

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011
0031 Oslo

Deres ref:
Vår fil:B08AA-024
Vårt arkiv:402
Saksbehandler: A. Aarnes

Oslo 01.12.08

Forslag til EU direktiv om pasientrettigheter i forbindelse med grensekryssende helsetjenester

FFO viser til høringsbrev om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester, og vil i den anledning kommentere det foreliggende direktivforslaget som er fremmet av EU kommisjonen.

Innledning

EU kommisjonen la 2. juni 2008 frem et forslag om pasientrettigheter i forbindelse med grensekryssende helsetjenester for det Europeiske råd og EU parlamentet. Dette posisjonsnotatet har til hensikt å redegjøre for de viktigste forslagene og mulige konsekvenser sett ut i fra FFOs ståsted og vår holdning/kommentar til disse.

Hensikten med å lage et direktiv i forhold til grenseoverskridende helsetjenester er å lage et rammeverk som skal regulere borgernes rettigheter til å kunne motta helsetjenester i et annet medlemsland enn der en er bosatt. Dette vil innebære en rett til å få dekket kostnadene for behandlingen på visse vilkår. Selve grunnlaget for å lage et direktiv ligger i EU traktaten om fri bevegelse av varer, tjenester og personer. Derneft har mange enkeltsaker knyttet til krav om refusjon for behandling utført i et annet medlemsland, vært prøvet for EF domstolen. Resultatene av disse domsavsigelsene har medført et behov for å legge et rammeverk for hvordan grensekryssende helsetjenester skal reguleres innen EU/EØS.

Borgernes rettigheter til å motta helsetjenester i et annet medlemsland har noen begrensninger og vilkår knyttet til seg i forslag til direktiv som vi vil kommentere nærmere. Direktivet åpner i prinsippet for at pasienter kan benytte seg av enhver helsetjeneste i et annet medlemsland, dersom denne tjenesten også leveres i hjemlandet. Utgiftene inntil det beløp behandling koster i hjemlandet vil da kunne bli refundert.

Formålet med direktivet

Selve formålet med direktivet er å sikre en klar ramme for grenseoverskridende helsetjenester i EU/EØS. Det er behov for å fjerne hindringer for den frie bevegelse av helsetjenester slik det fremgår i direktivet. I følge direktivet skal pasientene sikres klare opplysninger som gir mulighet til å treffe informerte valg om helsetjenester som blant annet knytter seg til:

- Helsetjenestenes kvalitet og sikkerhet.
- Kontinuitet i behandling som utføres av forskjellig helsepersonell og institusjoner.
- Ordninger som sikrer klageadgang og erstatning for skader forårsaket ved mottakelse av helsetjenester.

Den enkelte nasjon er ansvarlig for levering og tilrettlegging av nødvendige helsetjenester i eget land, og hvilke refusjonsordninger som skal gjelde. Direktivforslaget endrer ikke disse forutsetninger. Direktivets formål er også å sikre at helsetjenestene utføres etter felles prinsipper, og at det gjelder klare kvalitets- og sikkerhetsstandarder for alle helsetjenester.

Refusjon for helsetjenester levert i annet medlemsland

Selve refusjonsspørsmålet og hvordan dette skal komme til anvendelse er sentralt i direktivforslaget. I prinsippet åpner direktivet for at refusjon skal ytes ved behandling i utlandet så fremt tjenesten også ytes i hjemlandet. Direktivet fastslår også at det må skapes klarhet i hvilke rettigheter pasientene har i forhold til refusjon.

Det er som nevnt bare helsetjenester som ellers vil ha blitt ytt i hjemlandet, der pasientene kan påregne refusjon for behandling i utlandet. Dette betyr at visse vilkår må være oppfylt. Her er direktivet for så vidt klart, men hvordan ordningen i praksis skal fungere er opptil det enkelte land.

