

Høringsnotat - endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet

Innhold

1	Innledning.....	7
2	Innledning.....	10
3	Kort om pasient- og brukerrettigheter og utformingen av disse.....	10
3.1	Prosessuelle pasient- og brukerrettigheter	11
3.2	Materielle pasient- og brukerrettigheter.....	11
3.3	Rettigheter som virkemiddel for pasient og brukere – og utformingen av disse.....	11
4	Kort om historikk.....	13
4.1.1	Fra 1970 til 1990	13
4.1.2	Fra 1990 til 1997	13
4.1.3	Fra 1997 til 1999	14
4.1.4	Fra 1999 til 2003	15
5	Gjeldende rett	15
5.1	Innledning	15
5.2	Pasient- og brukerrettighetsloven.....	15
5.2.1	Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	15
5.2.2	Rett til vurdering	20
5.2.3	Rett til fornyet vurdering.....	23
5.2.4	Rett til informasjon.....	24
5.2.5	Fritt sykehusvalg	25
5.3	Spesialisthelsetjenesteloven	26
5.3.1	Statens ansvar for spesialisthelsetjenester	26
5.3.2	De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester	27
5.3.3	Forskrift om ventelisteregistrering	27
5.4	Forsvarlighetskravet.....	28
6	Andre lands lovgivning	29
6.1	Sverige	29
6.1.1	Organisering av spesialisthelsetjenesten	29
6.1.2	Krav til helse- og omsorgstjenesten	30
6.1.3	Garanti om helsehjelp.....	30
6.1.4	Rett til valg av behandlingsalternativ	30
6.1.5	Rett til fornyet vurdering.....	30

6.1.6	Rett til informasjon.....	31
6.2	Danmark.....	31
6.2.1	Organisering av spesialisthelsetjenesten	31
6.2.2	Fritt sykehusvalg	31
6.2.3	Utvidet rett til fritt sykehusvalg	32
6.2.4	Maksimale ventetider ved livstruende sykdom	32
6.2.5	Behandling i utlandet	33
6.2.6	Rett til informasjon.....	33
6.3	Finland	33
6.3.1	Organisering	33
6.3.2	Rett til helsehjelp.....	34
6.3.3	Rett til vurdering	34
6.3.4	Rett til informasjon.....	35
6.3.5	Rett til å velge behandlingssted.....	35
6.3.6	Behandling i utlandet	36
6.4	Island.....	36
6.4.1	Organisering	36
6.4.2	Rett til helsehjelp.....	36
6.4.3	Rett til informasjon.....	36
6.4.4	Finansiering.....	37
7	Ulike rapporter og tall om pasient- og brukerrettigheter	37
7.1	Innledning	37
7.2	Ventetider og pasientrettigheter 2011- rapport fra Norsk pasientregister.....	38
7.2.1	Rettighetstildeling etter sektor og region	38
7.2.2	Brudd på vurderingsgaranti	41
7.2.3	Brudd på frist for igangsetting av helsehjelp	42
7.3	Konsernrevisjon fra Helse Sør-Øst – intern styring og kontroll av pasientadministrativt arbeid (Rapport 10/2012)	46
8	Beskrivelse av og forslag til ulike ikke-rettslige tiltak for å unngå fristbrudd og sikre helhetlige pasientforløp	47
8.1	Innledning	47
8.2	Tilgjengelighet og riktig prioritering	48

8.3	Bedre informasjon til pasientene	49
8.4	Tiltak for å oppnå gode og effektive behandlingsforløp.....	50
8.5	Økonomiske insentiver	52
9	Departementets forslag og vurderinger	52
9.1	Innledning	52
9.2	Overordnet om begrepsbruk.....	53
9.3	Rett til vurdering	53
9.4	Rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste.....	56
9.4.1	Skillet mellom rettighetspasienter og pasienter med behov for spesialisthelsetjeneste	56
9.4.2	Utforming av en felles rettighetsbestemmelse	59
9.4.3	Prioritering av pasienter og skillet mot pasienter som vurderes til ikke å ha et behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	60
9.4.4	Retten til individuell fastsatt frist for når helsehjelp senest skal settes i gang	60
9.4.5	Spesialisthelsetjenestens plikt til å sikre pasientene helsehjelp	61
9.4.6	Prioriteringsforskriften	63
9.5	Retten til fritt sykehusvalg m.m.	64
9.5.1	Innledning.....	64
9.5.2	Private radiologiske institusjoner	64
9.5.3	Private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner.....	64
9.6	Overordnet om departementets forslag	65
10	Økonomiske og administrative konsekvenser	65
11	Innledning.....	67
12	Gjeldende rett vedrørende dekning av utgifter til utenlandsbehandling	67
12.1	EU- og EFTA-domstolens praksis	67
12.2	Forordning (EF) nr 883/2004	68
12.2.1	Innledning.....	68
12.2.2	Rett til naturalytelser ved bosetting i et annet EØS-land	69
12.2.3	Rett til naturalytelser under midlertidig opphold i et annet EØS-land.....	69
12.2.4	Reise til et annet EØS-land i den hensikt å motta behandling der	70
12.3	Forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i annet EØS-land	71
12.3.1	Innledning.....	71

12.3.2	Helsehjelp det ytes stønad til.....	71
12.3.3	Vilkår for stønad.....	72
12.3.4	Beregning av stønad	73
12.3.5	Egenandel	73
12.3.6	Reise- og oppholdsutgifter	73
12.4	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde og femte ledd	74
13	Pasientrettighetsdirektivet	75
13.1	Innledning.....	75
13.2	Direktivets formål og virkeområde	75
13.3	Medlemslandenes ansvar for grenseoverskridende helsehjelp.....	76
13.3.1	Kontaktpunkt.....	76
13.3.2	Behandlingslandets ansvar	76
13.3.3	Trygdelandets ansvar.....	77
13.4	Samarbeidsbestemmelser	78
13.5	Forholdet til EØS-avtalen.....	79
14	Implementeringen i andre nordiske land	80
14.1	Sverige.....	80
14.1.1	Innledning.....	80
14.1.2	Vilkår for behandling	80
14.1.3	Fastsettelse av refusjonsbeløpet	80
14.1.4	Forhåndstilsagn	81
14.1.5	Saksbehandling.....	81
14.1.6	Kostnadsansvaret.....	82
14.1.7	Kontaktpunkt.....	82
15	Refusjon av utgifter for ”sykehusbehandling”	82
15.1	Generelt	82
15.2	Vilkår for refusjon.....	84
15.2.1	Hovedvilkår.....	84
15.2.2	Forhåndsgodkjenning	84
15.2.3	Henvising	86
15.3	Beregning av refusjonsbeløp og prisfastsettelse	86
15.4	Reise- og oppholdsutgifter	88

15.5	Administreringen av godkjennings- og refusjonsordningen	89
15.5.1	Behandling av søknad om godkjenning	89
15.5.2	Klageinstans	92
16	Andre spørsmål knyttet til implementering.....	92
16.1	Etableringen av nasjonalt kontaktpunkt	92
17	Økonomiske og administrative konsekvenser	94

Del I Innledning – bakgrunn for forslagene

1 Innledning

Departementet signaliserte i arbeidet med samhandlingsreformen, jf. Prop. 91 L side 265, at det var et behov for å se nærmere på bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Dette høringsnotatet er en oppfølging av dette arbeidet. Departementet foreslår flere endringer i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2, og samtidig foreslås lovendringer som er nødvendige for å implementere pasientrettighetsdirektivet i norsk lovgivning. Hovedformålet med forslagene til lovendringer er å forenkle og forbedre regelverket, bedre understøtte et forsvarlig pasientforløp, samt sikre tilgang til spesialisthelsetjenesten for de pasientene som har behov for dette.

Det arbeides kontinuerlig i hele tjenesten med å redusere ventetider, unngå fristbrudd og sikre helhetlige pasientforløp. Departementet har arbeidet målrettet mot de regionale helseforetakene blant annet for at ventetidene for utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten skal reduseres, og at fristbrudd ikke skal forekomme. De regionale helseforetakene rapporterer månedelig til departementet, og tallene viser en positiv utvikling.

Det er viktig at regelverket fungerer i praksis og bidrar til gode pasientforløp. På bakgrunn av ulike undersøkelser, tilsynsrapporter og tilbakemeldinger fra fagmiljøene kan det stilles spørsmål ved om bestemmelsene i § 2-1 b og § 2-2 i pasient- og brukerrettighetsloven i tilstrekkelig grad understøtter og bidrar til god tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester, forsvarlig pasientforløp og riktig prioritering av pasientene.

Dette høringsnotatet inneholder fire sentrale forslag til lovendringer i pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 2. Disse er fremstilt kronologisk, i den forstand at først omtales retten til vurdering, som gjelder alle pasienter og som skal sikre tilgang til spesialisthelsetjenesten. Dernest vurderes retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og avslutningsvis omtales fristbrudd.

For det første foreslår departementet å endre fristen for retten til vurdering fra innen 30 til innen 10 virkedager. Endringen innebærer et tydelig krav til spesialisthelsetjenesten om at henvisningene bør vurderes fortløpende, og senest innen 10 virkedager. Dette vil være en betydelig forsterkning av pasientrettighetene og et tydelig krav til foretakene om at det skal gis informasjon til pasientene så raskt som mulig.

Det andre sentrale forslaget innebærer at når vurderingen av henvisningen viser at pasienten har behov for helsehjelp, skal spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager, gi informasjon om tidspunkt for når utredning eller behandling skal starte. Der det er mulig bør informasjonen være så konkret at pasienten får vite hvilken dato og hvilket klokkeslett (time) han eller hun skal møte opp for utredning eller behandling. For det tredje foreslår departementet å oppheve skillet mellom pasienter med og uten rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste. I dag er det slik at noen pasienter blir vurdert til å ha en rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, andre kun til å ha et behov for helsehjelp, mens en

tredje gruppe avvises eller henvises tilbake til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter er vanskelig å forstå og praktisere både for helsepersonell og pasienter.

Forslaget innebærer at istedenfor for å operere med tre grupper av pasienter innenfor spesialisthelsetjenesten, blir det nå kun to grupper. Det vil være en gruppe som vurderes til å ha behov for spesialisthelsetjeneste og som får en rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, og en gruppe som avvises eller henvises tilbake til den kommunale helse- og omsorgstjenesten fordi de ikke har behov for spesialisthelsetjeneste. Vurderingen av om en pasient har rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste blir dermed sammenfallende med den helsefaglige vurderingen av behov. Det vil si at dersom en helsefaglig vurdering tilsier at pasienten har behov for spesialisthelsetjeneste, kan helsepersonellet også tildele vedkommende en rett uten å måtte foreta en vurdering av om behovet er stort nok til å oppfylle visse juridiske vilkår for å få en rett slik det kreves i dag. Det vil innebære en betydelig forenkling for det helsepersonellet som foretar disse vurderingene daglig.

I tillegg vil endringen innebære en betydelig forsterkning av pasientrettighetene, og vil gi pasientene bedre rettssikkerhet. I dag viser statistikk at det dessverre kan være tilfeldig om en pasient blir vurdert til å være en rettighetspasient eller ikke. Til tross for at det over år har vært jobbet med å få mest mulig lik praksis med hensyn til hvilke pasienter som skal ha rett eller ikke, varierer andelen betydelig mellom de regionale helseforetakene, innenfor regionen og innad i pasientgrupper. Med departementets forslag vil man unngå dette, og forslaget vil dermed bidra til mer likeverdige tjenester.

Det fjerde forslaget gjelder spesialisthelsetjenestens plikt til å sikre pasientene helsehjelp innen forsvarlig tid. I dag er det slik at det i utgangspunktet er pasienten som skal ta kontakt med HELFO ved fristbrudd. Tall viser imidlertid at det er relativt få pasienter som benytter seg av denne rettigheten. Det kan tenkes ulike årsaker til at det er få som benytter seg av retten til å få et tilbud fra HELFO når det er oppstått fristbrudd, for eksempel manglende kjennskap til og kunnskap om rettigheten. Departementet foreslår derfor at istedenfor at pasienten skal kontakte HELFO, skal spesialisthelsetjenesten gjøre dette dersom de ser at de ikke er i stand til å oppfylle den juridiske fristen for når helsehjelp senest skal gis. Dette vil bidra til å sikre at pasienter får helsehjelp innen forsvarlig tid, og bidra til likeverdige tjenester i den forstand at det ikke kun er de ressurssterke pasientene som sikres helsehjelp innen fristen.

Det er viktig å understreke at forslagene til lovendringer ikke alene er tilstrekkelige for å nå målsettingene. Problemene som har vist seg med fristbrudd, ventelister osv. er sammensatte. I høringsnotatet beskrives derfor også flere ikke-rettslige tiltak. Det kan blant annet nevnes opplæring av ansatte i korrekt praktisering av regelverket, riktig bruk av pasientadministrative systemer, og bedre informasjon til pasienter i brev og på offentlige nettsteder. Det er følgelig viktig å se forslagene i høringsnotatet i sammenheng, både de rettslige og ikke-rettslige tiltakene.

Høringsnotatet inneholder også forslag til lovendringer som er nødvendige for å implementere Europaparlaments- og rådsdirektiv 2011/24/EU om pasientrettigheter ved

grensekryssende helsetjenester, heretter kalt pasientrettighetsdirektivet.

Pasientrettighetsdirektivet ble vedtatt av EU våren 2011 og medlemslandene fikk frist til 25. oktober 2013 for å implementere det.

Pasientrettighetsdirektivet er i all hovedsak en klargjøring og regelfesting av pasienters rett til refusjon av utgifter til helsehjelp i andre EU-land som allerede følger av traktaten og EU-domstolens praksis. Forskrift om stønad til helsetjenester i annet EØS-land som trådte i kraft 1. januar 2011, ivaretar langt på vei Norges forpliktelser til å refundere utgifter ved helsehjelp mottatt i annet EØS-land. Den nevnte forskriften omfatter imidlertid ikke spesialisthelsetjenester som vurderes som "sykehusbehandling".

Departementet fremmer derfor i dette høringsnotatet forslag om å utvide dagens refusjonsordning til å omfatte også slik helsehjelp. I del III omtales de sentrale problemstillingene som en implementering av pasientrettighetsdirektivet i Norge vil reise.

Departementet vil presisere at regjeringen tar stilling til de forslagene som fremmes i høringsnotatet etter høringsrunden. For å sikre at regjeringen har et godt beslutningsgrunnlag, er det viktig å gi konkrete og begrunnende tilbakemeldinger på forslagene.

Del II

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

kapittel 2

2 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet vil i denne delen av høringsnotatet foreslå endringer i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Hovedformålet med forslagene til lovendringer er å forenkle regelverket, bedre understøtte et forsvarlig pasientforløp og riktigere prioritering av pasientene, samt sikre tilgang til spesialisthelsetjenesten for de pasienter som har behov for dette.

I kapittel 3 gis det en kort innføring i hva pasient- og brukerrettigheter rent rettslig er, skillet mellom materielle og prosessuelle rettigheter og hvordan rettighetsregulering kan bidra til god og forvarlig pasientbehandling.

I kapittel 4 vil departementet kort redegjøre for lovgivningen fra 1970 frem til i dag. Hovedformålet med dette kapittelet er å belyse utviklingen av lovgivningen, og fremveksten av pasientrettigheter. I tillegg beskrives hvordan man tidligere har regulert tilgangen til spesialisthelsetjenesten for pasienter.

I kapittel 5 beskrives gjeldende rett og i kapittel 6 gis det en kort beskrivelse av gjeldende rett i andre land. I kapittel 7 gis det en gjennomgang av hovedfunnene fra rapporten fra Norsk pasientregister som omhandler ventelistetall for spesialisthelsetjenesten i perioden 2007-2011, og en kort gjennomgang av hovedfunnene og anbefalingene i konsernrevisjonen fra Helse Sør-Øst RHF. I kapittel 8 gis det en beskrivelse av ulike forslag til ikke-rettslige tiltak for å unngå fristbrudd og sikre helhetlige pasientforløp.

Departementets vurderinger og forslag til lovendringer fremkommer av kapittel 9. I kapittel 10 omtales de økonomiske og administrative konsekvensene forslagene medfører.

3 Kort om pasient- og brukerrettigheter og utformingen av disse

Pasient- og brukerrettigheter er rettslige reguleringer av forholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten. Det kan for eksempel være regler som gjelder forholdet mellom pasienten og den offentlige helse- og omsorgsforvaltning (for eksempel rett til nødvendig helse- og omsorgstjeneste), eller forholdet mellom pasienter og helsepersonell (for eksempel regler om samtykke til helsehjelp).

I en rettslig sammenheng skiller man som regel mellom prosessuelle og materielle regler. I pasient- og brukerrettighetsloven, hvor en stor del av pasient- og brukerrettighetene er samlet, finnes både prosessuelle og materielle regler.

3.1 Prosessuelle pasient- og brukerrettigheter

Det som kjennetegner en prosessuell pasient- og brukerrettighet er at den har som hovedformål å sikre pasienter og brukeres rettssikkerhet. Prosessuelle regler er regler om saksbehandling i relativt vid forstand. Det er regler om hvordan avgjørelser skal treffes, hvem som har kompetanse til å treffe avgjørelser osv.

I pasient- og brukerrettighetsloven er en stor del av lovbestemmelsene prosessuelle regler. Det kan for eksempel vises til retten til informasjon, retten til medvirkning, retten til samtykke til behandling osv.

Det som kjennetegner de prosessuelle pasient- og brukerrettighetene er at de i all hovedsak kommer til anvendelse når en person er blitt pasient/bruker.

3.2 Materielle pasient- og brukerrettigheter

Materielle pasient- og brukerrettigheter kjennetegnes ved at de gir rett til ulike former for helse- og omsorgstjenester eller dekning av nødvendige utgifter i tilknytning til utførelsen av hjelpen. I pasient- og brukerrettighetsloven er det i utgangspunktet kapittel 2 som inneholder de materielle rettighetene.

Det kan for eksempel vises til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a første ledd som gir pasient og bruker rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen, eller § 2-2 som gir en pasient som henvises til sykehus en rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Dersom en person oppfyller vilkårene som gir en rettighet, kan han eller hun kan ta rettslige skritt for å få denne oppfylt, se nærmere om dette i punkt 3.3.

Dette i motsetning til pliktbestemmelser som retter seg mot det offentlige, men som ikke direkte motsvares av en individuell rettighet for den enkelte. Et eksempel på dette er pasienter som har behov for spesialisthelsetjeneste, men ikke rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd. Pasienter i denne gruppen kan i utgangspunktet ikke gå til rettslige skritt for å få helsehjelp.

3.3 Rettigheter som virkemiddel for pasient og brukere – og utformingen av disse

Rettighetsfesting skal bidra til å styrke pasienters og brukeres rettssikkerhet, og sikre den enkeltes mulighet til å få gjennomført sine rettigheter. I juridisk sammenheng er det vanlig å knytte en rettighet til en form for sanksjon eller håndhevelse. Det gir en pasient/bruker som opplever at han eller hun ikke får oppfylt sin rettighet, mulighet til å ta rettslige skritt for å få den oppfylt.

I pasient- og brukerrettighetsloven er ”sanksjonen” eller håndhevelsen i utgangspunktet klage til Fylkesmannen. Det følger av lovens § 7-2 at pasient eller bruker eller dennes representant som mener at bestemmelsene i kapitlene 2, 3 og 4, samt § 5-1, § 6-2 og § 6-3 er brutt, kan klage til Fylkesmannen. Dersom saken ikke fører frem overfor Fylkesmannen, kan vedkommende pasient eller bruker ta saken inn for domstolen.

Det er gjennom klage- og domstolsbehandling at pasienten eller brukeren kan bruke rettighetene som et virkemiddel for å oppnå det helse- og omsorgstilbudet som vedkommende mener å ha krav på. Rettighetsfesting bidrar på denne måten til større trygghet og forutsigbarhet for den enkelte, og reduserer risikoen for vilkårlig forskjellsbehandling.

Hvordan rettigheten er utformet vil ha innvirkning på hvor ”sterk” eller ”svak” rettigheten vil være sett ut i fra et pasient- og brukerperspektiv. En rettighet som gir en pasient eller bruker et rettskrav dersom et objektivt og lett målbart vilkår er oppfylt, vil være naturlig å anse som en sterk rettighet. En rettighet som er utformet mer generelt og hvor det kreves for eksempel en medisinsk kompetanse for å avgjøre om vilkårene i rettighetene er oppfylt, vil fra et pasientperspektiv være å anse som en svakere rettighet.

Spørsmålet om innføring av rettigheter må også vurderes ut fra bredere perspektiv hvor blant annet hensynet til likeverdige tjenester, ressurser og prioritering tas inn. Rettigheter som er utformet med klare og lett målbare vilkår har problematiske sider ved seg, og da kanskje særlig innenfor helse- og omsorgslovgivningen. Det er til enhver tid en utvikling i denne sektoren som følge av blant annet medisinske og teknologiske nyvinninger som gir mulighet til å behandle flere og gi en bedre behandling. Det tilsier at rettighetsbestemmelser bør utformes slik at vilkårene er generelle nok til å ta høyde for den utviklingen som skjer, selv om bestemmelsen fra et pasient- og brukerperspektiv kan fremstå noe svakere. En motsatt løsning med detaljerte rettighetsbestemmelser, for eksempel gjennom rettighetsbestemmelser for konkrete lidelser og tilstander, vil innebære at noen pasient- og brukergrupper står uten rettigheter, da lovgivningen til enhver tid vil ligge etter den medisinske og teknologiske utviklingen. En mer generell pasient- og brukerregulering gir også personellet og helsetjenesten mulighet til å prioritere slik at de pasienter og brukere som trenger det mest, får hjelp først.

Et annet moment som må tas inn i vurderingen ved utformingen av rettighetsbestemmelser, er faren for å rettsliggjøre den medisinske behandlingen. For mange detaljerte rettighetsbestemmelser som skal regulere et pasientforløp, vil kunne ta fokus fra helsepersonellet primæroppgave, nemlig å gi helsehjelp. Istedenfor å være opptatt av å gi best mulig helsehjelp, kan for mange detaljerte rettighetsbestemmelser medføre at helsepersonell bruker uhensiktsmessig mye tid og ressurser på ikke å trå feil i det juridiske landskapet. Det er viktig at den rettslige reguleringen legges nært opp til den medisinske hverdagen, slik at det er et sammenfall mellom rettsreglene og den faktiske yrkesutøvelsen.

Det er med andre ord mange avveininger og vurderinger som må gjøres når det er tale om å innføre nye pasient- og brukerrettigheter. Det er ikke nødvendigvis slik at pasient- og brukerrettigheter som i utgangspunktet fra et pasient- og brukerperspektiv oppfattes som sterke, bidrar til et godt, forsvarlig og likeverdig tjenestetilbud. Rettigheter er til liten hjelp for pasientene og brukerne, dersom rettsreglene ikke bidrar til at tjenesten faktisk kan utføre de oppgavene samfunnet forventer av dem.

4 Kort om historikk

4.1.1 Fra 1970 til 1990

Etter sykehusloven fra 1.1.1970 hadde sykehus og fødehjem en plikt til å motta en pasient hvis det etter foreliggende opplysninger måtte antas at den hjelp institusjonen kunne gi var påtrengende nødvendig, jf. § 6 første ledd. Plikten inntrådte ikke dersom institusjonen forvisset seg om at nødvendig hjelp kunne ytes av annen institusjon eller lege som etter forholdene var nærmere til å yte den, jf. § 6 andre ledd. Den som hadde det faglige ansvaret for behandlingen av pasienter ved institusjonen eller avdelingen på institusjonen kunne straffes med bøter eller med fengsel inntil 3 måneder for brudd på denne plikten, jf. § 6 tredje ledd.

Det fremgikk av § 2 at ”enhver fylkeskommune skal sørge for planlegging, utbygging og drift av de institusjoner og tjenester som nevnt i § 1 første ledd, slik at behovet for nødvendig ambulansetransport, undersøkelse, behandling og opphold i helseinstitusjon blir dekket for befolkningen innen området”. Med andre ord hadde fylkeskommunene et ansvar for å sørge for at pasientene i fylket fikk tilgang til spesialisthelsetjenesten. Pasientene hadde etter denne loven ingen juridisk rett på behandling utover en rett til øyeblikkelig hjelp.

Ved legeloven av 1980 fikk pasientene en del prosessuelle rettigheter, blant annet rett til informasjon om sin helsetilstand og om behandlingen, rett til innsyn i journal og en rett til medvirkning under behandlingen, jf. legeloven §§ 25 tredje ledd og 46. Disse rettighetene ble senere anvendt analogisk overfor andre helsearbeidere enn leger.

I 1982 fikk pasienter gjennom kommunehelsetjenesteloven § 2-1 en rett til nødvendig helsehjelp i den kommunen vedkommende bodde eller midlertidig oppholdt seg. Det var første gang pasienter gjennom lovgivning fikk en juridisk materiell rettighet til helsehjelp som gikk utover en rett til øyeblikkelig hjelp.

4.1.2 Fra 1990 til 1997

I 1990 kom forskrift om ventelisteregistre og prioritering av pasienter. Denne forskriften var blant annet hjemlet i sykehusloven. Det fulgte av forskriften § 3-1 at institusjonen (sykehuset) hadde plikt til å følge de helsepolitiske målsettinger og nasjonale prioriteringer. Avdelingsoverlegen skulle påse at pasienter på venteliste ble prioritert i samsvar med de nasjonale prioriteringer for helsetjenesten.

Forskriften opererte med begrepene ”første prioritet”, ”annen prioritet” og ”øvrige prioritetsnivå”, jf. §§ 3-2, 3-3 og 3-4. Første prioritets behandling var tiltak som var nødvendige i den forstand at det ville ha livstruende konsekvenser dersom tiltak ikke ble iverksatt raskt. Første prioritets behandling skulle iverksettes umiddelbart. Annen prioritets behandling var tiltak som ble ansett som nødvendige i den forstand at svikt ville få katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser på lengre sikt for pasientene. I øvrige prioritetsnivå var pasienter som ikke tilhørte de to første gruppene, og denne gruppen måtte vente til behandlingstilbud forelå.

Videre ble det i forskriften presisert at pasienter på andre prioritetsnivå som blir stående på ventelister for undersøkelse og/eller behandling, skulle registreres særskilt dersom de ikke hadde fått behandling innen seks måneder, jf. § 4-1. De pasientene som ble registrert særskilt skulle samtidig få beskjed om når behandling skulle tilbys.

Det forelå ikke juridiske materielle rettigheter for pasientene i noen av prioriteringsgruppene, men kun en rettslig forpliktelse for sykehusene til å oppfylle de krav forskriften stilte.

4.1.3 Fra 1997 til 1999

I 1997 ble forskrift om ventetidsgaranti fastsatt. Denne forskriften var hjemlet i sykehusloven. Det fulgte av forskriften § 7 at pasienter som ble henvist til offentlige sykehus eller spesialistpoliklinikk skulle vurderes innen 30 dager etter at henvisningen var mottatt. Vurderingen skulle skje primært på grunnlag av henvisningen, eventuelt ved at det ble innhentet supplerende opplysninger eller at pasienten ble innkalt til undersøkelse.

Pasienten og henvisende lege skulle umiddelbart bli orientert om utfallet av vurderingen, og det skulle opplyses om tilstanden var alvorlig, samt hva slags videre utredning eller behandlingsprosedyre som var aktuell. Samtidig skulle pasienten få fremmøtedato for eventuell undersøkelse eller behandling. Dersom dette ikke var mulig, skulle pasienten få informasjon om hvor lang tid det var aktuelt å vente. Og dersom behandlingstilbud ikke kunne skaffes fordi det ikke fantes ledig behandlingsskapasitet, skulle pasienten ha underretning uten ugrunnet opphold.

I forskriften § 8 fremgikk det at pasienter etter vurderingen av henvisningen, skulle få tilbud om undersøkelse og eventuelt påbegynt behandling på offentlig sykehus eller spesialistpoliklinikk innen tre måneder etter at henvisningen var mottatt, så fremt tre vilkår var oppfylt. Vilkårene var at:

1. Pasienten skal ha et klart påregnelig og betydelig tap av livslengde eller livskvalitet dersom behandlingen utsettes, dvs.
 - vesentlig redusert levetid
 - vesentlig smerte eller lidelse store deler av døgnet, eller
 - vesentlige problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner, som næringsinntak eller toalettbesøk
2. Det foreligger god dokumentasjon for at utsiktene når det gjelder livslengde eller livskvalitet
 - vesentlig kan forbedres ved aktiv medisinsk behandling
 - vesentlig kan forverres uten behandling
 - eller at vesentlige behandlingsmuligheter kan forspilles ved utsettelse
3. De forventede resultater står i et akseptabelt forhold til kostnadene.

Dersom institusjonen ikke kunne tilby behandling innen tre måneder, hadde fylkeskommunen ansvar for å skaffe behandlingstilbud ved annen institusjon innen fylket, eventuelt i annet fylke, men fortrinnsvis innen regionen. Samlet ventetid før behandling er

påbegynt skulle ikke overstige tre måneder, selv om pasienten ble overført fra en institusjon til en annen.

4.1.4 Fra 1999 til 2003

I 1999 kom pasientrettighetsloven. I § 2-1 første ledd fremgikk det at pasienter har rett til øyeblikkelig hjelp og rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten. Av andre ledd første setning fremkom det at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dette var første gang pasienter ble gitt en materiell rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. I samme ledd ble det tatt inn en prosessuell bestemmelse om at helsetjenesten skulle gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trengte for å ivareta sin rett.

Det ble likevel presisert i tredje ledd at retten til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten bare gjaldt dersom pasienten kunne ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene stod i rimelig forhold til tiltakets effekt. Og i tillegg ble det i fjerde ledd tatt inn en kapasitetsbegrensning. Det fremkom at retten til helsehjelp var begrenset til den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten i Norge og andre tjenesteytere i den utstrekning fylkeskommunen hadde inngått avtale med disse om tjenesteyting, og ”bare innen de grenser kapasiteten setter”. I femte ledd ble departementet gitt fullmakt til å gi forskrifter om hva som skal anses som helsehjelp pasienten kan ha rett på, og tidsfristen for gjennomføring av dette.

5 Gjeldende rett

5.1 Innledning

I dette kapittelet redegjøres det for gjeldende rett. Det er viktig for å forstå departementets forslag og vurderinger, at man ser regelverket i sammenheng og ikke kun enkelte bestemmelser adskilt. Av den grunn er det gitt en relativt bred gjennomgang av relevant regelverk. Departementet vil presisere at dette er en beskrivelse av regelverket, og at det ikke nødvendigvis er slik det til enhver tid blir praktisert. De utfordringer man ser med dagens regelverk, og hvilke løsninger departementet foreslår, fremkommer av kapittel 9.

5.2 Pasient- og brukerrettighetsloven

5.2.1 Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b første ledd at alle pasienter har rett til øyeblikkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Videre fremgår det av samme bestemmelsens andre ledd at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjeneste er ikke definert i helselovgivningen. I Ot.prp. nr. 10 (1998-99) Om lov om spesialisthelsetjeneste m.m. fremgår det på side 119 at:

”Spesialisthelsetjeneste er en samlebetegnelse på den type helsetjenester man har funnet det hensiktsmessig ikke å legge ansvaret for på det kommunale nivå”

Dette vil kunne endre seg over tid, både på grunn av den medisinske utviklingen og endring i organiseringen av helsetjenestene. I praksis vil spesialisthelsetjenesten omfatte de helsetjenester som de regionale helseforetakene har plikt til å sørge for både i og utenfor institusjon. Et eksempel på en organisatorisk endring som medførte endringer og også en utvidelse av spesialisthelsetjenestebegrepet, var overføringen av ansvaret for behandlingstiltak for rusavhengige fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene.

