



Helsedirektivet

Nei til EUs høringsuttalelse

Nei til EU arbeidsnotat nr. 2/2013



Innhold

Bakgrunn og høringsuttalelsens hovedmerknader	2
Direktivet er et unødvendig direktiv	3
Direktivet er med på å åpne opp for mer marked innen helsesektoren	4
Direktivet svekker nasjonal selvbestemmelse i helsesektoren. Økt makt til domstolen	7
Direktivet vil gi dårligere kvalitet på tjenestetilbudet og vil ramme pasienter i en utsatt situasjon	9
Avslutning og oppsummering	10

Helsedirektivet / pasientrettighetsdirektivet

EU har i flere omganger arbeidet med et helsedirektiv. Det direktivet som ble vedtatt i 2011, og som Norge nå skal ta stilling til i EØS, er kalt direktivet om pasientrettigheter ved grenseoverskridende helsetjenester (2011/24/EU). Kortformen er pasientrettighetsdirektivet, men det har også fått kallenavnet helsedirektivet.

Helsedirektivet – Nei til EUs høringsuttalelse

Nei til EU arbeidsnotat nr. 2/2013, januar 2013. Bestilling/nedlasting: www.neitileu.no.

Utarbeidet av Eva Marie Mathisen, kvinnepolitisk sekretær i Nei til EU.

Høringsuttalelsen er vedtatt av styret i Nei til EU 18. januar 2013.

Forsidebilde: Arkiv.

Bakgrunn og høringsuttalelsens hovedmerknader

Nei til EU takker for invitasjonen til å komme med svar på høringsnotatet om pasientrettighetsdirektivet som Helse- og omsorgsdepartementet sendte ut 16. oktober 2012.¹

Nei til EU har i flere år fulgt debatten om pasientrettighetsdirektivet, både i EU og i Norge. I det første utkastet fra EU-kommisjonen til tjenstedirektivet («Bolkesteindirektivet») fra 2004 var helsetjenester med som et av områdene for fri flyt av tjenester. Helsetjenester ble der likestilt med andre kommersielle tjenester. Men siden helsevesenet er organisert og finansiert svært ulikt i medlemslandene, og siden innføringa av et felles marked ville få store konsekvenser for landenes muligheter til å selv styre utviklingen i sektoren, ble motstanden så stor at helseområdet etter relativt kort tid ble tatt ut av tjenstedirektivet. Etter 2004 har EU-kommisjonen vist til dommene gjennom hele 1990-tallet om helsespørsmål og holdt fast på at helsetjenester skal være en del av det indre markedet. Flere forslag til direktiv har blitt lansert, skapt debatt og nedstemt i EU-systemet før EU i 2011 endelig fikk vedtatt dette direktivet.

Fordi vi har vært interessert i direktivet i flere år har også direktivet vært et politisk spørsmål i samarbeidsprosjektet som vi har med Fagforbundet. På oppdrag av Fagforbundet og Nei til EU har De Facto ved utreder Roar Eilertsen levert en rapport: «Mot et europeisk helsemarked» (rapport 9-2012).² *Nei til EUs hørings svar bygger i hovedsak på denne rapporten, som vi sterkt anbefaler departementet om å ta med seg i det videre arbeidet med direktivet.*

Under vil vi presentere våre merknader til høringsnotatet fra departementet.

Våre hovedmerknader er:

1. Direktivet er et unødvendig direktiv på et område der vi har gode ordninger fra før.
2. Direktivet er med på å åpne opp for mer marked innen helsesektoren i strid med viljen til stortingsflertallet.
3. Direktivet innskrenker den nasjonale handlefriheten innen helseområdet og i siste instans vil det være opp til EU-domstolen å bestemme viktige spørsmål innen den nasjonale helsepolitikken.
4. Direktivet vil gi dårligere kvalitet på tjenestetilbudet og særlig ramme pasienter i en utsatt situasjon.

