

Direktivforslag om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester – en del av Kommisjonens nye "Sosiale agenda"

I. Innledning

Det overordnede målet med forslaget er å etablere et klart rammeverk for grensekryssende helsetjenester i EU, dette for blant annet å sikre tilstrekkelig klarhet om rettigheter mht refusjon av utgifter til helsetjenester mottatt i et annet EU-land samt iverksette nødvendige tiltak for at tjenester av høy kvalitet kan leveres sikkert og effektivt.

Forhold som forutsetter større klarhet og sikkerhet på fellesskapsnivå på dette området, er forhold man mener ikke vil kunne ivaretas av det enkelte medlemsland alene. Tiltak iverksatt av det enkelte medlemsland eller fravær av tiltak på fellesskapsnivå, vil i følge Kommisjonen tvert imot kunne undergrave både sikre og effektive tjenester, og vil kunne vanskeliggjøre medlemslandenes evne til å administrere og styre sine helsetjenester samlet sett. Direktivforslaget følger vedlagt.

II. Prosessen forut for forslaget

Bakgrunnen for forslaget burde nå være kjent; at helsetjenester ble tatt ut av virkeområdet for Tjenestedirektivet under Rådets og Europaparlamentets behandling av dette. I stedet ble Kommisjonen bedt om å utarbeide et eget forslag til separat regulering av helsetjenester i EU. Innenfor rammen av Rådskonklusjoner om "Verdier og prinsipper for EUs helsesystemer" vedtatt på Rådsmøtet for helseministre juni 2006, har Kommisjonen jobbet lenge og vel med et direktivforslag, og etter diverse interne dragkamper internt i Kommisjonen er nå resultatet klart; forslaget om "Pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester" ble lagt frem av Kommisjonen som en del av en omfattende pakke av tiltak innenfor arbeids-, sosial-, likebehandlings-, helse-, migrasjons- og utdanningsområdene 2. juli i år - som en del av en "Social Package".

III. Den sosiale pakken

Formålet med Kommisjonens nye "Sosiale agenda" er å utvikle EUs sosiale dimensjon i en tid med globalisering og endret sosial virkelighet og levemønstre (nye samlivsformer, demografiske utfordringer, flerinntektshusholdninger, økt innvandring, livsstilssykdommer, fortsatt høye fattigdomstall etc).

Pakken inneholder en rekke tiltak som er svært ulike i form og innhold: det mest konkrete er tre nye direktivforslag (europeiske samarbeidsutvalg, ikke-diskriminering og pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester). Sammen med paraplydokumentet "Renewed social agenda: Opportunities, access and solidarity in 21st century Europe" er det til sammen lagt frem 19 ulike dokumenter: foruten direktivforslagene en rekke meddelelser og grønnbøker (som i neste omgang kan danne grunnlag for ny lovgivning), rapporter, handlingsplaner, anbefalinger osv.

I tillegg til direktivet om grensekryssende helsetjenester skal her også nevnes direktivforslaget om likebehandling: også kalt ikke-diskrimineringsdirektivet. Formålet med direktivet er å forby diskriminering på grunnlag av religion, tro, alder, funksjonshemming og seksuell orientering i samfunnslivet. Eksisterende lovgivning gjelder for arbeidslivet, og mellom kjønnene. Direktivet er dermed siste etappe i EUs ikke-diskrimineringslovgivning. 15% av EUs innbyggere har opplevd/oplever diskriminering pga ovennevnte faktorer det siste året (Eurobarometer). Direktivforslaget skal vedtas med enstemmighet, og Europaparlamentet skal høres, men har ikke medbestemmelse.