FFO mener det er viktig at det etableres systemer og prosedyrer som gir klarhet og forutsigbarhet for pasientene om den enkelte vil kunne påregne refusjon eller ikke for en gitt behandling. Den normale prosedyre i dag er undersøkelse og vurdering av fastlege som henviser til videre vurdering i spesialisthelsetjenesten, som så i samarbeid med pasienten beslutter hvilken behandling som er aktuell. Når pasienten er vurdert for behandling kan vedkommende velge hvor dette skal skje (fritt sykehusvalg). FFO mener at prinsippene om fritt sykehusvalg må inkluderes i rettighetene knyttet til behandling i utlandet. Ved bruk av normale prosedyrer for vurdering av sykehusbehandling i Norge bør dette gi automatisk refusjon dersom pasienten velger å få behandlingen i et annet EU/EØS land.

Hvilke problemstillinger ser FFO?

Det er imidlertid nødvendig å problematisere noen forhold knyttet til behandling i utlandet og retten til å få refundert utgiftene. En kan tenke seg en situasjon der en pasient har fått henvisning til spesialist, og blir vurdert som behandlingstrengende, men kommer ikke inn under kategorien rettighetspasient med fastsatt tidsfrist for når behandlingen gjennomføres. En slik pasient vil slik FFO tolker direktivet, allikevel kunne få refusjon for behandling i annet EU land umiddelbart. Dette vil kunne

utfordre de norske prioriteringsprinsippene. Selv om behandlingen ikke legger direkte beslag på ressurser som påvirker prioriteringen i helsetjenesten i Norge, vil det kunne være behov for oppfølging av pasienten når denne returnerer til Norge. Et slikt tilfelle kan forskyve høyere prioriterte grupper som havner lenger ned på prioriteringslisten. Slik vil vedkommende som trenger eventuell etterbehandling og oppfølging utfordre prioriteringsprinsippene.

Slik FFO tolker EU direktivet vil det også kunne åpne for at pasienter kan ta direkte kontakt med spesialist i et annet land uten å gå veien om henvisningssystemet i Norge for å få behandling. Det er behandlende lege, henvisningsreglene og kapasiteten i det landet pasienten søker behandling som avgjør om pasienten får behandling. Det er hjemlandet som avgjør spørsmålet om refusjon for behandlingen. En slik tolkning gir mulighet for en omgåelse av helsetjenestens prioritering av pasienter. Sett i lys av at pasienter kanskje trenger medisinsk oppfølging i Norge etter endt sykehusbehandling i utlandet, vil også dette kunne nedprioritere pasienter som ellers ville være prioritert foran.

En viktig problemstilling er å vurdere hvilke ansvar og forpliktelse for oppfølging og etterbehandling norsk helsetjeneste skal ha i forhold til pasienter som har valgt behandling i et annet EU land. I utgangspunktet er det landet der behandlingen er utført som har det medisinske oppfølgingsansvaret for pasientene, men en kan ikke forvente at pasienter skal oppholde seg i utlandet i lange perioder for å få nødvendig oppfølging og etterbehandling.

Selv om det er helsetjenesten i landet behandlingen har foregått som har ansvaret for oppfølging og etterbehandling av pasientene, må det landet hvor pasientene bor ta et ansvar for egne pasienter som er behandlet i utlandet. Dette mener FFO er avgjørende dersom pasientene skal ha en reell mulighet til å velge behandling i andre land. FFO mener at det må utvikles systemer og avtaler mellom medlemslandene som sikrer at den enkelte pasient får nødvendig oppfølging og etterbehandling i hjemlandet, noe annet ville være uforsvarlig. FFO mener at EUs ministerråd og EU parlamentet må sikre at disse hensyn ivaretas i direktivet.

Forhåndsgodkjenning av behandling

EU direktivet legger ikke til grunn at det skal innhentes forhåndsgodkjenning for å få rett til refusjon for behandling i et annet EU land. Vilåret er knyttet til at tilsvarende behandling også gis i Norge. Dette betyr i prinsippet at alle som ønsker det står fritt til å velge sin behandling utført i hvilket som helst av EØS landene. Slik FFO vurderer det, styrker dette pasientenes rettigheter til selv å velge behandlingsland.

