

Europeisering av helsepolitikken

Michael 2017; 14: Supplement 19, 228–40.

Artikkelen handler om hvordan EU over tid har fått økt kompetanse og myndighet i helsepolitikken, og hvordan denne utviklingen kan påvirke helsesystemer i Europa, inkludert det norske helsesystemet. For enkelthets skyld brukes konsekvent betegnelsen EU, selv om dette var en betegnelse som formelt sett først kom i bruk 1. november 1993, da Maastricht-traktaten trådte i kraft. Helsepolitikk var opprinnelig ikke del av EU-samarbeidet, men gjennom regelverket for det indre marked, og domstolenes tolkning av dette, har EU blitt involvert på en rekke helsepolitiske områder, som regulering av mattrygghet, medisiner, medisinsk utstyr, yrkeskvalifikasjoner og pasientrettigheter, og uforpliktende samarbeid og koordinering av folkehelse spørsmål. Artikkelen analyser EUs styrkede rolle i helsepolitikken, samt hvordan nasjonale EU-tilpasninger er blitt gjennomført som følge av dette. Artikkelen belyser slik en utvikling som medlemslandene verken har forutsett eller ønsket. Europeisering av helsepolitikk har skjedd som en uforutsett og indirekte konsekvens av EUs traktatfestede markedsregulering. EUs traktatverk har samtidig utgjort et sett av begrensninger som har hindret en reversering av europeiseringen.

Innledning

Temaet for denne artikkelen er helsepolitikken rolle i forbindelse med utviklingen av det europeiske politiske og økonomiske samarbeidet de siste tiårene, med vekt på utviklingen i den europeiske unionen (EU) og Norges tilknytning til EU gjennom Avtalen om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS-avtalen). Problemstillingen er tredelt: 1) På hvilken måte har EU over tid blitt involvert i helsepolitikken? 2) Hvordan er norsk helsepolitikk, som tradisjonelt i liten grad har vært direkte berørt av forpliktende internasjonale avtaler, blitt tilpasset utviklingen i EU og EØS? 3) Hvordan kan utviklingen forstås som en «europeiseringsprosess», og hvilken

betydning har utviklingen for handlefriheten i helsepolitikken? Artikkelen bygger på litteratur, dokumenter, så vel som intervjuer (Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, HELFO, OUS, den norske EU-delegasjonen i Brussel, og Europakommisjonens DG Santé) som er gjennomført i forbindelse med et pågående prosjekt om EU og helsepolitikk. Intervjuene er i tråd med informantenes ønsker anonymisert og brukes i denne sammenheng kun som supplerende informasjonsgrunnlag.

Europeisering som analytisk begrep

I EU-forskningen finner vi en rekke ulike definisjoner og tilnærminger til europeisering (1–10). Tre ulike, men samtidig overlappende, kategorier av europeiseringsstudier kan identifiseres: 1) Nedenfra-opp tilnærminger som fokuserer på hvordan medlemslandene, samt andre berørte parter, påvirker og former EUs politikk og institusjoner; 2) Ovenfra-ned tilnærminger som fokuserer på hvordan EUs «output» (se under) påvirker og «penetrerer» nasjonale styringssystemer; og 3) Innenfra-ut tilnærminger som fokuserer både på hvordan EU utvider sitt territorium ved å ta opp nye medlemsland og på hvordan EUs politiske organisering kan fungere som modell for politiske systemer utenfor Europa. I denne artikkelen anvendes primært en ovenfra-ned tilnærming til europeisering, der EUs institusjoner, politikk, lover og domsavgjørelser, framstår som «uavhengige variable» med potensial til å påvirke og endre nasjonale helsesystemer. Europeisering analyseres dermed som den utviklingen, der EU direkte eller indirekte får kompetanse og ansvar i helsepolitikken, noe som igjen får konsekvenser for nasjonale styringssystemer. Fokus er i denne sammenheng rettet spesielt mot hvordan Norge påvirkes av EU.