IV. Kort – hjemmelsgrunnlag

Forslaget til direktiv om "Pasientrettigheter ved grensekryssende behandling" er hjemlet i *EF-Traktatens (EFT) artikkel 95*, dette begrunnet både med målet og innholdet i direktivet. Tiltak hjemlet i art. 95 skal

rette seg mot "det indre markeds opprettelse og virkemåte". Målet med dette forslaget er å etablere et generelt rammeverk som sikrer fri bevegelse av helsetjenester og et høyt nivå for beskyttelse av helsen til EUs innbyggere. Men samtidig skal "medlemslandenes ansvar for å organisere og yte helsetjenester og medisinsk behandling" fullt ut respekteres, slik det er beskrevet i *EFT artikkel 152 (folkehelseartikkelen)*. I følge kommisjonen er det ingen motstrid mellom direktivforslaget og kravene nedfelt i de to nevnte artiklene i EFT. Domstolen bekrefter at art 152 (5) ikke ekskluderer muligheten for at det kan være behov for regelverk på fellesskapsnivå for å fjerne unødige hindringer for å oppfylle andre deler av traktaten. Man kan for eksempel tenke seg, som i dette tilfellet, at det er behov for å ha regler om standarder og informasjon, administrative systemer etc. for i praksis å sikre friheten til å yte tjenester jfr. artikkel 49.

Domstolen har videre slått fast at friheten til å yte tjenester jfr *EFT artikkel 49* også omfatter *mottakerne* av tjenestene; dvs. friheten personer som trenger medisinsk behandling har til å oppsøke behandling i andre EU-land. For å sikre at retten til å yte og motta helsetjenester i andre EU-land ikke gjøres illusorisk, er man kommet til at det er behov for bla å regelfeste retten til refusjon av utgifter i et direktiv. Imidlertid, *EFT artikkel 5* om proporsjonalitet og subsidiaritet må legges til grunn ved anvendelse av regelverket.

EF-domstolens domsavsigelser er entydige; i utgangspunktet stilles det ingen betingelser for å utøve rettighetene som er knesatt ved domstolens tolking av EFT. Imidlertid er det nødvendig å sikre en mer generell og effektiv anvendelse av "indre markedsrettighetene" i praksis, og til å sikre at de blir utøvd i overensstemmelse med de overordnede målene for EUs helsesystemer – som tilgjengelighet, kvalitet og bærekraftig finansiering.

V. Sidestilles med annet tilstøtende og til dels overlappende regelverk

Forslaget vil ikke endre eksisterende *rammeverk for koordinering av trygdeytelser*. Det nye direktivet om grensekryssende helsetjenester vil representere en alternativ mekanisme basert på prinsippene om fri bevegelse og vil bygge på prinsippene fastsatt i domstolsavgjørelser. Pasienter gis altså anledning til å oppsøke helsetjenester i et annet medlemsland uavhengig av EUs trygdeordninger og nasjonal lovgivning som implementerer disse. Det er dermed lagt opp til at de to ordningene skal fungere side om side.

Dersom bestemmelser i dette direktivet kommer i konflikt med bestemmelser i annet fellesskapsregelverk som tar sikte på å regulere spesielle sider ved helsetjenesten, har bestemmelsene i de andre rettsaktene forrang. Det vil bla gjelde regelverk for gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner direktiv om elektronisk handel, herunder eHelsetjenester (2000/31/EC).

VI. Hva direktivet tar sikte på å regulere

Direktivforslag om grensekryssende helsetjenester retter seg mot *alle typer helsetjenester, uavhengig av hvordan de er organisert, levert eller finansiert, om det er offentlig eller privat*. Direktivet omfatter ikke omsorgstjenester som retter seg mot assistanse og støtte til familier eller enkeltpersoner som over en lengre periode har spesielle behov, herunder tjenester for eldre som ikke utføres i regi av helsepersonell.

Forslaget definerer grensekryssende behandling som 1) planlagt bruk av helsetjenester i utlandet – "pasientmobilitet" 2) levering av helsetjenester på tvers av grensene – for eksempel telemedisin, fjerndiagnostisering, fjernutskrivning av resepter og laboratorieytelser 3) permanent tilstedeværelse av helsetjenestetilbud fra helsepersonell som har slått seg ned i et annet medlemsland 4) midlertidig opphold av helsepersonell som tilbyr tjenester i andre medlemsland.