Imidlertid reiser det noen problemstillinger i forhold til den enkeltes evne til å legge ut for kostnader for behandling. Slik det legges opp til må den enkelte pasient som velger å benytte seg av behandling i utlandet selv legge ut for kostnadene, og må så i etterkant søke om refusjon (kun behandlingskostnadene). Dette vil favorisere de som har økonomisk evne til å legge ut for slike kostnader, mens de som ikke har en slik mulighet ikke vil kunne benytte seg av et eventuelt behandlingstilbud.

Dette vil utfordre helt grunnleggende prinsipper i norsk helsevesen om lik tilgang til helsetjenester uavhengig av økonomisk evne. Slik FFO ser det vil en ordning der

pasienten selv legger ut for behandlingen før til at noen blir utstengt fra å kunne nyttiggjøre seg grenseoverskridende helsetjenester. Det er nødvendig å finne ordninger som kan ivareta de som ikke har økonomisk evne til selv å legge ut for kostnadene.

FFO mener at den begrensede adgangen til kreve forhåndsgodkjenning i utgangspunktet er en fordel for pasientene. Dette gir mulighet for rask behandling uten å gå veien om det norske henvisningssystemet. Dette vil være en god ordning for grupper som er i en situasjon der de kan betale for behandlingen og kalkulere med å få refundert utgiftene i etterkant.

Det vil imidlertid være pasienter som ønsker behandling i utlandet som ikke har økonomisk evne til å legge ut for behandlingskostnadene, eller langt mindre kunne ta en risiko i forhold til kanskje ikke få refundert utgiftene. I et slikt perspektiv mener FFO at det må etableres en eller annen form for forhåndsgodkjenning eller refusjonsgaranti. I tilknytning til en forhåndsgodkjenning eller forhåndsgaranti bør det etableres en ordning der oppgjøret for behandlingen kan gjøres mellom behandlingsstedet og pasientens hjemland slik at det blir unødvendig å pålegge pasientene å legge ut for behandlingen selv. En slik ordning vil kunne medvirke til at flere vil kunne benytte muligheten til behandling i utlandet.

For å understreke behovet for å finne ordninger som gjør at alle skal ha lik rett til behandling uavhengig av økonomisk evne, vil FFO vise til St.meld.nr.20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, hvor regjeringen har som uttalt mål å bygge ned sosiale helseforskjeller. Dersom dette skal være en styrende politisk målsetting er det nødvendig at alle gis lik mulighet til behandling, også i utlandet.

Begrensninger i retten til refusjon

Direktivet griper ikke inn i det enkelte medlemslands måte å finansiere eller organisere egne helsetjenester på. Direktivet vil heller ikke i sin alminnelighet utfordre dette forhold, men hensynet til planlegging, budsjettering og dimensjonering av helsetjenester gir det enkelte land mulighet for å begrense retten til grenseoverskridende helsetjenester gjennom å innføre en eller annen form for forhåndsgodkjenning. Slike begrensninger i rettighetene skal være begrunnet ut i fra særlige allmenne hensyn. Det vil med andre ord si at det må kunne dokumenteres at det foreligger slike tvingende allmenne hensyn, dersom rettigheter i forhold til grensekryssende helsetjenester skal kunne begrenses.

I Kommisjonens forslag avgrenses retten til å refusjon til at den behandlingen som søkes i et annet medlemsland også må tilbys i pasientens hjemland. FFO mener at en slik avgrensning kan åpne for ulike fortolkninger i det enkelte land. Det er slik at metoder og behandlingsformer kan være godkjent allment akseptert i et land, mens de samme metodene og behandlingsformene kan betraktes som eksperimentell og utprøvende behandling i et annet land.

Slik FFO tolker det, så kan ikke norske myndigheter avvise retten til refusjon med henvisning til at metoden som brukes anses som eksperimentell eller utprøvende, dersom den er internasjonalt vitenskaplig dokumentert og anerkjent internasjonalt, og at den er godkjent i behandlingslandet. Allikevel vil det oppstå situasjoner der det kan oppstå diskusjon eller tvil om hvorvidt hjemlandet gir en gitt behandling eller ikke.

FFO mener at dersom behandlingen metoden er vitenskapelig anerkjent og godkjent som behandlingsform i det landet behandlingen mottas, kan ikke et annet land legge nasjonale tolkninger til grunn for å hevde at det dreier seg om eksperimentell eller utprøvende behandling, for å kunne begrense retten til refusjon. Dette bør framgå av direktivet.

