



# Grensekryssende helsetjenester

**Cecilie Risøe, formann NCS**

**E**U er bygget på ideen om fri flyt av varer og tjenester. I september 2006 annonserte EU-kommisjonen at den ville starte en prosess med tanke på klarere regulering av pasienters rett til helsetjenester i EØS-området. Bakgrunnen er at pasienter, spesielt i grensenære områder i sentral-Europa, i løpet av det siste tiåret stadig oftere velger elektive helsetjenester i et annet land. Dette har ført til en ikke ubetydelig rettspraksis i EF-domstolen hva gjelder pasienters muligheter til å få dekket kostnadene

via hjemstatens trygdeordninger. Forslaget til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester ble fremlagt i juli i år og er sendt på høring, blant annet til Helse- og omsorgsdepartementet som antar at behandlingen av forslaget vil ta 2-4 år.

Forslaget om et EØS-regelverk har fått påfallende liten oppmerksomhet i Norge. En mulig årsak er at det ikke oppfattes som så viktig, skjønt regjeringen skriver i sitt forslag til statsbudsjett 2007 at *"Utviklingen innen EU når det gjelder pasientmobilitet kan føre til at et økende antall nordmenn i fremtiden vil krysse grensene for å få helsehjelp i utlandet. Over tid vil dette kunne innebære en utfordring for norsk helsetjeneste (kvalitet, kapasitet, pasientgrunnlag) fordi tjenesten får konkurranse fra tjenesten i andre europeiske land."* En mer nærliggende forklaring er at temaet har druknet i Hovedstadsprosessen. Det er ikke kommet noe informasjon via Legeforeningen, og de fagmedisinske foreningene er ikke engang bedt om å avgi høringssuttalelser. Selv om et vedtak i Ministerrådet og EU-parlamentet ligger noen år frem i tid, vil ikke Norge kunne velge å gi dette sin tilslutning eller ikke. Regelverket vil omfatte også oss, og skal vi mene noe, må vi gjøre det nå. Dette har vært en større sak i Europa, og Jan Peder Amlie og Gaute Vollan har via sitt engasjement i UEMS prøvd å informere i alle fall norske kardiologer, se artikkel i Hjerteforum nr 2, 2008. Fordi saken er viktig, er det likevel grunn til å løfte den frem på ny.

Direktivet vil aktualisere en rekke problemstillinger og kan også skape betydelige utfordringer. Hvem skal kunne velge behandling i utlandet og så kunne sende regning til Folketrygden i etterkant? Kan alle pasienter med atrieflimmer velge behandling i Danmark eller Tyskland pga. kortere ventetid eller mindre strenge indikasjoner, og kan alle som er uenig i ICD- eller CRT-vurderingen de fikk i Norge, reise ut?

EF-domsstolens rettspraksis siden 1998 har vært at eksperimentell og utprøvede behandling (etter internasjonal målestokk) ikke dekkes, dog med en viss reservasjon for enkeltpasienter med sjeldne sykdomstilstander. Pasienter som ikke ville blitt behandlet i hjemlandet, det vil si ikke har fått rett til nødvendig helsehjelp etter prioriteringsforskriften, kan heller ikke søke hjelp i utlandet for senere å kreve kostnadene refundert. Om hvert enkelt land fortsatt skal kunne styre fordelingen av helsetjenester, er det viktig at direktivet opprettholder begrensninger av denne typen, og det er det også lagt opp til. En økning i pasientmobiliteten tilsier imidlertid at det nasjonale arbeidet som er igangsatt med tanke på enhetlige prioriteringskriterier og tidsfrister, må videreføres, og implementeringen må styrkes.

Manglende kapasitet i spesialisthelsetjenesten (lang ventetid) har så langt ikke vært dekket fordi den norske prioriteringsforskriften presiserer at dette ikke gir grunnlag for behandling i utlandet før fristen for nødvendig helsehjelp er overskredet. Regjeringsadvokaten mener at denne begrunnelsen neppe vil stå seg i forhold

Formannen har ordet

til et EØS-direktiv. Det kan for øvrig nevnes at refusjonen har vært begrenset oppad til hva behandlingen ville ha kostet i hjemlandet, og dette prinsippet er foreslått opprettholdt. Behandling i utlandet med mer avansert (og dyrere) metode dekkes ikke i dag dersom hjemlandets behandlingstilbud må oppfattes som adekvat i forhold til grunnsykdommen. Nytt regelverk kan åpne for en delvis refusjon, svarende til det konvensjonell behandling ville ha kostet i Norge.

Direktivet trekker opp de store linjene, men vil også etterlate mange spørsmål, dels spørsmål som ikke kan berøres fordi finansieringen av helsetjenester varierer mye innen Europa. Muligheten for klage ved behandlingsfeil omtales, men hva med komplikasjoner til behandling utført i utlandet – hvem behandler og bekoster disse? Hvilket budsjett i Norge skal kostnadene til utenlandsbehandling belastes – det lokale/regionale helseforetaket? Kan statsfinansierte nordmenn tenkes å fortrenge lokalbefolkningen i andre land eller være medårsak til strukturforandringer i helsevesenet fordi sykehusene tjener bedre på å behandle utlendinger? Praktiske vanskeligheter drøftes også i liten grad. Hvordan unngår vi at viktige detaljer i behandlingshistorien går tapt på grunn av språkbarrierer ved overføring av behandlingsansvar og hva med multiresistente stafylokokker? Den siste kampen må nok regnes som tapt allerede, uavhengig av direktiver.

Hva skjer med de norske likhetsidealene - like rettigheter til behandling for alle pasienter? De ressurssterke er i dag vinnerne innen fritt sykehusvalg i Norge, og de sosiale forskjellene må antas å bli betydelig forsterket dersom pasientenes operative område utvides til hele Europa. Ressurssterke pasienter vil også være

villigere til å betale differansen mellom et antatt mer avansert tilbud i utlandet og et standardtilbud hjemme. Kan dette få indirekte innflytelse på etableringen av kostnadskreven behandling i Norge? Hvordan skal vi sikre oss fortsatt mulighet til nasjonal kompetanseoppbygging innen ny metodikk, spesielt innen litt smalere fagområder? Også etablerte kompetanseområder kan være truet fordi det kan være billigere å sende pasienter til utlandet enn å utdanne flere superspesialister her hjemme for å øke nasjonal kapasitet.

Direktivet som er ute til høring, fokuserer på pasientenes rettigheter. Grunntanken er helt i tråd med EUs kjerneverdier, og dette lar seg neppe stoppe. Det er viktig at leger, ikke helseadministratorer, aktivt legger premissene. Her er det først og fremst kompetanseutviklingen innen smale, men viktige fagområder som er truet, så etter min oppfatning er det de fagmedisinske foreningene og ikke de yrkesmedisinske som burde ha vært engasjert i direktivet og fått mulighet til å komme med innspill. Så langt har det sentrale spørsmålet ved offentlig finansiering av behandling i utlandet vært om det finnes adekvat kompetanse og et behandlingstilbud i Norge. Men kompetanse vokser ikke frem av seg selv. Den må bygges opp, videreføres og vedlikeholdes, og rammevilkårene må være slik at den blir i systemet, ikke søker seg bort. Det er gode eksempler både fra Norge og Danmark på at så har skjedd. Hvis fagpersonene er drivkraften, og det foregår i begrenset utstrekning, kan det ha positive effekter, men hvis den tilgrunnliggende årsaken er strategiske tiltak for å bedre budsjettbalansen, vil det føre helt galt av sted.

**Godt nytt år!**