

Mot et europeisk helsemarked?

EU vedtok i 2011 et direktiv om pasientrettigheter for grensekryssende helsetjenester. Direktivet angår Norge gjennom EØS-avtalen og legger føringer for den norske helsetjenesten. Er direktivet et første skritt i utviklingen av et felles europeisk marked for helsetjenester?

 Podkast til artikkel www.tidsskriftet.no/podkast

Jan C. Frich

jancf@medisin.uio.no

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

Formålet med EUs pasientrettighetsdirektiv av 9.3. 2011 er å fremme borgernes tilgang til trygge, grensekryssende helsetjenester av høy kvalitet (1). Direktivet stadfester pasienters rett til refusjon av utgifter til helsehjelp i andre EU/EØS-land. Direktivet omfatter ikke langvarige hjemmebaserte tjenester, omsorgstjenester, organdonasjoner eller vaksinasjon. Innen oktober 2013 må medlemslandene i EU og EØS ha implementert direktivet i egen lovgivning.

Et politisk kompromiss

EU-domstolens rettspraksis, hvor enkeltpersoner under visse betingelser er blitt tilkjent rett til å få dekket utgifter i forbindelse med helsehjelp i andre medlemsland, har gjort det nødvendig for EU å lovregulere pasienters rettigheter (2). Europakommisjonens forslag til pasientrettighetsdirektiv gjennomgikk flere revisjoner. Utkastet som til slutt ble vedtatt av Europaparlamentet 19.1. 2011 er et kompromiss hvor parlamentet og Rådet for den europeiske union har forsøkt å balansere hensynet til pasienters valgfrihet, utviklingen av tjenestene og det enkelte lands behov for styring av det nasjonale helsetilbudet.

Nødvendig med lovregulering?

EUs indre marked hviler på prinsippene om fri bevegelse av varer, personer, tjenester og kapital. Selv om helsetjenester faller inn under prinsippet om fri bevegelse, har finansiering og organisering på dette området vært ansett som et anliggende for det enkelte medlemsland. I noen land har man derfor vært negative til europeisk lovregulering av pasienters rettigheter og tjenesteyters plikter i forbindelse med grensekryssende helsetjenester (3).

Det er stor variasjon i kvaliteten på og tilgangen til helsetjenester i Europa, og én

av begrunnelsene for direktivet har vært ønsket om å utvikle og heve kvaliteten på tjenestene gjennom økt internasjonalt samarbeid (1). Pasienters frihet til å velge tjenesteleverandør har vært et annet hensyn. Arbeidet med direktivet har møtt motstand, da flere land fryktet at direktivet ville føre til redusert politisk styring med den nasjonale helsetjenesten. Et annet motargument har vært at direktivet vil innebære økt vektlegging av markedsmekanismer på området. På den annen side vil enkelte mene at direktivet ikke går langt nok i å åpne for et fritt europeisk helsemarked.

Rett til refusjon av kostnader

Direktivet legger til grunn at de enkelte medlemsland har rett til å bestemme hvilke helsetjenester de skal tilby sine innbyggere. I henhold til direktivet kan en pasient velge å få utført behandling i andre EU/EØS-land og få kostnadene betalt av hjemlandet hvis den aktuelle behandlingen er del av helse tilbudet der. Utgiftene skal refunderes svarende til beløpet den samme tjenesten ville ha kostet dersom den hadde vært utført i pasientens eget land. Direktivet stiller krav om at det enkelte land plikter å ha en oversiktlig og etterprøvbart måte å beregne de økonomiske kostnadene for hver enkelt tjeneste på. Hovedregelen i direktivet er at pasienten ikke trenger å søke om forhåndsgodkjenning for å få refundert sine kostnader. Direktivet inneholder imidlertid en rekke viktige unntaksbestemmelser som gir den enkelte stat mulighet til å kreve at man må søke om forhåndsgodkjenning. Det gjelder helsetjenester

- som innebærer overnatting i sykehus i en natt eller mer
- som er basert på høyspesialisert og kostnadsintensiv medisinsk infrastruktur eller utstyr
- hvor det foreligger en høy risiko for pasienten eller populasjonen
- hvor det er tvil om tjenestens sikkerhet og kvalitet

Et land kan dessuten kreve at pasienter søker om forhåndsgodkjenning hvis en gitt tjeneste i sykehus kan ytes i vedkommende

land med en ventetid som vurderes som «medisinsk forsvarlig», tatt i betraktning den enkelte pasients helsetilstand. Direktivet gir ingen særskilte rettigheter til personer med sjeldne diagnoser.