¹ Høring - endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementeringa av pasientrettighetsdirektivet, 16.10.12, <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2012-2/horing---endringer-i-pasient--og-brukerr.html?id=704812>

² EUs pasientrettighetsdirektiv - mot et europeisk helsemarked, DeFacto-rapport 9 2012, http://www.neitileu.no/media/publikasjoner/arbeidsnotater/eus_pasientrettighetsdirektiv_mot_et_europeisk_helsemarked

Direktivet er et unødvendig direktiv

Både EU og Norge har i dag regler for grenseoverskridende helsehjelp. Personer som oppholder seg midlertidig (på besøk/ferie eller som arbeidstakere) i et annet EU/EØS-land har rett til nødvendig helsehjelp på hjemlandets regning. Man kan også bli henvist til gratis helsehjelp i utlandet, dersom nødvendig behandling ikke kan tilbys i Norge innen en medisinsk forsvarlig frist (som del av fristbruddgarantiordningen). *Det er viktig og rett å ha regler for grenseoverskridende helsehjelp, og på noen områder kan et samarbeid over grensene være hensiktsmessig. For enkelte pasientgrupper (sjeldne diagnoser) kan grenseoverskridende samarbeid innenfor helsesektoren være avgjørende for en god pasientbehandling, men for disse gruppene finnes det allerede gode ordninger.*

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 kostnadskrevenne medisinsk infrastruktur og medisinsk utstyr». *Definisjonen anses som upresis, og det forventes mange kontroverser rundt hva som faller innenfor og utenfor den.*

Dagens fristbruddgarantiordning gir pasienter rett til behandling i sykehus utenfor eget RHF-område (regionalt helseforetak) uten at man selv trenger å betale noe, dersom man ikke får behandling i «sitt» sykehus innen en medisinsk forsvarlig frist. Her trenger man ikke legge ut for behandlingen selv, og så kreve refusjon i ettertid. *Garantien er med andre ord langt bedre for pasientene enn det regelverket som foreslås i forbindelse med implementeringen av Pasientrettighetsdirektivet.* Forskjellen er at det i dagens fristbruddordning er HELFO (Helseøkonomiforvaltningen) som velger alternativ for deg, mens det i EUs helsemarked skal være valgfrihet for den enkelte.

Dagens ordning gir pasientene det helsetilbudet de trenger uten å måtte betale selv, og gir myndighetene rett til å velge hvilke sykehus man vil ha avtale med, basert på forhandlinger om kvalitet og priser.

Direktivet er med på å åpne opp for mer marked innen helsesektoren

I EUs helsemarked er det fri konkurranse om ditt valg. Dermed inviteres markedskreftene inn i hele den europeiske sykehussektoren. Og det offentlige pålegges å delta i finansieringen av det.

Private sykehus

Pasientrettighetsdirektivet utfordrer dagens norske system; at det offentlige skal ha frihet til å inngå avtaler, eller til *ikke* å inngå avtaler med private aktører i helsesektoren. I dag kan myndighetene ha styring med både omfang og kostnader, og man kan stille de krav til kvalitet, arbeidstakerrettigheter, mv. som ligger i dagens forskrift for offentlige anskaffelser. *Pasientrettighetsdirektivet innfrir ikke dette, og avskaffer i realiteten det offentliges avtalefrihet i forhold til private helsetilbydere.*

Etter at Pasientrettighetsdirektivet ble lagt frem av Kommisjonen i 2008 sendte den norske regjeringen den ut på høring til ulike aktører i helsesektoren. Der fremgår det at de fleste instansene stilte seg positive til at det kommer et regelverk for grenseoverskridende helsehjelp, men at man er skeptiske til hvordan dette ville gripe inn i nasjonale prioriteringer og til konsekvensene av et mer markedsbasert helsevesen. I et «posisjonsskriv» fra den norske regjeringen til det (den gang) svenske EU-formannskapet i 2009 argumenterte man for at rettigheter til sykehusbehandling i andre land burde begrenses til offentlige sykehus, eller til sykehus som har avtale med det offentlige trygdesystemet. *I det endelige direktivet er det ikke tatt hensyn til noen forslag om å innskrenke direktivets virkeområde.*