1. Ansvar som påhviler behandlende medlemsland

Ulike systemer sammenholdt med manglende klarhet om hvilket ansvar som påhviler de forskjellige myndigheter, vil i praksis kunne representere en hindring for fri bevegelse av helsetjenester. Dette er slått fast gjennom forskning, evaluering og ulike undersøkelser. Siden det ikke er mulig å på forhånd vite om en som yter helsetjenester skal levere tjenester til pasienter fra et annet medlemsland, blir det helt nødvendig å sikre at tjenestene utføres etter felles prinsipper, og at det er fastlagt klare kvalitets- og sikkerhetsstandarder for alle helsetjenester. Dette innebærer to ting; for det første må det være klart hvilket medlemsland som er ansvarlig for at disse prinsippene overholdes, og for det andre; det må sikres at det sentralt finnes felles minimumsprinsipper som er kjent/kan gjøres kjent for pasienter og helsepersonell i andre medlemsland. Det vil imidlertid være opp til medlemslandene selv å definere hvilken standard som skal gjelde for helsetjenester i deres eget land. Harmonisering av prinsipper skal ikke gripe inn i medlemslandenes mulighet for å tilrettelegge sitt eget helsesystem slik de ønsker. For å sikre at den harmonisering dette likevel innebærer ikke kommer i strid med proporsjonalitetsprinsippet bygger prinsippene i direktivet på helseministrenes rådskonklusjoner fra juni 2006. Kommisjonen vil utarbeide retningslinjer som skal bidra til å lette gjennomføring av disse prinsippene som vil ha som mål å klargjøre hvilket medlemsland som er ansvarlig i gitte situasjoner og tydeliggjøre hva dette vil si i praksis;

I tillegg til fastsettelse av entydige kvalitets- og sikkerhetsstandarder etc. og kommunisere disse, skal medlemslandene innføre prosedyrer og ordninger som skal anvendes ved pasientskader. Målinger gjort i EU viser at det oppstår skader i forbindelse med behandling i helsetjenesten i ca 10% av tilfellene. Hvis man skal unngå at innbyggerne mister tiltro til helsesystemene og utøvelsen av helsetjenestene, - noe som i neste omgang vil være et hinder mht å benytte grensekryssende helsetjenester, vil man sikre at det skal være klare, felles prinsipper for hvilke forpliktelser som påhviler det behandlende medlemsland når skader oppstår. I praksis vil dette si at medlemslandene skal se til at det finnes ordninger som sikrer pasientene mulighet for å klage og søke erstatning når skade oppstår. Medlemslandene avgjør selv hvilken type ordning de vil innføre. Et minimumskrav vil være at pasienter hjemmehørende i et annet medlemsland, skal sikres samme ytelser som de med bopel i behandlende medlemsland.

For å få den nødvendige kontinuitet i behandlingen og sikre et godt resultat, vil det ofte være nødvendig å utveksle relevante helseopplysninger, pasientjournaler. Dette viste seg under høringen å være et svært ømtålig tema. Å ikke ha et system for dette, vil være uaktuelt, og vil regnes som en begrensning av den frie bevegelse. Kommisjonen og medlemslandene står derfor foran en stor utfordring mht å lage nødvendige retningslinjer for utveksling av medisinske persondata på tvers av landegrensene.

Sist, men ikke minst ønsker man å sikre likebehandling av pasienter i og utenfor de nasjonale systemene. Fra et økonomisk synspunkt vil man unngå at det skapes uheldige incitamenter som prioriterer utenlandske pasienter på bekostning av innenlandske, og at langsiktige helseinvesteringer skal nedprioriteres. Fra et helsemessig synspunkt er det viktig at pasienter behandles likt, dette også for å sikre at de helsemessige konsekvensene av grensekryssende helsetjenester, for eksempel ventetider, fortsatt er akseptable og lette å forvalte. Forøvrig skal direktivet følge alminnelige grunnleggende prinsipper om likhet og ikke-diskriminering på grunn av kjønn, rase, farge, etnisk eller sosial opprinnelse, genetiske anlegg, språk, religion eller tro, politisk syn, tilhør til nasjonal minoritet, formuesforhold, funksjonshemning, alder eller seksuell orientering.