Roma-traktaten og helse

EUs opprinnelse kan spores tilbake til 1. januar 1958 da Roma-traktaten, som la grunnlaget for det europeiske økonomiske fellesskap (EEC), trådte i kraft. Det grunnleggende formålet med Roma-traktaten var å legge grunnlaget for etablering av et indre marked mellom medlemslandene (Vest-Tyskland, Italia, Frankrike, Luxembourg, Belgia og Nederland) basert på fri bevegelse av varer, personer, tjenester og kapital («de fire friheter»). Planen var at man skulle få etablert et felles marked gjennom å fjerne ulike nasjonale regler som kunne fungere som handelshindringer (deregulering), samtidig som man skulle utvikle nye felles, harmoniserte regler (reregulering). Romatraktaten ga ikke grunnlag for harmonisering av medlemslandenes helsepolitikk eller helsesystemer (11, s.592). Den inneholdt likevel bestemmelser (i et eget kapittel om sosialpolitikk) som skulle sikre at arbeidstakere

som oppholdt seg (midlertidig) i et annet medlemsland, skulle være sikret nødvendige velferdstjenester ved behov. Romatraktaten la i tillegg grunnlag for fri bevegelse av medisiner og medisinsk utstyr mellom landene og for forenkling av godkjenningprosedyrer relatert til helsefaglig utdanning (som skulle legge til rette for fri flyt av arbeidskraft). Utover dette skjedde det ikke mye i det europeiske samarbeidet av betydning for helsepolitikken før initiativet til «fullføring» av det indre marked ble tatt på midten 1980-tallet. På dette tidspunktet var EU utvidet med seks nye medlemsland: Storbritannia, Irland og Danmark (alle i 1973), Hellas (1981), og Spania og Portugal (begge 1986). I 1995 ble også Sverige, Finland og Østerrike medlemmer av EU.

Helsepolitikk som del av EUs arbeid med det indre marked

Arbeidet med å fullføre det indre marked bygde på Romatraktatens prinsipper om de fire friheter og innebar rent praktisk en ny giv når det gjaldt harmonisering av regelverk. En stor mengde nye harmoniserte bestemmelser ble vedtatt fram mot 31. desember 1992, da den formelle fristen for ferdigstillelse av arbeidet var satt. I denne prosessen ble også helse satt på dagsorden. Man innså at når kompetanse og myndighet ble overført fra det enkelte medlemsland til EU-nivået, så var det samtidig viktig å sikre at grunnleggende hensyn (som helse, sikkerhet etc.) fortsatt ville bli ivaretatt. Faren var at markedshensyn kunne bli tatt på bekostning av helsehensyn og at fri flyt av varer og personer på tvers av landegrensene også kunne bety fri flyt av helseproblemer. Arbeidet med å fullføre det indre marked involverte derfor også regulering av helsehensyn. Sentralt i den sammenheng var EUs rett til å vedta helserelaterte lover og regler som direkte kunne relateres til det indre marked (12–14). Denne retten ble traktatfestet gjennom Artikkel 100A i Enhetsakten som trådte i kraft 1. juli 1987. Artikkelen inneholdt en ambisjon om at EU skulle legge sterke helsehensyn til grunn for sin lovgivning, jf. paragraf 3: «The Commission, in its proposals envisaged in paragraph 1 concerning health, safety, environmental protection and consumer protection, will take as a base a high level of protection». Helsehensyn ble dermed tatt eksplisitt inn i traktatverket, men da primært basert på logikken knyttet til regulering av det indre marked.

Artikkel 100A la grunnlag for en videre styrking av EUs rolle i helsepolitikken (15–17). Gjennom Maastricht-traktaten som trådte i kraft i 1993, ble helsehensyn for første gang tatt inn i en egen «folkehelsebestemmelse» i Traktaten gjennom artikkel 129 (med tittelen «Public health»). Paragraf 1 i denne bestemmelsen sier følgende: «(...) the Community shall contribute towards ensuring a high level of human health protection by

encouraging cooperation between the Member States and, if necessary, lending support to their action». EU la på denne måten opp til å spille en mer aktiv rolle i helsepolitikken, selv om det fortsatt var snakk om en tilbaketrukket rolle i form av å «oppmuntre» til samarbeid og å «støtte opp om» tiltak.