Det følger som nevnt av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd første setning at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. I pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav a er en pasient definert som en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle. Når det gjelder rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten vil pasienten normalt komme i kontakt med spesialisthelsetjenesten gjennom en henvisning fra helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, for eksempel gjennom henvisning fra fastlegen.

Videre følger det av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd andre setning at retten til nødvendig helsehjelp bare gjelder dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Om en pasient har en materiell rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, må avgjøres etter en konkret individuell vurdering av vedkommendes pasients helsetilstand basert på alvorlighetsgrad, pasientens lidelse, utsikt til bedring og behandlingens effekt. I tillegg må de forventede resultater som nevnt stå i et akseptabelt forhold til kostnadene. Vilklårene for å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er nærmere presisert i prioriteringsforskriften.

Det følger av prioriteringsforskriften § 2 at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når følgende tre vilkår er oppfylt:

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes,
2. pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen
3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt

Alle de tre vilklårene må være oppfylt for at pasienten skal ha rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste. Det første vilklåret knytter seg til tilstandens alvorlighet. Med ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet menes at pasientens livskvalitet uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse, problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak, eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå. Det sentrale er hvilken utvikling pasientens tilstand vil ha dersom behandlingen utsettes.

Det skal ikke mye til for at vilklåret om reduksjon i forventet livslengde er oppfylt, men enhver forventet reduksjon vil ikke kunne gi rett til nødvendig helsehjelp. Årsaken til at

livskvaliteten nedsettes må være knyttet til de konsekvenser det vil ha for pasientens helsetilstand å utsette behandlingen. De momenter som er oppregnet i bestemmelsen er ikke ment å være uttømmende, men antas å dekke de fleste situasjoner hvor vilkåret er oppfylt.

Nedsettelsen av pasientens livskvalitet må ikke være ubetydelig. I vurderingen skal det tas hensyn både til nedsettelsens omfang og varighet. Livslengde og livskvalitet er i utgangspunktet alternative kriterier. Det er tilstrekkelig at ett av kriteriene er oppfylt. De kan likevel ses i sammenheng. Dersom reduksjon av livslengde og livskvalitet hver for seg ikke er tilstrekkelig, kan de to kriteriene ses i sammenheng slik at vilkåret likevel kan være oppfylt. I tvilstilfeller kan det altså legges vekt på begge kriteriene slik at de til sammen oppfyller vilkåret.

Det andre vilkåret er at pasienten må ha forventet nytte av helsehjelpen. Med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk eller tverrfaglig spesialisert behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen.

Helsehjelpen skal være dokumentert effektiv. Det skal foreligge god vitenskapelig dokumentasjon for at forholdene kan forandres til det bedre ved medisinskfaglig eller tverrfaglig spesialisert behandling. Retten til nødvendig helsehjelp omfatter i utgangspunktet ikke eksperimentell eller utprøvende behandling.

Det tredje vilkåret er at det foreligger et rimelig forhold mellom kostnadene ved behandlingen og den forbedring av pasientens helsetilstand behandlingen forventes å gi.

Vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp bygger på sammenhengen mellom tilstandens alvorlighet, muligheten for å forbedre den ved helsehjelp og helsehjelpens kostnadseffektivitet. Vilkårene er relative i forhold til hverandre. Dersom pasientens prognose er meget dårlig, vil kravet til behandlingens forventede nytte kunne være lavere enn om prognosen er mer usikker. Tilsvarende vil det kunne kreves mindre med hensyn til tilstandens alvorlighet dersom nytten med høy grad av sikkerhet er stor enn om den er moderat eller mindre sikker. Innenfor samme diagnose vil noen pasienter ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og andre ikke.

Det må likevel understrekes at pasienter som faller utenfor disse kriteriene også skal tilbys spesialisthelsetjeneste dersom det er et medisinsk behov for hjelp, dvs. pasienter som ikke vurderes til å være rettighetspasienter, men som har behov for helsehjelp. Selv om pasienten ikke har materiell rett til nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd, har det regionale helseforetaket plikt til å sørge for et tilbud av spesialisthelsetjenester til beboerne i helseregionen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Nærmere om de regionale helseforetakenes ”sørge-for-ansvar” under punkt 5.3.

I pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd tredje setning pålegges spesialisthelsetjenesten å fastsette en konkret, individuell frist for når en rettighetspasient senest skal få oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det

innebærer at pasienter som vurderes til å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, også har en rett til å få fastsatt en konkret individuell frist for når helsehjelpen senest skal settes i gang. Fristen gjelder ikke bare behandling, men også retten til tiltak som har for eksempel forebyggende, diagnostiserende og rehabiliterende formål, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav c.

Fristen skal fastsettes på grunnlag av en skjønnsmessig medisinskfaglig vurdering av den enkelte pasient. Pasienten får et rettslig krav på at det fastsettes en frist og spesialisthelsetjenesten får en korresponderende plikt til å fastsette fristen. Den fristen som fastsettes er avgjørende for når pasienten kan kreve oppfyllelse av den materielle rettigheten pasienten har. Fristen kan ikke settes til et senere tidspunkt enn når medisinsk forsvarlighet krever at pasienten gis nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dersom det skulle vise seg at pasienten trenger helsehjelp på et tidligere tidspunkt, for eksempel fordi helsetilstanden har forverret seg, vil det følge av kravet til forsvarlig helsetjeneste i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 at pasienten skal ha helsehjelp på et tidligere tidspunkt. Forsvarlighetskravet er nærmere omtalt under punkt 5.4.

Fristen kan heller ikke settes så marginalt at det ikke blir mulig å skaffe pasienten et meningsfullt tilbud privat eller i utlandet, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b tredje ledd. I de tilfellene pasienten har behov for helsehjelp som strekker seg over tid, må det tas høyde for dette når fristen settes, slik at hele behandlingsforløpet er forsvarlig.

Da den individuelle behandlingsfristen er fastsatt på grunnlag av en medisinsk forsvarlighetsvurdering basert på de opplysningene om pasientens helsetilstand som forelå innenfor 30 dagers vurderingsfristen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, kan imidlertid situasjonen se annerledes ut når pasienten deretter mottar helsehjelp som gir nye opplysninger om pasientens helsetilstand. Dette kan være tilfelle der det av medisinske grunner ikke har vært mulig å stille en så presis diagnose at det kan legges en plan for videre behandling.

Situasjonen kan da være at pasienten ikke lenger er å anse som en rettighetspasient, for eksempel fordi fristen er fastsatt på grunnlag av en ”i-verste-falls-vurdering”, mens de nye opplysningene viser at pasientens helsetilstand ikke var så alvorlig som fryktet. For eksempel viser en kul i brystet seg likevel ikke å være kreft, men en helt ufarlig sykdom. I og med at pasienten etter fastsettelse av fristen har mottatt helsehjelp i form av videre undersøkelse og/eller behandling, slik han var vurdert å ha behov for, har pasienten fått oppfylt sine rettigheter som rettighetspasient. Spesialisthelsetjenesten har ivaretatt sine forpliktelser innenfor fristen, ved igangsetting av den videre undersøkelsen/behandlingen. De nye opplysningene som tilsier et endret behandlingsforløp skal dokumenteres, og vurderingen skal begrunnes i journalen.

Dersom situasjonen er at pasienten fremdeles er å anse som rettighetspasient, og at han eller hun har rett til ytterligere helsehjelp, enten i form av videre undersøkelse eller behandling, er det verken adgang til å endre fristen til ulempe for pasienten eller til å fastsette separate frister for de enkelte elementene i behandlingsforløp. Det er ikke adgang til først å sette en frist for videre undersøkelse og deretter en ny frist for behandling. I de tilfellene der det av medisinske årsaker ikke foreligger en diagnose innen utløpet av

vurderingsfristen (30 virkedager), skal pasienten innen denne perioden ha fått en vurdering med hensyn til videre undersøkelse og behandling, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2.

I enkelte spesielle situasjoner der det er testet ut et behandlingsopplegg som viser seg ikke å føre frem, eller det av andre medisinske grunner er nødvendig å gå over til et helt annet behandlingsopplegg, har pasienten på dette tidspunktet krav på at det settes en separat frist for det nye behandlingsforløpet. På den måten sikres at pasienten får et forsvarlig behandlingsforløp regnet fra det tidspunktet helsehjelpen ble igangsatt.

Dersom fristen brytes, og HELFO skaffer pasienten et behandlingstilbud privat eller i utlandet, vil det nødvendigvis ta noe tid før pasienten kan komme under behandling hos den aktuelle tjenesteyter. Fristen må derfor ikke settes så marginalt at slik behandling med nødvendighet vil bli uforsvarlig etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Den fristen som fastsettes, vil være avgjørende for når pasienten kan kreve oppfyllelse av den materielle rettigheten til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten som pasienten har etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b tredje ledd. Det følger av sistnevnte bestemmelse at dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, får den nødvendige helsehjelpen innen det tidspunkt som er fastsatt, har pasienten rett til å motta nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket.

Det er fremdeles det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion som har ansvaret for at pasienten får helsehjelp ved fristbrudd. Det regionale helseforetaket må derfor dekke kostnadene ved å tilby pasienten nødvendig helsehjelp privat eller i utlandet. For å sikre at pasientens rettighet oppfylles til tross for spesialisthelsetjenestens brudd på behandlingsfristen, vil pasienten som en konsekvens av fristbruddet, kunne henvende seg direkte til HELFO for å få et behandlingstilbud uten opphold.

Dersom den fastsatte fristen ikke kan oppfylles innenfor helseforetaket, plikter spesialisthelsetjenesten å skaffe pasienten et annet behandlingstilbud innen fristen, offentlig eller privat. Denne plikten til å sørge for helsehjelp består også etter et fristbrudd. Det er følgelig ikke slik at plikten til å sørge for at pasienten tilbys helsehjelp overføres til HELFO etter et fristbrudd. HELFO har i henhold til lovverket kun en formidlingsoppgave.

Ved fristbrudd kan pasienten henvende seg til HELFO for å få hjelp til å få gjennomført oppfyllelsen av rettigheten. I slike tilfeller tar HELFO kontakt med det helseforetaket som har brutt fristen, og gir det en kort frist til å finne en dato for behandling eller utredning. I den forbindelse vises det til Ot.prp. nr. 63 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m. punkt 55.6 fjerde avsnitt hvor det fremgår:

”det regionale helseforetaket i bostedsregionen vil kunne oppfylle sitt ansvar for å sørge for nødvendig helsehjelp gjennom et tilbud fra den offentlige helsetjenesten også etter at fristen er overskredet, forutsatt at helsehjelpen ytes like snart som et subsidiært tilbud privat eller i utlandet. Det kan tenkes at et helseforetak har fått ledig kapasitet og kan yte nødvendig

helsehjelp umiddelbart. Det er ikke noe mål i seg selv å sende pasienter utenlands og mange pasienter vil foretrekke at helsetjenesten ytes i nærområdet slik at de spares for lang reise og kan ha familie i nærheten.”

Det er et grunnleggende prinsipp at det er hensynet til medisinsk forsvarlighet som skal legges til grunn for behandlingen og prioriteringen av pasienter. Kravet til medisinsk forsvarlighet ligger som nevnt til grunn for fastsettelsen av fristen til en rettighetspasient. Dette tilsier at det også må tas utgangspunkt i den fastsatte fristen ved prioriteringen av pasienter som har behov for samme ytelse.

Den pasienten som har fått frist som utløper først, skal derfor prioriteres foran en pasient som har en frist som er satt til en senere dato. Det er følgelig i utgangspunktet ikke noe i veien for at et helseforetak ved henvendelse fra HELFO om å skaffe et tilbud til en pasient hvor fristen er gått ut, prioriterer vedkommende før rettighetspasienter som har en frist fastsatt til en senere dato. Skulle det imidlertid etter fristfastsettelsen oppstå en betydelig forverring av helsetilstanden til en av pasientene, vil kravet til forsvarlighet innebære at den pasienten som har størst behov for helsehjelp skal prioriteres først.

Når den behandlingsfristen som spesialisthelsetjenesten har satt, omfatter både diagnostikk og eventuelt forebyggende, kurativ, helsebevarende eller rehabiliterende behandling, vil pasienten i tilfelle fristbrudd, ha krav på at HELFO skaffer helsehjelp som omfatter både diagnostikk og forebyggende, kurativ, helsebevarende eller rehabiliterende behandling, gitt at den diagnostiske behandlingen viser at disse formene for helsehjelp er nødvendig.

Det følger av § 2-1 b tredje ledd at helse- og omsorgstjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Opplysningsplikten innebærer at pasienten skal ha den konkrete informasjon vedkommende trenger for å ivareta sin rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dette fremkommer også av den generelle informasjonsplikten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Nærmere omtale av denne bestemmelsen under punkt 5.2.4.

5.2.2 Rett til vurdering

Bestemmelsen om vurderingsfrist i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd, første og andre punktum lyder:

”Pasient som henvises til sykehus, spesialistpoliklinikk eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, som omfattes av § 2-4, har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Det skal vurderes om det er nødvendig med helsehjelp, og gis informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt.”

Bestemmelsen innebar en rettighetsfesting av vurderingsgarantien i § 7 i forskrift om ventetidsgaranti av 27. juni 1997 som trådte i kraft 1. januar 1998, se omtale under punkt 4.1.3. Retten til vurdering har to formål; for det første skal den sikre at spesialisthelsetjenesten raskt vurderer og prioriterer henvisningene slik at alvorlig syke

pasienter sikres rask behandling. For det andre skal det gis en rask tilbakemelding til pasient og henvisende lege om hvordan pasientens problemer blir tatt hånd om.

Bestemmelsen om vurderingsfrist gjelder alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten. Det gjøres altså i utgangspunktet ingen prioritering mellom pasienter på dette stadiet. Dette innebærer at alle pasientene som henvises til spesialisthelsetjenesten skal få tilbakemelding fra spesialisthelsetjenesten innen 30 dager. Dette i motsetning til behandlingsfristen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b som bare gjelder rettighetspasienter. Formålet med begge disse fristbestemmelsene er å skape et redskap som sikrer at pasienter med de alvorligste sykdomstilstandene skal bli behandlet først. Selv om det dreier seg om ulike frister, må de når det gjelder rettighetspasienter ses i sammenheng fordi de regulerer to ulike stadier i en sammenhengende behandlingsskjede.

Alle som har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten skal få informasjon om når helsehjelpen forventes å bli gitt. Dette gjelder uavhengig av om de har rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp eller ikke.

Retten til vurdering er ikke bare en rett til å få en formell tilbakemelding fra spesialisthelsetjenesten, men forutsetter en medisinsk vurdering av pasienten. Dersom det er tvil eller usikkerhet om pasientens diagnose, tilstand eller det videre opplegget for diagnostikk, utredning eller behandling, og det foreligger berettiget mistanke om alvorlig sykdom, skal pasienten undersøkes av spesialist innen 30 virkedager fra den dato henvisning er mottatt. Kravet til forsvarlighet vil i de enkelte tilfellene være bestemmende for om pasienten må undersøkes av spesialist, eller om en vurdering basert bare på henvisningen er tilstrekkelig. Uansett skal vurderingen gjøres i løpet av 30 virkedager.

Vurderingsretten innebærer ikke en absolutt rett til å få stilt endelig diagnose innen 30 dager der medisinske forhold gjør dette umulig. Det er pasientens helsetilstand som skal vurderes innen fristens utløp med hensyn på videre undersøkelse og behandling. Det må derfor skilles mellom begrepene diagnose og helsetilstand når det skal vurderes hva som skal til for at pasientens rett til vurdering anses innfridd. Endelig diagnose er et sluttprodukt som, om mulig, foreligger idet pasienten er ferdig utredet. I visse tilfeller er ikke diagnosen klar før et behandlingsforsøk er sluttført, nemlig ut fra bedømmelse av mulig behandlingsrespons. I andre tilfeller står man overfor alternative diagnoser som kan kreve langvarig utredning. I enkelte tilfeller finner man ingen sikker forklaring på helseplagene, og det settes en symptomdiagnose, enten midlertidig eller som endelig konklusjon.

Det følger av tredje ledd første punktum at vurderingen skal baseres på henvisningen. Henvisningen må følgelig inneholde de opplysninger som er nødvendige for å vurdere pasienten, slik at spesialisthelsetjenesten i størst mulig grad kan basere sine tilbakemeldinger på henvisningen uten å innhente ytterligere opplysninger eller innkalle pasienten til undersøkelse. Nødvendige opplysninger vil være opplysninger om aktuell diagnose/problemstilling hvor pasientens plager og symptomer så langt som mulig spesifiseres. I tillegg til øvrige relevante pasientopplysninger, skal også henvisende leges

vurderinger fremgå av henvisningen, herunder en vurdering av hastegrad og forventet utredning og behandling.

Videre følger det av tredje ledd andre punktum at dersom det er nødvendig skal supplerende opplysninger innhentes eller pasienten innkalles til undersøkelse. Dersom det er behov for slik supplerende opplysninger eller undersøkelser, skal dette gjøres innen 30 virkedager fra den første henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten. Kravet til forsvarlighet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, vil avgjøre om pasienten må undersøkes av spesialist, eller om en vurdering basert på henvisningen er tilstrekkelig. Tiden fra henvisningen er mottatt til vurderingen er gjort skal ikke overstige 30 virkedager, selv om pasienten må undersøkes av flere spesialister eller overføres fra en institusjon til en annen. En mangelfull henvisning fritar ikke spesialisthelsetjenesten fra plikten til å vurdere pasienten innen 30 virkedager.

Det fremgår av bestemmelsens fjerde ledd at pasienten har rett til raskere vurdering ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom. Det innebærer at det alltid må vurderes hvor lenge det er forsvarlig at pasienten venter på å få sin helsetilstand vurdert. Det kan for eksempel være at en forsvarlighetsvurdering tilsier at pasienten må undersøkes mye raskere enn 30 dager. Dette vil kunne gjøre seg gjeldende ved for eksempel mistanke om kreft, men også i andre tilfeller hvor det foreligger mistanke om alvorlig sykdom. Fristen på 30 dager må anses som en maksimumsfrist, og det må derfor vurderes i hvert konkret tilfelle om det er forsvarlig å la pasienten vente så lenge.

Når et sykehus vurderer en henvisning, er det følgelig tre utfall av vurderingen:

1. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og det skal settes en individuell frist for når helsehjelpen skal starte, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b
2. Pasienten har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og pasienten skal tilbys helsehjelp innenfor rammen av de ressurser som er tilgjengelige, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a.
3. Pasienten har ikke behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og blir enten avvist eller henvist tilbake til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Dersom pasienten ikke er enig i det utfallet vurderingen har medført, kan pasienten kreve en fornyet vurdering, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-3. Mer om dette i punkt 5.2.3.

Det beror på en konkret helhetsvurdering om retten til vurdering er oppfylt i det enkelte tilfellet. Kravet til forsvarlighet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, vil veie tungt i en slik vurdering. I tillegg vil det være avgjørende om formålene som begrunner rett til vurdering nås. Pasienten skal sikres adgang til spesialisthelsetjenesten, og man må ha grunnlag for å avgjøre om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp eller behov for helsehjelp, og fastsette en individuell frist for de pasienter som har en slik rett. Pasientens

videre utrednings- og behandlingsbehov skal på bakgrunn av vurderingen kunne planlegges slik at pasienten kan informeres om dette.

Det følger av § 2-2 femte ledd at departementet i forskrift kan bestemme at barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet har rett til vurdering raskere enn innen 30 virkedager. Med hjemmel i denne bestemmelsen har departementet i prioriteringsforskriften § 4a første ledd bestemt at barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet har rett til vurdering innen 10 dager fra henvisningen er mottatt.

5.2.3 Rett til fornyet vurdering

Retten til fornyet vurdering oppstår på det tidspunkt pasienten har fått første vurdering i tilbakemeldingen i henhold til retten til å få sin helsetilstand vurdert, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-3. Pasientens krav om ny vurdering må være relatert til den medisinske indikasjon som ligger til grunn for den første vurderingen. Bakgrunnen for kravet kan være at man er uenig i diagnosen eller vurderingen av sykdommens alvorlighet, eller det kan være uenighet med hensyn til behandlingsopplegg. Det foreligger ikke en plikt for sykehuset til å gi den nye vurderingen innen 30 dager.

Det er visse begrensninger i retten til å få ny vurdering av sin helsetilstand. Forny et vurdering kan bare kreves en gang for samme tilstand. Med det menes både pasientens diagnose og den behandlingsform som er foreslått. Hva som er samme eller ulike tilstander er langt på vei et faglig spørsmål, og vil måtte avgjøres konkret i forbindelse med anmodningen om ny vurdering.

Pasienten må få henvisning fra en lege, og da normalt fastlegen, for at spesialisthelsetjenesten skal foreta en ny vurdering av pasientens helsetilstand. Dersom legen mener det ikke foreligger grunner som tilsier at pasienten har noe å vinne på en ny vurdering, kan ikke pasienten kreve en ny vurdering. Det kan for eksempel dreie seg om situasjoner der pasienten allerede er grundig utredet og konklusjonene ut i fra faglige vurderinger ikke synes tvilsomme, men hvor pasienten likevel har vanskelig for å forsone seg med diagnosen. Legen kan imidlertid ikke begrense krav om fornyet vurdering ut fra økonomiske hensyn eller andre utenforliggende hensyn. Det innebærer at legen må ha saklig grunn for å la være å henvise en pasient til fornyet vurdering.

I den nye vurderingen kan det være behov for å foreta nye kliniske undersøkelser for å vurdere pasientens tilstand på ny. Bestemmelsen innebærer imidlertid ingen rett for pasienten eller plikt for legen til å gjennomføre slike undersøkelser, dersom det ikke er nødvendig for å foreta en forsvarlig ny vurdering. Innholdet i den nye vurderingen vil følgelig i utgangspunktet svare til innholdet i retten til vurdering, hvor kravet til forsvarlighet er utgangspunktet for om pasienten må undersøkes av den nye spesialisten, eller om ny vurdering basert på henvisningen med sakens dokumenter er tilstrekkelig. Det må altså vurderes om pasienten har behov for helsehjelp og i så fall utarbeides et behandlingsopplegg. Legen som foretar den nye vurderingen må også avgjøre om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og eventuelt

fastsette en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at helsehjelpen senest må ytes til pasienten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b.

En ny vurdering skal være et selvstendig alternativ til den opprinnelige. Det er følgelig ikke meningen at den vurderingen skal ha forrang til den første når det gjelder hva som skal legges til grunn ved senere behandling.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 at pasienten kan klage til Fylkesmannen dersom vedkommende mener at reglene i pasient- og brukerrettighetsloven ikke er overholdt. Det innebærer at det kan klages til Fylkesmannen også i tilfeller der den som yter helsehjelp nekter å foreta en ny vurdering av saken. Dersom den fornyede vurderingen er gjennomført på en uforsvarlig måte, kan pasienten klage også over dette.

5.2.4 Rett til informasjon

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 angir hovedregelen om pasient og brukers rett til informasjon. Plikten til å gi informasjon påhviler det helsepersonell som har det faglige ansvaret for helsehjelpen. Det kan for eksempel være legen som utfører operasjonen eller sykepleieren som gir pleien. Som regel vil det være en person, men i tilfeller med sammensatte helseproblemer og behov for flere former for helsehjelp, kan det være flere som er ansvarlige. Det er ingenting i veien for at den som yter helsehjelp gir andre i oppdrag å gi pasienten eller den pårørende informasjon.

Det helsepersonellet som er i kontakt med pasienten vil alltid ha en alminnelig plikt til å gi informasjon og besvare spørsmål. Den som yter helsehjelp har imidlertid ansvaret for at pasienten faktisk får informasjon, og at informasjonen tilfredsstiller de kravene som oppstilles i loven. Det er også denne personen som pasienten kan henvende seg til for å få fullstendig informasjon. For øvrig er det opp til den enkelte helseinstitusjon å utarbeide egne rutiner eller retningslinjer for hvordan informasjonsplikten skal overholdes.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 første ledd skal pasienten ha informasjon om sin helsetilstand og om innholdet i helsehjelpen, dvs. den behandling, pleie, omsorg, diagnostikk eller undersøkelse som tilbys eller ytes. Informasjonen må være tilstrekkelig for at pasienten kan benytte sin rett til medvirkning, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1, herunder medvirkning ved valg av helsehjelp der det er mer enn ett alternativ. Dette gjelder også rett til informasjon om legemidler, og bruken av dem, fra apoteket. Informasjonskravet må imidlertid tilpasses situasjonen. I særlige situasjoner som for eksempel ved akuttinnleggelser og i øyeblikkelig hjelp-situasjoner er det derfor tilstrekkelig å informere om tiltakets art, eventuelle alvorlige komplikasjoner og risiko. Informasjonskravet må ses i sammenheng med kravene til informert samtykke i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1.

I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 andre ledd slås det fast at pasienten har selvbestemmelsesrett mht. om informasjon skal gis. Helsepersonell skal innenfor visse grenser respektere pasientens ønske om ikke å bli informert. Retten til å nekte å motta informasjon gjelder imidlertid ikke uinnskrenket. Hensynet til å forebygge skadevirkninger for pasienten selv eller andre av den helsehjelp som gis, kan tilsi at

informasjon gis til pasienten selv om pasienten ikke ønsker dette. Det kan også foreligge annet lovgrunnlag for å informere pasienten, uavhengig av pasientens vilje.

Smittevernloven § 2-1 som hjemler informasjonsplikt ved allmennfarlige smittsomme sykdommer, kan tilsi at informasjon skal gis til tross for at pasienten ikke ønsker det. Forsvarlighetskravet som gjelder for helsepersonell og kravet til informert samtykke, kan medføre at helsehjelp ikke kan gis dersom informasjon ikke blir gitt.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 tredje ledd skal informasjon ikke gis dersom det foreligger nødrettslig grunnlag for å utelate informasjon, både av hensyn til pasienten selv og til hans omgivelser. Det skal imidlertid mye til for at å unnlate å gi informasjon ut fra nødrettsbetraktninger. Begrunnelsen for at informasjon som nevnt i tredje ledd ikke gis, skal nedtegnes i journalen, jf. helsepersonelloven § 40.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 regulerer pasientens nærmeste pårørendes rett til informasjon. Det følger av første ledd at dersom pasienten gir sitt samtykke til at informasjon gis til de pårørende, skal de som hovedregel ha informasjon om pasientens helsetilstand, herunder diagnose og behandlingsutsikter, og om helsehjelpen. Pasienten kan bestemme at bare visse opplysninger skal gis.

Andre ledd regulerer informasjon til nærmeste pårørende til pasienter som av ulike grunner åpenbart ikke kan ivareta sine interesser. Bestemmelsen må ses i sammenheng med reglene om samtykkekompetanse og representasjon i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4. For at de pårørende skal kunne ivareta pasientens rettigheter mht. samtykke til helsehjelp, må de ha tilfredsstillende informasjon. Retten til informasjon er i disse tilfellene sidestilt mellom pasienten selv og pasientens pårørende.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Bestemmelsen gjelder for alle pasienter og må ses i sammenheng med § 3-2 første ledd og § 4-1, om at pasienten skal ha informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og i innholdet av helsehjelpen.

5.2.5 Fritt sykehusvalg

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 gir pasienter rett til fritt sykehusvalg. Bestemmelsen gir pasienter rett til fritt sykehusvalg på landsbasis. Retten til fritt sykehusvalg er en av flere rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 som skal sikre tilgangen til spesialisthelsetjenester. Formålet er videre å sikre økt medbestemmelse for pasienten. Rettigheten skal også bidra til å utjevne ventetiden og optimalisere ressursutnyttelsen i den samlede helse- og omsorgssektoren, også den private delen.

Retten til fritt sykehusvalg omfatter offentlige sykehus, distriktpsykiatriske sentre eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Det er en forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak som gir pasienten en slik valgrett. Valgretten gjelder ikke bare ved

behandling, men også når pasienten henvises for vurdering, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2.

Retten til fritt sykehusvalg gjelder i forbindelse med planlagt undersøkelse og/eller behandling innenfor psykiatri, rus og somatikk. I øyeblikkelig hjelp situasjoner har man ikke rett til å velge sykehus selv. Retten til fritt sykehusvalg oppstår allerede når fastlegen skal henvise pasienten til spesialisthelsetjenesten for vurdering. Pasienten kan velge både hvor vurdering og behandling skal skje.

Da det normalt er fastlegen som henviser pasienten, vil fastlegen være pasientens viktigste rådgiver ved valg av sykehus, og skal dermed bistå slik at pasienten treffer fornuftige valg. Fastlegen bør gi god informasjon om hvilke tilbud som finnes, om valgets betydning for pasienten og om den praktiske gjennomføringen av fritt sykehusvalg. Henvissende fastlege vil ha en rolle som koordinator, og bør derfor påse at henvisning kun sendes til ett sykehus av gangen. Når retten til fornyet behandling etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-3 benyttes, kan pasienten også velge hvilket sykehus som skal foreta den.

Når et sykehus avviser å ta imot en pasient, må dette begrunnes i at retten til fritt sykehusvalg ikke gjelder for denne pasienten. Sykehuset kan ikke nekte å ta imot en pasient med den begrunnelse at valget av sykehus anses mindre bra for pasienten. Sykehus og institusjon som er omfattet av ordningen, plikter å ta imot alle pasienter som ønsker det uavhengig av bostedsregion. Pasientene skal som hovedregel prioriteres etter prioriteringsforskriften på lik linje og uavhengig av hvilken helseregion vedkommende bor i.

Det er imidlertid et unntak fra prinsippet om at sykehusene ikke kan prioritere pasienter i egen bostedsregion. Sykehuset kan nedprioritere og/eller avvise pasienter fra andre helseregioner når det må prioritere rettighetspasienter fra egen helseregion. For å benytte denne unntaksregelen må det sannsynliggjøres at sykehuset ved mottak av den aktuelle pasienten, står i fare for ikke å kunne oppfylle sin forpliktelse til å yte behandling innen fristen til egne rettighetspasienter.

Retten til fritt sykehusvalg gir ikke pasienten rett til å velge behandlingsnivå. Pasienten kan følgelig ikke velge mer spesialisert behandling enn pasienten er henvist for.

Pasienten kan benytte seg av retten av fritt sykehusvalg ved de forskjellige trinnene i helsehjelpen. Vurderingen av pasientens helsetilstand kan skje på et sykehus og behandlingen ved et annet. I en del tilfeller kan det være aktuelt at deler av behandlingen utføres ved et sykehus og andre deler ved et annet, for eksempel operasjon i et sykehus og rehabilitering i et annet.

5.3 Spesialisthelsetjenesteloven

5.3.1 Statens ansvar for spesialisthelsetjenester

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 at staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Statens overordnede ansvar innebærer

blant annet at staten skal sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle sine plikter til å sørge for spesialisthelsetjeneste til befolkningen innen sine helseregioner. Videre er staten ansvarlig for å fastsette de overordnede helsepolitiske målsettingene og for å gi de regionale helseforetakene rammebetingelser som gjør det mulig for dem å iverksette disse målsettingene.

