

Tjenestedirektivet og helsetjenestene

Hvis Norge avviser tjenestedirektivet i EØS, vil det sette stramme rammer for hva slags helsedirektiv som kan bli godtatt fra norsk side.

Nr. 7, april 2008

Både offentlige og private helsetjenester er unntatt tjenestedirektivet - uansett hvordan de er organisert eller finansiert. Dette går fram av artikkel 2.2f i tjenestedirektivet:

«2. Dette direktiv kommer ikke til anvendelse på følgende virksomheter:

(...)

f) helsetjenester, uansett om de ytes via helseinstitusjoner, og uansett hvordan de er organisert og finansiert på nasjonalt plan eller om de er offentlige eller private».

Teksten er hentet fra rapporten Tjenestedirektivet og de offentlige tjenestene, skrevet av en arbeidsgruppe ledet av Dag Seierstad og utgitt av Fagforbundet.

Kategori: EØS

Fra fortalen:

«(22) Ekskludering av helsetjenesten omfatter helsetjenester og farmasøytiske tjenester som ytes av helsepersonell til pasienter for å vurdere, vedlikeholde eller gjenopprette deres helsetilstand i de tilfeller der disse virksomhetene er reservert for lovregulert helsepersonell i den medlemsstat der tjenestene ytes.»

Stikkord:

- Tjenestedirektivet
- Offentlig sektor
- Helsetjenester

EU-kommisjonen har spesifisert dette unntaket slik:

«Dette betyr, at tjenesteydelser, som ikke utføres for en pasient, men for sundhetspersonalet selv eller et hospital, f.eks. regnskabsassistanse, rengjøring, sekretær- og administrasjonsbistand, levering og vedlikeholdelse af medicinsk utstyr samt ydelser leveret af medicinske forskningscentre, ikke er omfattet af denne udelukkelse.

Desuden gælder udelukkelsen ikke serviceydelser, som ikke er beregnet til at vedlikeholde, vurdere eller genetablere patienternes sundhedstilstand. F.eks. serviceydelser, der udføres med henblik på at tilvejebringe velvære eller afstresning som idræts- eller fitnesscentre, er omfattet af tjenesteydelsesdirektivet og skal dækkes ind af gennemførelsesforanstaltninger.

Endvidere dækker udelukkelsen af sundhedsydelser kun serviceydelser, som er forbeholdt et lovregulert erhverv i den medlemsstat, hvor tjenesteydelsen leveres. Tjenesteydelser, der kan leveres uden krav om specifik erhvervsmæssig kvalifikation, skal således være dækket ind af gennemførelsesforanstaltninger».¹

Bakgrunn:

Tjenestedirektivet ble vedtatt av EU i desember 2007. EU- og EØS-landene har frist for å gjennomføre direktivet innen 2010. Norge kan, i motsetning til EUs medlemsland, si nei til tjenestedirektivet ved å bruke vetoet i EØS-avtalen.

Formålet med EUs tjenestedirektiv er å øke handelen med tjenester på tvers av landegrensene. En tjeneste er ifølge EU all økonomisk virksomhet som ikke er omsettelige varer. Tjenestemarkedet utgjør omlag 70 prosent av bruttonasjonalproduktet i EU og EØS. Derfor har tjenestedirektivet så stor betydning for veldig mange.

Direktivet er en oppfølging av Lisboa-strategien, vedtatt av EU i mars 2000, hvor det heter at EU skal bli «den mest konkurransedyktige og dynamiske kunnskapsbaserte økonomien i verden» innen 2010. Da må konkurransen om tjenester øke og lønningene presses ned. Et omstridt tema i tjenestedirektivdebatten er hva direktivet vil bety for de offentlige tjenestene.

Regjeringen tok i sin «posisjon», som ble sendt EU 24. mai 2006, til orde for at direktivet måtte få en definisjon av helsetjenester – og at denne definisjonen ikke måtte begrense tjenestene til det som blir utført av helseprofesjonene: «Regarding the exclusion of health care services from the scope of the directive, we propose that a definition of health care services is included in the directive. The definition should not restrict the exclusion to activities that are reserved to a regulated health profession in the Member State in which the services are provided.»

Det er ikke kjent at noen slik definisjon er blitt gitt.

Om arbeidet med et eget helsedirektiv

Både offentlige og private helsetjenester ble unntatt fra tjenestedirektivet under parlamentsbehandlingen i februar 2006, og mange hilste dette unntaket velkommen. Men EU-kommisjonen meldte raskt at den ville forberede et eget direktiv om grensekryssende helsetjenester.

I september 2006 sendte Kommisjonen så ut på høring et uformelt diskusjonsnotat om hva som kunne være innholdet i et helsedirektiv. I høringsuttalelsen fra den norske regjeringen er det ingen prinsipielle motforestillinger mot at norsk helsevesen underlegges et EU-direktiv. Det stilles riktig nok en serie vilkår som også andre regjeringer kan ha stilt. Enkelte av dem er nok i strid med hva EU-kommisjonen ønsker med direktivet, men samtidig er

de såpass generelt formulert at de er lite bindende.

Her er noen eksempler:

- mulighetene for å planlegge og kontrollere de offentlige helsekostnadene må trygges,
- norske prioriteringer mellom pasientgrupper må ikke undergraves,
- kvaliteten på helsetjenestene må sikres,
- helsetilbudet i tynt befolkede områder må opprettholdes,
- medlemsstatene må sjøl avgjøre hva som er passende og etisk forsvarlig behandling,
- økt pasientmobilitet må ikke føre til større sosial ulikhet i tilgangen til helsetjenester,
- det må ikke bli slik at bare de mest ressurssterke pasientene kan nyte godt av helsetjenester i utlandet,
- kvinners helse og kvinnesjukdommer må gis tilstrekkelig oppmerksomhet i forslaget fra EU-kommisjonen, og
- friheten til å yte helsetjenester og til å etablere seg i et annet land må ikke bety rett til å få offentlig støtte fra dette landet.