Gjennom Amsterdam-traktaten, som ble undertegnet 1. oktober 1997 og trådte i kraft 1. mai 1999, ble artikkel 129 delvis videreført og delvis revidert og fikk samtidig endret nummering til artikkel 152. Noen av formuleringene ble gjort mer forpliktende, og det ble samtidig lagt opp til en utvidet rolle for EU i helsepolitikken. For eksempel stod det i paragraf 1 nå følgende (forfatters utheving): «A high level of human health protection shall be *ensured* in the definition and implementation of all Community policies and activities» (18, s.235). EU skulle altså nå «sikre», ikke bare «bidra til» (jf. «contribute towards» i artikkel 129), at helsehensynet ble ivaretatt. Artikkel 152 spesifiserte de sykdommer og helseproblemer som EU-samarbeidet skulle omfatte, viste til at samarbeidet måtte håndtere alle helsemessige farer, og slo fast at EU skulle arbeide på grunnlag av en generell målsetting om å bedre folks helse. Artikkel 152 fikk også nytt avsnitt – paragraf 5 – som bekreftet medlemsstatenes sentrale ansvar for helsepolitikken: «Community action in the field of public health shall fully respect the responsibilities of the Member States for the organization and delivery of health services and medical care» (19, s. 247). Til tross for vektleggingen av medlemsstatens ansvar, illustrerer artikkel 152 at EU nå hadde fått en viktigere rolle å spille i helsepolitikken. Denne styrkede rollen kom ytterligere til uttrykk ved at det fra og med 1997 for første gang ble holdt regelmessige formelle møter mellom medlemslandenes helseministre i EUs ministerråd, og at det i 1999 ble etablert en egen helseadministrasjon på EU-nivå gjennom opprettelsen av et helsedirektorat i Europakommisjonen (jf. DG Sanco – i dag DG Santé). Artikkel 152 skiftet nummerering til artikkel 168 i Lisboa-traktaten som trådte i kraft 1. desember 2009, men hovedinnholdet ble bevart.

Gradvis etablering av en egen helsepolitikk i EU

EU har på denne måten utviklet seg fra en svært begrenset involvering i helsepolitikk på 1960- og 1970-tallet, til dagens situasjon, der eksplisitte traktatbestemmelser gir grunnlag for både engasjement fra EU-institusjonenes side og for mer utstrakt helsepolitisk samarbeid og koordinering mellom dagens 28 medlemsstater. Folkehelsebestemmelsen i Traktaten (jf. artikkel 168) gir imidlertid ikke noe klart grunnlag for at EU skal involvere seg i organisering, finansiering og styring av helsetjenester. Likevel har EU

også på dette området fått en stadig mer sentral rolle over tid, med da primært som en (indirekte) konsekvens av de fire friheter og reguleringen av det indre marked (14). Utviklingen av EUs regler for grensekryssende helsetjenester illustrerer dette (10, 16, 20–23).

Med utgangspunkt i Romatraktatens bestemmelser om fri flyt av arbeidskraft og traktatens kapittel om sosialpolitikk, etablerte EU allerede i 1958 regler som skulle sikre rettigheter til velferdstjenester ved opphold i andre EU-land (utenlandske arbeidstakere, turister etc.) (jf. EU Social Security Coordination). Reglene er senere blitt revidert flere ganger. Ordningen (jf. trygdeforordningen) omfatter i dag både EU og EFTA (European Free Trade Association) (Island, Liechtenstein, Norge og Sveits), og er relevant i tilfeller der personer har tilknytning til mer enn ett land, via bosted, arbeid, pensjon, forsørger etc. I den sammenheng er det europeiske helsetrygdekorret viktig. Helsetrygdekorret har anvendelse i tilfeller der behovet for helsehjelp oppstår under midlertidige utenlandsopphold. Poenget er at folk som midlertidig oppholder seg i et annet EU- eller EFTA-land, skal ha krav på den samme helsehjelpen som innbyggerne i det aktuelle landet. Det er viktig å merke seg at type helsehjelp som tilbys, hvilke utgifter det offentlige dekker, eventuelle krav om egenandeler etc., bestemmes på grunnlag av de vilkår som gjelder i det landet man oppholder seg i. Ordningen gjelder dessuten kun offentlige helsetjenester. Pasienten behøver ikke selv legge ut for behandlingen (utover eventuelle egenandeler). Utgiftene blir refundert i ettertid av hjemlandets myndigheter til det landet der behandlingen ble gjennomført. Denne ordningen har som nevnt eksistert i ulike former over lang tid. Den er primært innrettet mot *ikke-planlagte behandlinger* (jf. behov for øyeblikkelig helsehjelp ved opphold i et annet land) og mot de behov for helsehjelp arbeidstakere har når de jobber i et annet EU-land. Når det gjelder planlagte reiser for å få behandling i utlandet, har nasjonale myndigheter i all hovedsak krevd forhåndsgodkjenning og dessuten vært restriktive med å refundere utgifter.