2. Bruk av helsetjenester i et annet EU/EØS-land

Domstolen har fastslått at frihet til å yte tjenester, også omfatter frihet til å motta ytelser i et annet land. Videre er det fastslått at det forhold at lovgivningen i "forsikrings – eller trygdemedlemslandet" ikke sikrer at en pasient, som er omfattet av denne lovgivningen, kan få refundert sine utgifter med et beløp

som svarer til de utgifter som ville påløpt hvis helsetjenesten hadde vært gitt i "forsikrings-medlemslandet", er en begrensning av rettighetene fastlagt i EFT art. 49 om fri bevegelse av tjenester. Av hensyn til den praktiske gjennomføring av dette, vil det være behov for regler på fellesskapsnivå om adgang til godtgjørelse av helsetjenester levert i et annet land. Dette er et vesentlig punkt i direktivforslaget, men rører ikke ved medlemslandenes rett til selv å fastsette hvilke ytelser de ønsker å levere og til hvilken pris. Dersom spesiell behandling ikke inngår i behandlingstilbudet et medlemsland tilbyr sine egne innbyggere, medfører ikke det fremlagte forslaget at pasienter har krav på å motta slik behandling i utlandet *og få utgiftene refundert*.

I lys av EF-domstolens praksis har ikke Kommisjonen funnet det hensiktsmessig å fastholde/ eller innføre krav til forhåndsgodkjenning for å gi rett til refusjon. I den grad refusjon av utgifter holdes innenfor rammene av den dekning som ville vært mottatt i hjemlandet, har det formodningen mot seg at den nasjonale helse - og trygdeordninger vil bringes i økonomisk ubalanse. Imidlertid, hva angår sykehusbehandling, har domstolen fastslått at det ikke kan utelukkes at slikt kan skje. Faren for å ikke kunne opprettholde en stabil lege- og sykehustjeneste som hele befolkningen skal ha adgang til, kan utgjøre et tvingende allment hensyn som kan begrunne en begrensning av prinsippet om fri bevegelse av tjenester. Kommisjonen foreslår altså ikke at det innføres et generelt krav om forhåndsgodkjenning, men det gis en åpning for at medlemslandene kan innføre en ordning med forhåndsgodkjenning i forbindelse med refusjon av utgifter til sykehusbehandling i et annet medlemsland; - forutsatt at det kan dokumenteres at følgende er oppfylt:

- behandlingen ville vært dekket av hjemlandets trygdeordning dersom behandlingen hadde skjedd der
- strømmen av pasienter som søker behandling i utlandet er så stor at direktivets anvendelse er/ eller vil forventes å være, et alvorlig inngrep i medlemslandets trygdesystems økonomiske balanse og/eller pasientstrømmen har/ eller forventes å få alvorlige konsekvenser for den planlegging og rasjonalisering i sykehussektoren som gjennomføres med sikte på å unngå overkapasitet på sykehus, ubalanse i behandlingstilbud, logistikkmessige problemer og økonomisk sløsing, samt vanskeliggjøre opprettholdelse av et balansert system for lege- og helsetjenester som er tilgjengelige for alle, herunder opprettholdelse av behandlingsskapasitet og medisinsk kompetanse i det angjeldende medlemslandet

I situasjoner som her beskrevet, vil en ordning med forhåndsgodkjenning kunne rettferdiggjøres. I de tilfeller hvor medlemsland ikke har refusjonssatser for bestemte typer behandlingstilbud, må det innføres ordninger for beregning av utgifter som det offentlige trygdesystemet skal refundere de innbyggere som mottar behandling i utlandet. Ordningen må være basert på objektive, rettferdige kriterier som er kjent på forhånd, og de utgifter som refunderes skal tilsvare, eller ikke være mindre enn det som ville påløpt ved tilsvarende behandling i hjemlandet. Videre må godkjenningsordningen alltid være begrenset til det som anses nødvendig og rimelig for å unngå de uheldige konsekvensene som beskrevet over, og må under ingen omstendighet bidra til urimelig forskjellsbehandling.