Spørsmålet er om Pasientrettighetsdirektivets bidrag til å utvide det europeiske helsemarkedet også vil øke det private sykehusmarkedet i Norge? Det er sannsynlig at private aktører vil trappe opp sin markedsføring og informasjon til pasienter om at de (på gitte vilkår) har rett til behandling i utlandet, betalt av det offentlige. Gitt at det er køer i de offentlige sykehusene, og pasientene er klar over at de har rett på behandling i utlandet, vil et utvidet, privat tilbud i Norge bli mer attraktivt. Regjeringen har (oktober 2012) fremmet forslag om å avvikle den gjeldende godkjenningsordningen for sykehus, for slik å gjøre det enklere å etablere private sykehus i Norge. Pasientrettighetsdirektivet kan gjøre det lettere for private sykehus å drive i Norge uten avtale med de regionale helseforetakene. *Det er et åpent spørsmål om en praksis hvor pasienter kan velge sykehus i utlandet, men ikke i Norge, vil «overleve» EU-jussens krav om ikke-diskriminering.*

Stykkprisfinansiering er markedsgjørende

Pasientrettighetsdirektivet pålegger medlemslandene å etablere objektive, kontrollerbare kriterier for prissetting av grenseoverskridende helsetjenester, slik at pasienter kan få refundert utgifter etter et forutsigbart og ikke-diskriminerende regelverk (Art. 7). Den norske regjeringen mener at det norske DRG (Diagnose Relaterte Grupper) og ISF (Innsatsstyrt finansiering)-systemet er godt egnet for prissetting av sykehusbehandling. Vi stiller spørsmålstegn ved dette. For det første at det slett ikke er ukontroversielt å bruke direktivet til «å låse seg til» DRG-systemet i enda sterkere grad. Bruken av DRG-systemet som økonomisk parameter og grunnlag for såkalt Innsatsstyrt Finansiering (ISF) har helt siden

starten i 1997 vært omstridt i norsk helsevesen. Det er liten tvil om at ISF-systemet representerer en markedsføring av spesialisthelsetjenesten. Sykehusene blir mer opptatt av hva «som lønner seg» enn hva som er medisinsk riktig å gjøre. *Når regjeringen velger å gå inn i det europeiske helsemarkedet med DRG-systemet som prismekanisme, er det en måte å låse oss til fortsatt bruk av et markedsdrivende og – i noen sammenhenger – misvisende finansieringssystem.*

På begynnelsen av 2000-tallet fikk Skottland overført kontrollen over helsesektoren fra regjeringen i London. Skotske myndigheter brukte makten til å avvikle markeds-eksperimenteringen i sektoren; DRG-systemet og foretaksmodellen ble skrinlagt og sykehusene ble igjen gjort til en del av den offentlige forvaltningen og underlagt demokratisk kontroll. I en analyse av Pasientrettighetsdirektivet for den skotske regjeringen konkluderte et forskersteam slik i 2008:

«Basert på det materialet som foreligger er Direktivet unødvendig for å sikre pasientmobilitet, og det representerer et nytt forsøk på å bringe helsetjenester inn under reglene for det indre markedet. Ved at det inkluderer private tilbydere og krever et nasjonalt prissystem har forslaget potensial til å øke tilknytningen til europeisk konkurranselovgivning og øke markedets rolle i helsesektoren. Det bør avvises.»