Hva er sykehustjenester?

Det finnes i følge kommisjonen ingen enhetlig definisjon av sykehusbehandling innen EØS området. Dette kan medføre at medlemslandene kan fortolke prinsippene om fri bevegelse av helsetjenester forskjellig, og at dette kan utgjøre en hindring.

Kommisjonen har derfor foreslått en fellesskapsdefinisjon for sykehusbehandling som sier at sykehusbehandling er det samme som sykehusinnleggelse, som igjen betyr behandling som krever minst en overnatting på sykehus. Kommisjonen mener imidlertid at det er hensiktsmessig å betrakte andre former for helsetjenester som sykehusbehandling. Dette kan være tjenester som krever spesialisert og kostnadskrevenne medisinsk infrastruktur eller medisinsk utstyr, eller innbærer behandlinger som utgjør særlig stor risiko for pasienter eller befolkning. Kommisjonen foreslår at den kan fastlegge og regelmessig ajourføre liste over behandlinger av denne type sykehustjenester.

FFO mener at det bør nedfelles en mer detaljert beskrivelse av sykehusbehandling enn det som Kommisjonen gir. Hvordan skal for eksempel rehabilitering klassifiseres i tolkningen av direktivet? I den forbindelse vil FFO vise til at det er de Regionale helseforetakene som i dag inngår avtaler med opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene. I henhold til vår definisjon inngår dermed spesialisert rehabilitering som en del av sykehusbehandlingen. Direktivet angir en ramme, men innenfor rammen vil det nok være ulike tolkninger av hva sykehusbehandling skal være. FFO mener at spesialisert rehabilitering må inngå i tolkningen av hva som er sykehusbehandling.

Pasientinformasjon

FFO mener god informasjon til pasientene om deres rettigheter til behandling i andre EØS land er særdeles viktig. Pasientene må få tilgang til informasjon om muligheter og begrensninger ved å velge å få helsetjenester i et annet land. Informasjonen må inneholde alle viktige aspekter ved grensekryssende helsetjenester være transparent og lett å forstå for alle.

Kommisjonen foreslår at det etableres nasjonale kontaktpunkter som skal gi nødvendig informasjon om grensekryssende helsetjenester. Slike nasjonale kontaktpunkter skal gi pasientene informasjon om mulighetene for behandling i utlandet. Det skal også i en viss utstrekning kunne bistå med praktisk hjelp for å kunne benytte seg av slike tjenester. Slike kontaktpunkter mener FFO vil kunne imøtekomme pasientens behov for nødvendig informasjon.

Samarbeid om helsetjenester

Kommisjonen viser til drøftingene som de europeiske helseministre hadde rundt temaet pasientmobilitet. Der ble det trukket fram at det ligger et stort potensial i en

mer samordnet innsats på helseområdet. Det som trekkes frem som mulig å samarbeide om er:

- Felles planlegging, gjensidig anerkjennelse eller tilpasning av prosedyrer og standarder.
- Samordning av nasjonale IKT systemer.
- Praktiske ordninger for å sikre kontinuitet i behandlingen.
- Praktiske ordninger for helsepersonells uøvelse av grenseoverskridende helsetjenester på midlertidig eller permanent basis.

Kommisjonen mener det kan oppnås store besparelser på de enkelte medlemslands helsebudsjetter, dersom en får til grenseoverskridende samarbeid på disse områdene.

FFO mener at økt samarbeid mellom medlemsstatene vil i prinsippet være positivt både for pasientene og for helsetjenesten. Imidlertid er det såpass store ulikeheter mellom medlemslandene at det vil være en betydelig utfordring å få til samarbeid på disse områdene. Men dersom grensekryssende helsetjenester skal bli et nyttig supplement til befolkning er det nødvendig å få til et godt samarbeid mellom medlemslandene.