Statens ansvar begrenses likevel ikke til å legge til rette for at de regionale helseforetakene skal kunne oppfylle sine forpliktelser. Staten har gjennom det overordnede ansvaret som er fastslått i § 2-1, også et innholdsmessig ansvar for at de regionale helseforetakene oppfyller sine forpliktelser av juridisk og konstitusjonell karakter.

5.3.2 De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester

Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Dette innebærer at det regionale helseforetaket har et ansvar for å oppfylle forpliktelser knyttet til spesialisthelsetjenester, og for å fremskaffe best mulige helsetjenester innen de tildelte ressurser sett hen til behovet i helseregionen. De regionale helseforetakene kan oppfylle plikten ved å yte helsetjenester selv eller ved å kjøpe tjenester fra andre tjenesteytere, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sjette ledd.

De regionale helseforetakene kan imidlertid ikke organisere seg bort fra sitt ansvar for å sørge for et nødvendig og forsvarlig spesialisthelsetjenestetilbud. De regionale helseforetakene har ansvar for at helsetjenestetilbudet organiseres i samsvar med overordnede fordelingspolitiske mål.

5.3.3 Forskrift om ventelisteregistrering

Forskrift om ventelisteregistrering er gitt med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 2-4. Det følger av forskriften § 1 at den gjelder for:

1. somatiske og psykiatriske sykehus og poliklinikker og distriktpsikiatriske sentra som et regionalt helseforetak har inngått avtale om tjenesteyting med i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a tredje ledd
2. somatiske og psykiatriske sykehus og poliklinikker og distriktpsikiatriske sentra som eies av et regionalt helseforetak
3. institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk og som eies av, eller som har inngått avtale med et regionalt helseforetak

Disse institusjonene skal føre venteliste over pasienter som er registrert for undersøkelse eller behandling, jf. forskriften § 3. Det skal fremgå av ventelisten om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b. Dersom pasienten har en slik rett skal fristen fremgå av ventelisten. Videre skal det fremgå om det søkes om innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk behandling.

Henvisninger skal registreres på mottaksdato. Mottaksdato er den dag henvisningen er mottatt av institusjonen. Dersom henvisningen er sendt fra en annen institusjon, skal det

også registreres en ansiennitetsdato. Ansiennitetsdato er mottaksdato ved den første institusjonen.

Det følger av forskriften § 4 at institusjonen til enhver tid skal holde ventelistene oppdatert. Ventetiden slutter den dato helsehjelp påbegynnes. Pasienter som ikke lenger er aktuelle for den planlagte undersøkelse eller behandling, skal heller ikke regnes som ventende lenger. Videre fremgår det av § 4 andre ledd at de pasienter som har vært registrert på venteliste i seks måneder bør kontaktes med forespørsel om henvisningen fortsatt er aktuell.

5.4 Forsvarlighetskravet

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

I Ot.prp. nr. 10 (1998-99) om lov om spesialisthelsetjenesten m.m. punkt 5.3 redegjøres det for behovet for å ta forsvarlighetsstandarden inn i loven og for nyanser i fortolkningen mellom helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Det uttales blant annet:

”Forsvarlighetsnormen i § 2-3 har således et mer helhetlig utgangspunkt enn forsvarlighetsbestemmelsen i helsepersonelloven. Situasjonsbetingede eller subjektive forhold kan medføre at involvert helsepersonell ikke anses å ha overtrådt forsvarlighetsbestemmelsene, med de sanksjonstiltak som dette kan utløse. I slike tilfeller vil likevel den forsvarlighetsnorm som i § 2-3 er knyttet til selve institusjonen og helsetjenesten kunne anses overtrådt”

Lovbestemmelsen innebærer følgelig en presisering av at innholdet i tjenesten skal være forsvarlig når pasienten blir tilbudt eller mottar den. Bestemmelsen understreker eieres og ledes ansvar for å sikre at tjenesten som tilbys er i samsvar med den minstestandard som forsvarlighetskravet angir.

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger.

Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Disse normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Det vil si de konkrete vurderingene av hvor store avvik fra god praksis som kan aksepteres før avviket medfører at tjenesten blir uforsvarlig.

Mellom god praksis, og forsvarlighetskravets nedre grense, vil det være rom for at tjenesteyteren kan utøve skjønn. Det følger imidlertid av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer er et eksempel på publikasjoner om hva som er god praksis. Der beskrives tiltak og løsninger basert på oppdatert anerkjent faglig kunnskap. Retningslinjene angir hvordan praksis bør være. Av standardteksten i retningslinjene fremgår det at de er ment som et hjelpemiddel ved de avveiningene tjenesteyterne må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten, og at valg av løsninger som i vesentlig grad avviker fra retningslinjene bør begrunnes og dokumenteres.

Det å sørge for forsvarlige tjenester er en kontinuerlig prosess som fordrer at virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring. Det kan for eksempel komme nye faglige retningslinjer eller annen ny fagkunnskap som virksomheten må ta stilling til og vurdere hvordan skal implementeres.

Mange situasjoner der det kan oppstå svikt er alminnelig kjent i fagmiljøene, andre vil være knyttet til forhold ved den aktuelle virksomheten. Forsvarlig virksomhetsstyring fordrer derfor også at det arbeides systematisk med å avdekke situasjoner der det har oppstått eller kan oppstå svikt, mangler eller uønskede hendelser for så å iverksette tiltak for å forebygge at de samme situasjonene oppstår igjen.

Eier og ledelse skal skape rammebetingelser og organisatoriske løsninger som reduserer sannsynligheten for menneskelig svikt og begrenser skadevirkningene. Uklarhet og usikkerhet om organisering og fordeling av ansvar og oppgaver mellom ulike enheter og enkeltpersoner er en hyppig årsak til svikt i tjenestene. Ett sentralt element i forsvarlig virksomhetsstyring vil derfor være å etablere nødvendige rutiner for utførelse av forskjellige arbeidsoppgaver, samarbeid, informasjonsflyt og dokumentasjon.

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a at ”enhver som yter helsetjenester etter denne lov, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet”. Kvalitetsforbedring- og pasientsikkerhetsarbeid skal være en del av virksomhetens internkontroll.

6 Andre lands lovgivning

6.1 Sverige

6.1.1 Organisering av spesialisthelsetjenesten

Sverige er delt inn i 20 landsting som har ansvaret for å sørge for helsehjelp for dem som er bosatt i landstinget og akutt hjelp for alle som oppholder seg i landstinget. I kommuner som ikke er en del av et landsting hviler dette ansvaret på kommunen. Landstinget ledes av valgte politikere.

Hälso- och sjukvårdslagen er rammeloven for den svenske helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgstjenester er definert i loven som alle tiltak for medisinsk å forebygge,

utrede og behandle sykdommer og skader. Definisjonen omfatter også syketransport og omsorg for døde.

6.1.2 Krav til helse- og omsorgstjenesten

Etter Hälso- och sjukvårdslagens § 2a skal helse- og omsorgstjenesten være god kvalitet, ha en god hygienisk standard og ivareta pasientens behov for trygghet i behandling og omsorg. Videre skal tjenesten være lett tilgjengelig og bygge på respekt for pasientens selvbestemmelse og integritet. Tjenesten skal også fremme god kontakt mellom pasienten og helsepersonellet og ivareta pasientens behov for kontinuitet og sikkerhet i omsorgen.

Omsorgen og behandlingen skal så langt det er mulig utformes og gjennomføres i samråd med pasienten. Ulike tiltak rettet mot pasienten skal samordnes på formålstjenelig vis.

6.1.3 Garanti om helsehjelp

Etter Hälso- och sjukvårdslagen § 3 g skal Landstinget tilby befolkningen i landstinget en garanti om helsehjelp. Garantien setter en tidsfrist for når man skal få tilgang til helsetjenesten. Garantien regulerer ikke om pasienten skal tilbys helsehjelp eller eventuelt hvilken helsehjelp som skal tilbys.

Det er gitt forskrift om de frister som gjelder. Det fremgår at man skal få kontakt med primærhelsetjenesten samme dag som man henvender seg enten ved telefon eller besøk. Dersom helsepersonellet vurderer at man har behov for å se en lege skal man få tid innen 7 dager. Dersom man har henvisning til spesialisthelsetjenesten skal man få tid til besøk innen 90 dager. Dersom det besluttes at man trenger behandling skal slik behandling påbegynnes innen 90 dager.

Garantien gjelder ikke ved utredninger og undersøkelser. Den gjelder heller ikke ved senere besøk for samme lidelse. Videre gjelder garantien ikke dersom man av medisinske hensyn bør vente lenger enn den tidsfrist som er satt. Garantien gjelder heller ikke hvis man har takket nei til et tilbud om helsehjelp ved en annen enhet. Unntatt er videre medisinsk service som for eksempel laboratorie- og røntgenundersøkelser.

Dersom garantien ikke overholdes skal landstinget påse at pasienten får helsehjelp hos en annen tjenesteyter uten ekstra kostnad for pasienten.

6.1.4 Rett til valg av behandlingsalternativ

Det fremgår av Hälso- och sjukvårdslagen § 3a at pasienten skal ha mulighet til å velge det alternativet som han eller hun foretrekker når det finnes flere behandlingsalternativer som er i samsvar med vitenskaplig og utprøvd praksis. En forutsetning er at den valgte behandlingen fremstår som berettiget sett hen til den aktuelle sykdommen eller skaden og kostnadene.

6.1.5 Rett til fornyet vurdering

Etter Hälso- och sjukvårdslagen § 3 a andre ledd skal pasienter med livstruende eller særskilt alvorlig sykdom eller skade ha mulighet til å få en fornyet vurdering av

helsetjenesten i eget landsting eller i annet landsting. Det er et vilkår at den medisinske vurderingen kan innebære særskilte farer for pasienten eller ha stor betydning for dennes fremtidige livskvalitet. Pasienten skal tilbys den behandling som den fornyede vurderingen tilsier.

6.1.6 Rett til informasjon

Pasienten skal gis tilpasset individuell informasjon om sin helsetilstand og om de metoder for undersøkelse, omsorg og behandling som finnes. Dette følger av Hälso- och sjukvårdslagen § 2b. Videre skal pasienten få informasjon om muligheten til å velge tjenesteytere innen den offentlig finansierte helsetjenesten. Pasienten skal også informeres om garantien om helsehjelp.

6.2 Danmark

6.2.1 Organisering av spesialisthelsetjenesten

Danmark er inndelt i fem regioner. Hver region ledes av et regionsråd som er demokratisk valgt. Sundhedsloven er en rammelov for den danske helsetjenesten. Det følger av sundhedsloven § 74 at Regionsrådet har ansvaret for ”sygehusvæsenets” oppgaver i regionen. Regionsrådet har ansvaret for å sørge for sykehusbehandling til personer som er bosatt i regionen og akutt behandling til personer med midlertidig opphold i regionen. Et regionsråd ”sygehusvæsen” omfatter regionens egne sykehus og tilknyttede behandlingsinstitusjoner.

Enkelte private sykehus er en del av det offentlige helsetilbudet. Disse sykehusene er opplistet i sundhedsloven § 79 andre ledd. Regionsrådet kan samarbeide med andre regioners ”sygehusvæsen” og inngå avtaler med private sykehus for å løse sine oppgaver. Regionsrådene i forening inngår avtale med private sykehus og klinikker i Danmark og/eller i utlandet.

Sundhedsloven gir pasienter en rett til å velge blant regionsrådenes egne sykehus og samarbeidende sykehus. I tillegg setter loven generelle frister for behandling. Dersom fristen for behandling ikke kan overholdes, gis pasienten en utvidet rett til å velge sykehus. Pasienten kan i slike tilfeller velge å la seg behandle på private sykehus som regionsrådene har inngått avtale med.

6.2.2 Fritt sykehusvalg

Pasient som er henvist til sykehusbehandling kan velge mellom regionsrådets sykehus i bostedsregionen, i andre regioner og enkelte private spesialsykehus som er opplistet i sundhedsloven § 79 andre ledd, uansett behandlingstilbudet i bostedsregionen og kriterier for sykehusbehandling i ”sygehusvæsenet” i bostedsregionen.

Det fremgår av sundhedsloven § 86 andre ledd at et sykehus kan avvise pasienter fra andre regioner hvis dette er begrunnet i kapasitetsmessige årsaker og hvis vesentlige hensyn til personer bosatt i regionen ellers vil bli satt til side. For psykiatriske pasienter kan retten til

fritt sykehusvalg begrenses dersom hensynet til pasienten tilsier dette. Denne begrensningen gjelder ikke for diagnostiske undersøkelser.

6.2.3 Utvidet rett til fritt sykehusvalg

Det foreligger etter sundhedsloven § 87 en utvidet rett til fritt sykehusvalg av private sykehus som regionen har inngått avtale med, dersom regionsrådet ikke innen 1 måned etter henvisningen er mottatt kan tilby behandling ved egne sykehus eller et av de spesialsykehusene som regionsrådet samarbeider med eller vanligvis benytter. Ved beregningen av tiden medregnes ikke perioder hvor pasienter gjennomgår forundersøkellesforløp. Ventetider som overstiger to uker til hver enkelt undersøkelse medregnes imidlertid. En person som har fått tilbudt en dato for kirurgisk behandling på et regionalt sykehus, kan velge å bli behandlet på et avtalesykehus, dersom regionsrådet endrer datoen for behandling.

Psykisk syke barn og unge som ikke får et tilbud om undersøkelse innen to måneder etter at henvisning er mottatt, kan velge å bli undersøkt på et avtalesykehus eller samarbeidssykehus. Dette følger av sundhedsloven §§ 87 a og b. Viser undersøkelsen at en person har behov for å bli behandlet raskt kan vedkommende velge å bli behandlet på et avtalesykehus, hvis bostedsregionene ikke kan gi et tilbud innen 2 måneder etter undersøkelsens avslutning.

En pasient er undersøkt på et avtalesykehus og som trenger behandling raskt, kan velge å bli behandlet på avtalesykehuset, hvis dette sykehuset kan tilby behandling i umiddelbar forlengelse av undersøkelsen. Retten til undersøkelse og behandling på et avtalesykehus for denne gruppen bortfaller dersom ventetiden til undersøkelse eller behandling der overstiger ventetiden på bostedsregionens sykehus eller samarbeidssykehus.

Psykisk syke voksne kan etter sundhedsloven § 87 f velge å bli behandlet på et avtalesykehus, dersom bostedsregionen ikke har tilbudt behandling ved sykehus eller samarbeidssykehus i regionen innen to måneder etter henvisningen er mottatt. Retten til å velge avtalesykehus bortfaller, hvis ventetiden på avtalesykehuset er lenger enn på de regionale sykehusene og samarbeidssykehusene.

6.2.4 Maksimale ventetider ved livstruende sykdom

Sundhedsstyrelsen har fastsatt maksimale ventetider for pasienter som lider av kreft, med noen få unntak, og visse nærmere bestemte hjertesykdommer. I disse tilfellene er det satt frist ved hvert enkelt steg i behandlingsforløpet. Etter sundhedsloven § 88 fremgår det disse pasientene innen 8 virkedager skal få beskjed om regionsrådet kan tilby behandling ved sitt ”sykehusvæsen” innen den maksimalt fastsatte ventetiden. Dersom slik behandling ikke kan tilbys innen fristen på regionens sykehus, skal pasienten tilbys behandling på sykehus i en annen region eller på privat sykehus innenlands eller i utlandet.

Dersom regionsrådet ikke kan skaffe et behandlingstilbud innen fristen, skal regionsrådet dersom pasienten ønsker det, meddele dette til Sundhedsstyrelsen som skal forsøke å

skaffe et tilbud til pasienten. Regionsrådet og Sundhedsstyrelsen plikter ikke å henvise pasienten til behandling ved et sykehus, dersom behandlingstaksten er urimelig høy eller utgiftene til transport og opphold er uforholdsmessig høye. Dersom Sundhedsstyrelsen heller ikke klarer å skaffe et tilbud, kan pasienten selv finne et tilbud hos private innenlands eller utenlands. Pasienten ytes i så fall tilskudd tilsvarende det behandlingen gjennomsnittlig ville ha kostet i Danmark, men begrenset oppad til hva behandlingen ved det private sykehuset faktisk kostet.

6.2.5 Behandling i utlandet

Regionsrådet har anledning til å tilby en pasient en henvisning til behandling i utlandet også i andre tilfelle enn det som er nevnt ovenfor, jf. sundhedsloven § 89 første ledd. I de tilfellene der behandling ikke kan ytes på et dansk sykehus, ved for eksempel manglende kompetanse, skal regionsrådet etter sundhedsloven § 89 andre ledd tilby pasienten en henvisning til behandling i utlandet. Et vilkår er at henvisningen er anbefalt av den sykehusavdelingen som har høyest innenlandsk spesialkunnskap, og at Sundhedsstyrelsen har godkjent anbefalingen fra sykehusavdelingen.

Dersom en sykehusavdeling med lands- eller landsdelsfunksjon har anbefalt en henvisning kan Regionsrådet også tilby en pasient henvisning til forskningsmessig behandling i utlandet, hvis behandling ikke kan ytes på dansk sykehus, jf. sundhedsloven § 89 tredje ledd.

6.2.6 Rett til informasjon

Regionsrådet skal innen 8 virkedager etter at rådets sykehus har mottatt en henvisning opplyse pasienten om dato og sted for undersøkelse eller behandling, jf. sundhedsloven § 90. Videre skal pasienten opplyses om han kan tilbys undersøkelse eller behandling innen de frister som gjelder, se ovenfor punkt 6.2.4.

Pasienten skal også informeres om retten til å velge sykehus, videre ventetider på diagnostiske undersøkelser eller behandling ved sykehuset pasienten er henvist til og ved regionens egne sykehus, sykehus i andre regioner samt de private spesialsykehusene som inngår i det offentlige helsetilbudet. I tillegg skal regionsrådet opplyse pasienten om antallet diagnostiske undersøkelser og behandlinger som foregår på sykehuset. Dersom pasienten tilbys henvisning til annet sykehus skal dette også opplyses.

6.3 Finland

6.3.1 Organisering

Det er kommunene som har ansvaret for å sørge for nødvendige primær- og spesialisthelsetjenester i Finland. Det følger av lag om spesialisert sjukvård 1.12.1989/1062 § 7 at kommunene er delt inn i 20 ”sjukvårdsdistrikter”. For å organisere spesialisthelsetjenesten skal kommunene som utgjør et sjukvårdsdistrikt inngå i en samkommune, jf. samme lov § 3. Samkommunene ledes av et organ med medlemmer som

er valgt av de enkelte kommunene som inngår i samkommunen. Antallet medlemmer fra den enkelte kommune i samarbeidsorganet baseres på innbyggertallet i vedkommende kommune.

Det følger av hälso- och sjukvårdslag 30.12.2010/1326 ("hälso- och sjukvårdslagen") § 34 at kommunene som inngår i et "sjukvårdsdistrikt" skal utarbeide en felles plan for helse- og omsorgstjenester. Planen utarbeides for fire år av gangen og følges opp og oppdateres ved behov årlig.

Sosial- og helseministeren har ansvaret for den generelle planleggingen, styringen og tilsynet med den spesialiserte helsetjenesten. Regionsforvaltningsverket har ansvaret for planleggingen, styringen og tilsynet av spesialiserte helsetjenesten i sitt område.

6.3.2 Rett til helsehjelp

Kommunene har ansvaret for å sørge for nødvendige spesialisthelsetjenester til personer som er bosatt i kommunen. I tillegg har kommunen ansvaret for å yte nødvendige spesialisthelsetjenester til personer som oppholder seg i kommunen og som kan fremvise EHIC- kort, samt deres familiemedlemmer.

Kommunen har ansvaret for å sørge for øyeblikkelig hjelp også til dem som ikke er bosatt i Finland.

Det fremgår av lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992 ("patientställningslagen ") § 3 at alle som er bosatt i Finland uten diskriminering og innenfor grensene for de ressursene som står til helsetjenestens disposisjon til enhver tid, har rett til slike helse- og omsorgstjenester som vedkommendes helsetilstand forutsetter. Når det gjelder personer som kun oppholder seg i Finland er retten begrenset til hva som er avtalt i gjensidige avtaler. Alle pasienter har rett til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Omsorgen og pleien skal utføres og pasienten ivaretas slik at hans menneskeverd ikke krenkes. Videre skal det utvises respekt for vedkommendes overbevisning og integritet. I møte med pasienten skal det så langt det er mulig tas hensyn til pasientens språk og individuelle behov, samt kulturelle preferanser.

Det følger av patientställningslagen § 4 at pasienter som ikke kan få nødvendige helsehjelp straks, på grunnlag av en vurdering av helsetilstanden, skal henvises til en venteliste eller henvises/sendes til et annet sted hvor slik helsehjelp kan ytes. Dersom pasienten må vente på helsehjelp, skal han underrettes om årsaken til forsinkelsen og forventet ventetid.

Ved øyeblikkelig hjelp skal pasienten motta helsehjelp omgående. Retten til øyeblikkelig hjelp skal ytes uten hensyn til hvor pasienten er bosatt, jf. hälso- och sjukvårdslagen § 50.

6.3.3 Rett til vurdering

Etter hälso- och sjukvårdslagen § 52 kreves det henvisning ved behov for planlagt spesialisthelsetjeneste. En vurdering av behovet for helsehjelp skal startes innen tre uker etter et sykehus eller annen virksomhet i spesialisthelsetjeneste har mottatt henvisningen. Dersom vurderingen av behovet for helsehjelp krever en spesialistvurdering, særskilt

bilddiagnostikk eller særskilte laboratorieundersøkelser skal vurderingen og de nødvendige undersøkelsene gjøres innen tre måneder fra det tidspunkt henvisningen ble mottatt av et sykehus eller annen virksomhet for spesialisthelsetjenesten som samkommunen er ansvarlig for. Vurderingen av pasienten skal kun baseres på medisinske eller odontologiske vurderinger, jf. hälso- och sjukvårdslagen § 52.

Den helsehjelpen som vurderes som nødvendig, skal starte innen rimelig tid ut i fra en vurdering av hvor mye det haster. Behandlingen skal imidlertid uansett starte innen seks måneder fra det tidspunktet behovet for helsehjelp ble fastslått.

Når det gjelder psykisk helsevern er det en tre ukers frist for å starte vurderingen av behovet for hjelp. Videre er det en seks uker frist for å foreta vurderingen og nødvendige undersøkelser, i de tilfelle det er behov for spesialistvurdering, særskilt bilddiagnostikk eller særskilte laboratorieundersøkelser. For personer under 23 år, skal etter en vurdering av hvor mye det haster, vurderingen skje innen tre måneder fra det tidspunktet behovet for helsehjelpen ble fastslått om ikke en medisinsk, terapeutisk eller andre tilsvarende omstendigheter krever noe annet.

Det følger av patientställningslagen § 4 at pasienten skal meddeles et tidspunkt for når vedkommende får helsehjelp. Dersom tidspunktet endres, skal pasienten umiddelbart meddeles et nytt tidspunkt og årsaken til endringen.

6.3.4 Rett til informasjon

Pasienten har rett til å få opplysninger om sin helsetilstand, aktuell helsehjelp og betydningen av denne, forskjellige pleie- og behandlingsalternativer og om konsekvensene ved disse alternativene, samt andre omstendigheter som gjelder helsehjelpen som har betydning for avgjørelsen av hvordan pasienten skal pleies og behandles. Opplysninger skal ikke gis mot pasientens ønske og dersom det er åpenbart at de vil kunne medføre alvorlig fare for pasientens liv eller helse.

Opplysningene skal gis av helsepersonell og på en slik måte at pasienten i tilstrekkelig grad kan forstå innholdet av dem.

6.3.5 Rett til å velge behandlingssted

Dersom en pasient har behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten kan pasienten selv velge hvilken omsorgsenhet innen spesialopptaksområdet (som består av to eller flere sjukvårdsdistrikter) som skal yte nødvendig spesialisthelsetjeneste, jf. hälso- och sjukvårdslagen § 47. Pasienten som anses å ha behov for spesialisert helsehjelp kan velge en behandlingseenhet innen den kommunale spesialisthelsetjenesten, jf. hälso- och sjukvårdslagen § 48. I de tilfelle pasienten på grunn av arbeid, studier, frist eller pga. av at familie eller andre nærstående er bosatt eller oppholder seg regelmessig og over lengre tid utenfor sin hjemkommune, kan pasienten henvende seg til en virksomhet innen den kommunale spesialisthelsetjeneste i et annet spesialopptaksområde, uten at ansvaret for helsehjelpen overføres.

6.3.6 Behandling i utlandet

Dersom samkommunen for et sjukvårdsdistrikt ikke kan ordne spesialisthelsetjeneste eller psykisk helsevern i Finland innen den maksimale fristen som er satt, skal den på anmodning fra pasienten utstede forhåndsgodkjenning for dekning av utgifter ved helsehjelp i annet EU-land eller et EØS-land. Når slik forhåndsgodkjenning innvilges skal pasientens helsetilstand og sykdommens sannsynlige forløp vurderes. En avgjørelse av samkommunen når det gjelder forhåndsgodkjenning kan påklages etter de alminnelige forvaltningsreglene i förvaltningsprocesslagen 586/1996.

6.4 Island

6.4.1 Organisering

Velfærdsministeren er øverste ansvarlige for helsetjenesten på Island. Helsedirektøren (Embætti landlæknis) gir faglige råd og bistand til ministeren. Helsedirektøren har også ansvaret for informasjon til øvrige forvaltning, tjenesteytere og pasienter når det gjelder helse spørsmål. I tillegg behandler Helsedirektoratet klager fra pasienter angående ytelse av helsehjelp og fører tilsyn med helsetjenesten.

Island er delt inn i åtte helseregioner. Det følger av lov om helsetjenester nr 40/2007 ("helsetjenesteloven") § 14 at generelle helsetjenester i regionen ytes av helsesentre eller regionale sykehus. Primærhelsetjenester ytes av helsesentrene, jf. helsetjenesteloven § 17 og generelle sykehustjenester, herunder poliklinisk behandling, ytes av de regionale sykehusene, jf. helsetjenesteloven § 18. En økende del av spesialisthelsetjenester ytes i tillegg av private avtalespesialister. Spesialiserte sykehustjenester er etter helsetjenesteloven § 19 samlet på Landspítali Universitets sykehus og Akureyri sykehus. Ministeren kan bestemme at slike spesialiserte sykehustjenester også kan ytes på andre sykehus eller helseinstitusjoner.

6.4.2 Rett til helsehjelp

Det følger av den islandske lov om pasientrettigheter nr 74/1997 ("pasientrettighetsloven") § 3 at pasienten har rett til den beste helsehjelpen som er tilgjengelig til enhver tid. Pasienten har til enhver tid rett til formålstjenelige tjenester sett hen til hans/hennes tilstand og prognose og i forhold til den beste kunnskap tilgjengelig. Helsepersonellet skal bestrebe seg på å få et godt forhold til pasienten. Pasienten har rett til kontinuitet i helsehjelpen og samarbeid mellom alle helsetjenesteytere og institusjoner involvert i behandlingen.

6.4.3 Rett til informasjon

Det følger videre av den islandske pasientrettighetsloven § 5 at pasienten har rett til informasjon om sin helsetilstand, inkludert informasjon om sin sykdom og prognose. Videre skal pasienten motta informasjon om foreslått behandling og behandlingsforløp, mulige helsegevinst og risiko ved slik behandling, andre mulige behandlingstiltak.

Pasienten skal også informeres om mulighet til å få en vurdering av annen lege eller annet velegnet helsepersonell når det gjelder behandling, sykdom og prognose.

Informasjonen skal gis når det er en foranledning til dette og på en slik måte og under slike forhold at pasienten kan forstå informasjonen. Det skal fremgå av pasientjournalen at slik informasjon er gitt pasienten.

Det er gitt unntak fra informasjonsplikten dersom pasienten uttrykkelig ber om at slik informasjon holdes tilbake. En pasient kan også utnevne en annen person til å motta informasjonen i stedet for pasienten selv. I de tilfeller pasienten selv ikke kan forstå informasjonen skal informasjonen gis et nært familiemedlem eller dersom pasienten er umyndiggjort til hans/hennes verge. Etter samme lov § 25 skal informasjon til barn under 16 år gis til barnets foreldre. Barn skal få informasjon passende til deres alder og modning. Barn kan også nekte å motta slik informasjon.

Det fremgår videre av § 18 at dersom en pasient må vente på behandling skal legen forklare grunnen til forsinkelsen og gi han/hun informasjon og estimert ventetid. Dersom det er mulig å motta nødvendig behandling et annet sted tidligere, skal pasienten gjøres oppmerksom på dette.

6.4.4 Finansiering

Alle enkeltpersoner som er folkeregistrert på Island er forsikret gjennom en offentlig helseforsikring som administreres av Sjúkratryggingar Íslands. Hovedkontoret og servicesenteret ligger i Reykjavík. I hvert enkelt distrikt er det sysselmannen som administrerer forsikringsordningen.

Sjúkratryggingar Íslands yter tilskudd til frittstående leger (som ikke er ansatt på et helsesenter) og frittstående avtalespesialister. Pasienter som besøker lege eller avtalespesialist må betale en egenandel som er gitt i forskrift.

Sykehus og helsesentre finansieres av Velfærdsdepartementet.

7 Ulike rapporter og tall om pasient- og brukerrettigheter

7.1 Innledning

Det er viktig for å forstå de utfordringene man står ovenfor at man ser hen til de data som foreligger, og ikke minst de rapporter og evalueringer som er foretatt med tanke på hvordan regelverket fungerer i dag. I dette kapittelet vil departementet trekke frem to rapporter. Det ene er Norsk Pasientregister (NPR) sin rapport om ventetider og pasientrettigheter fra 2011 som blant annet viser utviklingen i rettighetstildelingen, ventetider og fristbrudd. Det finnes en nyere rapport fra NPR. Denne er fra 2012, men siden den kun sammenligner tall fra 1. tertial og ikke hele året, har departementet valgt å bruke rapporten fra 2011 i denne fremstillingen. Begge disse rapportene er viktige grunnlag for de forslag som departementet foreslår i dette høringsnotatet.

Den andre rapporten er konsernrevisjonen fra Helse Sør-Øst RHF som omhandler revisjon av intern styring og kontroll av pasientadministrativt arbeid i hele regionen. Den illustrerer hvilke utfordringer dagens regelverk innebærer, hvilke tiltak man på kort og lang sikt bør gjøre, og ikke minst hvilke tiltak regionen har satt i gang for å forbedre det pasientadministrative arbeidet slik at pasientene får god pasientbehandling og pasientrettighetene ivaretas.

7.2 Ventetider og pasientrettigheter 2011- rapport fra Norsk pasientregister

Rapporten fra Norsk pasientregister omhandler ventelistetall for spesialisthelsetjenesten i perioden 2007-2011. Formålet med rapporten er å vise utviklingen for sentrale mål og indikatorer, og gjennomgå kvaliteten på de data som benyttes. Det uttales i innledningen at tema for rapporten er om ventetiden har endret seg over tid, om antall som blir henvist og tatt til behandling fra venteliste er stabilt og om prioriteringspraksis varierer mellom regionene. Andre sentrale forhold rapporten tar opp er i hvilken grad de regionale helseforetakene bryter vurderingsgarantien eller de individuelt fastsatte fristene for behandling.

7.2.1 Rettighetstildeling etter sektor og region

Det er store variasjoner i rettighetstildeling. Dette gjelder både innenfor og mellom regionene, og for de ulike sektorene. For å bidra til bedre harmonisering av prioriteringspraksis har Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene som nevnt utarbeidet veiledere innen 32 fagområder.