Siden myndighetenes mulighet for å stille krav om forhåndsgodkjenning vil avhenge av om helsetjenesten ytes på sykehus eller ikke, blir grensen mellom sykehus/ ikke- sykehusbehandling svært interessant. For å unngå at medlemslandene i praksis tolker prinsippet om fri bevegelighet av helsetjenester ulikt, noe som vil kunne bidra til en konkurransevridning mellom ulike helsesystemer, forsøker man å fastsette en felles definisjon i direktivforslaget. Sykehusbehandling defineres i utgangspunktet som behandling på sykehus med innleggelse minst én natt. Imidlertid, andre helsetjenester kan også betraktes som sykehusbehandling dersom de forutsetter bruk av særlig høy spesialisert og kostnadskreven infrastruktur eller medisinsk utstyr, eller innebærer behandling som

representerer høy risiko for pasienten eller befolkningen. I forslaget er det lagt inn en hjemmel for at Kommisjonen kan fastsette og regelmessig ajourføre en liste over denne type behandling.

Alle administrative prosedyrer som grensekryssende helsetjenester er avhengig av, vurderes som hindringer av fri bevegelse med mindre de vurderes som nødvendige og rimelige. Siden administrativ praksis på helseområdet gjerne vil være svært ulik medlemslandene imellom, vil det bli stilt krav om at alle land skal utarbeide ett sett nasjonale prosedyrer som anvendes ved bruk av helsetjenester i et annet medlemsland. Prosedyrene skal gi pasientene sammenlignbare garantier for objektivitet, ikke – diskriminering og transparens som skal sikre at nasjonale myndigheters avgjørelser treffes i tide og med nødvendig hensyntagen både til disse prinsippene og til de individuelle forhold i hver enkelt sak. I tillegg til refusjonsspørsmålet vil dette også kunne gjelde prosedyrer i forbindelse med henvisninger, resepter og mulighet for å innhente en "second opinion".

Tilgjengelig informasjon er en forutsetning for at et system med grensekryssende helsetjenester skal kunne fungere i praksis. I dag finnes ingen klar informasjon til EUs innbyggere om de rettigheter som allerede eksisterer, og det er umulig for den enkelte å kunne utnytte de valgmuligheter som finnes uten at denne informasjonen blir gjort lett tilgjengelig for den enkelte. I direktivet foreslår derfor Kommisjonen at det opprettes nasjonale kontaktpunkt(er) for grensekryssende helsetjenester. Medlemslandene avgjør selv i hvilken form og hvilket antall. De nasjonale kontaktpunkt(ene), (som gjerne kan inngå i eller bygge på eksisterende organisering - forutsatt at det tydelig fremgår at de også er nasjonale kontaktpunkt for grensekryssende helsetjenester), skal informere om muligheter for å motta helsetjenester i et annet EU-land, om prosedyrer og skal også kunne yte praktisk bistand dersom det skulle være behov for dette. Denne informasjon skiller seg fra informasjon om selve helsetjenesten, som skal gis av den angjeldende tilbyder av helsetjenesten.

Der en pasient benytter helsetjenester i et land hvor vedkommende ikke har sykeforsikring, er det viktig med rettslig forutsigbarhet mht hvilke lands rettsregler som gjelder. Tilsvarende dersom den som yter helsetjenester har midlertidig opphold eller hvis tjenester utføres på tvers av landegrensene. Siden medlemslandene ihht EFT art. 152 har ansvar for organisering og levering av helsetjenester og medisinsk behandling, er følgende løsning valgt: direktivets regler vedrørende den faktiske utførelsen av helsetjenesten skal være underlagt de regler som gjelder i behandlende medlemsland. En klar angivelse av dette prinsippet tror man vil gjøre det enklere for pasientene å foreta et informert valg og vil forhindre misforståelser.