Mer marked gir større ulikheter mellom folk

I arbeidsmarkedssammenheng må Pasientrettighetsdirektivet analyseres i sammenheng med andre direktiver på området. EU-domstolens omdefinering av Utstasjoneringsdirektivet fra et minimums- til et maksimumsdirektiv, og vikarbyrådirektivets åpning for økt innleie og færre med fast ansettelse, gjør kampen mot sosial dumping vanskeligere i det europeiske arbeidsmarkedet. Ved utviklingen av et europeisk helsemarked vil markedskreftene trekke i retning harmonisering av lønns- og arbeidsvilkår. I norske sykehus er det gruppene nederst i hierarkiet (ufaglærte, helsefag- og andre fagarbeidere, m.v.) som mest sannsynlig vil oppleve sterkere konkurranse fra langt dårligere betalte arbeidere i andre land. Det skjer til dels via konkurranse med et lavere kostnadsnivå i konkurrerende land, men først og fremst gjennom at de kommersielle helseselskapene kan hente billigere arbeidskraft til Norge. Det er ingen grunn til å tro at private sykehus kommer til å være mindre opptatt av å hente billig arbeidskraft fra Øst-Europa, og andre steder, enn det bedrifter i andre bransjer er. *Utfordringene med sosial dumping vil i prinsippet være akkurat de samme i deler av denne næringen som i resten av arbeidslivet, dersom markedet slippes løs. Det betyr at nye arbeidstakergrupper i høykostlandene i Nord-Europa blir innlemmet i spiralen som driver gode lønns- og arbeidsvilkår nedover.*

Dersom pasienter som står i kø i «det rike nord» velger et sykehus i utlandet (som ikke kan ekskluderes på grunn av dokumentert, dårlig kvalitet, eller utsetter pasienten for risiko) må trygdlandet uansett finansiere den delen av behandlingstkostnadene som tilsvarer behandlingslandets offisielle, ikke-diskriminerende tariff. Vi kan se for oss at godt renommerte sykehus i lavkostland blir finansiert av tre kilder: de rike landenes trygdevesen, privat forsikringer og egenandeler. Pasientrettighetsdirektivet vil kunne «hjelp» markedet med å frembringe slike private tilbud, og de vil da legge beslag på helsearbeidere i det landet de opererer i. Det vil i sin tur begrense kapasiteten i landenes offentlige, eller offentlige

finansierte, helsevesen. *Dersom rike land løser sine kjøproblemer i sykehussektoren med å (delbetale) kjøp av behandling i fattigere land, blir det ikke bare et todelt helsevesen i hvert land, men også i Europa.*

En annen bekymring fra vår side handler om hvem som har muligheter til å orientere seg i jungelen av helsetilbydere og hvem som har mulighet til å legge ut for behandling. *Vi tror at dette er et direktiv for de med størst ressurser, både økonomisk og intellektuelt, og vi frykter at direktivet kan være et skritt på veien mot et todelt helsevesen.*

Direktivet svekker nasjonal selvbestemmelse i helsesektoren. Økt makt til domstolen

Det erkjennes at rett til sykehusbehandling i andre land, dekket av hjemlandets trygdesystem, vil gjøre kontroll, styring og utvikling av eget helsevesen vanskeligere. Direktivet lister derfor opp hvilke restriksjoner landene kan benytte for å kontrollere pasientstrømmene inn og ut av landet. De viktigste er disse: Man kan sette som vilkår at refusjon av utgifter kun omfatter behandlinger som i utgangspunktet er tilgjengelige i hjemlandet, og som dekkes av hjemlandets trygd, og det kan stilles krav om forhåndsgodkjenning fra eget lands helsemyndigheter før refusjonsberettiget behandling mottas. *Tilstrømning av pasienter kan begrenses dersom det gjør det vanskelig å oppfylle retten til fullverdig sykehusbehandling for eget lands innbyggere. Som i forhold til alle andre restriksjoner, er det i siste instans EU-domstolen som bestemmer om de anvendes rettmessig.*