Med utgangspunkt i data i Norsk pasientregister, kan en følge med på hvor stor andel av pasientene som får tildelt rett til nødvendig helsehjelp, og hvorvidt det skjer en harmonisering dvs. om variasjonene mellom regionene blir mindre enn hva de har vært.

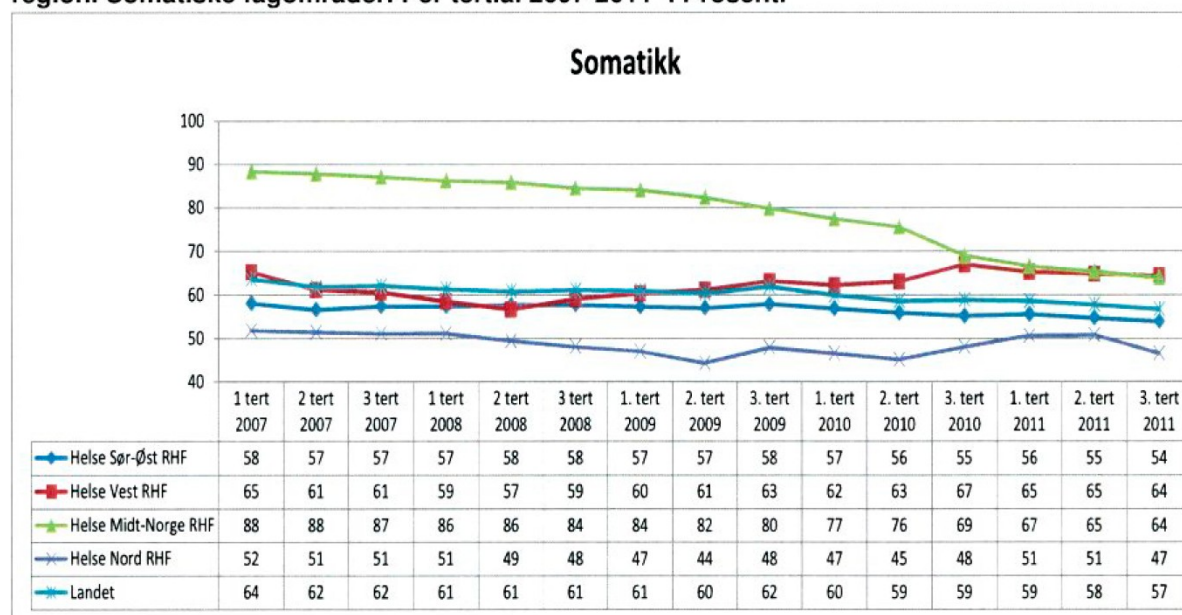
7.2.1.1 Somatikk

Andelen som tildeles rett til nødvendig helsehjelp innen somatikk varierer fra 47 prosent i Helse Nord til 64 prosent i Helse Vest og Helse Midt-Norge i 3. tertial 2011.

Sammenliknet med 3. tertial 2010 har regionene følgelig nærmet seg hverandre i andel som blir tildelt rett til nødvendig helsehjelp.

Helse Midt-Norge RHF har gått fra en rettighetstildeling på 88 prosent i 1. tertial 2007 til 64 prosent i 3. tertial 2011. Forskjellen mellom regionene utgjorde 17 prosentpoeng i 3. tertial 2011 mot 21 prosentpoeng i 3. tertial 2010.

Figur 4.1. Andel vurderte henvisninger hvor pasienten er tildelt rett til prioritert helsehjelp etter region. Somatiske fagområder. Per tertial 2007-2011¹⁾. Prosent.



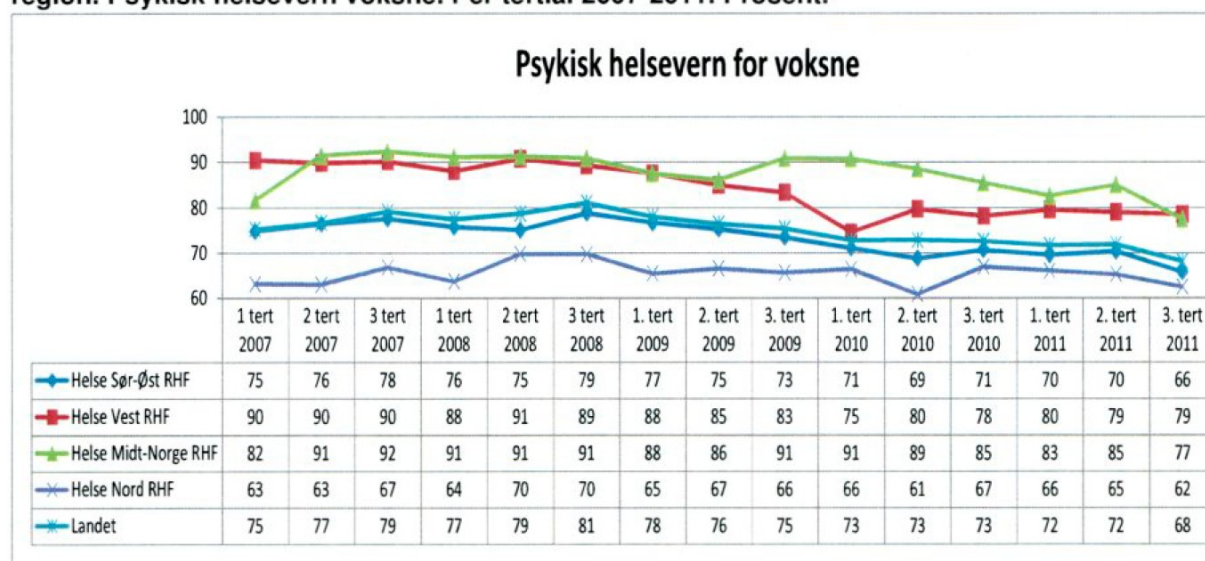
¹⁾ Universitetssykehuset i Nord-Norge er ikke inkludert i Helse Nord RHF for 3. tertial 2009.

7.2.1.2 Psykisk helsevern voksne

Psykisk helsevern for voksne er ett av de fagområdene hvor det først ble utviklet prioriteringsveileder. Denne ble ferdigstilt og klar til implementering ved årsskiftet 2008/2009.

Avstanden mellom regionene ved rettighetstildelingen er redusert med ett prosentpoeng fra 3. tertial 2010 (18 prosentpoeng) til 3. tertial 2011 (17 prosentpoeng). Helse Nord har lavest andel med rettighetstildeling med 62 prosent, mens Helse Vest har høyest andel rettighetstildeling med 79 prosent.

Figur 4.2. Andel vurderte henvisninger hvor pasienten er tildelt rett til prioritert helsehjelp etter region. Psykisk helsevern voksne. Per tertial 2007-2011. Prosent.

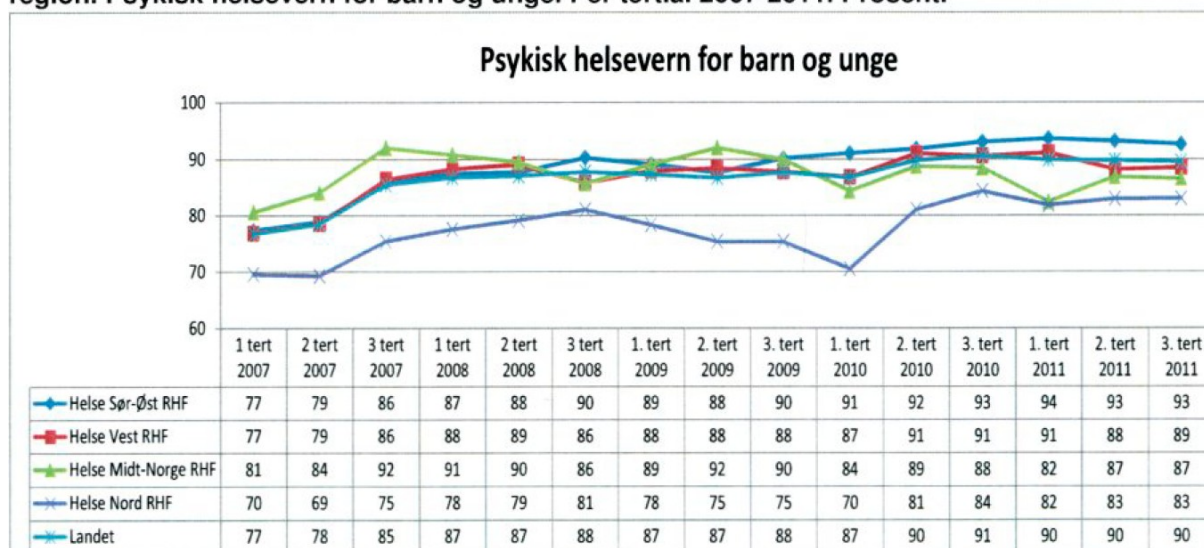


7.2.1.3 Psykisk helsevern barn og unge

Andelene med rett til nødvendig helsehjelp innefor psykisk helsevern for barn og unge varierer mellom 83 prosent (Helse Nord) og 93 prosent (Helse Sør-Øst) i 3. tertial 2011.

Fra 1. tertial 2007 frem til 3. tertial 2011 er det en jevn økning på ca. 13-14 prosentpoeng i rettighetstildeling hos alle de fire regionale helseforetakene. Sammenliknet med 3. tertial 2010 er andelen pasienter som får tildelt rett til nødvendighelsehjelp stabil.

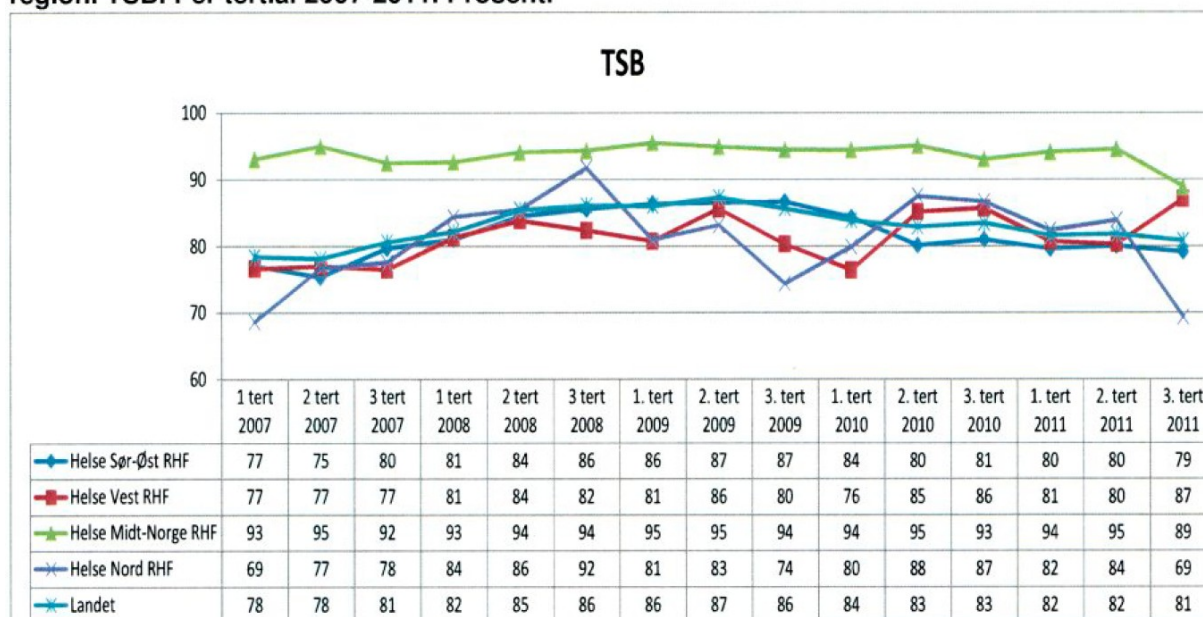
Figur 4.3. Andel vurderte henvisninger hvor pasienten er tildelt rett til prioritert helsehjelp etter region. Psykisk helsevern for barn og unge. Per tertial 2007-2011. Prosent.



7.2.1.4 Tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengige (TSB)

Innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengige har Helse Midt-Norge den høyeste andelen som tildeles rett til nødvendig helsehjelp (89 prosent) i 3. tertial 2011. Andelen for Helse Nord er redusert med 15 prosentpoeng fra 2. tertial 2011. Årsaken til reduksjonen i Helse Nord er at enkelte behandlingssteder har økt antall nyhenviste samtidig som færre har fått tildelt rett til nødvendig helsehjelp.

Figur 4.4. Andel vurderte henvisninger hvor pasienten er tildelt rett til prioritert helsehjelp etter region. TSB. Per tertial 2007-2011. Prosent.



7.2.2 Brudd på vurderingsgaranti

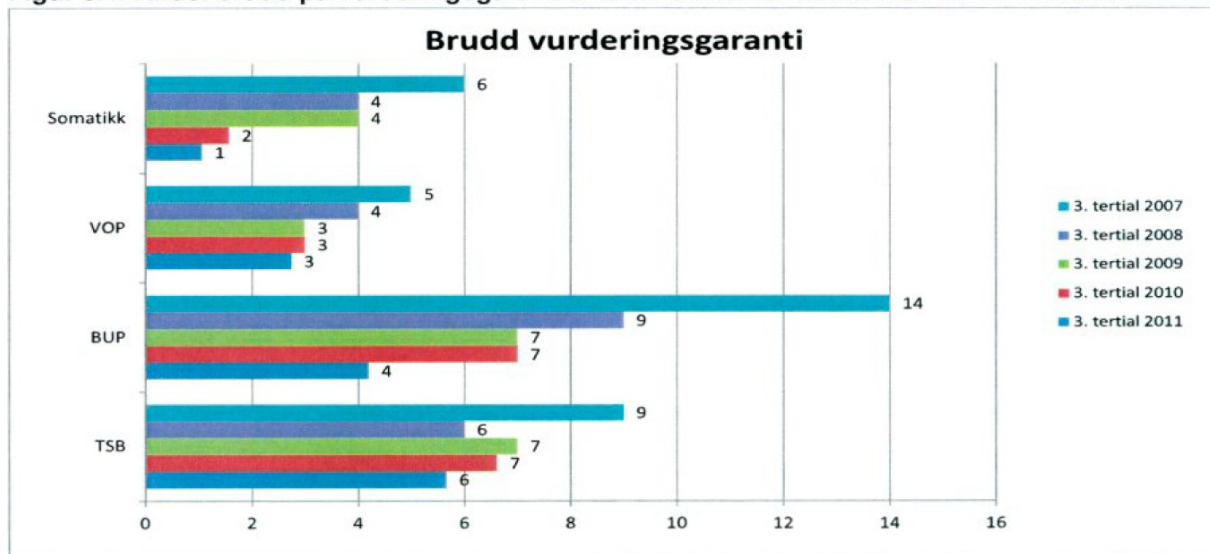
Henvisninger til spesialisthelsetjenesten skal vurderes innen 30 virkedager. For barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser skal vurdering skje i løpet av 10 virkedager.

Brudd på vurderingsgarantien beregnes for alle henvisninger som er vurdert i løpet av det enkelte tertial. Andelen viser henvisninger som ikke er vurdert innen 10 (barn og unge under 23 år) og 30 virkedager. Vurderingstid beregnes som differansen mellom ansiennitets/mottaks- og vurderingsdato for henvisningene.

Fra 2007 til 2011 er det en positiv utvikling. Det er nedgang i brudd på vurderingsgarantien innefor alle sektorene som måles. Innenfor for eksempel somatikk og ser man en betydelig nedgang i brudd på vurderingsgarantien fra 2007 til 2011.

I 3. tertial 2011 varierte andelen brudd på vurderingsgarantien fra en prosent innen somatikk til seks prosent i TSB. For psykisk helsevern barn og unge har det over tid vært en betydelig reduksjon i andel brudd på vurderingsgarantien.

Figur 5.1. Andel brudd på vurderingsgarantien etter sektor. 3. tertial 2007-2011. Prosent.

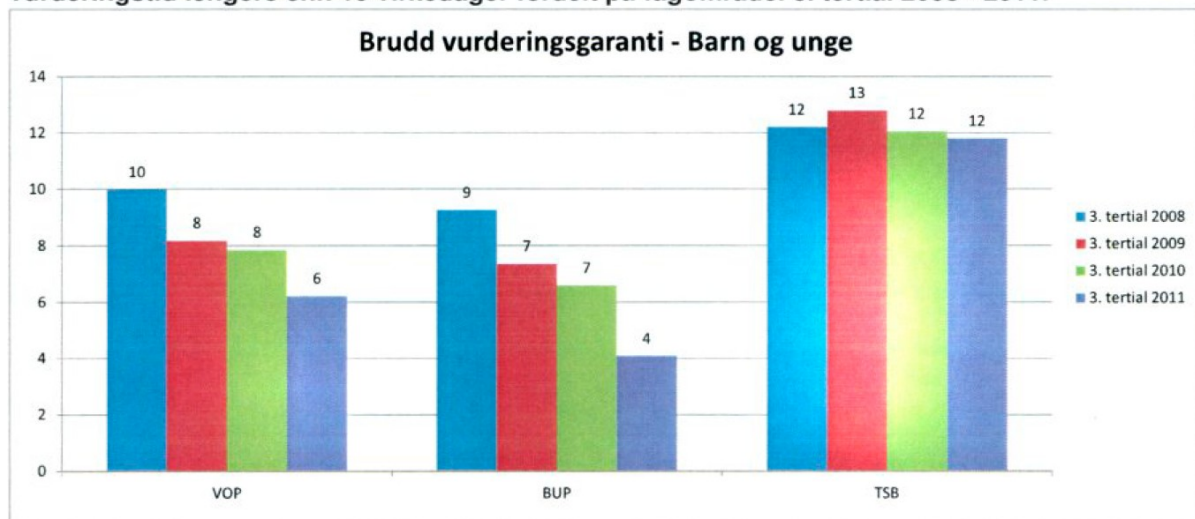


7.2.2.1 Ventetidsgaranti for barn og unge – vurdering i løpet av 10 virkedager

Andelen pasienter under 23 år som har opplevd brudd på vurderingsgarantien er blitt redusert i psykisk helsevern og TSB fra 3. tertial 2008 (etter innføring av den nye ventetidsgarantien). Andel brudd er på henholdsvis seks prosent og fire prosent for psykisk helsevern voksne og for psykisk helsevern barn og unge 3.tertial 2011.

Innen TSB er andelen 12 prosent som er på nivå med tidligere år. Selv en liten endring i antall kan gi en relativt stor prosentvis endring i andel fristbrudd. Dette gjelder spesielt for VOP og TSB som har relativt få pasienter under 23 år.

Figur 5.2. Andel barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser som har vurderingstid lengre enn 10 virkedager fordelt på fagområde. 3. tertial 2008 - 2011.



7.2.3 Brudd på frist for igangsetting av helsehjelp

Alle pasienter som blir vurdert til å ha prioritet skal ha fastsatt en dato for senest forsvarlig igangsetting av helsehjelp, jf. omtale av gjeldende rett under punkt 5.2.1. Brudd på frist for igangsetting av helsehjelp viser andelen pasienter registrert med rett til nødvendig helsehjelp som ikke får påbegynt helsehjelp innen frist. Andelene blir beregnet

for to grupper, de som er tatt til behandling i en periode og de som fortsatt venter ved utgangen av perioden. Fristbrudd registreres dersom dato for frist for nødvendig helsehjelp er passert. Pasient- og medisinsk bestemte utsettelse er holdt utenfor.

7.2.3.1 Ventetidsgarantien for barn og unge (Ventetid mindre enn 65 dager)

Statistikken viser andelen barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser som ikke er tatt til helsehjelp innen 65 virkedager. Ventetiden beregnes fra vurderingsdato til dato da pasienten ble tatt til helsehjelp. Grunnlaget er alle pasienter under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser med rett til nødvendig helsehjelp, og som er tatt til helsehjelp i den enkelte periode.

Forskjeller i fastsettelse av frist for igangsetting av helsehjelp kan bidra til forskjeller i hvor stor andel pasienter som ikke får igangsatt helsehjelp innen den medisinsk satte fristen. Det er flere grunner til at det kan være variasjoner i omfang av fristbrudd. De viktigste er sannsynligvis:

- Reelle variasjoner i omfang av fristbrudd pga. kapasitetsmessige forhold
- Andel som tildeles rett til nødvendig helsehjelp
- Praksisforskjeller med hensyn til hvilke frister som settes for behandling
- Feil i registreringspraksis

En forutsetning for å beregne hvor stor andel av pasientene som får igangsatt helsehjelp innenfor den individuelt satte fristen er bruk av NPR-melding. Før 2011 var ikke alle helseforetak/institusjoner godkjente for NPR-melding. Det betyr at data i perioden 2008 - 2010 kun omfatter enheter som var godkjente for NPR-melding. Som en konsekvens gir derfor ikke historiske NPR-tall et godt grunnlag for å beskrive utviklingen i fristbrudd.

Innen TSB rapporterer alle private enheter NPR-melding, men rapporteringene er ikke komplett. Innen somatiske fagområder og psykisk helsevern voksne har antall institusjoner og helseforetak som er godkjent for det nye formatet økt siden 2008. Fra og med 2011 er bare enheter som er godkjent for NPR-melding i statistikken, og alle institusjonene er godkjent for melding. NPR-melding er blitt brukt som grunnlag for alle enheter innenfor psykisk helsevern for barn og unge.

Det er usikkert hvor mange av de som fremdeles venter på behandling der den medisinsk satte fristen er passert, som er reelle ventende på rapporteringstidspunkt. Dette på grunn av manglende rydding, registrering og vedlikehold av ventelistedata.

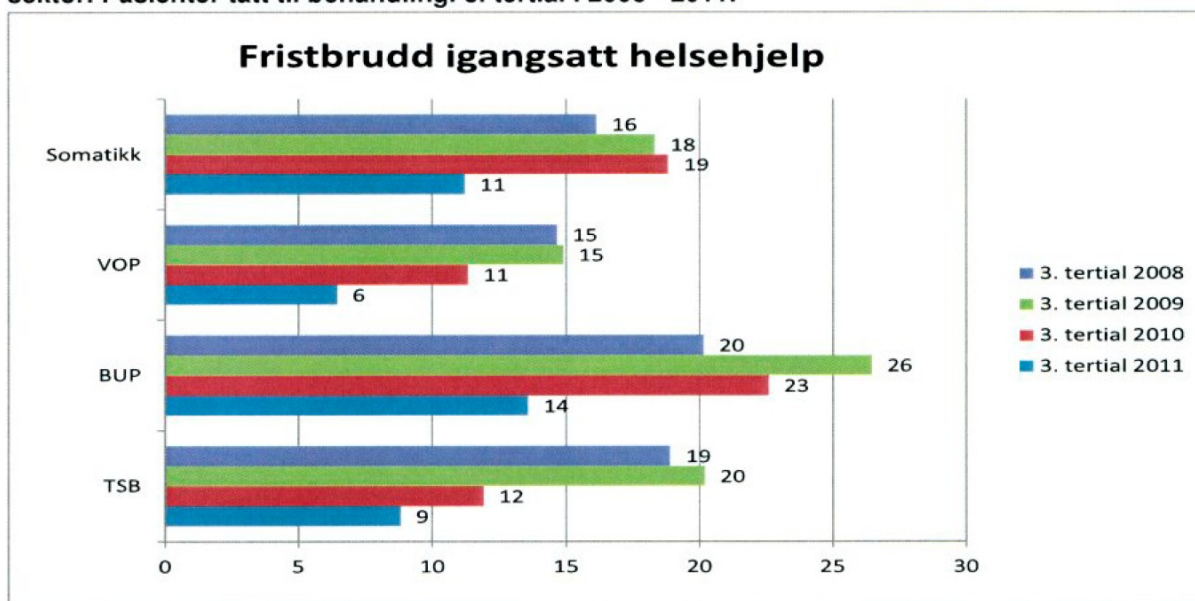
Fristbrudd er knyttet til mål i ventelistestatistikken, fristbrudd for avviklede og fristbrudd for ventende. Det betyr for eksempel at henviste som har fått igangsatt helsehjelp etter fristen, ikke er registrert som fristbrudd i oversiktene hvis de blir henvist til et annet sykehus, ikke ønsker behandling eller hvis de ønsker å bli behandlet ved et annet sykehus (ikke-ordinært avviklede). Henviste som har igangsatt helsehjelp eller er ventende ved utgangen av en periode etter fristen, blir heller ikke registrert i fristbruddoversiktene hvis de har utsatt behandlingen eller av medisinske årsaker må utsette oppstart av behandling.

7.2.3.2 Fristbrudd - pasienter igangsatt helsehjelp

Andelen fristbrudd er høyest innen psykisk helsevern for barn og unge 3. tertial 2011. I denne sektoren fikk 14 prosent ikke påbegynt helsehjelp innen frist for nødvendig helsehjelp. Til sammenlikning var andelen for psykisk helsevern for voksne og TSB henholdsvis seks og ni prosent. For somatikk var andelen 11 prosent.

For alle sektorer med unntak av BUP må det tas forbehold om utviklingstallene da NPR frem til 2011 ikke hadde komplette data knyttet til frist. I 2008 inngikk om lag en tredjedel av institusjonene innen psykisk helsevern for voksne og somatikk, mens andelen i 2010 hadde økt til to tredjedeler.

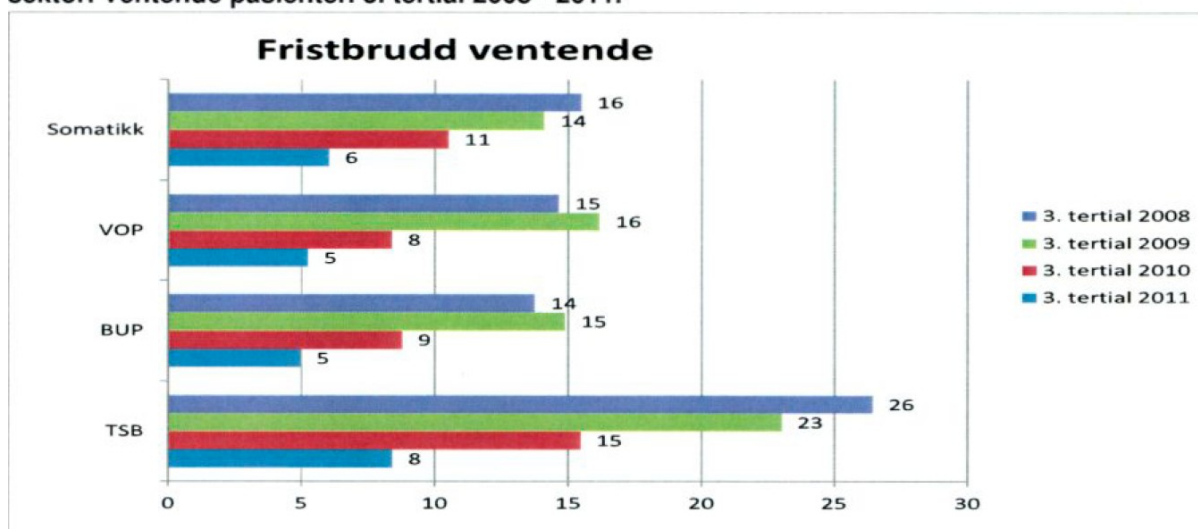
Figur 6.1. Andel pasienter som ikke har fått behandling innen den medisinske satte fristen per sektor. Pasienter tatt til behandling. 3. tertial i 2008 - 2011.



7.2.3.3 Fristbrudd - pasienter som fortsatt venter

Omfanget av innrapporterte fristbrudd for pasienter som fremdeles venter per 3. tertial 2011 varierer fra fem til åtte prosent (for henholdsvis psykisk helsevern og TSB).

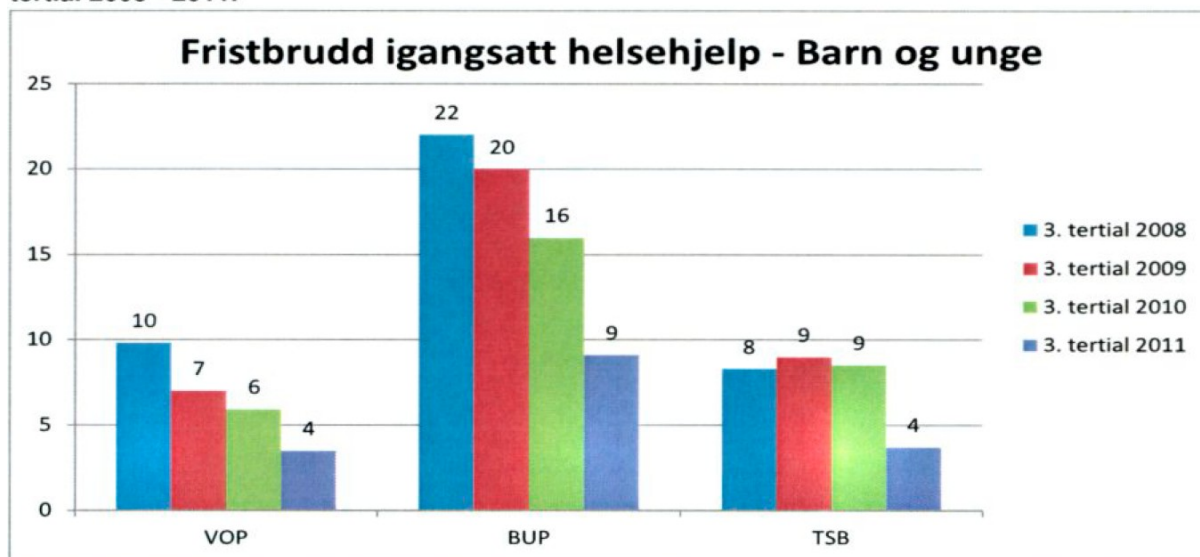
Figur 6.2. Andel pasienter som ikke får behandling innen den medisinske satte fristen per sektor. Ventende pasienter. 3. tertial 2008 - 2011.



7.2.3.4 Ventetidsgaranti for barn og unge

Andel barn og unge under 23 år hvor behandlingsgarantien på 65 dager ikke innfris, er lavere for 3. tertial 2011 sammenlignet med perioden før innføring av den nye ventetidsgarantien. Denne andelen er lavest for psykisk helsevern for voksne og TSB.

Figur 6.3. Andel barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser som har ventetid lengre enn 65 virkedager fordelt på fagområde. Pasienter igangsatt helsehjelp. 3. tertial 2008 - 2011.



7.2.3.5 Fristtid, fristbrudd og ventetid

Fristtid viser hvor lang tid som settes fra henvisningen er vurdert til frist for senest forsvarlig dato for igangsetting av helsehjelp. Beregnes som differansen mellom vurderingsdato og dato for frist start igangsetting av helsehjelp. Fristtid beregnes kun for de institusjoner som er godkjent for NPR-melding.

7.2.3.6 Fristtid og spredning

Median ventetid og gjennomsnittlig fristtid varierer mellom sektorene. Lengst fristtid per 3. tertial 2011 har pasienter innen somatiske fagområder med en median på 89 dager. Median fristtid innen psykisk helsevern for voksne var 60 dager i samme tertial.

Andelen som opplever en fristtid på over 100 dager varierer. Underkant av 30 prosent har fristtid over 100 dager innen TSB, mens ingen har en så lang fristtid innen psykisk helsevern barn og unge per 3. tertial 2011. Dette må sees i sammenheng med at alle pasienter i BUP som blir vurdert til rett til prioritert helsehjelp skal behandles innen 65 virkedager (opp mot 100 løpedager).

