomme prinsippdebatter i mange land.

Hovedprinsippet må være at helse fortsatt skal være et nasjonalt anliggende, EU skal ikke kunne regulere helseområdet slik at det blir umulig å ivareta nasjonale styringsmekanismer eller nasjonale prioriteringer.

Kjernen i debatten om forslaget til helsedirektiv er hvorvidt man skal la markedsmekanismene og private kapitalinteresser legge premissene for helsepolitikken, eller holde fast ved, og videreutvikle den tradisjonelle velferdsmodellen. Dette forsvinner i stor grad i pasientrettighetsfokuset.

Pasientrettighetsdirektivet vil øke konkurransepresset på nasjonale helsesystemer, og med et forretningsbasert styringssystem som det vi har etablert i vår egen spesialisthelsetjeneste ligger alt til rette for en enda sterkere markedsutvikling.

Retten til å oppsøke helsetjenester hvor som helst i EU, er på kort sikt en fordel for de pasientene som er best til å orientere seg om helsetilbud i andre land. Men fordi styring og budsjettkontroll kan glippe, kan denne retten gjøre det vanskeligere å utvikle et helsevesen som mestrer de vanskelige avveiningene av hvilket helsetilbud som i det lange løp er til fordel for befolkningen, og ikke minst hvilke prioriteringer som vil ivareta et solidarisk offentlig helsevesen. Det som umiddelbart kan virke som svært positivt sett fra et

pasientrettighetsståsted i forslaget vil på sikt true den nasjonale styringen med egen helsepolitikk.

På tross av dette hevder Kommisjonen at den ikke ønsker å endre den faktiske situasjonen innen helsetjenestene. Men dersom direktivforslaget blir vedtatt, vil prinsippene om de fire friheter bli innført i helsetjenesteområdet, - noe som leder til en markedsutvikling av tjenestene. Det ligger heller ikke an til en beskyttelse av offentlige helsetjenester, og medlemslandene må forplikte seg til å tillate etablering av profittsselskaper i et helsemarked. Dette vil skape ytterligere press på de offentlige helsetjenestene.

Dette er bekymringsfullt, og strider mot våre nasjonale mål for helsepolitikken. Direktivet åpner opp for kommersielle helseaktører til å skumme fløten, gjennom å tilby helsetjenester for relativt enkle uprioriterte tilstander. Konsekvenser med en slik utvikling har vi allerede kunnskap om med de erfaringer vi har med dagens sykehusorganisering. Etableringen av kommersielle sykehus etter innføringen av sykehusreformen har gitt god uttelling av offentlige helsemidler for eierne av de nyetablerte kommersielle sykehusene, stikk i strid med intensjonen for helsepolitikken. Et helsedirektiv for Europa vil åpne opp for slike etableringer i langt større omfang. Dette vil gi press på de offentlige tjenestene, og dermed redusere styring og kontroll med den nasjonale helsepolitikken.

Kommisjonens forslag til et helsedirektiv strider mot en rekke av innspillene den norske regjeringen kom med januar 2007.

Direktivforslaget innebærer at den enkelte pasient som velger å benytte seg av behandling i utlandet, selv må legge ut for kostnadene, for så i etterkant å søke om refusjon – og da kun for behandlingskostnadene. Om dette blir vedtatt, vil de som har økonomisk evne, de mest ressurssterke favoriseres, mens de som ikke har en slik mulighet, i realiteten fratras en rettighet. Dette vil bryte med et helt grunnleggende prinsipp i norsk helsevesen, prinsippet om lik tilgang til helsetjenester uavhengig av økonomisk evne.

Den norske regjering ønsker at økt pasientmobilitet ikke må føre til større sosial ulikhet i tilgangen til helsetjenester, og at det ikke bare må bli de mest ressurssterke pasientene som kan nyte godt av helsetjenester i utlandet. Når det i direktivforslaget legges opp til at pasientene selv må legge ut for behandling i utlandet vil dette skape ulikhet. Dette vil gjøre det umulig for mange å kunne benytte seg av en mulighet til behandling der et tilbud om eventuell behandling finnes. Interesseorganisasjonen Danske Patienter advarer på bakgrunn av dette mot den sosiale slagsiden direktivet kan få. Også norske pasientorganisasjoner signaliserer slike betenkeligheter. (FFO)