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.*

Et sentralt spørsmål er hvor sterkt forhåndsgodkjenning vil stå som vern mot et todelt helsevesen, hvor private aktører får «rett» til å tappe offentlige kasser dersom pasientene «velger dem»? Står regjeringene fritt til selv å bestemme når det skal gis refusjoner for sykehusbehandling i andre EU/EØS-land? Her, som i alle andre forhold som er regulert av EU-direktiver, er det i siste instans EU-domstolen som bestemmer om en restriksjon anvendes rettmessig og lovlig. Det betyr at den enkelte pasient, som ønsker å bli behandlet på et bestemt sykehus i et annet EØS-land, kan klage på et eventuelt avslag om forhåndsgodkjenning av refusjon av utleggene. I siste instans kan saken havne i EFTA-domstolen. Det blir i så fall opp til norske myndigheter å godtgjøre overfor domstolen at et bestemt avslag er innenfor de grenser direktivet tillater. Dersom vi ikke snakker om en behandling som utsetter pasienten eller befolkningen for en særlig risiko, eller et sykehus hvor det kan stilles berettiget tvil om kvaliteten og sikkerheten i behandlingen, kan det bli vanskelig å godtgjøre at et enkelt forhåndstilsagn rokker ved landets muligheter til å sikre befolkningen et godt sykehustilbud innenlands.

Det kan selvsagt argumenteres med at pasienter som ønsker behandling i sykehus i et annet EØS-land neppe er i en situasjon hvor de ikke har krefter eller ressurser til å anlegge sak mot norske helsemyndigheter. Og som kjent vil det normalt ta årevis før slike saker er endelig avklart. *Men det er å undervurdere den dynamikken som settes i sving, når markedskreftene slippes til innenfor et lukrativt område.* Det er ikke enkeltpersoner, men kapitalsterke selskaper med store juridiske ressurser tilgjengelig (private helsekonserner og forsikringsselskaper), som kommer til å føre sakene. Deres anliggende er ikke å sikre

rettighetene for en enkelt pasient, men å flytte grensene for myndighetenes rett til å begrense den frie flyten av helsetjenester.

Forståelsen av hvordan reglene for forhåndsgodkjenning skal avgrenses og praktiseres, er ikke skrevet i stein. Ulike interesser kommer til å arbeide for sin tolkning, og til sist er det EU-domstolen som bestemmer. I disse, som i andre saker, ser domstolen det som en hovedoppgave å fremme en stadig bredere og dypere integrasjon i det indre markedet. I det lange løp skal barrierer bygges ned, og det blir stadig mindre rom for nasjonale særregler som hemmer den frie flyten. Det vil ganske sikkert bli utviklingen også innenfor helsemarkedet.

Direktivet vil gi dårligere kvalitet på tjenestetilbudet og vil ramme pasienter i en utsatt situasjon

Ifølge direktivet kan trygdelandet nekte forhåndsgodkjenning og refusjon av behandlingsutgifter, dersom behandlingen antas å sette pasientens sikkerhet i fare, eller det er alvorlig eller begrunnet frykt for at tilbyderen ikke holder en god nok kvalitets- og sikkerhetsstandard (Art. 8-6).

En gruppe europeiske helseforskere presenterte i november 2011 en rapport om simuleringer av virkningene av Pasientrettighetsdirektivet (se rapporten fra De Facto). I denne simuleringen ble det reist tvil om hvordan artikkel 8-6 skulle kunne fungere i praksis. For det første; hvem har ansvar for å sjekke at kvalitet og sikkerhet er akseptabel? I direktivet heter det at behandlingslandet har ansvar for at slik informasjon er tilgjengelig, men det ble påpekt at det var uklart om trygdelandet hadde ansvar for å sjekke og gå god for at opplysningene var riktige. Trygde-/ forsikringsrepresentanter var uvillige til å påta seg et slikt ansvar, særlig siden det ikke er enighet over landegrensene om et felles verk for vurdering av kvalitet og sikkerhet.