7.2.3.7 Ventetid utover den individuelt satte fristen

I 3. tertial 2011 ble om lag halvparten av de som opplevde fristbrudd innen somatikk tatt til behandling innen 13 dager etter fristen. Denne andelen har økt siden 3. tertial 2009. Andelen som ble tatt til behandling 1-13 dager etter fristen har økt med syv prosentpoeng sammenliknet med 3. tertial 2009.

Av pasienter i psykisk helsevern for voksne som opplevde fristbrudd, ble 51 prosent tatt til behandling innen 13 dager etter fristen per 3. tertial 2011. 14 prosent måtte vente 60 dager eller lengre. 21 prosent av pasientene med fristbrudd innen psykisk helsevern barn

og unge må vente mer enn 60 dager etter fristen før helsehjelp blir igangsatt 3. tertial 2011. Dette er lavere sammenliknet med 2009.

7.2.3.8 Fristtid og andel fristbrudd

Ventetiden etter behandlingsfristen er kortest for pasienter med kort fristtid. Omtrent 55 prosent med lang fristtid innen somatikk (over 100 dager) blir behandlet innen 2 uker etter den individuelt satte fristen. Samtidig har majoriteten av pasientene med en fristtid mindre enn 25 dager en ventetid etter frist på under en måned, noe som kan tyde på at rettighetspasientene med de alvorligste sykdommene blir prioritert for behandling.

7.3 Konsernrevisjon fra Helse Sør-Øst – intern styring og kontroll av pasientadministrativt arbeid (Rapport 10/2012)

Konsernrevisjonen til Helse Sør-Øst har i perioden oktober 2010 til august 2012 gjennomført interne revisjoner av det pasientadministrative arbeidet i regionen. Det fremgår av revisjonsrapporten at det overordnede formålet har vært å bekrefte overfor det enkelte helseforetak ved styret og foretakets eier, om foretakene har etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at pasientenes behandlingsbehov og rettigheter ivaretas.

Departementet mener revisjonen har en god og oversiktlig fremstilling av de utfordringer som er i sektoren. Revisjonsrapporten har en oversiktlig fremstilling av funn - årsaker og konsekvenser til feil, mangler og svakheter - i de ulike fasene fra henvisningen mottas og vurderes til utredning, behandling og kontroll er gjennomført. Departementet vil nedenfor kort fremheve de forslagene revisjonen har til forbedringer på kort og lang sikt.

Når det gjelder tiltak på kort sikt mener konsernrevisjonen at regional koordinering og ledelse av forbedringsarbeidet på området er avgjørende for å kunne oppnå forbedringer av det pasientadministrative arbeidet. Det uttales blant annet at:

”Videreføringen av prosjektet ”Økt pasientsikkerhet – gjennom forbedret pasientadministrativt arbeid” (Glemt av sykehuset) er her av vesentlig betydning for iverksettelse og slutføring av de tiltakene som er planlagt for å oppnå sterkere standardiserte prosedyrer og rutiner, bedre opplæring og sterkere oppfølging i alle ledd.”

I tillegg anbefaler konsernrevisjonen ytterligere tre tiltak i prosjektet:

- Videre utvikling og implementering av en helhetlig forvaltningsmodell av PAS/EPJ-systemene
- Utvikling av nøkkelkontroller i de pasientadministrative arbeidsprosessene
- Sterkere oppfølging av den enkelte helsearbeiders ansvar

Når det gjelder tiltak på lengre sikt tar konsernrevisjonen opp spørsmålet om forenkling lovverket. Det uttales i rapporten at:

”Ut fra gjennomgang av regelverket knyttet til ventelister, herunder pasient- og brukerrettighetsloven og lov om spesialisthelsetjenesten – med tilhørende forskrifter og rundskriv, samt andre rettskilder, har konsernrevisjonen et klart inntrykk av at regelverket på

sentrale områder er uklart, og at rettskildene er fragmenterte. Etter konsernrevisjonens syn er dette særlig uheldig fordi regelverket daglig skal praktiseres av personer som ikke har juridisk bakgrunn. Slik konsernrevisjonen ser det er det nærmest gitt at det vil oppstå usikkerhet og ulik tolkning av regelverket, og at dette gir utslag i ulik praktisering.”

Og videre:

”Etter konsernrevisjonens syn understøtter dagens regelverk ikke gode og effektive pasientforløp. En viktig forutsetning for å kunne oppnå varige forbedringer i det pasientadministrative arbeidet, er derfor at det skjer en gjennomgang og forenkling av regelverket”

Rettslige problemstillinger som konsernrevisjonen peker på er blant annet vurderingsbestemmelsen (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2), og en gjennomgang av sykehusenes aktivitetsplikt når det kommer til hvordan de skal forholde seg til rettighetspasienter når fristbrudd nærmer seg.

Denne rapporten er et viktig grunnlag for de endringene departementet foreslår i kapittel 9.

8 Beskrivelse av og forslag til ulike ikke-rettslige tiltak for å unngå fristbrudd og sikre helhetlige pasientforløp

8.1 Innledning

Det er et mål å redusere ventetider, unngå fristbrudd og sikre helhetlige pasientforløp. Videre er det et mål å sikre at pasienter får god informasjon om sine rettigheter, og at de har tilgang til informasjon om kvalitet og tilgjengelighet ved ulike behandlingsenheter som grunnlag for fritt sykehusvalg. Det er fortsatt utfordringer knyttet til å nå disse målene. Etter departementets oppfatning er endringer i regelverket ikke tilstrekkelig til å løse disse utfordringene.

Departementet vil i det følgende redegjøre for tiltak for å sikre pasienter god tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester og frihet til å velge behandlingssted, og tiltak som vil bidra til mer sammenhengende og gode pasientforløp.

God tilgjengelighet er avhengig av korte ventetider, men også av gode henvisninger, riktige prioriteringer i sykehusene, korrekt praktisering av regelverket og opplæring i bruk av pasientadministrative systemer.

Fritt valg av behandlingssted sikres gjennom at pasient og henvisende lege har kunnskap om aktuelle alternativer og at sykehusene praktiserer reglene om fritt sykehusvalg på en korrekt måte.

Gode pasientforløp er blant annet avhengig av gode samarbeidsrutiner internt i sykehusene, mellom flere sykehus i en behandlingsskjede, og mellom sykehus og kommunenes helse- og omsorgstjenester. Det er nødvendig å ha god oversikt over frister

og fristbrudd, og rutiner for å følge opp enkeltpasienter for å unngå fristbrudd. Det er også nødvendig å ha et godt system for å sikre pasienten i de tilfellene fristbrudd oppstår.

8.2 Tilgjengelighet og riktig prioritering

Skriftlige henvisninger er oftest det eneste grunnlaget sykehuset har for å prioritere pasienten og gi frist for start av helsehjelp. Gode henvisninger kan redusere vurderingstiden og sikre at pasienten får et tilbud med riktig kompetanse. De fleste henvisningene går i dag elektronisk mellom fastlege/ avtalespesialister og sykehus. Det er et utstrakt samarbeid mellom primærhelsetjenesten og sykehus om forbedringer av henvisningsrutinene, og mange steder er det fastsatt krav til innhold i henvisninger. Det er viktig at dette arbeidet fortsetter. Departementet vil følge opp arbeidet med å forbedre henvisningsrutinene i styringsdialogen med de regionale helseforetakene. Når det gjelder fastlegene, er det som nevnt i punkt 9.3 tatt inn bestemmelser som stiller krav til henvisningene i § 24 i revidert fastlegeforskrift.

Selv om det fortsatt er forskjell mellom regionene på hvor mange pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp, har forskjellen som vist i kapittel 7 blitt mindre over tid. Dette er først og fremst et resultat av systematiske opplæringstiltak i de enkelte helseforetakene. I tillegg har prioriteringsveilederne som er utviklet i samarbeid mellom Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene vært viktige verktøy for mer likeverdig og forutsigbar prioritering av pasienter. Veilederne gir anbefalinger om tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og fristfastsettelse for ulike tilstander innen 32 fagområder.

I følge en kartlegging fra Helsedirektoratet synes prioriteringsveilederne å være godt kjent blant helsepersonell som vurderer henvisninger, og de oppfattes stort sett som et hensiktsmessig verktøy. Selv om departementet i punkt 9.4.1 foreslår å oppheve skillet mellom rett og ikke rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, vil det fortsatt være behov for prioriteringsveiledere som støtte til fristfastsettelse for ulike pasientgrupper. Arbeidet med prioriteringsveilederne bør derfor videreføres og utvides til flere fagområder.

Det er etter departementets vurdering fortsatt stort behov for informasjon og opplæring av helsepersonell i anvendelsen av de ulike bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven. Det vil være nødvendig med nasjonale tiltak (veiledere og rundskriv), men først og fremst med tiltak i regi av regionale og lokale helseforetak. Slike tiltak er av vesentlig betydning for å sikre at pasienter med størst behov får høyest prioritet, og i arbeidet for å unngå brudd på frist for helsehjelp.

Korrekt praktisering av regelverket forutsetter velfungerende pasientadministrative systemer. Helsepersonell må få opplæring i hvordan disse systemene skal brukes for å håndtere henvisninger på korrekt måte. Systemene må også forbedres slik at de kan bidra til bedre pasientsikkerhet, gode pasientforløp og til å unngå fristbrudd.

På bakgrunn av svikt som er avdekket i det pasientadministrative arbeidet ble det i foretaksmøtene i januar 2012 stilt krav om at helseforetakene skal ha metoder for å teste og overvåke eventuell svikt i det pasientadministrative arbeidet, slik at tiltak kan

iverksettes raskt. Videre skal helseforetakene følge opp arbeidet med kvalitetssikring av pasientadministrative rutiner gjennom organisasjons- og kompetanseutvikling.

Et viktig tiltak for blant annet å sikre bedre opplæring er at departementet i juni 2011 fastsatte forskrift om helseinformasjonssikkerhet (Helseinformasjonssikkerhetsforskriften). Denne stiller krav om at personell gis nødvendig opplæring i bruk av systemene. Forskriften er ikke trådt i kraft, men departementet har tett oppfølging av de regionale helseforetakene for at sykehusene skal kunne oppfylle kravene så snart som mulig. På foretaksmøtene i januar 2012 stilte departementet krav om at de regionale helseforetakene skal legge til rette for implementering av forskriften. I tillegg har forskriften vært tema på oppfølgingsmøter med de regionale helseforetakene.

Helse Midt-Norge RHF har hatt felles opplæring for sine helseforetak for å bidra til ensartet håndtering av henvisninger og rettighetsvurdering.

I Helse Sør-Øst RHF pågår et omfattende prosjekt "*Glemt av sykehuset*" for å forbedre håndteringen av henvisninger i pasientadministrative systemer og informasjonen i elektroniske pasientjournaler.

Hovedgrepene som tiltakene i prosjektet "*Glemt av sykehuset*" presenterer, omfatter:

- opplæring, realkompetanse
- tid til å gjøre jobben ferdig, hver dag
- ledelsesoppfølging
- forbedringer i rutiner og arbeidsmåter
- forbedringer i rapporter og rapportoppfølging
- forbedringer på systemsiden, både programvare og teknisk
- bevissthet omkring informasjon til pasienter og pårørende

Dagens pasientadministrative systemer må videreutvikles for bedre å kunne understøtte behandlingen av henvisninger og hindre fristbrudd. Et tiltak er å innføre varsling når fristbrudd nærmer seg. Nåværende systemer støtter heller ikke på en sikker måte viderehenvisning fra et sykehus til et annet, og gjør det nødvendig med manuelle rutiner for å sikre at fristen for når helsehjelp senest skal gis, oppfylles når pasienten overføres til annet sykehus.

Departementet vil påse at de regionale helseforetakene iverksetter tiltak for å videreutvikle pasientadministrative systemer og sørger for opplæring i tråd med forskrift om helseinformasjonssikkerhet.

8.3 Bedre informasjon til pasientene

Det må sikres at informasjonen til pasienter om rettigheter, tidsfrister, avtalt tid for undersøkelse og behandling og hvordan pasienter skal forholde seg ved fristbrudd, er lett å forstå. Det har vært mange klager på at brevene fra helseforetakene til pasientene har vært kompliserte og lite tilgjengelige. Et nasjonalt prosjekt laget i 2004 maler for sykehusenes svarbrev til henviste pasienter og til henvisende instans. Dette arbeidet er videreført, og

reviderte brevmaler med informasjonsvedlegg ble utarbeidet i 2009. Departementet har i brev stilt krav om at helseforetakene legger disse malene til grunn for sine svarbrev til pasienter og henvisende instanser. Formålet er å gi slik informasjon på en ensartet måte i hele landet, med en utforming og et innhold som gjør det lett å forstå hva som kan forventes og innen hvilke tidsfrister. Departementet vil følge opp arbeidet med å utarbeide gode og lett forståelige svarbrev til pasienter og henvisende instans.

Pasient- og brukerombud finnes i alle fylker. Ombudet skal ivareta pasientens behov, interesser og rettssikkerhet. De gir også gratis råd om behandlingstilbud og veiledning om tidsfrist og rettigheter, samt hjelp til å benytte klageretten til Fylkesmannen.

Den offentlige helseportalen www.helsenorge.no inneholder informasjon om behandlingstilbud og pasientrettigheter. Nett- og telefontjenesten *Fritt Sykehusvalg Norge*, www.sykehusvalg.no, gir pasienter informasjon om forventet ventetid for ulike behandlingstilbud, og gir også kvalitetsinformasjon om de ulike sykehusene for å understøtte pasientens frie valg. Siden 2003 har nasjonale kvalitetsindikatorer blitt presentert på www.sykehusvalg.no. Disse gir informasjon om ulike sider ved kvaliteten på somatiske og psykiatriske helsetjenester, og gir pasientene et bedre grunnlag for valg av behandlingssted. Regjeringen ønsker større åpenhet om kvaliteten i helsetjenesten og det skal utvikles flere kvalitetsindikatorer som skal kunne brukes som grunnlag for valg av behandlingssted. Nettjenesten til Fritt sykehusvalg Norge er planlagt integrert i portalen www.helsenorge.no i løpet av 2013.

Helseøkonomiforvaltningen - HELFO, åpnet i 2009 et veiledningssenter med telefontjeneste for at pasienter lettere skal finne frem til riktige helsetjenester, og få oversikt over ventetid på ulike sykehus. Tjenesten skal bidra til kortere ventetid for pasientene og hjelpe helsetjenesten til å utnytte ledig kapasitet.

8.4 Tiltak for å oppnå gode og effektive behandlingsforløp

Ved fristbrudd er det i dag pasienten som må ta kontakt med HELFO. HELFO henvender seg da først til helseforetaket som har forårsaket fristbruddet, og gir en frist på ca to uker til å skaffe pasienten et tilbud. Hvis helseforetaket ikke kan skaffe tilbud, henvender HELFO seg til annen privat eller offentlig virksomhet.

Etter departementets vurdering er dette en praksis som ikke i tilstrekkelig grad motiverer helseforetakene til å unngå fristbrudd. Departementet foreslår derfor at ordningen med at helseforetaket som har forårsaket fristbruddet blir kontaktet før HELFO forsøker å skaffe pasienten annet tilbud, oppheves. Dette vil gi helseforetaket et sterkt insentiv til å unngå fristbrudd.

En plikt for spesialisthelsetjenesten til å kontakte HELFO når spesialisthelsetjenesten ikke klarer å finne et tilbud før fristen, som foreslått i punkt 9.4.5, vil kunne føre til økt antall henvendelser, siden det er en lav andel av fristbruddspasienter som kontakter HELFO i dag. Dette vil stille krav til kapasitet og kompetanse hos HELFO, som må gi råd til pasienter om innholdet i ulike behandlingstilbud og om ventetider og kvalitet ved norske og eventuelt også utenlandske behandlingstilbud.

For å sikre nødvendig kompetanse og kapasitet til å møte forventet økt behov for veilednings- og formidlingstjenester, er det derfor behov for å se ulike telefon- og formidlingstjenester i sammenheng slik at det samlede tilbudet får god nok kapasitet og fremstår enhetlig for pasienter og brukere.

Mange pasienter har langvarige behandlingsforløp for kompliserte eller kroniske sykdommer. For slike pasienter er det avgjørende at behandlingsforløpet i sin helhet er forsvarlig, også etter at den juridiske retten til nødvendig helsehjelp er innfridd. Opprettelsen av et pasiententydig Norsk Pasientregister (NPR) gjør det mulig å følge den enkelte pasient gjennom et behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten, også når dette omfatter flere behandlingssenheter og helseforetak. Ved hjelp av data fra NPR vil det være mulig å overvåke og rapportere forløpstider, og bruke resultatene i styringsdialogen med de regionale helseforetakene.

Koordineringen av pasientforløpene bør bli bedre. Dette kan blant annet skje ved at pasienter som skal ha utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten får en behandlingsplan som inneholder antatte tidspunkter for de ulike elementer i utredning og behandling. En behandlingsplan vil gi større forutsigbarhet for pasienten, men også bidra til bedre planlegging og utnyttelse av ressursene i sykehuset. Behandlingsplanen vil ikke gi pasienten nye juridiske rettigheter, men vil være et arbeidsredskap for pasient og behandler som det ofte kan være nødvendig å revidere underveis i forløpet.

På noen sykehus og innen enkelte fagområder har forskjellige varianter av plan for utredning og behandling vært i bruk i lang tid. Noen behandlingsforløp er oversiktlige, og består for eksempel av medisinsk undersøkelse, supplerende radiologi- og laboratorieundersøkelser og vurdering av indikasjon for kirurgi. I slike tilfeller vil planen inneholde utredning og tidspunkt for eventuell operasjon. Andre behandlingsforløp, for eksempel ved kronisk sykdom, er mer omfattende. I slike tilfeller vil både utredning og behandling være under kontinuerlig vurdering. Behandlingsplanen må da revideres i tråd med endrede behov.

For mange pasienter som utredes i spesialisthelsetjenesten f.eks. med radiologiske undersøkelser eller laboratorieundersøkelser, vil det være fastlegen som koordinerer forløpet. Dette kan i noen tilfelle føre til uønsket forsinkelse ved at fastlegen må henvise pasienten til spesialisthelsetjenesten flere ganger i samme forløp. Det er derfor behov for å se på hvordan utredningsfasen kan gjøres mer effektiv. Gode eksempler er brystdiagnostiske sentra og egne utredningsløp ved mistanke om lungekreft. Her er det viktig at helseforetakene lærer av hverandre og tar i bruk løsninger som har vist seg å være effektive og gi god pasienttilfredshet.

I henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 2-5a skal det oppnevnes koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester. Mange pasientgrupper vil ha behov for koordinering av forløpet i spesialisthelsetjenesten selv om de ikke omfattes av lovkravet, og helseforetakene bør derfor vurdere å opprette koordinatorfunksjoner for flere grupper av pasienter.

Det vil være behov for å gjennomgå utdanning av leger og annet helsepersonell i sykehus for å sikre en mer pasient- og brukerorientert og helhetlig tilnærming. Det er igangsatt arbeid for å gjennomgå spesialistutdanningene som gir offentlig godkjenning for å tilpasse disse til endringer i helsetjenestene slik det er skissert i samhandlingsreformen.

8.5 Økonomiske insentiver

Regjeringen vil vurdere innføring av økonomiske insentiver for å unngå fristbrudd, slik at fristbrudd får konsekvenser for inntektene til helseforetakene. Mulige modeller kan være å la fristbrudd få konsekvenser for størrelsen på basisbevilgningen fra staten til regionalt helseforetak, eller at staten stiller krav om at regionale helseforetak innfører økonomiske insentiver når pengene fordeles videre til helseforetakene.

Departementet er kjent med at flere regionale helseforetak har tatt i bruk økonomiske insentiver rettet mot helseforetakene for å unngå bl.a. fristbrudd. Det vises i denne sammenheng til at det i Nasjonal helse- og omsorgsplan er varslet at stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet skal vurdere om det innenfor gjeldende økonomiske rammer er hensiktsmessig å innføre resultatbasert finansiering som et positivt insentiv i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

9 Departementets forslag og vurderinger

9.1 Innledning

Beskrivelsen av tidligere rett i kapittel 4 illustrerer at det har vært en betydelig utvikling i lovgivningen innenfor helse- og omsorgssektoren, blant annet i rettighetslovgivningen. Fra 1970-tallet hvor det i utgangspunktet ikke fantes pasientrettigheter, til dagens pasient- og brukerrettighetslov som regulerer sentrale materielle og prosessuelle rettigheter. Beskrivelsen av gjeldende rett viser at pasientene i dag, i stor grad har både materielle og prosessuelle rettigheter som skal sikre utredning og behandling, samt et godt behandlingsforløp.

Kapittel 5 om gjeldende rett, sett i sammenheng med de utfordringene man står overfor, tyder imidlertid på at regelverket ikke fungerer optimalt på sentrale områder. Det er derfor behov for å se på regelverket, samtidig som det arbeides med andre tiltak for å bedre pasientenes situasjon, jf. omtale av ikke-rettslige tiltak i kapittel 8. Det er et overordnet mål for forslagene i dette høringsnotatet at de skal bidra til å gi et bedre pasientforløp og mer helhetlige og sammenhengende tjenester, i tråd med de målsetninger som ligger til grunn for samhandlingsreformen. Det er derfor viktig at bestemmelsene utformes på en slik måte at de er lett tilgjengelige både for helsepersonell og pasienter, samtidig som de sikrer et forsvarlig pasientforløp og pasientenes rettssikkerhet.

I det følgende tar departementet utgangspunkt i en kronologisk tilnærming til lovbestemmelsene. Først omtales derfor retten til vurdering som skal sikre tilgang til spesialisthelsetjenesten. Dernest omtales retten til nødvendig helsehjelp, og kravet til forsvarlig pasientforløp. Til slutt omtales forslag til endringer i retten til fritt sykehusvalg.

9.2 Overordnet om begrepsbruk

I pasient- og brukerrettighetsloven brukes det flere begreper for å beskrive hvem som er pliktsubjekt når det gjelder å yte spesialisthelsetjenester. Det brukes blant annet ”spesialisthelsetjenesten”, ”sykehus” og ”regionale helseforetak”.

Spesialisthelsetjenesten består av de regionale helseforetakene, underliggende helseforetak og private som har avtale med et regionalt helseforetak. Det er de regionale helseforetakene som har ”sørge-for-ansvaret” for å yte spesialisthelsetjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Det er imidlertid helseforetakene som skal yte spesialisthelsetjenester, jf. helseforetaksloven § 2 andre ledd.

I det følgende vil departementet bruke begrepet ”spesialisthelsetjenesten” for å beskrive pliktsubjektet. Det er helseforetakene som står for den konkrete pasientbehandling, og som for eksempel setter frister for pasienter osv. Mens det er de regionale helseforetakene som har det overordnede ansvaret for at helseforetakene følger det regelverket som til enhver tid gjelder. Departementet mener derfor at begrepet ”spesialisthelsetjenesten” er det som er mest dekkende når det er tale om pasient- og brukerrettighetslovgivningen. Det betyr at når det for eksempel står at ”spesialisthelsetjenesten” skal vurdere henvisningen, innebærer det at det er helseforetaket som rent faktisk skal foreta vurderingen, mens det er det regionale helseforetak som har det overordnede ansvaret for at vurderingen av henvisninger foregår på en forsvarlig måte og er i tråd med regelverket.

9.3 Rett til vurdering

Pasient som henvises til sykehus, spesialistpoliklinikk eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (som omfattes av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4), har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Videre skal det vurderes om det er nødvendig med helsehjelp, og gis informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt. For nærmere omtale av gjeldende rett vises det til punkt 5.2.2.

Dagens krav til vurdering innen 30 virkedager er ikke i samsvar med hva som er praksis på sykehusene, jf. omtale under kapittel 7. Henvisningene vurderes nærmest fortløpende, og statistikk fra NPR viser at sykehusene i stor grad vurderer henvisningene mye raskere enn dagens krav. For 2011 var gjennomsnittet på landsbasis 6,1 dager. Innenfor somatikk var gjennomsnittet 5,8 dager, for VOP 8,4 dager, for BUP 10,6 dager og rus 15,6 dager. For nærmere omtale av disse tallene vises det til kapittel 7. Enkelte helseforetak har administrative vedtak om at vurderingstiden ikke skal overstige 1 uke.

Det er viktig for pasientene å få informasjon på et tidlig tidspunkt om han eller hun vil få helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og i så fall når utredning eller behandling vil starte. Departementet vil derfor foreslå at vurderingsfristen endres fra 30 virkedager til 10 virkedager. Dette vil være et tydelig krav til spesialisthelsetjenesten om at henvisningene bør vurderes fortløpende, og senest innen 10 virkedager. Det vil også være en betydelig forsterkning av pasientrettighetene, og et tydelig krav til foretakene om å sikre pasientene så rask tilgang som mulig til spesialisthelsetjenesten.

Videre er det slik at dagens regulering kan sies å være innrettet som en pliktbestemmelse for sykehusene, og ikke som en rettighetsbestemmelse for pasienten. Dagens bestemmelse gir uttrykk for at pasienten har rett til å få sin henvisning vurdert innen 30 virkedager. Med andre ord gir bestemmelsen en plikt for sykehuset til å vurdere henvisningen innen 30 virkedager.

Det som imidlertid er sentralt for pasienten når fastlegen sender henvisning til sykehuset, er om vedkommende får helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og eventuelt når vedkommende skal møte opp på sykehuset for utredning eller behandling. For å vurdere om pasienten har et behov og for å sette et tidspunkt for start av behandling eller utredning, må sykehuset nødvendigvis vurdere henvisningen. Bestemmelsen bør heller regulere hva pasienten kan forvente av informasjon innen fristen, enn hva sykehuset skal foreta seg innen et gitt tidspunkt.

Departementet vil derfor foreslå at ny § 2-2 om vurderingsfrist endres slik at innretning på bestemmelsen er mer rettet mot pasientens informasjonsbehov, enn på hva sykehusene rent faktisk skal gjøre for å ivareta dette informasjonsbehovet til pasientene. En slik endring vil innebære at bestemmelsen blir mer forståelig for pasientene, og enklere å praktisere for helsepersonell.

Forslaget innebærer at spesialisthelsetjenesten ikke kun skal vurdere om pasienten har behov for nødvendig helsehjelp innen 10 virkedager, men også gi informasjon om tidspunkt for når utredning eller behandling skal starte dersom pasienten har behov for helsehjelp. Som nevnt er det avgjørende for pasienten å få vite om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, men det er like viktig å få informasjon om når man kan forvente å få denne helsehjelpen. Det innebærer at spesialisthelsetjenesten allerede på henvisningstidspunktet må vurdere når det er mulig å ta inn pasienten for utredning eller behandling, og gi denne informasjonen til pasienten.

Der det er mulig bør informasjonen være så konkret at pasienten får vite hvilken dato og hvilket klokkeslett (time) vedkommende skal møte opp for utredning eller behandling. Det vil imidlertid av og til kanskje ikke være mulig å være så konkret, særlig i de tilfellene hvor det er lang ventetid på utredning eller behandling. Det vil likevel være et krav til at også disse pasientene får et tidspunkt å forholde seg til innen 10 virkedager. Tidspunktet som spesialisthelsetjenesten skal gi til pasienten, bør i utgangspunktet ikke ha et større intervall enn en uke.

Ved å stille et slikt krav om å gi informasjon om når pasienten kan forvente utredning eller behandling, er spesialisthelsetjenesten nødt til å forbedre logistikken og de pasientadministrative systemene slik at det blir mulig å gi så nøyaktig dato som mulig. Det bør være et mål at alle som har rett til nødvendig helsehjelp senest innen seks måneder, skal få en konkret dato og klokkeslett (time) for når utredning eller behandling skal starte etter at spesialisthelsetjenesten har vurdert henvisningen. Departementet vil særlig be høringsinstansene kommentere spørsmålet om hvor detaljert kravet til ”tidspunkt” i forslaget til ny § 2-2 om rett til vurdering bør være.

Departementet vil understreke at det tidspunktet som skal gis pasienten innen 10 virkedager ikke er juridisk bindende. Det betyr at pasienten ikke vil ha et rettslig krav på å få utredning eller behandling den dato som er opplyst. Det tidspunktet som omtales i § 2-2 om rett til vurdering, må ikke forveksles med den juridiske fristen for når helsehjelp senest skal gis i § 2-1 b andre ledd som er en juridisk bindende frist. Den sistnevnte fristen har pasienten et rettskrav på å få utredning eller behandling innenfor. Tidspunktet som gis til pasienten skal imidlertid være reelt i den forstand at spesialisthelsetjenesten må vurdere om det er ledig kapasitet i dette tidsrommet. Spesialisthelsetjenesten må vurdere dette før et tidspunkt formidles til pasienten. Det innebærer at det ikke er adgang til å gi et tidspunkt for eksempel 5 måneder frem i tid, uten at man har tatt stilling om det er sannsynlig at det vil være ledig kapasitet til å behandle pasienten i det tidsrommet. Tidspunktene som opplyses til pasientene må derfor legges inn i de pasientadministrative systemene når de formidles til pasientene. Det vil i noen tilfeller kunne oppstå et behov for å endre tidspunktet som tidligere er gitt til pasienten, for eksempel pga. sykdom blant helsepersonellet som skal utrede eller behandle pasienten. Det kan også tenkes at pasienten tilstand forverres, og at derfor er nødvendig å gi et tidligere tidspunkt enn hva som opprinnelig er formidlet til pasienten. Dersom det oppstår et behov for å endre tidspunktet som er formidlet til pasienten, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart gi et nytt tidspunkt. Dette tidspunktet skal aldri være senere enn den juridiske fristen for når helsehjelp senest skal gis. Denne problemstillingen er nærmere omtalt under punkt 9.4.5. Det sentrale er at pasienten alltid skal ha et tidspunkt å forholde seg til for når vedkommende pasient skal møte opp til utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten, og at pasienten skal få informasjon om dette tidspunktet innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt.

Departementet vil understreke at det i utgangspunktet er henvisningen som skal vurderes. Det vil imidlertid i mange tilfeller, også når henvisningen er god, ikke være forsvarlig å sette en diagnose innenfor vurderingsfristen på 10 virkedager. Det må derfor skilles mellom pasienter med avklart og uavklart helsetilstand. Dersom man i løpet av vurderingsperioden på 10 dager kommer frem til hva slags behandling pasienten har behov for, vil pasientens tilstand anses som avklart. I slike tilfeller vil den individuelle fristen for når helsehjelp senest skal gis, være oppfylt når helsehjelp i form av behandling er påbegynt. Pasienten har imidlertid ikke et krav på at spesialisthelsetjenesten skal få klarlagt en diagnose innen 10 virkedager. Som nevnt er det i utgangspunktet henvisningen som skal vurderes, og i de tilfellene hvor pasientens tilstand er å anse som uavklart vil aktuell helsehjelp i utgangspunktet være utredning. Fristen for når helsehjelp senest skal være igangsatt vil i disse tilfellene være oppfylt når helsehjelp i form av utredning er påbegynt før fristen utløper.

Skillet mellom uavklarte og avklarte tilstander kan bidra til forvirring. Departementet vil derfor foreslå at det i bestemmelsen om rett til vurdering tydeliggjøres at det som skal vurderes, er om man har behov for helsehjelp, og at dette kan være enten utredning eller behandling. Dette foreslås tatt inn i lovteksten, slik at det blir tydeliggjort at pasienten skal få beskjed om tidspunkt for når enten utredning eller behandling skal starte.