Økt krav til informasjon

Direktivet pålegger det enkelte medlemsland å sikre at det finnes informasjon om standarder, retningslinjer, kvalitet og sikkerhet på tjenestene. Hvert land plikter å etablere en nasjonal enhet hvor man som potensiell pasient, også fra andre land, kan henvende seg for å få slik informasjon. Det er krav om at det enkelte land har etablert en klageinstans og en forsikringsordning for feilbehandling. Direktivet fastslår at det er klagesystemet og forsikringsordningen i det land hvor tjenestene ytes som gjøres gjeldende ved eventuelle klager.

Den enkelte tjenesteyter har plikt til å gi den enkelte pasient relevant informasjon om behandlingsmuligheter, tilgjengelighet (ventetid) og kvalitet på en aktuell helsetjeneste. Enkeltpasienter har også rett til å få informasjon om prisen på tjenestene og ansvarsforhold ved feilbehandling.

Europeisk samarbeid

Den medisinske utviklingen taler for økt samarbeid på tvers av landegrensene, særlig når det dreier seg om høyspesialiserte behandlingstilbud og behandling av sjeldne tilstander. Et eget kapittel i direktivet omhandler samarbeid mellom medlemslandene, bl.a. i form av et krav om gjensidig godkjenning av forskrivninger og resepter fra andre land. EU-kommisjonen skal bidra til å støtte

- opprettelse av faglige referansenettverk
- samarbeid om sjeldne diagnoser
- arbeid for å utvikle felles elektroniske kommunikasjons- og journalsystemer
- samarbeid innen forskning
- samarbeid om teknologivurderinger og kunnskapsoppsummeringer

Utfordringer for helsemyndighetene?

Den norske pasientrettighetsloven stadfester allerede en del av de rettighetene som følger av pasientrettighetsdirektivet. Helse-



Illustrasjon © Supernøtt popsløyd

og omsorgsdepartementet responderte dessuten tidlig på domsavsigelsene i EU-domstolen og startet arbeidet med å etablere en refusjonsordning for pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land (4). Alt i 2010 ble det vedtatt en ny forskrift (5), og fra 1.1. 2011 er det innført en refusjonsordning som gjør det mulig for norske pasienter å få dekket utgifter til flere typer planlagt behandling i andre EU/EØS-land (6). Den norske refusjonsordningen omfatter helsehjelp gitt utenfor sykehus og dekker blant annet behandling hos lege, fysioterapeut,

psykolog, kiropraktor og tannlege og ivaretar langt på vei pasientrettighetsdirektivets bestemmelser om refusjon av utgifter til grensekryssende helsehjelp.

Et springende punkt er om det i fremtiden vil bli aktuelt for norske pasienter å få refundert utgifter til behandling i sykehus i utlandet. Helsepolitiske beslutninger og vilkårene for når man må søke om forhåndsgodkjenning for refusjon vil her være avgjørende. Direktivet trekker et skille mellom behandling som krever overnatting i sykehus og behandling som ikke krever

overnatting. Denne grensen vil i en del sammenhenger være uklar og kan bli gjenstand for debatt.

Hva man konkret mener med «høy-spesialisert og kostnadsintensiv medisinsk infrastruktur eller utstyr» er uklart og vil også bli gjenstand for diskusjon. Et annet viktig punkt vil være hvordan norske helsemyndigheter tolker og praktiserer begrepet «medisinsk forsvarlig ventetid». Et brudd på behandlingsfristen vil i henhold til pasientrettighetsdirektivet utløse en rett til å få refundert behandling

i utlandet, for eksempel i form av diagnostisk utredning på sykehus eller kirurgisk behandling i sykehus som ikke krever overnatting. Også her vil det være behov for avklaringer.

Kvalitetsutfordringer?

Enkelte mener at pasientrettighetsdirektivet ikke går langt nok i å fremme kvaliteten og sikkerheten i tjenestene (7). Direktivet vil likevel gi et skjerpet krav om at helsemyndigheter og tjenesteytere må kunne dokumentere at tjenestene holder et kvalitets- og sikkerhetsnivå på høyde med nivået i andre europeiske land. Informasjonen om tjenestens kvalitet skal gi mening for den enkelte pasient, og i henhold til direktivet vil en potensiell pasient kunne kreve å få informasjon om kvaliteten på prosedyre- og diagnosnivå (8). Hvis sykehusene her i landet ikke kan fremlegge slik dokumentasjon, vil norske borgere kanskje kreve å bli behandlet ved utenlandske sykehus som kan dokumentere kvaliteten på behandlingen de gir.