Flere av de sist innmeldte medlemslandene skriver i sine uttalelser at direktivet vil føre til økt press på deres nasjonale helsesystemer. Blant annet på grunn av forslaget om at pasienten kun skal få dekket det behandlingen ville kostet i hjemlandet. Det betyr i praksis at pasienter som kommer fra land med lave kostnader ikke vil kunne benytte seg av helsetjenester i land med høyere kostnader. Dette vil gi økte klasseskiller i Europa. Som innbygger i et høykostland kan pasientene velge den beste helsetjenesten, og få dekket kostnadene, men som innbygger i et lavkostnadsland er rettigheten avhengig av egen økonomisk evne til å dekke en mellomfinansiering.

I tillegg er det fare for at innbyggere i disse landene får enda dårligere sykehusstilbud. Markedsgjøring av sykehusstilbud kan lede til at det blir mer lønnsomt for sykehusene å ta imot godtbetalende pasienter fra rike land, og nedprioritere sin egen befolkning.

Sosial dumping kan også være en utilsiktet konsekvens av direktivet. Regjeringene kan spekulere i at visse tjenester kan "kjøpes" billigere utenlands, og dermed true lønns- og arbeidsvilkår hjemme. På lang sikt kan denne situasjonen skape en usunn konkurransesituasjonen som kan lede til forverring av spesielt store ansattegruppers arbeidsforhold. Sykehusene vil konkurrere om de aller beste spesialistene, og la de store ansattegruppene betale for konkurransen.

EU-Kommisjonen bestilte selv en utredning gjort av "The London School of Economic". Rapporten konkluderer med at nasjonale systemer er best egnet til å styre og planlegge helsetjenester. Fagforbundet anmoder departementet om å vurdere denne rapporten.

Konsekvensene av å innføre markedstenkning og privatisering i helsevesenet er etter hvert synlige, også i Norge. Fagforbundet ser med bekymring på konsekvensene av at sykehus bygges ned og konkurransesettes. Vi er redd for at dette reduserer kvaliteten både i tjenestetilbud og samhandling. Forutsigbarheten i planlegging av helsetjenester og helsetilbudet blir svekket på bekostning av økonomifokus og lønnsomhetsbetraktninger. I en vurdering av et pasientrettighetsdirektiv må erfaringene, både i Norge, og i andre land som har prøvd å styre helsetjenestene etter mal fra privat sektor konsekvensutredes.

Det er aktuelt å stille spørsmålsteget ved behovet for et så omfattende direktiv når all erfaring viser at svært få pasienter velger å motta behandling langt unna hjemmet. Mye penger er involvert. I sin ytterste konsekvens vil uhyre mye penger være i sirkulasjon. Direktivforslaget innebærer en endring i tenkning, - fra å anse helsetjenester til å være kollektive velferdsgoder - til å bli en handelsvare for enkeltindividet.

Positive ordbruk som mobilitet og valgfrihet for pasientene brukes uten å problematisere de negative sidene ved å åpne opp for fri flyt på tvers av landegrenser. Det har vært hevdet fra flere hold at alt som tas opp i forslag til direktiv kan løses innenfor de rammer som allerede eksisterer for samordning av nasjonale trygdeytelser. Med andre ord, vi har ikke bruk for et direktiv som anvender reglene for det indre marked på helsesektoren.

En regulering må bygge på følgende verdier og kriterier:

- Helsetjeneste er en menneskerettighet som staten må sørge for at alle borgerne får.
- Helsetjenester må fortsatt være et offentlig ansvar, og egner seg ikke for konkurranseutsetting og privatisering.
- Kravet til en bærekraftig utvikling må ivaretas. Langreiste pasienter er en trussel mot miljøet.
- Finansieringsordningene må ikke virke diskriminerende.
- Retten til helsehjelp må være det sentrale - ikke retten til refusjon av kostnader.
- En ordning som ikke krever enorme administrative og byråkratiske ressurser.
- Planlegging og dimensjonering må fortsatt være nasjonalstatens ansvar.
- Høyspesialiserte (kompliserte/sjeldne) medisinske områder bør og kan gis et økt samarbeid med en hensiktsmessig fordeling på tvers av landegrenser.

Rettsstilstanden på helseområdet endres i første omgang lite både i EU og i EØS. Det skyldes at EF-domstolen for lengst har satt regjeringene sjakk matt gjennom en serie med dommer som skal sikre ”*fri flyt både av pasienter og av helsetjenester*”.