Departementet er kjent med at det til tider kan være et problem med dårlige henvisninger. Dårlige henvisninger kan i realiteten medføre at en pasient blir prioritert foran en annen pasient som har et større behov. Dette kan for eksempel skje fordi legen på sykehuset som vurderer henvisningen ikke kan eller ønsker å ta risikoen på å la en pasient vente. Departementet har derfor i revidert fastlegeforskrift § 24 presisert at fastlegenes henvisninger skal støtte faglig riktig og god samhandling mellom behandlingsnivåene, og at henvisningen skal gi nødvendig informasjon slik at pasient kan få god og forsvarlig behandling.

I samme bestemmelser har departementet presisert at fastlegen skal informere pasienter som henvises til behandling på sykehus om pasientenes rett til fritt sykehusvalg. Fastlegen skal informere om ordningen, og informere om hvor pasienten kan innhente ytterligere informasjon. Disse rettslige tiltakene vil bidra til å bedre henvisningens kvalitet fra fastlegen, og bidra til å sikre pasientens informasjonsbehov når vedkommende blir henvist til spesialisthelsetjenesten.

9.4 Rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste

Som nevnt under punkt 5.2.1 følger det av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd første setning at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Videre følger det av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd andre setning at retten til nødvendig helsehjelp bare gjelder dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Om en pasient har en materiell rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, må avgjøres etter en konkret individuell vurdering av vedkommende pasients helsetilstand basert på alvorlighetsgrad, pasientens lidelse, utsikt til bedring og behandlingens effekt. For nærmere omtale av gjeldende rett vises det til punkt 5.2.1.

9.4.1 Skillet mellom rettighetspasienter og pasienter med behov for spesialisthelsetjeneste

Departementet er av den oppfatning at bestemmelsen om rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er vanskelig å forstå og praktisere, og vil redegjøre for det nærmere her. Det er særlig skillet mellom pasienter som har rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og pasienter som kun har behov for spesialisthelsetjeneste som synes å være vanskelig. Dette skillet synes å være vanskelig både i juridisk og i medisinsk forstand.

For det første kan skillet være vanskelig å forstå for pasienter som blir vurdert til å ha behov for spesialisthelsetjeneste, men ikke får en juridisk rett til helsehjelp. Selv om dette er et juridisk skille, er selve avgjørelsen av hvilken gruppe man faller inn under, en utpreget medisinsk vurdering. Det er følgelig vanskelig for en pasient å vurdere om spesialisthelsetjenesten har foretatt en riktig vurdering. Dersom pasienten er i tvil om vurderingen er riktig, har vedkommende pasient tre muligheter; pasienten kan godta vurderingen som er foretatt, be om en fornyet vurdering eller klage til Fylkesmannen. Det

er imidlertid vanskelig for pasienten å foreta en selvstendig vurdering av om avgjørelsen er riktig. Dermed blir det også vanskelig å vite hvilket handlingsalternativ man skal velge.

Det er i utgangpunktet vanskelig å vite hvilke rettigheter man har, når rettighetsbestemmelsen er forankret i en konkret medisinsk vurdering. Det forutsetter at man besitter kompetanse til å foreta en slik vurdering; en kompetanse de fleste pasienter ikke har. Det kan argumenteres med at en avgjørelse av om man har behov for nødvendig helsehjelp må basere seg på en medisinskfaglig vurdering, og at det følgelig til enhver tid vil være en avgjørelse som er vanskelig tilgjengelig for pasienten. Videre kan det argumenteres for at retten til fornyet vurdering skal ivareta pasientens behov når man er i tvil om vurderingen er riktig foretatt av spesialisthelsetjenesten.

Departementet mener likevel at skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter forsterker de utfordringer som ligger i lovbestemmelser om pasientrettigheter som baserer seg på en konkret medisinskfaglig vurdering. Ut i fra en medisinsk og ikke en rettslig vurdering, vil det i normaltillfellene være slik at når en pasient mener at han eller hun har et behov for helsehjelp, vil også en konkret medisinskfaglig vurdering normalt tilsi at det er behov for slik helsehjelp. Pasienter blir normalt også henvist fra fastlege eller annet helsepersonell som har vurdert pasienten til å ha et behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. De fleste personer ønsker ikke medisinsk behandling, dersom det ikke rent faktisk også er et reelt behov for slik behandling. Et slikt resonnement kan man imidlertid ikke legge til grunn i en rettslig sammenheng. Slik rettighetsbestemmelsen i dag er utformet, er det ikke samsvar mellom den medisinskfaglige vurderingen av behov for helsehjelp, og de rettslige vilkårene for å få rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste. Som tidligere nevnt er det ikke sikkert man har et rettskrav på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, selv om man har et medisinsk behov for helsehjelp.

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten har man ikke et skille mellom de som har rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester, og de som har behov, men som ikke tildeles en rett. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd at alle pasienter og brukere som har behov for ”nødvendige helse- og omsorgstjenester” har et rettskrav på å få disse tjenestene. Også denne vurderingen skal baseres på en individuell helse og/eller sosialfaglig vurdering. Det er imidlertid ikke et rettslig skille mellom en gruppe som får en rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester, og en gruppe som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester, men ikke en rett. Departementet mener at en slik lovregulering er enklere for pasienter å forstå, og ikke minst å forholde seg til.

For det andre kan det også for helsepersonellet være vanskelig å forstå skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter. Lovbestemmelsen opererer med et juridisk skille mellom pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp, og de som har behov, men ikke rett til helsehjelp. Lovbestemmelsen opererer følgelig med et juridisk skille innenfor den gruppen av pasienter som rent faktisk har et medisinsk behov for helsehjelp. Ved innføringen av bestemmelsen var det store forskjeller mellom de regionale helseforetakene i rettighetstildelingen. Ventelistedata fra Norsk Pasientregister viser at det også i dag er relativt store forskjeller i rettighetstildelingen mellom de regionale

helseforetakene, og at det er til dels betydelige forskjeller på helseforetaksnivå og innenfor de enkelte pasientgrupper.

I dette systemet kan det også skje at to pasienter får forskjellig vurdering for samme sykdom, blant annet fordi kvaliteten på henvisningene er varierende og sykehusets vurdering av henvisningene dermed blir ulik. For eksempel vil en pasient henvist med tanke på migrene få rett til nødvendig helsehjelp, mens en pasient med uklar beskrivelse av hodepineplager ikke alltid vil få en rett. Helsedirektoratet har som nevnt utarbeidet ulike prioriteringsveiledere innen de fleste fagområder som skal bidra til en mer lik praksis over hele landet, og forhindre at like tilfeller behandles ulikt. Statistikk viser likevel at det for eksempel innenfor somatikk er forskjeller på opp til 17 prosentpoeng fra et regionalt helseforetak til et annet ved rettighetstildelingen. Også innenfor samme regionalt helseforetak har man opplevd at like pasientgrupper har blitt vurdert ulikt. Et konkret eksempel er fra Helse Sør-Øst RHF hvor et sykehus vurderte pasienter med behov for brystrekonstruksjon til å være rettighetspasienter, mens et annet sykehus vurderte disse pasientene til ikke å ha en slik rett.

Selv om man i dag ser resultater av arbeidet Helsedirektoratet har gjennomført med utarbeidelse av ulike prioriteringsveiledere, kan man ikke komme bort fra at lovbestemmelsen har innført et komplisert juridisk skille som er vanskelig å forstå og praktisere for det enkelte helsepersonell. Ut i fra et medisinsk ståsted vurderer helsepersonell pasienter med tanke på om de medisinsk sett har et behov for helsehjelp. Lovbestemmelsen slik den lyder i dag, innebærer at helsepersonell i tillegg til en medisinsk vurdering av behov, også skal foreta en vurdering av om det medisinske behovet er stort nok til at det innebærer at pasienter også skal ha en juridisk rett til helsehjelp. Det vil si om det medisinske behovet oppfyller de juridiske vilkårene som fremkommer av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd og prioriteringsforskriften. Dette illustrerer at bestemmelsen har skapt et juridisk skille som har vist seg vanskelig å praktisere i en medisinsk hverdag, og som ikke stemmer med den medisinske vurderingen. Dette kan også være noe av forklaringen på hvorfor regelverket har vist seg vanskelig å etterleve i praksis. Dette til tross for flere rundskriv om bestemmelsen, og de mange prioriteringsveilederne fra Helsedirektoratet.

Det er slik at konsekvensene av skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter er betydelige. Dersom man blir vurdert til å være rettighetspasient innebærer det at man får rett til behandling, samt en rett til en individuell fastsatt frist for når helsehjelp senest skal starte. Sistnevnte er en sterk pasientrettighet, som gir pasienten et rettskrav på behandling uten opphold den dagen det foreligger fristbrudd. Pasienter som kun vurderes til å ha et behov for helsehjelp får imidlertid ingen av disse rettighetene. Sistnevnte pasientgruppe har følgelig rettslig sett ikke krav på behandling eller utredning, og er avhengig av tilbud og ressurser i spesialisthelsetjenesten.

Departementet mener at skillet mellom rettighetspasienter og pasienter med behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten dermed ikke bidrar til likeverdige tjenester, og vil foreslå at skillet oppheves. Det vil innebære at alle pasienter som har behov for helsehjelp

får en juridisk rett, og rett til individuell fastsatt frist for når helsehjelp senest skal settes i gang.

En slik endring mener departementet vil innebære en betydelig forenkling av regelverket, samtidig som det vil styrke pasientrettighetene og bedre rettssikkerheten. Det vil bli enklere for pasienter å forstå om man har en rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eller ikke, og det vil gjøre arbeidet med henvisninger enklere for helsepersonellet i spesialisthelsetjenesten. Helsepersonellet skal da gjøre en medisinsk vurdering av behov, og om vurderingen tilsier at pasienten har behov for helsehjelp, skal pasienten også gis en rett. Det innebærer at det vil være samsvar mellom den medisinske vurderingen og de juridiske vilkårene som skal oppfylles for å få nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

9.4.2 Utforming av en felles rettighetsbestemmelse

Når departementet foreslår å oppheve skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter, kan det stilles spørsmål om hvordan en slik felles rettighetsbestemmelse bør utformes, jf. omtale under kapittel 3. Dagens rettighetsbestemmelse er utformet som en rettslig standard som tar utgangspunkt i en konkret helsefaglig vurdering av pasienten.

Departementet mener det er viktig at lovbestemmelser om rett til helsehjelp innehar den fleksibiliteten som er nødvendig for å håndtere den faglige og metodiske utviklingen som til enhver tid skjer innenfor helse- og omsorgsektoren. Den beste måten å gjøre dette på er å ha lovbestemmelser som er forankret i det medisinskfaglige skjønnets. En motsatt løsning, nemlig en detaljregulering av hva man har krav på, ville innebære at man måtte lovregulere de ulike lidelser og tilstander som skulle gi et rettskrav på behandling eller utredning. For det første har man i Norge ikke tradisjon for en slik detaljregulering. For det andre, og kanskje det viktigste argumentet, er at en slik lovregulering ikke vil klare å ta innover seg den medisinskfaglige og teknologiske utviklingen som skjer over tid.

En detaljert lovregulering ville innebære at lovverket må endres svært ofte. Regelverket vil følgelig til enhver tid ligge etter den helsefaglige utviklingen, og det vil først og fremst være pasientene som blir skadelidende av den forsinkelsen som en eventuell regelverksprosess innebærer. Departementet er dermed av den oppfatning at rettslig regulering av tilgangen til spesialisthelsetjenesten best gjøres gjennom en rettslig standard. Slik er det også i dag for den kommunale helse- og omsorgstjenesten hvor man får en rett til nødvendig helsehjelp dersom man har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.

En slik rettslig regulering vil ta høyde for den medisinskfaglige og tekniske utviklingen over tid. Etter departementets oppfatning ivaretar man pasientens behov og rettssikkerhet på en bedre måte gjennom en slik lovregulering. Departementet vil derfor foreslå at bestemmelsen om rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten utformes som en rettslig standard på samme måte som i dag, og at vurderingen skal forankres i en konkret helsefaglig vurdering av behov. Reguleringen av tilgang til spesialisthelsetjeneste blir dermed i prinsippet lik den rettslige reguleringen man har av tilgangen til helse- og

omsorgstjenester i kommunen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a. Forslaget til endring ligger i at alle som etter en konkret helsefaglig vurdering anses å ha et behov for nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, gis en juridisk rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

9.4.3 Prioritering av pasienter og skillet mot pasienter som vurderes til ikke å ha et behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Departementet vil understreke at selv om man opphever skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter, må spesialisthelsetjenesten foreta en prioritering mellom pasientene ut i fra alvorlighets- og hastegrad. Det følger av forsvarlighetskravet og av prioriteringsforskriften. For nærmere omtale av prioriteringsforskriften, se punkt 9.4.6.

Det må også understrekes at det ikke er avgjørende hva som er pasientens egen oppfatning når man skal vurdere om vedkommende pasient har en rett eller ikke, men en konkret medisinskfaglig vurdering. Det er med andre ord ikke slik at ved å oppheve skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter, så vil flere pasienter få behandling. De pasientene som ikke anses å ha "behov for helsehjelp" fra spesialisthelsetjenesten omfatter for eksempel pasienter innen kosmetisk kirurgi, pasienter med mindre alvorlige psykiatriske plager som for eksempel lettere depresjoner, pasienter som anses å være tilstrekkelig utredet eller behandlet i primærhelsetjenesten, og pasienter som sykehusene mener kan få vel så god oppfølging eller behandling hos for eksempel fastlege, skolehelsetjeneste eller helsestasjon.

Den konkrete helsefaglige vurderingen av behov for helsehjelp, skal således ikke endres fordi skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter oppheves. Den helsefaglige og teknologiske utviklingen kan imidlertid tilsi at vurderingen kan bli annerledes i fremtiden. Sagt på en annen måte, en konkret helsefaglig vurdering av behov i 2012, kan få et annet utfall i fremtiden på grunn av utviklingen i medisinen og hvilke tilbud som foreligger i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten til enhver tid.

Vurderingen av behov for nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal som nevnt være forankret i en konkret helsefaglig vurdering, og pasientene skal prioriteres i tråd med de vilkårene som følger av prioriteringsforskriften. Det vil dermed være pasienter som skal avvises fordi vedkommende ikke har behov for helsehjelp, eller henvises tilbake til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette skal gjøres på samme måte som det gjøres i dag.

9.4.4 Retten til individuell fastsatt frist for når helsehjelp senest skal settes i gang

Når det gjelder retten til individuelt fastsatt frist for når helsehjelp senest skal settes i gang, innebærer departementets forslag at alle som i dag anses å ha et behov for helsehjelp, får en rett til nødvendig helsehjelp. Det innebærer at spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når helsehjelp senest skal settes i gang for alle pasienter som den skal utrede og behandle.

Forslaget innebærer ikke at den nye gruppen som foreslås tildelt en rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, skal prioriteres høyere enn i dag.

Forsvarlighetskravet innebærer at alle pasienter som har behov for helsehjelp også i dag skal få helsehjelp innen forsvarlig tid. Endringen ligger i at de som i dag har behov for nødvendig helsehjelp, men ikke har en rettighet, gis rett til nødvendig helsehjelp og får en frist for når utredning eller behandling senest skal gis.

Det er viktig å understreke at oppfyllelsen av fristen skal være en reell utredning eller behandling. Det er ikke anledning til å sette opp en time kun med en intensjon om å oppfylle fristen, for eksempel ved å sette opp en time for dialog med pasienten. Fristen relaterer seg til når helsehjelpen skal igangsettes, enten i form av utredning eller behandling. Når helsehjelpen igangsettes skal pasienten, selv om det ikke settes juridiske frister for det videre forløp, ha et forsvarlig pasientforløp. Det innebærer at det ikke er anledning til å innkalle en pasient før fristen går ut, men så la pasienten vente uforsvarlig lenge på videre utredning eller behandling. Forsvarlighetskravet gjelder hele pasientforløpet, slik at selv om det ikke er satt spesifikke krav til juridiske frister for hele forløpet, skal pasienten utredes og behandles innen forsvarlig tid.

9.4.5 Spesialisthelsetjenestens plikt til å sikre pasientene helsehjelp

Uavhengig av om man opphever skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter, er det en utfordring med dagens fristbruddsystem som må løses. Dagens fristbruddsystem har vist at det ofte kun sikrer pasienter som er aktive og kontakter HELFO. Årsrapporten fra HELFO fra 2011 viser at det kun var 2205 pasienter med fristbrudd som henvendte til HELFO pasientformidling og fikk hjelp til rask helsehjelp. Det kan tenkes ulike årsaker til den lave andelen som benytter seg av rettigheten, for eksempel manglende kjennskap til og kunnskap om rettigheten. Det er etter departementets oppfatning et behov for å gjøre endringer i regelverket, slik at man sikrer at alle pasienter får oppfylt sine rettigheter og får utredning og behandling innen forsvarlig tid.

Det er i dag slik at dersom den fastsatte fristen ikke kan oppfylles innenfor helseforetaket, plikter helseforetaket å skaffe pasienten et annet tilbud innen fristen, offentlig eller privat i Norge eller utlandet. Denne plikten til å sørge for helsehjelp består også etter et fristbrudd. Det er følgelig ikke slik at plikten til å sørge for at pasienten tilbys helsehjelp overføres til HELFO etter et fristbrudd. HELFO har i henhold til lovverket kun en formidlingsoppgave.

Ved fristbrudd er det pasienten som kan henvende seg til HELFO for å få hjelp til å få oppfylt rettigheten. Som nevnt ovenfor er det imidlertid relativt få som benytter seg av denne muligheten. Departementet vil likevel presisere at det regionale helseforetaket i dag har et ansvar for å sikre pasienten et tilbud før fristbrudd. Det innebærer at dersom spesialisthelsetjenesten ser at det ikke vil være mulig å oppfylle fristen, skal den forsøke å finne et alternativt tilbud et annet sted. Fristbruddstallene tyder imidlertid på at dette ikke

skjer for alle pasienter, og at mange pasienter får utredning eller behandling etter at fristen er gått ut.

Departementet vil derfor foreslå endringer i bestemmelsen om rett til vurdering i § 2-2 slik at alle pasienter sikres et tilbud før fristen for når helsehjelp senest skal gis er gått ut, og det oppstår fristbrudd. Forslaget til endring i bestemmelsen om rett til vurdering i § 2-2 som er omtalt under punkt 9.3. innebærer at spesialisthelsetjenesten skal gi et tidspunkt for når utredning eller behandling skal starte allerede ved første kontakt med spesialisthelsetjenesten. Dette tidspunktet kan nødvendigvis ikke settes etter den juridiske fristen for når forsvarlighet krever at utredning eller behandling senest skal gis. Det ville jo i så fall innebære at spesialisthelsetjenesten planla en uforsvarlig behandling av pasienten.

Av den grunn foreslår departementet å presisere i bestemmelsen at dersom spesialisthelsetjenesten allerede ved vurderingen av henvisningen, ser at den ikke kan gi pasienten et tidspunkt for oppstart av utredning eller behandling innen forsvarlig tid, skal spesialisthelsetjenesten kontakte HELFO. På samme måte, dersom spesialisthelsetjenesten senere må endre det tidspunktet som er formidlet til pasienten, men ikke er stand til å gi et nytt tidspunkt innenfor fristen, skal HELFO kontaktes. På den måten mener departementet at man på en bedre måte enn i dag sikrer at pasienten ikke får uforsvarlig helsehjelp, at fristen brytes og at det oppstår fristbrudd.

Spesialisthelsetjenesten må som følge av disse forslagene, til enhver tid påse at pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp er planlagt tatt inn for utredning eller behandling innenfor fristen. De regionale helseforetakene må ha oversikt over områder med kapasitetsutfordringer i egen region, og over alternative tilbud på disse områdene. Spesialisthelsetjenesten kan og bør benytte hele det offentlige tilbudet, dvs. også andre sykehus inkludert private sykehus som har avtale med de regionale helseforetak, innenfor eller utenfor regionen hvor pasienten står på venteliste. Det er opp til det regionale helseforetaket å sørge for at man organiserer dette på en slik måte at man får utnyttet det offentlige tilbudet best mulig.

Dersom spesialisthelsetjenesten tilbyr utredning eller behandling på et annet sykehus enn det sykehuset der pasienten står på venteliste, står pasienten fritt til å velge om han ønsker å benytte dette tilbudet. Pasienten kan derimot ikke kreve å få behandling innenfor fristen på det sykehuset hvor pasienten står på venteliste, når dette sykehuset ikke i stand til å yte tjenestene innen fristen, men har skaffet et alternativt tilbud til pasienten et annet sted. Dersom pasienten velger å stå på venteliste hos det opprinnelige sykehus, må vedkommende følgelig akseptere at ventetiden kan overskride den juridiske fristen for når helsehjelp senest skal gis.

Hvis spesialisthelsetjenesten ikke klarer å finne et tidspunkt innenfor det offentlige helsetilbudet før fristen for når helsehjelp senest skal gis, skal som nevnt spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte HELFO. Pasienten vil da bli kontaktet av HELFO med forespørsel om pasienten ønsker at HELFO skal finne et alternativt tilbud. Pasienten står fritt til å velge om man ønsker å benytte seg av det tilbudet HELFO tilbyr, eller bli stående på venteliste hos det opprinnelige sykehuset. På samme måte som hvis

spesialisthelsetjenesten finner et alternativt tilbud, vil en pasient som takker nei til et tilbud fra HELFO og velger å bli stående på venteliste, måtte akseptere at ventetiden kan overskride den juridiske fristen for når helsehjelp senest skal gis.

Departementet mener disse endringene vil bidra til å løse de problemene som har vist seg de siste årene, med betydelig andel fristbrudd og tilsvarende lav andel som benytter seg av HELFO. Det vil også bidra til å skape et likeverdig tjenestetilbud, i den forstand at det ikke kun er de ressurssterke pasientene som kjenner sine rettigheter som får helsehjelp innen forsvarlig tid når fristbrudd først oppstår. Forslagene stiller likevel tydelige og ambisiøse krav til at spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten må særlig ha fokus på at ventelistene er oppdatert til enhver tid, og at alle pasienter har et tidspunkt å forholde seg til som er innenfor fristen, slik at intensjonen med bestemmelsene kan oppnås.

Det er viktig å understreke at den ønskede utviklingen ikke kan oppnås gjennom rettslig regulering alene. Det må arbeides blant annet med logistikk, opplæring av helsepersonell, informasjonsutveksling mellom foretak og ikke minst med de pasientadministrative systemene. De lovforslag som følger av dette høringsnotatet skal imidlertid bidra til at reglene blir enklere å praktisere og forstå både for pasienter og helsepersonell. Forslagene vil også bidra til at helsepersonellet kan ha fokus på primæroppgaven, nemlig å gi god helsehjelp til pasienter innen forsvarlig tid.

For å sikre at alle pasienter skal få helsehjelp innen forsvarlig tid, er det et behov for et unntak fra taushetspliktreglene. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke klarer å finne et tidspunkt til pasienten innenfor fristen for når helsehjelp senest skal gis, tilsier forslaget at spesialisthelsetjenesten umiddelbart skal kontakte HELFO. For at dette skal være mulig må spesialisthelsetjenesten kunne gi HELFO informasjon om pasienten, slik at HELFO kan ta kontakt med vedkommende og formidle et alternativt tilbud. Forslaget til unntak fra taushetsplikten innebærer kun at spesialisthelsetjenesten kan gi helseopplysninger som er strengt nødvendige for at HELFO skal kunne ta kontakt med pasienten og formidle et alternativt tilbud. Det er følgelig ikke adgang til å gi helseopplysninger som går utover hva som er nødvendig for å oppfylle dette formålet.

9.4.6 Prioriteringsforskriften

De endringer som foreslås i punkt 9.4 om rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten innebærer at prioriteringsforskriften må endres. Som nevnt innebærer ikke lovendringene at prioriteringsforskriften skal oppheves.

Departementet vil understreke at de endringene som foreslås i dette høringsnotatet ikke innebærer at det skal gjøres endringer i de prioriteringer som helseforetakene i dag gjør. Pasientene skal som før prioriteres ut fra en medisinskfaglig vurdering av behov og hastegrad.

Prioriteringsforskriften opererer imidlertid med et skille mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter. Det må derfor gjøres retts tekniske endringer på flere punkter når skillet oppheves, blant annet i prioriteringsforskriften § 2. I dag er denne bestemmelsen en effektivering av Lønning II-utvalgets forslag til prioriteringsgruppe 1 og 2. Departementets

forslag til endring av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd innebærer at alle pasienter som etter en konkret medisinskfaglig vurdering har behov for helsehjelp, skal få en rett til nødvendig helsehjelp. Prioriteringsforskriften § 2 må derfor endres.

Departementet vil understreke at det fremdeles skal ligge en kost/nytte vurdering til grunn for om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Prioriteringsforskriften § 2 vil følgelig videreføre dette prinsippet. I forslag til ny § 2 a vil departementet tydeliggjøre at det skal gjøres en prioritering av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ut i fra en alvorlighets- og hastegrad.

Som nevnt ovenfor innebærer ikke forslagene i dette høringsnotatet at spesialisthelsetjenesten skal prioritere pasienter annerledes enn i dag.

9.5 Retten til fritt sykehusvalg m.m.

9.5.1 Innledning

Retten til fritt sykehusvalg omfatter i dag offentlige sykehus, distriktpsykiatriske sentre eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Det er en forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak som gir pasienten en slik valget. Valget gjelder ikke bare ved behandling, men også når pasienten henvises for vurdering, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2.

9.5.2 Private radiologiske institusjoner

Private radiologiske institusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak er i dag ikke omfattet av retten til fritt sykehusvalg. Radiologi på sykehus er derimot omfattet av ordningen. Departementet har ved tidligere anledninger understreket at en henvisning/rekvisisjon til poliklinisk radiologi ikke er bundet til et enkeltstående behandlingssted, men kan anvendes på alle steder som utfører en slik behandling innenfor det offentlige helsevesenet. Det vil si også private radiologiske institusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak.

Departementet vil foreslå at retten til fritt sykehusvalg også skal omfatte private radiologiske institusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak. På den måten blir det samsvar mellom den praksis som er i dag, og lovverket. Det vil innebære at pasienter fritt kan velge mellom institusjoner som tilbyr radiologi innenfor det offentlige helsevesenet, og at de private radiologiske institusjonene som har avtale med et regionalt helseforetak vil komme på listen på www.frittsykehusvalg.no. Departementet mener dette vil bidra til at kapasiteten i systemet utnyttes på best mulig måte.

9.5.3 Private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner

Ett av formålene med retten til fritt sykehusvalg er at den skal bidra til bedre utnyttelse av den totale kapasiteten i spesialisthelsetjenesten og til reduserte ventetider. Videre bidrar bestemmelsen til økt valgmulighet for pasienten ved å gi rett til å velge hvilken institusjon de skal behandles på. På denne bakgrunn vil departementet utrede hvorvidt retten til fritt

sykehusvalg også bør utvides til å omfatte private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til dette i egen sak.

9.6 Overordnet om departementets forslag

Avslutningsvis vil departementet fremheve at det er viktig at man ser forslagene i dette høringsnotatet i sammenheng, og ikke minst i sammenheng med øvrige ikke-rettslige tiltak for å bedre pasientsikkerheten og pasientforløpet. Høringsnotatet har som et overordnet mål, i tråd med de målsetninger som ligger til grunn for samhandlingsreformen, å gi et bedre pasientforløp og mer helhetlige og sammenhengende tjenester.

Forslaget om å endre retten til vurdering, vil gi bedre tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten, mens endringen i retten til nødvendig spesialisthelsetjeneste, vil forenkle og forsterke pasientrettighetene. Disse forslagene vil sikre at alle pasienter med behov for helsehjelp får en rett til helsehjelp, og ikke minst får informasjon om når helsehjelp kan forventes. Videre bidrar forslagene til å sikre at helsehjelpen gis innen forsvarlig tid.

Som nevnt i kapittel 8 vil departementet likevel understreke at arbeidet med å bedre pasientforløpet og gi et mer helhetlig og sammenhengende tilbud til pasienten, ikke alene løses gjennom endringer i regelverket. Andre sentrale tiltak for å nå målene er blant annet kompetanseoppbygging, forbedring av de pasientadministrative systemene og økonomiske insentiver.

10 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslag til endring av bestemmelsen om rett til vurdering er i stor grad av retts teknisk karakter, og vil følgelig ikke innebære økonomiske og administrative konsekvenser. Dette gjelder særlig endringen av innretningen på bestemmelsen, og krav til informasjon som presiseres i bestemmelsen. Endringen av vurderingsfristen fra 30 til 10 virkedager er i all hovedsak i samsvar med hvordan henvisninger vurderes i dag. Henvisningene vurderes nærmest fortløpende av sykehusene. I tillegg vil det nå ikke være et krav om at pasienten skal innkalles i vurderingsperioden dersom pasienten tilstand er uavklart. Departementet mener følgelig at forslaget ikke vil innebære økonomiske og administrative konsekvenser.

I 2011 hadde 1,8 millioner pasienter minst én pasientkontakt med spesialisthelsetjenesten. Forslaget om innføring av individuell frist for tidligere ikke-rettighetspasienter omfatter bare pasienter som er vurdert til å ha behov for planlagt behandling. Om lag 1/3 av innleggelsene i spesialisthelsetjenesten er planlagt, resten er øyeblikkelig hjelp. I tillegg kommer poliklinisk utredning og behandling som i all hovedsak er planlagt. I 3. tertial 2011 var 43 pst. av pasientene innen somatikk vurdert som ikke-rettighetspasienter. Alle pasienter skal i dag behandles innenfor medisinsk forsvarlig tid, og man må anta at det vil være samsvar mellom hvor lenge ikke-rettighetspasienter i dag må vente og de individuelle fastsatte fristene disse pasientene etter forslaget vil få. Innføring av

individuell frist for ikke-rettighetspasienter vil derfor ikke innebære endringer i når disse senest skal ha behandling, noe som tilsier at forslaget ikke vil medføre økte kostnader.

Når ikke-rettighetspasienter får behandling er i dag i noen grad avhengig av kapasiteten, noe som åpner for en viss fleksibilitet i sykehusenes planlegging og utnyttelse av ressurser. Individuell tidsfrist for alle pasienter med behov for behandling vil i praksis kunne redusere denne fleksibiliteten noe. I så fall vil det kunne kreve noe større kapasitet. Det pågår imidlertid et arbeid for å bedre det pasientadministrative arbeidet i sykehusene, noe som vil bidra til bedre ressursbruk og logistikk.

Det vil kreve noe økte administrative kostnader for å håndtere flere pasienter med individuell tidsfrist. Samtidig vil det å fjerne skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter kunne innebære noe mindre administrative kostnader. Departementet mener derfor at forslaget kan gjennomføres innenfor gjeldende økonomiske rammer.

Forslaget om at alle pasienter skal få et tidspunkt for når utredning eller behandling skal starte, forutsetter at poliklinikker og sykehusavdelinger har oversikt over kapasiteten lenger frem i tid enn i dag. Å etablere slike systemer kan medføre noe økte administrative kostnader. Departementet mener at forslaget kan gjennomføres innenfor gjeldende økonomiske rammer.