EUs Pasientrettighetsdirektiv – inn i helsepolitikkenes kjerne

På slutten av 1990-tallet ble reglene for grensekryssende helsetjenester i Europa utfordret, da flere saker relatert til dette området ble brakt inn for både nasjonale domstoler og for EU-domstolen (14,15). Et av de prinsipielt viktige spørsmålene som kom opp for domstolene, var om pasienter hadde rett under EU-regelverket til å få refundert (uten forhåndsgodkjenning) utgiftene til en planlagt helsebehandling i et annet land. Gjennom de ulike domstolsavgjørelsene ble det klart at forhåndsgodkjenning i denne sam-

menheng kunne betraktes som en barriere mot fri flyt av pasienter og helse-tjenester og derfor måtte vurderes opp mot traktatfestede bestemmelser relatert til de fire friheter (14, 15). Domstolsavgjørelsene åpnet dermed opp for at pasienter i EU uten forhåndsgodkjenning kunne velge å foreta en planlagt behandling i utlandet og samtidig kreve utgiftene refundert av egne myndigheter (såfremt behandlingen var i tråd med rettighetene til helsehjelp som gjaldt i eget land). Det ble samtidig klart at helsetjenester måtte betraktes som en rettslig del av det indre marked, noe medlemslandene ikke hadde betraktet som selvsagt. Domstolsavgjørelsene kom som en overraskelse på EUs medlemsstater som dermed så faren for at EUs traktatbestemmelser kunne gripe direkte inn i kjernen av helsepolitikken, herunder regulering av rettighetsfestede helsetjenester (13,14). EU tok derfor initiativ til å utarbeide nye regler for grensekryssende helsetjenester som var ment å klargjøre og avgrense landenes plikter og pasientenes rettigheter. Initiativet resulterte i EUs pasientrettighetsdirektiv fra 2011. Medlemslandene fikk en frist til 25. oktober 2013 med å innarbeide direktivet i nasjonal rett (23). Medlemslandene ga ikke uttrykk for at de ønsket at EU skulle få økt innflytelse på reguleringen av grensekryssende helsetjenester. Pasientrettighetsdirektivet kom derfor først og fremst som et resultat av EU-domstolens vurdering om at grensekryssende helsetjenester måtte betraktes som del av det indre marked. Med dette som utgangspunkt anså medlemslandene at de ville ha større innflytelse ved å delta i utformingen av Pasientrettighetsdirektivet enn ved å overlate den videre utviklingen til nye domstolsavgjørelser.

EUs pasientrettighetsdirektiv er et forsøk fra EUs side på å skape mer forutsigbare regler for bruk av grensekryssende helsetjenester. Direktivet forsøker samtidig å balansere hensynet til nasjonale helsesystemer på den ene siden med pasienters rettigheter til behandling i utlandet på den andre. Direktivet gir pasientene rett til å få refundert utgifter til ikke-sykehus behandling (eller sykehusbehandling som ikke krever overnatting) i utlandet uten forhåndsgodkjenning. Pasientene har også rett til å få refundert sykehusbehandling i utlandet, men her åpner direktivet for at landene kan stille krav om forhåndsgodkjenning etter nærmere spesifiserte vilkår. Også svært kostbare eller svært spesialiserte helsetjenester kan underlegges forhåndsgodkjenning. Det er viktig å understreke at pasientenes rettigheter er basert på de kriterier og de vilkår (jf. type behandlinger pasientene har krav på å få dekket utgiftene til, størrelse på kostnadene forbundet med behandlingen etc.) som gjelder i pasientenes hjemland. For eksempel, hvis utgifter til tannlegetjenester ikke dekkes gjennom hjemlandets helsesystem, så vil de heller ikke dekkes ved behandling i utlandet. Pasientenes rett til å få refundert utgifter til behandling i utlandet under pasientrettighetsdirektivet

omfatter med andre ord kun de samme helsetjenester de ville hatt krav på å få dekket i hjemlandet.

Pasientrettighetsdirektivet omfatter både somatisk og psykiatrisk behandling. Videre kan pasientene velge om de vil bruke et privat eller offentlig helsetilbud. I praksis åpner dermed direktivet for fritt behandlingstilbud for pasienter som velger å bruke helsetjenester i utlandet. Medlemsstatene pliktes å etablere ett eller flere nasjonale kontaktpunkt («National Contact Points») som har ansvar for å gi relevant informasjon til pasienter og andre lands kontaktpunkter om muligheter og rettigheter knyttet til grensekryssende helsetjenester. Direktivet viser til at medlemsstatene skal unngå å etablere administrative prosedyrer som kan virke diskriminerende og begrense muligheten til å benytte behandlingstilbud i utlandet, og legger samtidig opp til at medlemsstatene skal samarbeide for å sikre et godt og trygt tilbud av helsetjenester på tvers av landegrensene.