I simuleringen ble det også fokusert på oppfølging og etterbehandling. Tilbydere kan komme til å nekte oppfølgende behandling (selv om det ikke er lovlig å gjøre det), og betalerne kan nekte dekke slik behandling. I rapporten heter det:

«Det ble nevnt at i et land anser sykehus at risikoen for MRSA infeksjoner er for høy til at de vil behandle pasienter som har vært innom sykehus i utlandet. Videre ble det pekt på at betalere (trygd/forsikringselskaper) kan nekte refusjoner dersom en pasient ber om å få "reparert skader" i hjemlandet etter å ha blitt behandlet utenlands (for eksempel i forbindelse med tannbehandlinger). Myndighetsrepresentantene mente at det uansett var hjemlandets ansvar, dersom pasienter ikke fikk den nødvendige oppfølging etter behandling i utlandet.»

Problemet med multiresistente sykehusbakterier (MRSA) er en av mange utfordringer i tilknytning til grenseoverskridende helsetjenester. Spørsmålet er om norske myndigheter kan nekte forhåndsgodkjenning/refusjon med henvisning til smittesituasjonen, dersom den er verre i andre land/ved enkelte utenlandske sykehus enn i Norge?

Nei til EU mener at dette bare er to eksempler på hvordan direktivet kan være med på å svekke kvaliteten i helsetjenestene. Mer markedstilpasning i helsesektoren sammenstilt med uklare kvalitetskrav til sykehusene, vil føre til en svekket kvalitet. Vi frykter en utvikling der den norske helsepolitikken blir stadig mer avhengig av private tilbydere for å gi et godt nok behandlingstilbud til innbyggerne og der de offentlige helseinstitusjonene blir bygd ned for å løse pasientene over til private institusjoner fordi det lønner seg økonomisk. Vi tror at dette til syvende og sist vil gå ut over de mest utsatte pasientgruppene og vi mener at dette ikke er et direktiv som styrker rettighetene til pasientene.

Avslutning og oppsummering

I regjeringens høringsnotat tones alle kontroversielle sider ved en implementering av direktivet sterkt ned. Man får nærmest inntrykk av at det bare trengs noen mindre justeringer av et lov- og regelverk som allerede er innført. Det står i sterk kontrast til temperaturen i de drakamper som var i EU-systemet frem mot den endelige direktivteksten, og det underslår at både regjeringen og de fleste høringsinstansene som uttalte seg høsten 2008 i Norge uttrykte stor bekymring for at direktivet ville rokke ved nasjonale myndigheters kontroll og styring med helsepolitikken.

Regjeringa utarbeidet sommeren 2009 et posisjonsnotat om dette direktivet. Her la regjeringa opp til at man fremdeles skulle kunne si nei til private aktører i helsesektoren. Dette ønsket ble ikke imøtekommet fra EU, men regjeringa har likevel foreslått å implementere direktivet. Etter Nei til EUs syn er dette ikke i tråd med regjeringas mål om å bruke handlingsrommet i EØS-avtalen og å forsvare norske interesser. Nei til EU stiller spørsmål ved om regjeringa har endret posisjon i denne saken.

I dag er omfanget av grenseoverskridende spesialisthelsetjenester (sykehusbehandling) lite. Det gjelder både for Norge og mellom andre europeiske land. Med den økningen i etterspørselen etter helsetjenester som kan forventes i årene fremover (flere eldre, høyere levealder, medisinsk-teknologiske fremskritt, bedre økonomi i noen land/sjikt i samfunnet), kan situasjonen bli en helt annen. Med økonomisk krise og økende forskjeller mellom fattige og rike land i Europa må man forvente at aktørene i helsemarkedet vil gjøre det de kan for at det skal vokse. Utfordringene for et offentlig, solidarisk helsevesen kan bli helt andre i fremtiden enn i dag.

Vår konklusjon blir derfor at dette direktivet både er et unødvendig direktiv på områder der vi har gode ordninger fra før, og at det er et skadelig direktiv for det norske helsesystemet siden vi mister nasjonal styringsrett over helsetjenestene og åpner for at EU-domstolen kan overstyre norsk helsepolitikk.