På denne måten kan parlamenter og regjeringer skyves til side i EU. EF-domstolen er ikke bare høyeste rettsinstans med rett til å avgjøre hvordan EU-regler skal forstås. EF-domstolen kan også skape ny rettsstilstand, altså i praksis ny lov, gjennom dommene sine.

EF-domstolen har bestemt at enhver EU-borger kan søke behandling ved sykehus i andre medlemsland dersom det dreier seg om en behandling som en har rett til i eget land – og dersom en har fått forhåndstillatelse til det fra eget helsevesen. En slik tillatelse skal gis hvis behandling innenlands ikke kan oppnås innen en frist som er ”*medisinsk forsvarlig*”. Utgiftene skal i så fall dekkes av ens eget helsevesen.

Hva er et sykehus? Det finnes ingen europeisk definisjon for sykehus eller sykehustjenester. I direktivforslaget er sykehustjeneste noe som krever en overnatting - definisjon som i framtiden kan åpne muligheten til spekulasjon.

Forslaget til direktiv går enda lenger enn EF-domstolen har gjort. EU-kommisjonen ville helst ha vekk kravet om forhåndstillatelse for å få til en ordning med fullstendig fritt sykehusvalg. Men en del regjeringer, blant annet den britiske og den danske, ville ikke godta det. De mente at forhåndsgodkjenning av sykehusbehandling utenlands er nødvendig for å bevare budsjettbalansen i helsevesenet, for å sikre kvaliteten på helsetjenestene og for å oppnå et mest mulig likeverdig helsetilbud til alle borgere.

Dette har full støtte fra arbeidsgiverorganisasjonen for europeiske sykehus (HOSPEEM). Denne organisasjonen – der SPEKTER er med fra norsk side – går inn for at det fortsatt må kreves forhåndstillatelser for all sykehusbehandling utenlands: ”*Det trengs for å kunne styre finansieringen av de nasjonale helsetilbudene, for å planlegge hvordan helsetjenestene skal ytes og for å forvalte helsearbeiderne.*”

Fagforbundet er enig med regjeringen om at ”muligheten for å planlegge og kontrollere de offentlige helsetjenestene må trygges”, men at dette ikke blir ivarettatt i det foreslåtte direktivforslaget. Forhåndsgodkjenning er nødvendig for å styre finansieringen av de nasjonale helsetilbudene, men EU-kommisjonen har gått inn for et forslag som kun gir medlemsstatene mulighet til å kreve forhåndstillatelse hvis ”utstrømningen av pasienter” er så stor at den rammer budsjettbalansen eller evnen til å styre helsesektoren. Hvis det oppstår uenigheter er det EF-domstolen som har siste ordet, og denne domstolen er kjent for å dømme i markedsliberalismens favør.

Direktivet må betraktes med bakgrunn i tjenstedirektivet. Artikkel 5 i forslag til direktiv bekrefter medlemsstatenes grunnleggende ansvar for å organisere helsetjenester. Gjennom forslaget til direktiv vil svært ulike nasjonale helsetjenestesystemer komme i konkurranse med hverandre, og fri flyt av både helsetjenester og pasienter vil sette de nasjonale systemene under press.

Det er behov for en regulering. Det er ikke ønskelig at EF-domstolen alene utvikler politikk og rettsstilstand gjennom sine avgjørelser fra sak til sak.

Men, det foreliggende forslag til pasientrettighetsdirektiv er ikke svaret på utfordringene vi står overfor. Fagforbundet vil advare mot konsekvensene. Dersom dette direktivet implementeres, vil vi oppleve en torpedering av den nordiske velferdsmodellen.

Derfor må det være lov å spørre hvorfor kommisjonen legger fram dette forslaget nå, så kort tid etter at helse ble utelatt fra tjenstedirektivet. Hva er kommisjonens hensikt, når de nå legger frem et tungt direktivforslag for å regulere området som angår bare en prosent av sykehuspasientene i Europa?