I hvilken grad pasienter faktisk vil benytte seg av den økte forbrukermakten som følger av direktivet, gjenstår å se. Norsk pasientskadeerstatning er en relativt god ordning som vil kunne dempe norske pasienters lyst til å velge å få utført behandling i utlandet. På tilbydersiden vil direktivet sannsynligvis bidra til økt standardisering av helsetjenestene, økt vektlegging av europeiske retningslinjer for behandling og etablering av felles europeiske kvalitetsindikatorer. Direktivet vil gjennom å stimulere til utvikling av grensekryssende journalsystemer fremme samarbeid om behandling på tvers av landene i Europa.

Et skjevt europeisk helsemarked?

Hovedprinsippet i direktivet er at en pasient som velger å få utført behandling i andre EU/EØS-land, skal få kostnadene betalt av hjemlandet hvis den aktuelle behandlingen er del av helsetilbudet der. Det er mest sannsynlig at det på sikt vil bli færre snarere

enn flere unntaksbestemmelser – direktivet representerer således en kime til et fritt europeisk helsemarked. Direktivet fastslår at økt mobilitet av pasienter ikke skal gå på bekostning av tjenestetilbudet til innbyggerne i det enkelte medlemsland (1). Hvordan er det mulig å hindre dette når det i utgangspunktet er mangel på helsepersonell i EU? Mobiliteten av helsepersonell og «brain drain» internt i EU er alt blitt et tema som er høyt oppe på den politiske dagsordenen (9). Aner vi her konturene av et asymmetrisk helsemarked?

Det er lite sannsynlig at pasienter fra ressursfattige EU-land vil ha anledning til å motta helsetjenester i Norge eller andre land med et vesentlig høyere kostnadsnivå, fordi de må belage seg på selv å dekke melomlegget. Situasjonen vil imidlertid være annerledes for innbyggere i ressursrike land, da de ikke vil møte de samme økonomiske hindre for å benytte seg av tjenester i utlandet.

Nasjonalstatene i Europa vil i overskuelig fremtid ha et tungt ansvar for, helt eller delvis, å finansiere helsetjenester for sine innbyggere. Vil enkelte ressursrike stater, i likhet med tilbydere av helseforsikring, søke å løse sine forpliktelser gjennom å kjøpe rimelige helsetjenester i andre europeiske land? For tilbyderlandet vil et slikt marked kunne være attraktivt, ved at man gjennom salg av helsetjenester kan tiltrekke seg utenlandsk kapital og beholde helsepersonell og kompetanse i eget land. Pasientmobilitet snarere enn import av helsepersonell vil kunne være både økonomisk gunstig og mer politisk akseptabelt for den staten som skal betale for tjenestene. Når det gjelder Norge er det, først og fremst på grunn av vårt kostnadsnivå, å forvente at vi totalt sett vil se en strøm av pasienter ut av landet snarere enn inn i landet.

Det nye pasientrettighetsdirektivet gir muligheter for å skape en bedre helsetjeneste i Europa – med økt samarbeid, økt mobilitet og større valgfrihet for pasientene.

Direktivet vil ha konsekvenser for norsk helsetjeneste, og det reiser en rekke problemstillinger som vil komme til å prege fremtidens helsepolitiske debatt.

Jan C. Frich (f. 1970)

er dr.med. og førsteamanuensis ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Han er spesialist i nevrologi og rådgiver/overlege ved Senter for sjeldne diagnoser, Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and The Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:EN:PDF> [7.9.2011].
2. Legido-Quigley H, Passarani I, Knai C et al. Cross-border healthcare in the European Union: clarifying patients' rights. *BMJ* 2011; 342: d296.
3. EU Directive on patients' rights to cross-border healthcare. www.ehfc.org/eu-corner/eu-policy/patient-mobility/ [7.9.2011].
4. Ot.prp. nr. 92 (2008–2009). Om lov om endringer i folketrygdloven m.m.
5. Forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land. www.lovdata.no/for/st/ho/ho-20101122-1466.html [7.9.2011].
6. Ny refusjonsordning innenfor EØS. www.helfo.no/privatperson/helserettigheter-ved-opphold-i-utlandet/ny-refusjonsordning-innenfor-eos [7.9.2011].
7. Palm W, Baeten R. The quality and safety paradox in the patients' rights Directive. *Eur J Public Health* 2011; 21: 272–4.
8. Delnoij D, Sauter W. Patient information under the EU patients' rights Directive. *Eur J Public Health* 2011; 21: 271–2.
9. EU Cooperation to reduce the health worker migration. www.eu2011.hu/news/eu-cooperation-reduce-health-worker-migration [7.9.2011].

Mottatt 4.8. 2011, første revisjon innsendt 7.9. 2011, godkjent 29.9. 2011. Medisinsk redaktør Jon Amund Kyte.