Forslaget om å utvide retten til fritt sykehusvalg til også å omfatte private radiologiske virksomheter innebærer i utgangspunktet økte kostnader for RHF-ene for reiseutgifter til pasienter. Departementet vil foreslå at syketransportforskriften endres, slik at gjeldende rett videreføres. Dette innebærer at pasientene kun får dekket reiseutgifter til ”nærmeste sted”. En slik løsning vil innebære mindre økonomiske konsekvenser for de regionale helseforetakene når flere pasienter vil benytte seg av frittsykehusvalg-ordningen. Dette anslås til å være i størrelsesorden 5 til 8 millioner kroner, og dekkes innenfor de regionale helseforetakenes rammer.

Del III

Implementering av pasientrettighetsdirektivet

11 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet vil i denne delen av høringsnotatet fremme forslag om endringer i folketrygdloven § 5-24 a, spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 og helse- og omsorgstjenesteloven § 11-2. Lovendringene anses nødvendige for at Norge skal kunne implementere pasientrettighetsdirektivet.

I kapittel 12 gis det en oversikt over gjeldende rett når det gjelder dekning av utgifter til utenlandsbehandling. I kapittel 13 beskrives innholdet i direktiv 2011/24/EU om pasientrettigheter ved grenseoverskridende helsetjenester (pasientrettighetsdirektivet). I kapittel 14 redegjøres det kort for forslagene til implementering av direktivet i Sverige. De øvrige nordiske landene har på nåværende tidspunkt ikke offentliggjort høringsnotater som omhandler implementeringen av direktivet.

I kapittel 15 beskrives departementets forslag til refusjonsordning for ”sykehusbehandling”. I kapittel 16 reises andre spørsmål knyttet til en implementering av direktivet. I kapittel 17 omtales de økonomiske og administrative konsekvensene av forslagene.

Departementet ønsker å presisere at regjeringen vil ta stilling til de forslagene som fremmes i høringsnotatet etter høringsrunden. Det er i høringsrunden viktig å få belyst om forslagene knyttet til implementeringen av pasientrettighetsdirektivet på mest mulig egnet måte utnytter det handlingsrom vi har for å sikre en fortsatt sterk offentlig og desentralisert helsetjeneste, og om det for øvrig er egnet til å ivareta norske interesser. Departementet oppfordrer derfor høringsinstansene til å gi konkrete og begrunnende tilbakemeldinger på de forslagene som fremmes.

12 Gjeldende rett vedrørende dekning av utgifter til utenlandsbehandling

12.1 EU- og EFTA-domstolens praksis

Helsepolitikk har tradisjonelt vært ansett som et nasjonalt anliggende hvor EUs rolle har vært av begrenset betydning. Fra slutten av nittiårene og frem til i dag har EU-domstolen behandlet en rekke saker om pasientmobilitet, herunder pasienters rett til å få refundert utgifter til behandling i andre EU-land. EU-domstolen har slått fast at EF-traktatens artikkel 49 og 50 (tilsvarende EU-traktaten artikkel 56 og 57) om fri bevegelse for tjenester gjelder for helsetjenester uansett hvordan disse tjenestene er organisert og

finansiert i medlemslandet¹. Det fremgår av disse avgjørelsene at dette prinsippet også innebærer at pasienter på visse vilkår har rett til å få refundert utgifter til behandling i andre EU-land av den kompetente stat (landet hvor vedkommende person er medlem i trygden eller har rett til ytelser), heretter kalt trygdelandet². Pasienter har rett til refusjon fra trygdelandet for helsehjelp som ytes i andre EU-land (og EØS-land) på samme vilkår som gjelder for helsehjelp som ytes i trygdelandet.

Det samme følger av de tilsvarende bestemmelsene i EØS-avtalen artikkel 36 og 37, noe EFTA-domstolen også la til grunn i sin rådgivende uttalelse i *Rindal og Slinning* fra desember 2008. Selv om de nevnte avgjørelsene i EU-domstolen ble avsagt etter inngåelse av EØS-avtalen og således ikke direkte er bindende for Norge, jf. EØS-avtalen artikkel 6, har EFTA domstolen lagt til grunn samme lovtolkning i den nevnte rådgivende uttalelsen i *Rindal og Slinning*³. Prinsippet om homogenitet tilsier at EØS-avtalens bestemmelser skal ha samme innhold som de parallelle bestemmelsene i EU-traktaten. Spørsmålet om EØS-relevans ble behandlet i Ot. Prp. nr 92 (2008-2009) og departementet vurderte det slik at Norge var forpliktet etter EØS-retten til å følge opp EU-domstolens praksis. Det ble således foreslått å etablere en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land. Stortinget sluttet seg til dette. For en nærmere redegjørelse av domstolens praksis og spørsmålet om EØS-relevans vises til Ot. Prp. nr 92 (2008-2009).

EU-traktaten og EØS-avtalen griper i utgangspunktet ikke inn i medlemslandenes kompetanse til å organisere sitt helsevesen og utforme lovgivning knyttet til dette. Medlemslandene kan selv bestemme hvem som skal motta helsetjenester, hvilke ytelser som skal gis og på hvilke vilkår de skal ytes. Denne kompetansen må imidlertid utøves i overensstemmelse med EU-traktatens/EØS-avtalens regler. Dette innebærer blant annet at det i norsk rett ikke må etableres eller opprettholdes restriksjoner i tjenestefriheten uten at restriksjonen er begrunnet i tvingende allmenne hensyn.

12.2 Forordning (EF) nr 883/2004

12.2.1 Innledning

I tillegg til den nevnte domstolspraksis som har sitt utspring i reglene for fri flyt av tjenester, ble Europaparlaments- og rådsforordning (EF) nr 883/2004 om koordinering av trygdeordninger vedtatt 29. april 2004 ("forordning (EF) nr. 883/2004"). Forordning (EF) nr 883/2004 erstatter rådsforordning 1408/71, jf. EØS-avtalens vedlegg VI nr. 1. Forordning (EF) nr. 883/2004 er inkorporert i norsk rett ved forskrift av 22. juni 2012 med hjemmel i en rekke lover, herunder folketrygdloven §§ 1-3 og 25-15. Hovedformålet med de nevnte

¹ Blant annet C-158/96 Kohll, C-257/99 Smits/Peerbooms, C-385/99 Müller-Fauré/van Riet, C-372/04 Watts, C-173/09 Elchinov.

² Begrepet "trygdeland" vil i de fleste tilfeller være dekkende, men i enkelte tilfelle kan Norge være kompetent stat for personer som ikke er medlem av den norske folketrygden. Norge er f.eks kompetent stat for norske pensjonister bosatt i Spania, selv om disse ikke er medlem i den norske folketrygden.

³ Forente saker E-11/07 og E-1/08, *Rindal og Slinning*, avsagt 19. desember 2008.

forordningene er å gjøre det enklere for personer å bevege seg over landegrensene i EU ved å sikre trygderettighetene deres. Formålet med forordning (EF) nr. 883/2004 er å gjøre regelverket enklere og mer brukervennlig.

Forordning (EF) nr. 883/2004 inneholder bestemmelser som har til formål å koordinere medlemslandenes trygdeordninger slik at personer som flytter fra et land til et annet kan beholde de rettigheter som de har opptjent (pensjonsrettigheter m.v.) og gis adgang til trygdeordninger i tilflyttingslandet. Dette bidrar til å sikre kontinuitet i opptjening og forhindre at trygderettigheter går tapt. Naturalytelser ved sykdom, graviditet og fødsel er koordinert på en slik måte at de kun skal gis i bostedslandet. Dessuten gir forordning (EF) nr. 883/2004 i likhet med rådsforordning 1408/71 rettigheter til medisinsk behandling under opphold i andre medlemsland.

12.2.2 Rett til naturalytelser ved bosetting i et annet EØS-land

Det følger av forordning (EF) nr. 883/2004 at arbeidstakere som hovedregel er medlem i arbeidslandets trygdeordning, og det er da arbeidslandet som er den kompetente stat, heretter kalt trygdelandet. Personer som er bosatt i et annet EØS-land enn trygdelandet (for eksempel personer som arbeider i ett land, men bor i et annet), har som hovedregel rett til naturalytelser i bostedslandet, forutsatt at de har rett til disse ytelsene i trygdelandet, jf. forordning (EF) nr. 883/2004 artikkel 17. Utgiftene dekkes etter lovgivningen i bostedslandet, i prinsippet for trygdelandets regning. Retten til helsetjenester dokumenteres med gyldig dokumentasjon som utstedes av trygdelandet.

12.2.3 Rett til naturalytelser under midlertidig opphold i et annet EØS-land

Forordning (EF) nr. 883/2004 artikkel 19 nr. 1 gir rett til helsehjelp som blir nødvendig under midlertidig opphold i et annet EØS-land enn trygdelandet. Etter norske regler regnes midlertidig opphold som opphold på inntil ett års varighet. Dette er typisk kortere tjenestereiser og ferier. Varer oppholdet i utlandet utover dette, regnes ikke vedkommende lenger som bosatt i Norge.

Retten til nødvendige helsetjenester omfatter de ytelser som fra et medisinsk synspunkt måtte bli nødvendige under oppholdet, når det gjelder ytelsens art og oppholdets varighet. Dette gjelder således også helsehjelp utover øyeblikkelig hjelp. Retten etter artikkel 19 nr. 1 omfatter som hovedregel ikke planlagt behandling. Visse typer løpende behandling, som for eksempel dialyse- og oksygenbehandling, anses som nødvendige ytelser og kan mottas på de vilkår som gjelder i oppholdslandet dersom oppholdets varighet og pasientens tilstand tilsier det. Det er et krav at behandlingen gis som ledd i en allerede regelmessig fortløpende behandling og at hensikten med reisen ikke er å oppnå slik behandling i oppholdslandet. Etter artikkel 19 nr. 2 nødvendiggjør slik behandling en forhåndsavtale mellom den berørte personen og behandlingsinstitusjonen.

Retten til helsetjenester under midlertidig opphold dokumenteres ved Europeisk helsetrygdkort (EHIC).

Utgiftene til naturalytelser dekkes etter de regler og satser som gjelder i det land der vedkommende oppholder seg og mottar helsehjelpen. Pasienten betaler egenandel på lik linje

med oppholdslandets egne innbyggere. Behandling hos privat lege eller i privat sykehus dekkes bare i den utstrekning myndighetene i oppholdslandet betaler for slik behandling.

Pasienter kan i henhold til forordning (EF) nr. 883/2004 også få dekket utgifter for legemidler kjøpt under midlertidig opphold i andre EØS-land, i samme grad som man ville ha fått dekket slike utgifter i trygdlandet.

Det foretas som hovedregel oppgjør for helsehjelpen mellom landene basert på de faktiske utgiftene. Landene kan inngå avtale om andre oppgjørsformer, for eksempel helt eller delvis avkall på refusjon.

12.2.4 Reise til et annet EØS-land i den hensikt å motta behandling der

Utenom tilfeller hvor behovet for behandling oppstår under midlertidig opphold i annet EØS-land (jf. ovenfor), kan behandling mottas etter reglene i forordning (EF) nr. 883/2004 bare dersom pasienten har fått forhåndsgodkjenning fra trygdlandet. Pasient som ønsker å reise til et annet EØS-land i den hensikt å motta (planlagt) behandling der, kan søke myndighetene i trygdlandet om slik forhåndsgodkjenning, jf. artikkel 20 nr. 1. I følge forordning (EF) nr. 883/2004 artikkel 20 nr. 2 kan forhåndsgodkjenning ikke nektes dersom den aktuelle behandlingen er blant de tjenester som vanligvis ytes i bostedslandet, og behandlingen ikke kan gis innen den tid som vanligvis er nødvendig for å få slik behandling i bostedslandet. Det skal tas hensyn til vedkommendes aktuelle helsetilstand og sykdommens mulige utvikling. Det er i slike tilfeller en forutsetning at pasienten har krav på den aktuelle helsehjelpen etter lovgivningen i trygdlandet.

Dersom pasienten får innvilget en forhåndsgodkjenning, kan behandlingen mottas i et annet EØS-land på de vilkår som gjelder etter behandlingslandets lovgivning. Pasienten betaler en eventuell egenandel, dersom dette følger av lovgivningen i behandlingslandet. Oppgjøret for øvrig finner sted mellom behandlingslandet og trygdlandet. Det fremgår av forordning (EF) nr. 987/2009 om fastsettelse av nærmere regler for gjennomføring av forordning (EF) nr. 883/2004 ("gjennomføringsforordning") artikkel 26 nr. 7 at den som har fått en forhåndsgodkjenning på planlagt behandling i et annet EØS-land, skal kompenseres for egenandeler som overstiger egenandeler for tilsvarende behandling i trygdlandet, dersom pasienten krever dette. Videre fremgår det av artikkel 26 nr. 8 i gjennomføringsforordningen at dersom det i trygdlandet finnes bestemmelser om dekning av reise og opphold for pasienter som får behandling i en annen del av landet på grunn av lange ventetider, skal tilsvarende utgifter erstattes i samme grad dersom pasienten har fått forhåndsgodkjent planlagt behandling etter forordning (EF) nr. 883/2004.

I Norge behandles søknad om slik forhåndsgodkjenning av HELFO.

12.3 Forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i annet EØS-land

12.3.1 Innledning

Forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i annet EØS-land gir rett til å få dekket utgifter ved helsehjelp mottatt i annet EØS-land. Forskriften trådte i kraft 1. januar 2011. Hovedvilkåret er at pasienten ville ha fått stønad eller bidrag til helsehjelpen etter folketrygdloven eller fått bekostet helsehjelpen i den offentlige helsetjenesten dersom den aktuelle helsehjelpen var mottatt i Norge. Videre gjelder de samme vilkårene for refusjon som for å få dekket tilsvarende helsehjelp på det offentlige bekostning i Norge.

12.3.2 Helsehjelp det ytes stønad til

Det ytes stønad til utgifter ved helsehjelp som tilsvarer helsetjenester som dekkes etter folketrygdloven § 5-4 til § 5-12, § 5-14 og § 5-25. Refusjonsordningen omfatter følgende helsetjenester og varer:

- legehjelp fra legen med fastlegeavtale eller avtale om driftstilskudd (§ 5-4),
- legehjelp på kommunal legevakt eller som gjelder øyeblikkelig hjelp (§5-4),
- prøver og undersøkelser ved laboratorier og radiologiske undersøkelser og behandling (§ 5-5),
- tannlegehjelp ved sykdom (§ 5-6),
- psykologihjelp (§ 5-7),
- fysioterapi (§ 5-8),
- behandling hos kiropraktor (§ 5-9),
- behandling for språk- og taledefekter hos logoped og audiopedagog (§ 5-10),
- behandling hos ortoptist (§ 5-10a),
- jordmorhjelp (§ 5-12) og
- viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr (§ 5-14).

Videre gis det bidrag til hormonelle prevensjonsmidler og legemidler i forbindelse med infertilitetsbehandling som dekkes etter folketrygdloven § 5-22.

I tillegg ytes det stønad til helsetjenester som dekkes helt eller delvis etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til d, jf. § 2-2.

Dessuten dekkes utgifter til spesialisthelsetjenester som ytes vederlagsfritt etter spesialisthelsetjenesteloven. Unntatt fra dette er utgifter til helsehjelp som innebærer overnatting i behandlingsinstitusjon eller for undersøkelse eller behandling som forutsetter ressurser, utstyr eller kompetanse som normalt forbindes med sykehusbehandling, heretter omtalt som ”sykehusbehandling”.

Substitusjonsbehandling for opioidavhengighet er videre særskilt unntatt. Dette gjelder selv om vedkommende får legemiddelassistert rehabilitering i Norge.

12.3.3 Vilkår for stønad

Det følger av forskriften at i de tilfelle henvisning fra helsepersonell er et vilkår for stønad til dekning av utgifter til helsetjenester i Norge eller rett til å motta helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge, gjelder vilkåret tilsvarende for stønad til helsehjelp mottatt i et annet EØS-land.

Henvisning skal være gitt av helsepersonell som praktiserer i Norge. Vilkåret kan likevel oppfylles ved henvisning fra tilsvarende helsepersonell fra annet EØS-land, dersom behovet for helsehjelp oppsto etter avreise fra Norge. Dersom det ikke foreligger noen henvisningsordning i det aktuelle EØS-landet, kan annen dokumentasjon for at allmennlege er konsultert på forhånd og har funnet behov for helsehjelpen godtas. Tilsvarende gjelder konsultasjon hos annet helsepersonell som i Norge kan henvise til den aktuelle type helsehjelp. Vilkåret om henvisning kan frafalles dersom behovet for helsehjelp oppsto under opphold i utlandet og det etter omstendighetene ville være urimelig å kreve at vilkårene i annet ledd er oppfylt.

Vilkår om resept utstedt av lege eller annet helsepersonell, kan også oppfylles ved resept utstedt av tilsvarende helsepersonell som praktiserer i et annet EØS-land. Dette gjelder som hovedregel ikke for legemidler som finansieres av de regionale helseforetakene. I disse tilfellene skal resepten utstedes av helsepersonell som praktiserer i Norge. Dersom behovet imidlertid oppstod etter avreise fra Norge, kan vilkåret oppfylles av resept utstedt av tilsvarende helsepersonell i det landet man oppholder seg.

Vilkår om rekvisisjon utstedt av lege eller annet helsepersonell kan oppfylles også ved rekvisisjon utstedt av tilsvarende helsepersonell som praktiserer i et annet EØS-land. Når det gjelder rekvisisjon av prøver og undersøkelser ved medisinske laboratorier og radiologiske undersøkelser og behandling, er det likevel et krav om at rekvisisjonen er utstedt av helsepersonell som praktiserer i Norge. Prøver eller undersøkelser som er nødvendige i forbindelse med annen helsehjelp som ytes i annet EØS-land er unntatt fra dette kravet.

Forskriften stiller også krav til tjenesteyteren. Helsehjelpen må være utført av helsepersonell med offentlig autorisasjon i det aktuelle yrket som er gyldig i det landet helsehjelpen mottas. Når det i Norge stilles krav om spesialistgodkjenning for å yte helsehjelpen, må tilsvarende spesialistgodkjenning være gyldig i det landet der helsehjelpen er mottatt. Det samme gjelder særskilte kompetansekrav. Det kan gjøres unntak fra dette vilkåret dersom den aktuelle spesialiteten eller tilsvarende formalkompetanse ikke eksisterer i landet der helsehjelpen ytes. Det er et vilkår at det i stedet dokumenteres at tjenesteyteren har tilsvarende realkompetanse eller annen legespesialitet som det er nærliggende å sammenligne med.

Det er videre et vilkår at helsepersonellet må ha adgang til å praktisere lovlig i det landet der helsehjelpen ytes.

12.3.4 Beregning av stønad

Ved stønad som er fastsatt til inntil et bestemt beløp, dekkes dette beløpet, med mindre beløpet overstiger den faktiske utgiften. I så fall dekkes den faktiske utgiften. I de tilfellene helsehjelpen dekkes vederlagsfritt i Norge, dekkes de faktiske utgiftene ved helsehjelpen i annet EØS-land, med mindre dette beløpet overstiger de antatte kostnadene det offentlige ville ha blitt belastet dersom helsehjelpen var blitt mottatt i Norge. I så fall begrenses stønaden til beløpet som tilsvarer de antatte kostnadene det offentlige ville ha blitt belastet dersom helsehjelpen var mottatt i Norge.

For legemidler og medisinsk utstyr dekkes utgiftene med et beløp inntil den fastsatte refusjonsprisen, maksimalprisen eller maksimalbeløpet. For medisinsk utstyr og forbruksmateriell som det i Norge ytes stønad til etter folketrygdloven § 5-25, utgjør stønaden de faktiske utgiftene. Dette gjelder ikke i de tilfellene beløpet overstiger de antatte kostnadene det offentlige ville ha blitt belastet, dersom varen var blitt kjøpt i Norge.

12.3.5 Egenandel

Det følger av forskriften at det ikke ytes stønad til den del av pasientens utgift som tilsvarer egenandelen pasienten ville ha betalt dersom helsehjelpen var mottatt i Norge.

For varer som det ytes stønad til etter folketrygdloven § 5-14 beregnes en prosentvis egenandel av pasientens faktiske utgift. Dette gjelder bare faktisk utgift opp til fastsatt trinnpris, refusjonspris, maksimalpris eller maksimumsbeløp.

For tannbehandling etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav d betales egenandel med 25 prosent av faktisk utgift opp til den fastsatte takst for tilsvarende behandling i Norge.

12.3.6 Reise- og oppholdsutgifter

I forskrift om stønad til helsetjenester i annet EØS-land § 9 er det gitt regler om dekning av reise- og oppholdsutgifter. Reise- og oppholdsutgifter og utgifter til nødvendig ledsager dekkes etter reglene i og i medhold av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6. Forskrift 4. juli 2008 nr. 788 om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise for undersøkelse eller behandling (syketransportforskriften) kommer således til anvendelse for dekning av reise- og oppholdsutgifter i forbindelse med helsetjenester mottatt i annet EØS-land. Reglene har som det generelle utgangspunkt at det offentlige ikke dekker utgifter utover det som er nødvendig, både med hensyn til avstand og reisemåte.

Reiseutgifter dekkes som hovedregel kun til nærmeste sted hvor helsehjelpen kunne mottas. Det er gitt enkelte unntak fra denne hovedregelen ved at det gis dekning av utgifter til fastlege i bostedskommunen eller samarbeidende kommune selv om det ikke er det geografisk nærmeste stedet hvor behandlingen kan gis. De andre unntakene gjelder særlig tjenesteytere i pasientens helseregion og/eller som har avtale med det regionale helseforetaket i pasientens helseregion. Forskriften inneholder også regler om når det gis

dekning av reise på annen måte enn den billigste på grunn av pasientens helsetilstand eller andre forhold.

Dekning av utgifter gis for reise til annet EØS-land dersom dette var det nærmeste stedet der helsehjelpen kunne gis. Ellers gis dekning av utgifter som ved reise til det nærmeste stedet i Norge der helsehjelpen kunne gis i samsvar med reglene i og i medhold av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6.

Reiseutgifter til tannhelsetjenester som er stønadsberettiget, dekkes etter reglene i og i medhold av tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd.

Reise- og oppholdsutgifter dekkes bare for reise med utgangspunkt i Norge. Slike utgifter dekkes således ikke dersom en pasient som bor eller oppholder seg i utlandet, reiser til Norge for å få helsehjelp som vedkommende har rett til å få i Norge på det offentlige bekostning. Tilsvarende gjelder også dersom en pasient som har rett til refusjon etter folketrygdloven § 5-24a har reist fra et land utenom Norge til et annet EØS-land for å motta helsehjelpen der, eller har reist innen et EØS-land i forbindelse med helsehjelpen.

12.4 Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde og femte ledd

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd at det for pasienter som har rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ("rettighetspasienter") skal få fastsatt en frist for når faglig forsvarlighet krever at pasienten senest skal få helsehjelpen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 b og 2-2. Det vises i denne forbindelse til punkt 5.2.1 og 5.2.2. Fristen skal settes i samsvar med forsvarlighetskravet. Mottar ikke pasienten helsehjelpen innen den fastsatte fristen, vil han ha rett til helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller i utlandet, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde ledd. Ved fristbrudd kan pasienten henvende seg til HELFO Pasientformidling som skal sørge for at pasienten får et tilbud om helsehjelp så raskt som mulig. Behandlingstilbud kan gis i offentlig eller privat spesialisthelsetjeneste i Norge eller utlandet. Pasienten kan ikke fritt velge tjenesteyter, jf. prioriteringsforskriften § 6.

Videre vil pasient som har rett til nødvendig helsehjelp i pasientrettighetslovens forstand, men som ikke kan få den nødvendige helsehjelpen i Norge fordi det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud her, ha rett til å få helsehjelpen fra tjenesteyter i utlandet innen den fastsatte fristen, jf. § 2-1b femte ledd. Slik helsehjelp organiseres vanligvis av helsetjenesten, selv om dette ikke er et vilkår for dekning av utgiftene.

I begge tilfeller dekkes utgiftene ved helsehjelpen av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 5-2.

Pasienter uten lovfestet rett til nødvendig helsehjelp har ikke rett til å få fastsatt en frist for når helsehjelpen senest skal gis, og har heller ikke rett til helsehjelp i utlandet etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b fjerde og femte ledd.

13 Pasientrettighetsdirektivet

13.1 Innledning

Ulik oppfølging av EU-domstolens rettspraksis i medlemslandene skapte et behov for å klargjøre og regelfeste pasienters rett til refusjon av utgifter til helsehjelp i andre EU/EØS-land. I første omgang ble det foreslått at helsetjenester skulle inngå i direktivet om tjenester i det indre markedet (tjenstedirektivet). Europaparlamentet (EP) og Rådet for Den europeiske union (Rådet) avviste imidlertid dette forslaget fordi medlemslandene mente direktivet ikke tok tilstrekkelig hensyn til de spesielle forhold som knytter seg til helsetjenesten. Kommisjonen fremla derfor i juli 2008 forslag til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester (pasientrettighetsdirektivet), som en del av EUs ”Ny Sosial Agenda”. Det var relativt stor avstand mellom Europaparlamentet og rådet i 1. lesning. Medlemslandene vektla landenes behov for planlegging, kostnadskontroll og prioritering. EP ønsket større rettigheter for pasienter. Partene kom til enighet i trilogiforhandlinger under 2. lesning i desember 2010. Saken ble behandlet i EP 18.-19. januar 2011. Den 9. mars ble direktivet 2011/24/EU om pasientrettigheter ved grenseoverskridende helsetjenester vedtatt av EP og Rådet. EU-landene har fått frist til 25. oktober 2013 til å implementere direktivet.

13.2 Direktivets formål og virkeområde

Det fremgår av direktivets forale (10) og artikkel 1 at formålet med direktivet er å fastsette bestemmelser som gjør det lettere å sikre grenseoverskridende helsetjenester av høy kvalitet, sikre pasientmobilitet i overensstemmelse med prinsippene som er fastslått av domstolene og bidra til samarbeid mellom medlemslandene på helseområdet. Med grenseoverskridende helsetjenester menes helsetjenester som leveres eller er ordinert i et annet medlemsland enn trygdelandet. Direktivet har også til formål å klargjøre forholdet til forordning (EF) nr. 883/2004.

Direktivet kommer til anvendelse uansett hvordan helsetjenesten organiseres, ytes og finansieres. Det er opp til det enkelte medlemsland å bestemme hvordan helsetjenesten i eget land skal organiseres og finansieres, jf. TEUV (traktaten om den europeiske unions virkemåte) artikkel 168. Det fremgår av pasientrettighetsdirektivets artikkel 1 at direktivet fullt ut skal ta hensyn til medlemslandenes ansvar for å organisere og levere helsetjenester.

Unntatt fra direktivet er ytelser knyttet til langtidspleie som har til formål å støtte personer som har bruk for hjelp til å klare rutinemessige og dagligdagse oppgaver. Av fortalen fremgår det at direktivet ikke kommer til anvendelse på langvarige pleie- og omsorgstjenester som anses nødvendige for at den personen som trenger pleien kan leve et så fullstendig og uavhengig liv som mulig. Direktivet omfatter således ikke langtidspleieytelser som ytes av hjemmehjelptjenesten, i omsorgsboliger, i sykehjem eller andre institusjoner for eldre.

Videre er tildelingen av og adgangen til organer med henblikk på organtransplantasjoner spesielt unntatt. Dette er begrunnet i de særlige omstendigheter som knytter seg til slike helsetjenester.

I direktivet er offentlige vaksinasjonsprogrammer mot infeksjonssykdommer som har til formål å beskytte befolkningen på medlemslandets eget område og som er underlagt særlige planleggings og gjennomføringstiltak også unntatt.

13.3 Medlemslandenes ansvar for grenseoverskridende helsehjelp

13.3.1 Kontaktpunkt

Medlemslandene skal etablere et eller flere nasjonale kontaktpunkt som skal gi informasjon til pasienter.

Kontaktpunktet skal bistå med informasjon dels til pasienter som bor i landet og dels til pasienter i andre land som ønsker informasjon om helsetjenesten i det aktuelle landet.

Når det gjelder pasienter fra eget land som ønsker behandling utført i et annet medlemsland skal kontaktpunktet gi informasjon om rettighetene knyttet til refusjon av utgifter, herunder vilkår og betingelser for dekning av utgifter til behandling i andre medlemsland. Videre skal pasienten orienteres om saksgangen, klageordninger eller rettsmidler dersom rettighetene ikke innfris. Etter anmodning skal pasienter få kontaktopplysninger for de nasjonale kontaktpunktene i andre medlemsland.

Kontaktpunktet i behandlingslandet etter anmodning skal gi pasienter fra andre medlemsland relevant informasjon om tjenesteytere, blant annet informasjon om den enkelte tjenesteyters rett til å yte helsetjenester og om eventuelle begrensninger i deres praksis. Kontaktpunktet skal også gi informasjon om standarder og retningslinjer for kvalitet og sikkerhet som gjelder i landet, om tilsynet med og evaluering av tjenesteytere og om hvilke tjenesteytere som er underlagt retningslinjene eller standardene for helsetjenesten. Videre skal kontaktpunktet kunne opplyse om tilrettelegging for funksjonshemmede i sykehus. Kontaktpunktene skal dessuten informere om pasientrettigheter, klageordninger, erstatningsordninger for pasientskader og muligheter for bruk av rettsmidler ved pasientskade.

13.3.2 Behandlingslandets ansvar

I artikkel 4 gis det bestemmelser om det behandlende medlemslands ansvar ved grensekryssende helsetjenester. Behandlingslandet skal sørge for at helsetjenestene ytes i overensstemmelse med lovgivningen i eget land, i samsvar med de standarder og retningslinjer for kvalitet og sikkerhet som er fastsatt av behandlingslandet og EU-lovgivningen om sikkerhetsstandarder.

Videre skal behandlingslandet sikre at det nasjonale kontaktpunktet gir pasienter fra andre medlemsland relevant informasjon om de standarder og retningslinjene for kvalitet og sikkerhet som er fastsatt i landet, herunder regleverk om tilsyn med og evaluering av tjenesteytere, hvilke tjenesteytere som er underlagt de nevnte standardene og

retningslinjene. Det skal også gis informasjon om tilrettelegging for funksjonshemmede i sykehus.

Behandlingslandet skal også sikre at tjenesteytere stiller relevant informasjon til rådighet for de enkelte pasienter, slik at disse kan foreta et informert valg med hensyn til helsetjenester. Informasjonen skal blant annet omfatte behandlingsmuligheter, tilbudet og kvaliteten av og sikkerheten ved de helsetjenestene som tjenesteyteren leverer. Likeså må behandlingslandet sikre at tjenesteyterne leverer klare fakturaer og klare opplysninger om priser. Tjenesteytere må dessuten stille til rådighet opplysninger om godkjennings- eller autorisasjonsstatus, deres forsikringsdekning eller andre former for virksomhetsdekning. Dersom den nevnte informasjonen er gjort tilgjengelig for pasienter bosatt i behandlingslandet, stiller ikke direktivet krav til ytterligere informasjon til pasienter fra andre medlemsland.

Behandlingslandet er videre forpliktet til å sørge for klageordninger og ordninger som gjør det mulig for pasientene å få behandlet krav for skader oppstått ved behandling de har mottatt i behandlingslandet. Videre skal det foreligge forsikring eller garantier eller lignende ordninger for behandlinger som utføres i behandlingslandet.

Behandlingslandet må videre sørge for at personvernet og taushetsplikten håndteres i overensstemmelse med det nasjonale regelverket som ivaretar EU-bestemmelser om beskyttelse av personopplysninger.