Hovedutfordringen i forhold til forslaget til pasientrettighetsdirektiv er direktivets manglende tydelighet og presisjonsnivå. Direktivet er svært utydelig sett opp mot mange sentrale spørsmål som f.eks. nasjonal styring i forhold til etableringsretten. I dag er dette et system underlagt nasjonal kontroll. Innenfor de nasjonale rammer står det de enkelte land fritt å beslutte hvem som skal tilby helsetjenester, og på hvilke vilkår. Direktivet etterlater et tomrom hva gjelder dette. I sin ytterste konsekvens kan direktivet, sett sammen med tjenstedirektivet, åpne for den frie etableringsrett.

Det er videre heller ikke klart hvorledes direktivet skal harmoneres med nasjonale regler om innbyggernes tilgang til helsetjenester i eget land. Direktivet omhandler kun retten til refusjon av utgifter i forbindelse med gjennomført behandling i annet land. Dersom direktivet, rett forstått, gjennomfører den frie etableringsretten så vil det være diskriminerende om innbyggerne i den enkelte land ikke har samme tilgang til helsetjenester i sitt eget land som innbyggere i annet EU-land. Dette vil igjen kunne tvinge det norske helsevesen til å utbetale refusjon for gjennomførte helsetjenester ved privat helseinstitusjon i eget land, som i utgangspunktet ikke var omfattet av en refusjonsordning. Dersom direktivet åpner for en slik praksis vil det offentliges utføreransvar kunne opphøre. Innenfor disse rammer vil det offentliges befatning med innenlandsk helsevesen muligens bli redusert til å omfatte kontroll og refusjon.

Ut fra et juridisk perspektiv er hovedankepunktet mot direktivet det store tolkningsrommet som oppstår. Det er åpenbart at direktivet mener å gjennomføre de fire friheter innenfor helseområdet, og direktivet må leses med dette som en overordnet ramme. Nasjonale inngrep i de fire friheter som ikke er hjemlet i direktivet vil således åpne for et stort erstatningsansvar for den norske stat. Potensialet for at direktivet åpner for nye, og helt utilsiktede virkninger er overhengende.

Direktivet ser heller ikke hen til arbeidsvilkår og arbeidssituasjon for de arbeidstakere som skal utføre de aktuelle helsetjenester. Direktivet legger opp til et nytt europeisk helsemarked basert på markedsøkonomiske prinsipper. Det er nærliggende å anta 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, noe som igjen vil kunne gå ut over kvaliteten på de tjenester som tilbys. Tilsvarende vil også sosiale ordninger måtte tåle sammenligninger på tvers av landegrensene. Dette kan medføre uheldige konsekvenser i form av nedbygging av anerkjente sosiale rettigheter. Særlig der dette setter allment anerkjente tariffavtalte rettigheter under press. Avtaler inngått mellom partene i arbeidslivet, og som det råder bred konsensus om. Vi er bekymret for utviklingen særlig når dette direktiv sees i sammenheng med tjenstedirektivet. Vi ser en fare for at en innføring av pasientrettighetsdirektivet og tjenstedirektivet åpner for sosial dumping.

Da direktivet etterlater flere spørsmål enn svar er det derfor helt sentralt at direktivet får en lagt strammere språkdrakt, og at grensene for direktivet klart angis. Deretter må det gjennomføres en meget detaljert og spesifikk konsekvensutredning før det er mulig å gi konkrete innspill.

Europakommisjonens forslag til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester er sendt ut som en orienteringssak. Sakens karakter krever en mye grundigere behandling enn det fra departementets side er lagt opp til, etter Fagforbundets syn er det derfor nødvendig med en vanlig høringsprosedyre på forslaget. Vi oppfordrer norske myndigheter til å kreve full konsekvensutredning av forslaget. Konsekvenser for pasientene, for arbeidstakerne og for de nasjonale helsesystemene.

Fagforbundet mener at en av grunnpilarene i den norske velferdsstaten er et sterkt offentlig helsevesen. Helsetjenester skal aldri bli en handelsvare, foreliggende forslag til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester for Europa ivaretar ikke det som skal til for å opprettholde nasjonale systemer. Fagforbundet kan derfor ikke gå inn for forslaget slik det foreligger.

For øvrig viser vi til vedlagte kommentarer (svensk versjon) til direktivforslaget utarbeidet av European Federation of Public Service Unions (EPSU)

Med hilsen
FAGFORBUNDET

Jan Davidsen (s)
forbundsleder

Gerd Kristiansen (s)
1. nestleder

Vedlegg: Uttalelse fra EPSU til direktivforslaget
Kopi: Landsorganisasjonen i Norge