Pasientrettighetsdirektivet representerer et veiskille i utviklingen av EUs helsepolitikk ettersom det berører helsepolitiske områder som medlemsstatene faktisk ikke trodde ville bli berørt av EU-regelverket. Direktivet var den første EU-lovgivningen som eksplisitt grep inn i kjernen av helsepolitikken og innebærer, gitt at pasientene i stor grad benytter sine nye rettigheter, at helsesystemene i Europa kan utsettes for et stort endringspress. Direktivet er omfattet av EØS-avtalen og berører derfor også Norge.

Norges tilknytning til EU – betydning for helsepolitikken

EØS-avtalen er en avtale mellom EFTA-landene Norge, Island og Liechtenstein på den ene siden og EUs 28 medlemsland på den andre (10,24). Avtalen er en dynamisk avtale som stadig endres og utvides etter hvert som EU vedtar nye lover og regler. Det er den mest omfattende internasjonale avtalen Norge er med i. EØS-avtalen er primært en handelsavtale og innebærer i praksis at Norge kan ta del i EUs indre marked, da med unntak av landbruks- og fiskeriområdet. Dette betyr at Norge er forpliktet av EUs fire friheter og av de fleste av EUs bestemmelser som er relatert til reguleringen av det indre marked (med enkelte unntak som nevnt over). Dette har ført til at Norge siden 1994, da avtalen trådte i kraft, har innarbeidet flere tusen av EUs rettsregler i norsk rett. EØS-avtalen har dermed betydning for norsk helsepolitikk på en rekke områder (10,24). For det første påvirkes norsk helsepolitikk av EUs regulering av det indre marked. Dette betyr at Norge har overtatt EUs helserelaterte produktbestemmelser (eks. regulering av legemidler, medisinsk utstyr, blod/celler/vev/organer, kosmetikk, alkohol, tobakk, mattrygghet, kjemiske stoffer etc.), EUs bestemmelser knyttet til fri bevegelse av arbeidskraft (eks. trygdekoordinering, gjensidig godkjenning

av helsepersonell, gjensidig godkjenning av helseutdanning etc.), og EUs bestemmelser knyttet til fri bevegelse av tjenester (jf. EUs pasientrettighetsdirektiv). I tillegg innebærer EØS-avtalen at Norge kan delta i det frivillige arbeidet og koordineringen som foregår på helseområdet innenfor rammen av EU (eks. strategier og planer relatert til vaksiner, smittevern, ernæring, generelt folkehelsearbeid etc.). Norge deltar både i arbeidsgrupper og komiteer under Europakommisjonen som diskuterer forslag til ny lovgiving og strategier og arbeidsplaner på helseområdet, og har anledning til å delta i de såkalte EU-byråene som EU har etablert på helsefeltet: Den europeiske myndighet for mattrygghet (EFSA), Det europeiske byrå for legemiddelvurdering (EMA), Det europeiske smittevernbyrå (ECDC), Det europeiske overvåknings-senter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA) og Forvaltningsbyrået for helse og forbrukere (EAHC). Dette dreier seg om fagorganer som primært har rådgivende funksjoner overfor EU på helsefeltet. Norge har dermed overtatt store deler av det helserelaterte EU-regelverket og inngår i brede faglige nettverk på helseområdet innenfor rammen av EU.

EUs pasientrettighetsdirektiv framstår i denne sammenheng som særlig viktig ettersom det har potensial til å påvirke kjernen av helsepolitikken, nemlig organisering, styring og finansiering av primær- og spesialisthelsetjenester. Det at pasientrettighetsdirektivet er vedtatt som et *direktiv* betyr at det fungerer som et rammevedtak som setter opp bestemte mål og betingelser som medlemslandene selv må utforme en spesifikk lovtekst for innen en viss tidsfrist. Norge gjennomførte de siste tilpasningene til direktivet gjennom endringer i «Forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land», som trådte i kraft 1. mars 2015. Norske myndigheter anså dermed det norske regelverket for å være fullt ut tilpasset direktivet.

Det er HELFO (Helseøkonomiforvaltningen) som er det norske kontaktpunktet for grensekryssende helsetjenester. HELFO er underlagt Helsedepartementet og har ansvar for administrasjon av regelverket, informasjon om rettighetene til behandling i utlandet, og refusjon av pasientenes utgifter til slik behandling. Regjeringen, bestående av Høyre og Fremskrittspartiet, valgte å innføre en ordning uten krav om forhåndskjenning. Dette gjelder både ikke-sykehusbehandling og sykehusbehandling i utlandet. Norske pasienter står dermed fritt til å reise til utlandet for å få behandling og i ettertid få refundert utgiftene av norske myndigheter, så lenge behandlingen er noe de ellers ville få dekket i Norge (10).