3. Samarbeidsområder – med krav om minimumsdeltakelse

For å utnytte det indre markeds potensialer for grensekryssende helsetjenester, forutsetter det samarbeid mellom tilbydere, brukere og myndigheter i de forskjellige medlemsland på nasjonalt, regionalt og lokalt plan. I arbeidet med direktivforslaget har helseministrene og andre berørte aktører pekt på områder der man antar en samordning vil bidra til store besparelser og kunne tilføre de nasjonale helsesystemene en merverdi. Samarbeid man da tenker på er *felles planlegging, gjensidig godkjenning eller tilpasning av prosedyrer og standarder, interoperabilitet mellom nasjonale ikt-systemer, praktiske ordninger for å sikre kontinuitet i behandlingen eller praktisk tilrettelegging for helsepersonells utførelse av grensekryssende behandling på permanent eller midlertidig basis*. Uten et slikt gjensidig samarbeid, vil fri utveksling av helsetjenester mellom ulike helsesystemer bli utsatt for betydelige og unødvendige hindringer.

Elementer i dette samarbeidet vil også være godkjenning av resepter som er skrevet ut i et annet medlemsland, deltakelse i europeiske nettverk for referansesentre og helseteknologivurdering. Direktivet inneholder bestemmelser om etablering av slike nettverk som vil ha til oppgave å støtte samarbeidet mellom de nasjonale myndigheter og hvor det forutsettes at alle deltar. Det er også en

ambisjon å utvikle samarbeid på eHelseområdet, uten at det i denne omgang legges opp til at medlemslandene skal være pliktige til å innføre eHelsesystemer eller tjenester. For å sikre nødvendig innsamling av statistiske og andre supplerende data om grensekryssende helsetjenester til overvåkingsformål; om de utførte tjenester, tjenesteutøvere, pasientene, utgiftene og resultatene, legger forslaget opp til at Kommisjonen skal kunne vedta supplerende tiltak i forhold til det som det er lagt opp til i dag i EUs statistiske program.

4. Gjennomføringsbestemmelser

I gjennomføringen av direktivet vil Kommisjonen bli bistått av en fast komité bestående av representanter fra medlemslandene. En representant fra Kommisjonen vil fungere som formann. Fem år etter implementeringsdato, skal Kommisjonen utarbeide en rapport om gjennomføring av direktivet som skal forelegges Europaparlamentet og Rådet.

VII. Prosessen videre

Direktivforslaget er nå oversendt Råd og Parlament. Første møte i rådets arbeidsgruppe er berammet til 23. juli og det er planlagt en rekke møter ut over høsten. Rådets første analyse av forslaget er forventet ferdigstilt i september. Det forutsettes at den nye senior arbeidegruppen som er i ferd med å bli etablert under Rådet, ikke skal befatte seg med de samme spørsmålene som er til diskusjon i rådsarbeidsgruppen. For øvrig kan vi vel anta at dagsorden for de forestående formelle og uformelle rådsmøter for helseministre, vil være preget av denne saken.

Europaparlamentet utarbeidet en rapport våren 2007 om pasientmobilitet og helsetjenester, den såkalte Vergnaud – rapporten – som ble vedtatt med 514 stemmer. Rapporten som reiste en rekke sentrale problemstillinger, vil nok hentes frem igjen når EP tar fatt på sin behandling av forslaget. Det ser ut til at John Bowis blir saksordfører i Helse - og Miljøkomiteen (ENVI) og Bernadette Vergnaud i Indre Marked komiteen (IMCO), men at sistnevnte ikke blir den ledende komiteen.

Det er ventet høyt engasjement under behandlingen av saken som tidligst vil kunne få sin første plenumsbehandling neste vår, men sannsynligvis ikke før etter valget i juni 2009. I mellomtiden vil arbeid pågå i komiteene. Nye saksordførere vil da også måtte bli utnevnt etter valget neste år.

VIII. Arenaer for norsk deltakelse

Siden forslaget nå er oversendt Råd og EP, er det ingen formelle arenaer hvor Norge kan fremme sine synspunkter på det foreslåtte direktivet. Ved gjennomgang av direktivet blir det en utfordring å definere problemområder og avklare posisjoner for disse som i neste omgang kan fremmes via uformelle kanaler og allianser. Deltakelse i ulike fora på helseområdet bør benyttes, og da også selvsagt arbeidsgruppene under Kommisjonens høynivågrupper som fremdeles er i funksjon og hvor Norge møter med observatørstatus. Det sier seg selv at det fremover vil være viktig å prioritere tilstedeværelse i fora hvor man kan regne med å treffe representanter fra medlemslandene som deltar i forhandlingene under Rådet.