FFO vil trekke fram IKT område som eksempel. Dette området reiser mange tekniske og personvernsmessige problemstillinger som er kompliserte, og som gjør at felles kommuniserende IKT systemer i forhold til journal og pasientopplysninger sannsynligvis vil ligge et godt stykke ut i fremtiden. Kommisjonen fastslår at dersom det skal være sammenheng i grenseoverskridende helsetjenester, er det nødvendig å utveksle personopplysninger om pasientenes helsetilstand. Det legges til grunn at slike personopplysninger skal kunne sendes fritt fra en medlemsstat til en annen. Dette er ikke umiddelbart enkelt å få til med landenes ulike tilnærming til blant annet personvern. På standardisering og prosedyresiden derimot er det utvilsomt mye å hente i forhold til samarbeid.

Et samarbeid mellom medlemsstatene åpner også for muligheten for samordning av behandling og forskning på sjeldne lidelser. Det kan være hensiktsmessig med nært samarbeid i forhold til sjeldne lidelser hvor det på europeisk nivå kan skapes forsknings- og behandlingsmessige kraftsentra. Det vil være i de i disse pasientgruppens interesse at det drives forskning og behandling på tvers av landegrensene, med de muligheter for større pasientpopulasjoner dette gir. Det må imidlertid tilføyes at oppfølgingen av den enkelte i hjemlandet skjer i henhold til og i samarbeid med den institusjonen pasienten er behandlet. Dette er spesielt viktig for gruppe som har sjeldne diagnoser.

En kan se for seg etablering av høyspesialisert kompetanse ved ett eller flere sentra som kan benyttes av alle medlemslandene.

”Helseturisme”

En følge av direktivet vil utvilsomt være at det åpner seg et marked der aktører vil tilby helsetjenester til ulike pasientgrupper. Dette kan være helsetjenester som ikke nødvendigvis er høyt prioritert, men som gjennom direktivforslaget kan gi pasientene rett til refusjon.

Dette kan bidra til å øke etterspørselen etter helsetjenester og vil kunne utfordre prioriteringsprinsippene. Dette vet man jo foreløpig lite om, men det man vet er at det er aktører, også norske, som allerede posisjonerer seg i forhold til et direktiv om grensekryssende pasientrettigheter og derigjennom økt pasientmobilitet.

Direktivet vil kunne åpne for mulighetene for kommersielle helseaktører til å skumme fløten, gjennom å tilby helsetjenester for relativt enkle uprioriterte tilstander. Dette kan igjen gi press på den nasjonale helsetjenesten som kan gå utover prioriterte pasienter. FFO mener dette er en side av grensekryssende pasientrettigheter som trengs å drøftes nærmere, men som Kommisjonen ikke berører i sitt forslag til direktiv.

Konklusjon

Direktivet om grensekryssende pasientrettigheter gir uten tvil norske pasienter utvidede muligheter til å søke behandling i et annet land. FFO mener at dette i utgangspunktet er positivt. FFO vil i denne forbindelse fremheve det faktum at mange reiser mye og bor deler av året i utlandet og det kan da være praktisk å få utført behandling i det landet en oppholder seg. Selv om det fra 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. Dette er forhold som etter FFOs mening må vurderes nærmere før direktivet vedtas og implementeres.

FFO mener videre, at EØS landene må finne samarbeidsløsninger som sikrer nødvendig etterbehandling og oppfølging av pasienter i hjemlandet. En kan ikke forvente at pasienter kan oppholde seg i utlandet i lang tid etter at behandlingen er avsluttet.

FFO er også opptatt av at Norge må finne løsninger knyttet til den enkeltes forskuttering av utgifter til behandling, gjennom å gi en form for forhåndsgodkjenning eller refusjonsgaranti. Dette vil kunne styrke muligheten for mer lik tilgang til grensekryssende helsetjenester og forhindre grep som forsterker sosial ulikhet til helsetjenester.

FFO vi er videre opptatt av at det er gode og forsvarlige systemer for sikring av personopplysninger og helseopplysninger og pasientene får lett tilgang til god og nødvendig informasjon om rettighetene og konsekvensene av disse.

Med vennlig hilsen

FUNKSJONSHEMMEDES FELLESGRUPPE

Margaret S. Ramberg/s
Leder

Liv Arum
generalsekretær