Da regjeringens proposisjon om innlemmelse av EUs pasientrettighetsdirektiv i norsk lov ble behandlet i Stortingets helse- og omsorgskomite høsten 2014, påpekte flertallet, bestående av Arbeiderpartiet, Kristelig

Folkeparti, Sosialistisk Venstreparti, Venstre og Senterpartiet, at regjeringen hadde fjernet kravet om forhåndsgodkjenning uten først å ha konsultert Stortinget (28). De viste til at dette endret forutsetningene for Stortingets behandling av de lovendringer som må til for å implementere Pasientrettighetsdirektivet. Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, og Venstre ønsket å innføre forhåndskjenning, mens Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ønsket å avvise Pasientrettighetsdirektivet helt. I voteringen i Stortinget fikk likevel regjeringens forslag flertall, da med hjelp av Venstres stemmer (29). I tillegg valgte to «avhoppere» fra hhv. Arbeiderpartiet og Kristelig Folkeparti å støtte regjeringens forslag. Regjeringen, med støtte fra Stortingets flertall, valgte dermed å innføre et mer liberalt regelverk enn hva den var strengt tatt forpliktet til med utgangspunkt i pasientrettighetsdirektivets bestemmelser. Direktivet åpner som nevnt for at landene kan innføre forhåndsgodkjenning av sykehusbehandling i utlandet.

I Norge gjelder de samme regler for behandling i utlandet som for behandling i Norge, nemlig at pasienten har krav på behandling etter henvisning fra lege. Pasientene *kan* imidlertid velge om de vil søke om såkalt «forhåndstilsagn» før behandling i utlandet. Dette er en frivillig ordning som kan gi pasientene en viss forsikring om at de faktisk får refundert sine utgifter. For øvrig får ikke pasientene dekket alle sine reiseutgifter – kun et beløp tilsvarende det de ville fått dekket ved reise til nærmeste mulige behandlingssted i Norge. Denne ordningen er lik den som gjelder ved fritt sykehusvalg i Norge. Ved behandling i utlandet får du ellers refundert det som behandlingen ville kostet for det offentlige i Norge. Det er viktig å merke seg at i motsetning til hva som gjelder ved fritt sykehusvalg i Norge, kan pasientene fritt velge mellom offentlige og private helsetilbud i utlandet. I praksis innebærer dermed den norske tilpasningen at det er innført fritt behandlingsvalg når pasientene velger å benytte seg av helsetjenester i utlandet. I praksis åpner regelverket for at private norske helsetjenestetilbydere kan etablere seg i et EU-land og tilby behandling som norske pasienter kan få refundert av norske myndigheter uten forhåndsgodkjenning. Slik kan regelverket bidra til en privatisering av helsetjenestene «gjennom bakdøren».

Det er samtidig en rekke forhold som begrenser omfanget av grensekryssende helsetjenester, som reiseavstand, kunnskap, kultur, kvalitet, språk etc. EUs rapport fra 2015 om praktisering av reglene under pasientrettighetsdirektivet viser at pasienter i Europa kun i begrenset grad har benyttet seg av den muligheten direktivet gir til å få refundert utgifter til behandling i utlandet (25). De norske erfaringene så langt samsvarer med dette. Det kan likevel ikke utelukkes at behandling i utlandet vil bli mer vanlig etter hvert

som både retten til å få dekket utgiftene blir mer kjent og kunnskapen om utenlandske helsetilbud blir større.