IX. Kommentar

Det er på mange måter imponerende hvordan Kommisjonen med dette forslaget har klart å kombinere og begrunne det som i utgangspunktet kan fremstå som to motstridene hensyn nedfelt i EFT art 49 og 152; forene dette i ett forslag som på mange områder går langt inn på områder som til nå har vært tillagt medlemslandenes kompetanse. Mange av forslagene til tiltak er sektorovergrepene, og flere DG'er har vært involvert i prosessen. Av forlagene som ble presentert i den "den sosiale pakken" er nok dette det mest kontroversielle. Flere mener det ikke går langt nok, andre mener det går for langt og at det vil føre til en liberalisering av helsesektoren. Andre igjen er opptatt av at forslaget innfører en rekke uklarheter blant annet med hensyn til uklare definisjoner på enkelte områder. Spesielt er man naturlig nok opptatt av grenseoppgangen mellom ikke-sykehus og sykehusbehandling.

I forbindelse med den sosiale pakken skal man for øvrig merke seg at det også ble lagt frem en rapport om sosiale tjenester av allmenn interesse(SSGI). Det er ikke besluttet å lage et eget rammeverk eller direktiv for disse tjenestene pt, men det franske formannskapet har signalisert at de vil være positive til en slik utvikling, og har flere arrangementer under sitt formannskap som vil arbeide videre med disse problemstillingene. I alle fall bør rapporten leses og sees i sammenheng med direktivforslaget om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester.

Diskusjonen om sosial ulikhet og helse fortsetter. Ved at man legger opp til to parallelle systemer; ett basert på trygdeforordningen som forutsetter forhåndsgodkjenning – men hvor utgifter til behandling blir betalt eller garantert i forkant, og et annet hvor man i utgangspunktet ikke trenger forhåndsgodkjenning, men til gjengjeld ikke er garantert refusjon, og i alle fall må legge ut for behandlingen av egen lomme. Mange av EUs helseministere har i tidligere diskusjoner advart mot et tosporet system; dette vil vi helt sikkert få høre mer om.

En del reaksjoner på forslaget har vært at denne pasientmassen er marginal, dvs. pr. i dag utgjør utgiftene til grensekryssende helsetjenester kun 1% av det som totalt brukes på helse i EU, og at forslaget derfor ikke vil utgjøre noen trussel for de nasjonale helsesystemene. De fleste av dem som benytter mulighetene til å få behandling i andre EU-land i dag, er de som bor i grensestrøk eller i så små land at det ikke finnes adekvate behandlingstilbud i hjemlandet. Et eksempel på det siste er Malta, som sender en stor del av sine pasienter til UK. Det ser imidlertid ut som om antall pasienter som søker behandling i utlandet øker, og dersom et direktiv som det foreslåtte blir vedtatt og implementert på en god måte, er det vel grunn til å tro at flere vil benytte seg av behandlingstilbud i andre medlemsland som måtte passe.

I tillegg til grenseoppgangen mellom behandling i og utenfor sykehus, har man allerede startet å diskutere situasjoner som vil oppstå som følge av pasientskader, og ansvars- og forsikringsforhold i denne forbindelse. Videre hva som må være på plass av tiltak for å hindre/ redusere mulighetene for at skade oppstår. Prosedyrer rundt henvisninger til behandling og utskrivning av resepter for legemidler er utfordringer man tror vil kunne løses. Å bli enige om og etablerere felles regler for gode systemer for utveksling av sensitive medisinske opplysninger og pasientdata, vil nok by på enda større utfordringer. Slik forslaget ligger nå, er dette arbeid som vil foregå i den faste komiteen som Kommisjonen skal lede. Her vil det være nok av arbeid for spesialister og byråkrater i uoverskuelig fremtid.

Det bli en utfordring, ikke minst en pedagogisk utfordring å få forslaget helskinnet gjennom Europaparlaments- og Rådsbehandling. Direktivforslaget som er EØS-relevant, skal vedtas ved kvalifisert flertall og Europaparlamentet har medbestemmelsesrett.