Seniorrådgiver Jørn Petter Kvamme i Helse- og omsorgsdepartementet innrømmet overfor Nationen at reglene for fri flyt av tjenester setter grenser for norsk helsepolitikk: *«Men vi vet ikke akkurat hva de grensene er. I departementet må vi spørre hva vi skal gjøre for at ESA ikke skal komme etter oss».*

Erik Orskaug i UNIO sier det slik: *«Hvorvidt det legges opp til omkamper på områder som kan føre til sosial dumping av lønns- og arbeidsvilkår og en svekkelse av arbeidsrettens stilling i forbindelse med handel med helsetjenester eller nye regler om gjensidig godkjenning av ervervsmessige kvalifikasjoner, gjenstår å se.»*²

EU-kommisjonen har flere ganger utsatt fremleggelsen av et forslag til helsedirektiv – antakelig fordi det var for stor motstand fra enkelte regjeringer mot de perspektivene som ble trukket opp i diskusjonsnotatet. Kommisjonen har nå varslet at den vil legge fram et direktivforslag i juni.

Overfor disse regjeringene har EU-kommisjonen et sikkert trumfkort. Det er EF-domstolen. Denne domstolen har siste tiåret tvunget i gjennom en rettstilstand på helseområdet på tvers av hva de fleste regjeringene har stått for.

Når EF-domstolen skyver det politiske demokratiet til side

EF-domstolen fastslo alt i 1979 at hvis legebekostnader i en annen medlemsstat *«var mer effektiv»* enn den pasientens hjemland kunne tilby, skulle utgiftene til behandlingen refunderes som om behandlingen hadde foregått innenlands.

Dermed var det åpnet for fritt lege- og sjukehusvalg over hele EU – i en situasjon der få EU-land hadde en slik ordening innen sine egne grenser. Konsekvensen måtte bli at EU-statene – den gang var de ni – raskest mulig måtte harmonisere ikke bare helseforsikringen, men også viktige deler av helsepolitikken. Ellers ville det forrykke all balanse mellom statene og undergrave styringen av den nasjonale helsepolitikken.

Men fritt valg over hele EU ble det ikke. Ikke da. Regjeringene gikk samstemmig inn for at de lovreglene som EF-domstolen baserte dommen på, måtte endres. I 1981 vedtok Ministerrådet – enstemmig – at nasjonale myndigheter kunne godkjenne legebekostnader i andre EU-land bare hvis det var administrativt og medisinsk nødvendig – og bare hvis behandlingen var del av det nasjonale behandlingstilbudet. Dermed var helsepolitikken fortsatt et nasjonalt anliggende – i nesten tjue år.

Men i 1998 fikk EF-domstolen sjansen på nytt i forbindelse med en ny rettssak. Domstolen fastslo at EU-reglene om fri bevegelse av varer og tjenester også måtte legges til grunn for den nasjonale helsepolitikken, og nå kunne ikke regjeringene svare med lovendring. For nå valgte EF-domstolen å hente domspremissene fra EF-traktaten – i de grunnleggende prinsippene om fri bevegelse av varer og tjenester. Disse prinsippene kunne bare endres hvis alle regjeringene var enige om det – og det var de ikke lenger. De var blitt 15 i tallet, og det var stadig vanskeligere å mønstre full enighet.

Ti regjeringer engasjerte seg likevel og var enige om at sjukehusbehandling ikke var å oppfatte som en tjeneste av det slag som EF-traktatens artikkel 50 handler om, blant annet fordi det dreide seg om en gratistjeneste som det ikke var noe marked for. Dette var EF-domstolen ikke enig i. Den fastslo at alle helsetjenester faller inn under

artikkel 50, og dermed under prinsippet om fri bevegelse av tjenester.

Slik har det fortsatt. Med nye dommer i 2001 og i 2003 har EF-domstolen skritt for skritt tvunget fram en situasjon der EU-statene må finne fram til en stadig tettere samordning av den helsepolitikken de har ført – til nå hver i sitt land.

Hva er så koblingen til tjenstedirektivet?

En kobling er åpenbar. Når tjenstedirektivet først er vedtatt, er faren stor for at prinsippene fra dette direktivet slår inn også på helsesektoren (se rapporten *Tjenstedirektivet og de offentlige tjenestene* del 9 eller faktaark nr 8 2008 om hvordan tjenstedirektivet skal brukes som modell for tjenester som er unntatt fra direktivet). Ved å ta helsesektoren ut av tjenstedirektivet håpet nok pådriverne bak direktivet at fagforeninger og brukerorganisasjoner fra denne sektoren ikke skulle gå tungt inn i kampen mot tjenstedirektivet. Det er viktig at det motsatte skjer i debatten om tjenstedirektivet her i Norge.

I EU har kampen mot tjenstedirektivet hatt betydning for hva slags helsedirektiv EU-kommisjonen kan se muligheter for å fremme. Hvis vi her i Norge kan få avvist tjenstedirektivet, vil det på tilsvarende måte sette stramme rammer for hva slags helsedirektiv som kan bli godtatt fra norsk side.

Noter

- 1) *Håndbog om gjennomførelsen av tjensteydelsesdirektivet – servicedirektivet*, EU-kommisjonen 2007, s.13-14.
- 2) Erik Orskaug: *Tjenstedirektivet – en oversikt*, UNIO 31.januar 2007.