Europeisering av helsepolitikk – en kort analyse

Historien om utviklingen av EUs helsepolitikk er i stor grad historien om uventede hendelser. Lite tyder på at medlemsstatene har hatt full kontroll over denne utviklingen. EUs kompetanse på helseområdet har primært blitt styrket på bakgrunn av reguleringen av det indre marked og de traktatfestede prinsippene om fri bevegelse. Det er illustrerende at initiativet til å utarbeide pasientrettighetsdirektivet kom som en følge av domstolsavgjørelser som fastslo at retten til helsetjenester må forstås ut i fra de traktatfestede reglene om fri bevegelse av tjenester. På bakgrunn av medlemsstatenes overraskelse over at traktatbestemmelsene kunne ha slike konsekvenser, har Greer betegnet nok kalt prosessen for «uninvited Europeanization» (13). EUs kompetanse i spørsmål om grensekryssende helsetjenester er blitt økt til tross for at medlemsstatene opprinnelig viste unison motstand mot å overføre slik kompetanse til EU-nivået. Europeisering av helsepolitikken kan i tråd med dette forstås som en ovenfra-ned prosess. Medlemsstatene har i begrenset grad *valgt* å etablere en slik forpliktende helsepolitikk på EU-nivå, men har først og fremst blitt «*tvunget*» til å akseptere utviklingen på grunn av traktatfestede prinsipper og regler. Kostnadene ved å endre traktatene er blitt oppfattet som høyere enn kostnadene ved å akseptere at EU må spille en rolle i reguleringen av helsetjenester. Det er verdt å merke seg at utviklingen også er blitt påvirket av nedenfra-opp initiativ. Domstolens avgjørelser i spørsmål om grensekryssende helsetjenester skjedde med utgangspunkt i at individuelle borgere først hadde bragte sine saker inn for domstolene. Det er ellers bemerkelsesverdig hvor begrenset medlemsstatenes innflytelse synes å ha vært i utviklingen på dette området.

Historien om EUs helsepolitikk viser hvordan EUs traktater utgjør et sett av spilleregler som skaper både muligheter og begrensninger for statenes framtidige handlingsvalg. Utviklingen kan i tråd med dette betraktes som en sti-avhengig prosess preget av «spill-over», der regler for det indre marked har fått ikke-intenderte konsekvenser for utviklingen av nye regler på helseområdet (26). Helsepolitikken er blitt europeisert gjennom etablering av både nye EU-regler og nye EU-institusjoner og gjennom nasjonale tilpasninger. EU har fått økt kompetanse på helseområdet, ikke minst ved at helsepolitikken i større grad er plassert innenfor rammen av EUs markedsregulering. På sikt kan dette få betydelige konsekvenser både for markeds-tilpasning og konkurranse blant offentlige og private helsetjenesteleverandører, og for pasientstrømmene på tvers av landegrensene i Europa.

Nye rammer for helsepolitiske beslutninger

Helsepolitikk var opprinnelig ikke tatt inn i EUs traktater. Helsepolitikk ble derfor lenge betraktet som et i hovedsak nasjonalt anliggende. Over tid har imidlertid helsepolitikk fått en stadig større plass i EU-samarbeidet, og dermed også for EØS-samarbeidet. På områder som produktreguleringer, godkjenning av medisiner og arbeidsmigrasjon, har EU utviklet et omfattende forpliktende regelverk. For eksempel er i dag det meste av Norges regelverk for produksjon og omsetning av helsemessig trygg mat basert på EU-regelverk. På flere helserelaterte områder inngår derfor EU som en viktig del av styringsverket. Helsepolitikk har på den måten blitt en del av det som blir kalt «flernivåstyringen» i Europa (27). EU legger viktige premisser for politikkkutviklingen og begrenser samtidig det nasjonale handlingsrommet på flere viktige helsepolitiske områder. Gjennom pasientrettighetsdirektivet har EU også beveget seg langt inn i reguleringen av nasjonale helse-tjenester. EU har fått økt kompetanse på grunnlag av både domsavgjørelser og etablering av nytt regelverk. Nasjonale myndigheter har hele tiden vært skeptiske til en slik utvikling innenfor det som oppfattes som helsepolitiske kjerneområder. Over tid har det på denne måten kommet på plass til dels uønskede nye rettslige rammer for helsepolitikk i Europa. Disse rammene legger begrensninger på nasjonale myndigheters handlingsrom. Samtidig skaper de rettslige rammene også nye muligheter for aktører i helsesystemet, som pasienter, tjenesteleverandører og forsikringsselskaper. Det er imidlertid ikke gitt hvor stor reell påvirkning EU-regelverket vil ha på den framtidige utviklingen av nasjonale helsesystemer. Virkningen av dette regelverket avhenger av i hvilken grad aktørene i helsesystemene faktisk utnytter de nye rettighetene og mulighetene.

Litteratur

1. Börzel T, Risse T. When Europe Hits Home: Europeanization and Domestic Change. *EIOP* 2000; 4(15):1–13.
2. Börzel T. Pace-Setting, Foot Dragging, and Fence Setting: Member State Responses to Europeanization. *J Common Mark Stud* 2002;40(2):193–214.
3. Knill C., Lehmkuhl D. The national impact of European Union regulatory policy: Three Europeanization mechanisms. *Eur J Polit Res.* 2012;41(2):255–80.
4. Olsen, J.P. The Many Faces of Europeanization. *J Common Mark Stud* 2002; 40(5):921–52.
5. Featherstone K, Radaelli CM. (red.) *The Politics of Europeanization*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
6. Radaelli CM. Europeanisation: Solution or problem? *EIOP*. 2004;8(16):1–16.

7. Ladrecht R. *Europeanization and National Policies*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan, 2010.
8. Töller AE. Measuring and Comparing Europeanization of National Legislation: A Research Note. *J Common Mark Stud*. 2010;48(2):417–44.
9. Sedelmeier U. Europeanization. I: Jones E, Menon A, Weatherill S, red. *The Oxford Handbook of the European Union*. Oxford: Oxford University Press, 2012.
10. Time MS, Veggeland F. The Clash between Market and Welfare State Models: Europeanization of Nordic Health Systems. I: Veggeland N. (red.) *The Current Nordic Welfare State Model*. New York: Nova Science Publishers, 2016.
11. Geyer R. The Politics of EU Health Policy and the Case of Direct-to-Consumer Advertising for Prescription Drugs. *Br J Polit Int Relat*. 2011;13:586–602.
12. Vos E. *Institutional Frameworks of Community Health and Safety Regulation*. Oxford: Hart Publishing, 1999.
13. Greer S. Uninvited Europeanization: neofunctionalism and the EU in health policy. *J Eur Public Policy*. 2006;13(1):134–52.
14. Mossialos E, Permanand G, Baeten R, Hervey TK, red. *Health Systems Governance in Europe. The Role of European Union Law and Policy*. New York: Cambridge University Press, 2010.
15. van de Gronden JW, Szyszczak E, Neergaard U, Krajewski M, red. *Health Care and EU Law*. Hague: T.M.C. Asser Press, 2011.
16. Greer SL, Hervey T, Mackenbach JP, McKee M. Health law and policy in the European Union. *Lancet* 2013;381(9872):1135–44.
17. Vollaard H, van de Bovenkamp HM, Martinsen DS. The making of a European health care union: a federalist perspective. *J Eur Public Policy* 2015;23(2):157–76.
18. Vos E. EU Food Safety Regulation in the Aftermath of the BSE Crisis. *J Consum Policy*. 2000;23(3):227–55.
19. Official Journal of the European Communities. *Treaty of Amsterdam amending the Treaty on European Union, the Treaties establishing the European Communities and certain related acts. Notice no: 97/C 340/01, 1997*.
20. Wismar M, Palm W, Figueras J, Ernst K, van Ginneken E. (red.) *Cross-border health care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies*. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2011.
21. Greer SL. Avoiding another directive: the unstable politics of European Union cross-border health care law. *Health Econ Policy Law*. 2013;8(4):415–21.
22. Vollaard H, Martinsen DS. Bounded Rationality in Transposition Processes: The Case of the European Patients' Rights Directive. *West Eur Polit*. 2014; 37(4):711–31.
23. Official Journal of the European Union. *Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. OJ L 88, 4.4.2011, 2011*.
24. NOU (2012: 2): *Utenfor og innenfor. Norges avtaler med EU*. Utredning fra utvalg oppnevnt av Utenriksdepartementet 7. januar 2010 (Europautredningen). Avgitt til Utenriksdepartementet 17. januar 2012.

25. European Commission. Commission report on the operation of Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Report from the Commission to the European Parliament and the Council. Brussels, 04/09/ 2015 COM (2015) 421 final.
26. Pierson P. *Politics in Time. History, Institutions, and Social Analysis*. Princeton: Princeton University Press, 2004.
27. Schakel AH, Marks G, Hooghe L. Multilevel Governance and the State. I: Leibfried S, Huber E, Lange M, Levy JD, Nullmeier F, Stephens JD. (red.) *Oxford Handbook on the Transformation of the State*. Oxford: Oxford University Press, 2015.
28. *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning nr. 153/2014 av 9. juli 2014 om innlemmelse i EØS-avtalen av direktiv 2011/24/EU om anvendelse av pasientrettigheter ved helsetjenester over landegrensene.*
29. Stortinget: Voteringsoversikt for sak «Samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning om innlemmelse i EØS-avtalen av direktiv 2011/24/EU om anvendelse av pasientrettigheter ved helsetjenester over landegrensene», Tilgjengelig på Stortinget.no: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/Voteringsoversikt/?p=60536&dnid=1>

Frode Veggeland
Professor
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo
Postboks 1089 Blindern
0318 Oslo
frode.veggeland@medisin.uio.no