Pasienter skal videre sikres skriftlig eller elektronisk pasientjournal om den helsehjelpen de har mottatt og gis adgang til en utskrift av journalen.

Prinsippet om ikke forskjellsbehandling med hensyn til nasjonalitet gjelder for pasienter fra andre medlemsland. Behandlingslandet har imidlertid mulighet til å begrense flyten inn i landet, dersom tvingende allmenne hensyn gjør seg gjeldende.

Behandlingslandet må også sikre at det ikke skjer forskjellsbehandling med hensyn til priser for pasienter fra andre medlemsland. Prisene skal beregnes i henhold til objektive, ikke-diskriminerende kriterier i de tilfelle det ikke finnes noen tilsvarende pris for innenlandske pasienter.

13.3.3 Trygdelandets ansvar

Trygdelandet, det vil si det landet der pasienten er medlem i trygden eller det landet som pasienten har rett til ytelser fra, skal sikre at ugiftene ved behandling i annet medlemsland refunderes i samsvar med reglene i direktivet. Etter direktivet har pasienten rett til å få refundert utgifter til helsetjenester, dersom pasienten har rett til å få dekket de aktuelle helsetjenestene i trygdelandet. Refusjonen er begrenset til det beløpet tilsvarende helsetjeneste ville belastet det offentlige med dersom helsetjenesten var mottatt i trygdelandet. Det skal ikke ytes refusjon utover det beløpet helsetjenesten rent faktisk kostet.

Etter direktivets artikkel 8 punkt 2 kan medlemslandene innføre eller opprettholde krav om forhåndsgodkjenning for helsehjelp som innebærer en overnatting, eller krever bruk av høyt spesialisert eller kostnadskrevende medisinsk infrastruktur eller medisinsk utstyr,

heretter omtalt som ”sykehusbehandling”. Slik forhåndsgodkjenning anses som en restriksjon i den frie flyten av tjenester og kan kun begrunnes for helsehjelp som krever planlegging for å sikre en tilstrekkelig og vedvarende adgang til et balansert tilbud av behandling av høy kvalitet, eller ut i fra et ønske om å styre omkostningene og unngå sløsing av økonomiske, tekniske eller menneskelige ressurser. Godkjenningsordningen må være begrenset til det som anses nødvendig og rimelig for å unngå de uheldige konsekvensene, og må ikke føre til vilkårlig forskjellsbehandling. Hvis medlemslandet har innført eller opprettholder en slik forhåndsgodkjenning, er det forpliktet til å gi pasienten slik godkjenning dersom pasienten har rett til å få den aktuelle helsehjelpen dekket i trygdelandet og dersom slik helsehjelp ikke kan ytes innen en tidsfrist som er medisinsk forsvarlig basert på en objektiv medisinsk vurdering. Vurderingen skal skje på søketidspunktet og baseres på en vurdering av pasientens helsetilstand, sykdommens historikk og den forventede utviklingen av sykdommen, omfanget av smerter og/eller funksjonshemmingen som pasienten lider av.

Pasienten har ikke krav på å få dekket reise- og oppholdsutgifter etter direktivet. Medlemslandene kan selv bestemme om de vil dekke slike utgifter.

Trygdelandet er videre ansvarlig for å sørge for at det finnes ordninger slik at pasienter etter forespørsel kan få informasjon om sine rettigheter med hensyn til refusjon av utgifter til helsetjenester mottatt i et annet medlemsland. Slik informasjon omfatter vilkår og betingelser for å motta refusjon, saksgang, klageadgang og muligheten for å prøve spørsmålet i retten dersom pasienten mener at rettighetene knyttet til grenseoverskridende helsetjenester ikke er oppfylt.

Trygdelandet skal også sørge for at pasient som har fått helsetjenester i annet medlemsland mottar medisinsk oppfølging på samme betingelser som om helsetjenesten var blitt gitt i trygdelandet.

Pasienter som ønsker å motta eller mottar grenseoverskridende helsetjenester skal sikres tilgang til eller få utlevert en kopi av egen pasientjournal.

13.4 Samarbeidsbestemmelser

Direktivet inneholder flere bestemmelser som skal bidra til å forsterke samarbeidet på helseområdet. Artikkel 10 omhandler gjensidig bistand og samarbeid for å gjennomføre direktivet. Artikkel 11 omhandler anerkjennelse av resepter fra andre medlemsland, mens artikkel 12 fastslår at kommisjonen skal støtte medlemslandene i utviklingen av et europeisk nettverk av referansesentre mellom tjenesteytere og ekspertisesentre i medlemslandene for sjeldne sykdommer. Det er videre bestemmelser om frivillig samarbeid om e-helse og medisinsk teknologivurdering i artikkel 14 og 15. Bestemmelsene om samarbeid er basert på frivillighet, slik at det er opp til det enkelte medlemsland å vurdere hvorvidt det ønsker å være en del av dette samarbeidet.

13.5 Forholdet til EØS-avtalen

EU-domstolen (tidligere EF-domstolen) har i en rekke saker som er omtalt under punkt 12.1 slått fast at prinsippet om fri bevegelighet for tjenester også gjelder for helsetjenester. Dette prinsippet gir pasienter også rettigheter som tjenestemottakere. De nevnte domsavgjørelsene innebærer at pasienter på visse vilkår har rett til å få dekket utgifter til behandling i andre EU-land. Grunnlaget for den etablerte domstolspraksisen er reglene om fri bevegelighet av tjenester som nå følger av TEUV artikkel 56 og 57 (tidligere EF-traktatens artikkel 49 og 50).

I EØS-avtalen artikkel 36 og 37 er det gitt tilsvarende bestemmelser. De aktuelle avgjørelsene fra EF-domstolen ble avsagt etter inngåelsen av EØS-avtalen. Avgjørelsene er således ikke *direkte* bindende for Norge i medhold av EØS-avtalen artikkel 6. Det sentrale homogenitetsprinsippet tilsier imidlertid at EØS-avtalens bestemmelser skal ha samme innhold som de parallelle bestemmelsene i EF-traktaten (senere TEUV). Dette ble også lagt til grunn i EFTA-domstolens rådgivende uttalelse i Rindal og Slinning fra desember 2008, hvor EFTA-domstolen vektla EU-domstolens rettspraksis med hensyn til helsetjenester ved tolkningen av EØS-avtalen artikkel 36 og 37.

I Ot. prp. nr. 92 (2008-2009) Om lov om endringer i folketrygdloven m.m. (etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land) ble det fremmet forslag om å etablere en refusjonsordning i tråd med domstolens rettspraksis. Bakgrunnen for det nevnte lovforslaget var at EFTA Surveillance Authority (ESA) under henvisning til EU-domstolens avgjørelser hadde tatt opp med Helse- og omsorgsdepartementet at Norge ikke hadde noen ordning for å refundere utgifter pasienter har hatt til (planlagt) helsehjelp i andre EØS-land som ikke var "sykehusbehandling". Spørsmålet om EØS-relevans ble grundig utredet før departementet fremmet lovforslaget. Lovforslaget ble vedtatt av Stortinget.

Direktivet er hjemlet i TEUV artikkel 114 og retter seg mot "det indre markeds opprettelse og virkemåte". De sentrale bestemmelsene i direktivet knytter seg til retten til å få refundert utgifter for helsetjenester i annet medlemsland. Formålet med de øvrige bestemmelsene i direktivet er i all hovedsak å tilrettelegge for at pasientene kan benytte sin rett til å velge tjenesteytere i andre medlemsland. I tillegg inneholder direktivet bestemmelser om samarbeid basert på frivillig deltakelse. Vurderingene av EØS-relevans i forbindelse med pasientrettighetsdirektivet er således tilnærmet de samme som ble gjort i forbindelse med Ot. prp. nr. 92 (2008-2009) Om lov om endringer i folketrygdloven m.m. (etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land).

14 Implementeringen i andre nordiske land

14.1 Sverige

14.1.1 Innledning

Sverige sendte den 26. mars 2012 ut et høringsnotat med lovforslag om implementeringen av pasientrettighetsdirektivet. I høringsnotatet foreslås det en ny lov om refusjon av visse utgifter til helsehjelp mottatt i annet EØS-land. I lovforslaget angis vilkårene for rett til erstatning, samt hvordan erstatningens størrelse skal bestemmes. Videre er det gitt bestemmelser som gir pasienter mulighet til å søke om forhåndstillatelse for planlagt behandling i et annet EØS-land. Lovforslaget inneholder videre bestemmelser om saksbehandling og plikt til å gi opplysninger.

14.1.2 Vilkår for behandling

Det følger av lovforslagets § 5 at en pasient kan få refundert utgifter som har oppstått som følge av at pasienten har mottatt helsetjenester, tannhelsetjenester, legemidler, andre varer, forbruksartikkel eller hjelpemiddel i et annet EØS-land. Det er et vilkår etter nevnte bestemmelse at pasienten tilhører den personkretsen som har rett til å få dekket utgiftene ved helsehjelp etter forordning (EF) nr. 883/2004.

Det fremgår videre av lovforslaget at det er et vilkår at det foreligger resept eller rekvisisjon for legemiddel, forbruksartikler og hjelpemidler, med unntak av de tilfeller hvor dette er ordinert i forbindelse med helsehjelp.

Det er et vilkår at helsehjelpen ville ha blitt bekostet av det offentlige om helsehjelpen hadde blitt utført i Sverige.

Et ytterligere vilkår er at behandlingen er utført av helsepersonell. Helsepersonell er definert i loven som lege, sykepleier, tannlege, jordmor eller farmasøyt i samsvar med yrkeskvalifikasjonsdirektivet eller annen person som driver yrkesutøvelse innen helsetjenesten innen et regulert yrke i samsvar med definisjonen i artikkel 3.1 a i yrkeskvalifikasjonsdirektivet eller som anses som helsepersonell etter behandlingslandets lovgivning.

Behandlingsmetoden skal være i samsvar med internasjonal medisinsk vitenskap og dokumentert effektiv ("beprøvd erfaring").

Til slutt er det stilt vilkår om at helsehjelpen ikke strider mot svensk lov.

14.1.3 Fastsettelse av refusjonsbeløpet

Etter lovforslagets § 6 skal refusjonsbeløpet ikke overstige den faktiske kostnaden som pasienten har hatt.

Beløpet for refusjon av utgifter til helsehjelp skal settes til det beløpet som tilsvarer hva utgiften ville ha vært dersom helsehjelpen ble utført i Sverige. Når det gjelder helsehjelp som "landstinget" er ansvarlig for vil det ved vurderingen av hva som er den faktiske

kostnaden legges til grunn de prislister som brukes mellom ”länene” for ”utenomlänsvård”. Videre vil landstingsregionale prislister også kunne brukes som et utgangspunkt for vurderingen av priser for helsehjelp i Sverige. For tannhelsetjenester vil den faktiske utgiftene i Sverige bestemmes med utgangspunkt i tannhelsetjenestens prislister.

For forbruksartikler og hjelpemidler som ikke ordineres i forbindelse med mottatt helsehjelp skal refusjonsbeløpet settes til et beløp som tilsvarer kostnaden som hadde oppstått dersom forbruksartikkelen eller hjelpemidlet var tildelt pasienten i Sverige.

Det skal gjøres fradrag i refusjonsbeløpet for egenandeler som pasienten ville ha betalt i Sverige.

Når det gjelder ordinerte legemidler og andre varer som en pasienten selv har anskaffet og dersom det finnes et likeverdig produkt som er rimeligere skal refusjonsbeløpet settes maksimalt til det beløpet som tilsvarer det rimeligste produktet.

For tannhelsetjenester som det ytes stønad til, refunderes pasienten med tilsvarende beløp som det beløp pasienten hadde mottatt av Försäkringskassan, dersom behandlingen hadde skjedd i Sverige.

14.1.4 Forhåndstilsagn

Försäkringskassan skal, jf. lovforslaget § 10, etter anmodning fra pasienten gi forhåndstilsagn. Forhåndstilsagnet skal gi opplysning om pasienten har rett til å få dekket utgifter til den helsehjelpen som pasienten planlegger å motta i et annet EØS-land. Videre skal forhåndstilsagnet gi opplysninger om hvilket høyeste beløp som kan utbetales for slik helsehjelp. Et slikt forhåndstilsagn er i utgangspunktet bindende for den helsehjelpen som omfattes av tilsagnet. I lovforslaget § 11 er det imidlertid gjort unntak for det tilfellet at Sverige ikke er trygdeland på det tidspunktet da utgiftene oppstod. I tillegg er forhåndstilsagnet ikke bindende dersom tilsagnet er gitt på grunnlag av uriktige eller villedende opplysninger og disse har hatt betydning for avgjørelsen.

Dersom helsehjelpen som omfattes av forhåndstilsagnet er delvis utført i strid med svensk rett, er tilsagnet ikke bindende for den delen som er lovstridig.

14.1.5 Saksbehandling

Försäkringskassan skal behandle søknader om refusjon og evt. gi forhåndstilsagn. Det fremgår av lovforslaget § 12 at Försäkringskassan skal, dersom det ikke er åpenbart unødvendig, innhente en uttalelse fra det landstinget som har ansvaret for pasienten i Sverige. Dersom et landsting skal uttale seg om hjelpemidler som angår en kommune som inngår i landstinget skal landstinget rådføre seg med kommunen før den avgir uttalelsen.

Etter lovforslaget § 15 fatter Försäkringskassan vedtak om refusjon og utbetaler refusjonen. Det fremgår at vedtaket skal begrunnes. Vedtak om erstatning skal fattes innen 90 dager fra den fullstendige søknaden kom inn til Försäkringskassan.

Vedtaket kan påklages til en allmenn forvaltningsdomstol.

14.1.6 Kostnadsansvaret

I lovforslaget er det foreslått at kostnadsansvaret flyttes fra staten til landstinget og kommunene. Landstinget har kostnadsansvaret for refusjon av utgifter til helsehjelp, tannhelsetjeneste som ikke omfattes av lov om statlig tilskudd til tannhelsetjeneste, legemidler, andre varer, forbruksartikler og hjelpemidler som er refundert etter lovforslagets § 7 og 8 og etter forordning (EF) nr. 883/2004 og som utbetales til en pasient som er bosatt i landstinget. Kommunen er ansvarlig for hjelpemidler som kommunen ville ha dekket dersom de hadde blitt rekvirert i Sverige.

14.1.7 Kontaktpunkt

Sverige har i høringsnotatet foreslått en todelt løsning når det gjelder nasjonalt kontaktpunkt. Kontaktpunktets oppgaver når det gjelder de som bor i Sverige er å gi informasjon om retten til å få dekket utgifter ved behandling i andre EØS-land, vilkårene for slik refusjon etter pasientrettighetsdirektivet og forordning (EF) nr. 883/2004. Videre skal kontaktpunktet etter anmodning gi informasjon om kontaktpunkter i andre EØS-land. Disse oppgavene er lagt Försäkringskassan.

Kontaktpunktet har også oppgaver når det gjelder pasienter fra andre land i EØS. Kontaktpunktet har plikt til å gi informasjon om de normer og retningslinjer som gjelder for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten, herunder bestemmelser om tilsyn og hvilke tjenesteytere og helseinstitusjoner som omfattes av disse. Videre skal de gi informasjon om spesifikke tjenesteyters rett til å yte helsehjelp og eventuelle begrensninger i deres praksis. Videre skal kontaktpunktet kunne gi informasjon om pasientrettigheter, klageadgang og hvordan man kan få rettslig prøvet sin sak og eventuelt andre administrative tvisteløsninger. Disse oppgavene foreslås lagt til Socialstyrelsen.

De øvrige nordiske landene har på nåværende tidspunkt ikke offentliggjort høringsnotater som omhandler implementeringen av direktivet.

15 Refusjon av utgifter for ”sykehusbehandling”

15.1 Generelt

Som det fremgår overfor har Norge allerede på plass en refusjonsordning for helsehjelp som ikke innebærer overnatting i behandlingsinstitusjon eller for undersøkelse eller behandling som forutsetter ressurser, utstyr eller kompetanse som normalt forbindes med sykehusbehandling, heretter omtalt som ”sykehusbehandling”. Når det gjelder ”sykehusbehandling” vil det etter direktivet være adgang til å stille krav om forhåndsgodkjenning. Slik forhåndsgodkjenning vil medlemslandet være forpliktet til å gi i de tilfellene hvor pasienten har krav på å få dekket den aktuelle helsehjelpen i hjemlandet og helsehjelpen ikke kan tilbys pasienten innen en tidsfrist som er medisinsk forsvarlig. Avgjørelsen skal tas på bakgrunn av en medisinsk vurdering av pasientens helsetilstand, pasientens sykdom og den forventede utviklingen av den, omfanget av

pasientens smerte og/eller omfanget av pasientens funksjonsnedsettelse, jf. artikkel 8 nr. 5 i direktivet.

I del II har departementet fremmet forslag om at alle pasienter med behov for spesialisthelsetjenester skal vurderes og gis en individuell frist for oppstart behandling eller utredning. Den individuelle fristen skal baseres på et medisinsk faglig skjønn hvor de momenter som er nevnt ovenfor vil inngå som en del av vurderingen. Pasientens bostedsregion er ansvarlig for å sørge for at pasienten tilbys helsehjelp innen fristen, enten ved egne helseforetak eller ved helseforetak i andre regioner eller eventuelt ved bruk av private i Norge eller utlandet. Det er foreslått i ny pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, jf. punkt 9.4.5, at spesialisthelsetjenesten umiddelbart skal kontakte HELFO, dersom pasienten ikke kan gis et tidspunkt for når utredning eller behandling skal settes i gang før den individuelle fristen utløper. I slike tilfeller og i tilfeller hvor det har oppstått brudd på den individuelle fristen, bistår HELFO med å finne et tilbud til pasienten. I disse tilfellene dekkes utgiftene ved helsehjelpen, reise og opphold uten at pasienten må legge ut. Pasienten kan imidlertid ikke fritt velge hvilken tjenesteyter han eller hun vil reise til. Etter pasientrettighetsdirektivet skal pasienten ha rett til å velge tjenesteyter. I de tilfellene hvor pasienten ønsker helsehjelp hos en tjenesteyter som ikke har avtale med HELFO vil fristbruddsordningen således ikke oppfylle kravene i pasientrettighetsdirektivet.

Den individuelle fristen som fastsettes etter pasient- og brukerrettighetsloven knytter seg til oppstart utredning eller behandling. Når fristen er innfridd, skal den videre oppfølgingen av pasienten skje i samsvar med forsvarlighetskravet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Dette tilsier at den videre utredning og/eller behandling av pasienten skal skje innen forsvarlig tid. Det kan imidlertid tenkes tilfeller hvor dette av en eller annen grunn ikke skjer. Pasienten vil i slike tilfeller kunne ha en rett til refusjon etter direktivet fordi pasienten har ventet lenger enn hva som må anses som forsvarlig ventetid.

Fristbruddsordningen ivaretar ikke fullt ut pasientrettighetsdirektivet krav og det vil derfor være nødvendig å utvide dagens refusjonsordning for utgifter til behandling i annet EØS-land til å omfatte også utgifter til helsehjelp som er å anse som ”sykehusbehandling” for å implementere direktivet. Folketrygdloven § 5-24 a gir hjemmel for dagens forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land. Etter folketrygdloven § 5-24 a kan departementet fastsette regler i forskrift om stønad til dekning av utgifter til helsetjenester som medlemmet har hatt i annet EØS-land. Hjemmelen gir adgang til å fastsette nærmere bestemmelser om blant annet hvilke helsetjenester og varer det ytes stønad til, hvem som har rett til stønad, vilkår for stønad, beregning av stønaden, dekning av reise- og oppholdsutgifter og krav til dokumentasjon og oversettelse av dokumenter. Hjemmelen omfatter stønad til ”helsetjenester”. Begrepet ”helsetjenester” omfatter også spesialisthelsetjenester, herunder ”sykehusbehandling”. Departementet er således av den oppfatning at hjemmelen gir departementet adgang til å fastsette bestemmelser om stønad til utgifter til dekning også av ”sykehusbehandling”.

Det er imidlertid behov for å foreta en mindre justering av bestemmelsen for å få presisert at det i forskrift kan stilles vilkår om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter.

15.2 Vilkår for refusjon

15.2.1 Hovedvilkår

Det følger av pasientrettighetsdirektivets artikkel 7 nr. 1 at trygdlandet kun har plikt til å refundere utgifter til grenseoverskridende helsehjelp i de tilfellene pasienten ville fått dekket slik helsehjelp dersom helsehjelpen var mottatt i trygdlandet.

I forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land er det et hovedvilkår at refusjon bare ytes for helsehjelp som pasienten ville ha fått bekostet i den offentlige helsetjenesten dersom den var blitt mottatt i Norge, jf. forskriftens § 2. Det er etter departementets vurdering ikke noen grunn til å gi pasienter som ønsker å motta ”sykehusbehandling” i annet EØS-land sterkere rettigheter enn pasienter som mottar ”sykehusbehandling” i Norge. Etter departementets oppfatning må således dette vilkåret også legges til grunn for refusjon av utgifter til ”sykehusbehandling”.

15.2.2 Forhåndsgodkjenning

Som det fremgår ovenfor under punkt 13.3.3 er det i pasientrettighetsdirektivet åpnet for at medlemslandene kan stille krav om forhåndsgodkjenning for ”sykehusbehandling”. Det er opp til det enkelte land å vurdere om man skal etablere en slik godkjenningsordning. Dersom det ikke stilles krav om forhåndsgodkjenning vil pasienter fritt kunne reise til andre EØS-land for å motta helsehjelp der og kreve refusjon i etterkant. Vilket er at pasienten ville hatt krav på å få dekket slik behandling i trygdlandet. Refusjonskravet er begrenset til hva tilsvarende behandling ville ha kostet i trygdlandet.

Det er vanskelig å si noe om hvor mange pasienter som vil ønske å benytte seg av en slik refusjonsordning. Tall fra Sverige (som i dag ikke krever forhåndsgodkjenning) og tall fra ordningen med fritt sykehusvalg, viser at det kun er en liten andel av pasienter som velger seg bort fra nærmeste sykehus. Det er også relativt få norske pasienter som får refusjon for spesialisthelsetjenester mottatt i et annet EØS-land i henhold til refusjonsordningen som trådte i kraft i 1. januar 2011. Av 4900 innvilgede saker i 1. halvår 2012, gjaldt 120 spesialisthelsetjeneste. Vel tre firedeler av de innvilgede sakene i HELFO gjaldt fysioterapi og dette må sees i sammenheng med at bidragsordningen for fysioterapi etablert med hjemmel i folketrygdloven § 5-22 ble avviklet fra 1. januar 2011.

På lengre sikt er grunn til å tro at pasienter i større grad vil ønske å bli behandlet i utlandet, blant annet fordi refusjonsordningen blir mer kjent og fordi språkbarrierene blir mindre. Videre vil etableringen av nasjonale kontaktpunkt kunne bidra til at helsetilbudet i andre land blir bedre kjent for norske pasienter. Det er derfor etter departementets oppfatning viktig å sikre at vi har kontroll over flyten av pasienter ut av landet når det gjelder ressurskrevende helsetjenester som ”sykehusbehandling”. Dette for å unngå at vår egen helsetjeneste tappes for ressurser som i neste omgang kan få konsekvenser for kvaliteten på helsetilbudet nasjonalt. Departementet ser adgangen til å kreve forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til ”sykehusbehandling” som et viktig virkemiddel for å ha kontroll over flyten ut når det gjelder slik helsehjelp. En slik kontroll

er viktig for å ivareta et kvalitetsmessig godt offentlig helsetilbud i Norge. En forhåndsgodkjenning vil dessuten gi pasienten visshet om at de vil ha krav på å få refundert utgifter til slik helsehjelp. Dette vil gi pasienten bedre forutsetninger for å ta valget om å motta behandling i annet EØS-land og gi en bedre sikkerhet når det gjelder å påta seg de økonomiske forpliktelsene som oppstår.

Det bør derfor etter departementets vurdering stilles krav om forhåndsgodkjenning for stønad til utgifter ved ”sykehusbehandling”.

Det er svært vanskelig å definere nærmere hvilke typer behandling som anses som ”sykehusbehandling”. I høringsnotatet til forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land ble problemene knyttet til dette skillet diskutert. Som det fremgår der er det ikke alene avgjørende hvorvidt behandlingen faktisk ytes i eller utenfor sykehus. Forhåndsgodkjenning godtas etter EU-domstolens praksis som restriksjon i den frie flyten av tjenester under henvisning til behovet for å planlegge sykehustjenester for å sikre sykehusbehandling, ha kontroll med kostnadene og forhindre sløsing med økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser. Når grense skal trekkes må det gjøres med tanke på at en slik grense avgjør omfanget av denne restriksjonen og en slik restriksjon må være egnet, nødvendig og forholdsmessig.

I pasientrettighetsdirektivet artikkel 8 nr. 2 er det gitt kriterier for vurderingen av hvilke helsetjenester som det kan kreves forhåndsgodkjenning for. Kriteriene i artikkel 8 nr. 2 litra a er utformet i samsvar med EU-domstolens praksis. Det følger av nevnte bestemmelse at et krav er at helsetjenesten krever planlegging for å sikre at det i det aktuelle landet foreligger et tilstrekkelig, varig og balansert tilbud av behandling av høy kvalitet, eller å styre omkostningene og unngå sløsing av økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser. I tillegg kreves det at helsetjenesten enten innebærer sykehusinnleggelse over natten eller bruk av høyt spesialisert og kostnadskrevende medisinsk infrastruktur eller medisinsk utstyr.

Videre følger det av artikkel 8 nr. 2 litra b, at det også kan kreves forhåndsgodkjenning for helsetjenester som innebærer behandlinger som utgjør en særlig risiko for pasienter eller befolkning. Artikkel 8 nr. 2 c åpner dessuten for at det kan kreves forhåndsgodkjenning for helsetjenester som ytes av en tjenesteyter som i det enkelte tilfelle kan gi anledning til alvorlig og konkret bekymring når det gjelder kvaliteten og sikkerheten av helsetjenesten.

Departementet er i folketrygdloven § 5-24 a gitt hjemmel til å gi forskrifter om blant annet hvilke helsetjenester og varer det skal ytes stønad til og vilkår for å yte slik stønad. I dette lovforslaget har departementet foreslått at det presiseres i bestemmelsen at det i forskrift også kan stilles vilkår om forhåndsgodkjenning. En nærmere avklaring av hvilke spesialisthelsetjenester som skal omfattes av kravet til forhåndsgodkjenning, bør fremgå av forskriften. Departementet må således komme tilbake til dette spørsmål i forbindelse med utkast til endringer i forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land. I vurderingen må det tas hensyn til formålet med restriksjonen, nemlig å sørge for at vi kan opprettholde et kvalitetsmessig godt helsevesen i Norge, pasientens behov for forutsigbarhet og at ordningen ikke må være for ressurskrevende å administrere.

15.2.3 Henvisning

I både EU- og EFTA-domstolens praksis er det lagt til grunn at det i utgangspunktet er adgang til å stille de samme vilkår som gjelder for å få tilsvarende helsehjelp i hjemlandet. Som hovedregel kreves det henvisning fra allmennlege (eller legespesialist) for å ha rett til spesialisthelsetjenester på det offentliges bekostning i Norge. Dette gjelder behandling både på sykehus, ved poliklinikk og hos legespesialist og psykolog utenfor sykehus. Formålet med kravet til henvisning er at pasienten først skal være vurdert av behandler i primærhelsetjenesten som i henhold til prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå kan vurdere hvorvidt behandlingsbehovet kan ivaretas på primærnivået. Kravet om henvisning er derfor viktig for å ivareta en god ressursutnyttelse. I forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land er det lagt til grunn at det kan stilles vilkår om henvisning for refusjon av utgifter for helsehjelp i annet EØS-land. Utgangspunktet er at det blir stilt vilkår om henvisning i de tilfellene det foreligger slikt vilkår for helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge. Det ble i forbindelse med utformingen av forskriften diskutert hvorvidt henvisningen måtte være fra helsepersonell i Norge eller om en henvisning fra helsepersonell i andre EØS-land måtte aksepteres. I forskriften er hovedregelen at henvisningen skal være gitt av helsepersonell som praktiserer i Norge. Det er imidlertid gjort enkelte unntak fra hovedregelen for å ivareta tilfeller hvor behandlingen ikke er planlagt, men hvor det oppstår behov for helsehjelp under midlertidig opphold i andre EØS-land og hvor et krav om henvisning fra helsepersonell som praktiserer i Norge vil være urimelig, se ovenfor under punkt 12.3.3.

Kravet til henvisning foreligger som nevnt også for å få ”sykehusbehandling” på det offentliges bekostning i Norge. De vurderinger og tilpasninger som er gjort når det gjelder kravet til henvisning i forskriften vil derfor gjøre seg gjeldende også ved ”sykehusbehandling”. Departementet ser således ingen grunn til å gjøre unntak fra vilkåret om henvisning for refusjon når det gjelder ”sykehusbehandling”.

15.3 Beregning av refusjonsbeløp og prisfastsettelse

Pasientrettighetsdirektivet gir rett til å få refundert utgifter man har hatt til helsehjelp i annet EØS-land. I dette ligger det at pasienten må legge ut beløpet selv og deretter kreve utgiftene refundert av den kompetente institusjonen i trygdelandet. Etter departementets vurdering bør det presiseres at pasienter fra andre EØS-land som kommer til Norge for å motta behandling her, har ansvaret for å betale for slik behandling selv, dersom de ikke omfattes av bestemmelsene i forordning (EF) nr 883/2004 eller annen gjensidig avtale med annen stat. I tilfeller hvor det er snakk om *planlagt* helsehjelp må den aktuelle helseinstitusjonen eller tjenesteyteren kunne kreve dokumentasjon på at pasienten kan betale helsehjelpen. Departementet har således presisert dette i utkast til ny § 5-3 tredje ledd i spesialisthelsetjenesteloven.

Pasientrettighetsdirektivet legger opp til en refusjonsordning, men dette er ikke til hinder for at det enkelte medlemsland kan finne andre løsninger som innebærer en direkteutbetaling. Direktivet gir pasienten rett til selv å velge tjenesteyter. Praktisk sett er det vanskelig å innføre en ordning for direkteutbetaling til det potensielt enorme antall

tjenesteytere i EØS- området og i tillegg kunne føre god nok kontroll med innholdet i de tjenestene man finansierer. En slik ordning vil være svært ressurskrevende og en slik bruk av ressurser vil ikke stå i forhold til det antall pasienter denne ordningen vil være aktuell for. Det vises også til at de fleste pasientene som har rett til refusjon for ”sykehusbehandling” etter direktivet, vil omfattes av bestemmelsene om fristbrudd som gir pasienten mer omfattende rettigheter når det gjelder dekning av utgifter. Det må derfor antas at de fleste pasientene vil ønske å benytte fristbruddsordningen, selv om denne ordningen ikke gir pasienten rett til å velge tjenesteyter.

Det følger av pasientrettighetsdirektivet artikkel 7 nr 4 at utgifter til helsehjelp skal kunne refunderes med inntil det samme beløp som det offentlige ville ha blitt belastet med dersom helsehjelpen var mottatt i trygdelandet. Det er videre et krav i direktivets artikkel 4 nr. 2 b om at helsetjenesteytere skal levere klare fakturaer og klare opplysninger om priser på helsehjelpen. Medlemslandene skal ha en prissettingsmekanisme for berørte helsetjenester som er transparent, basert på objektive, ikke- diskriminerende kriterier som er kjent på forhånd, jf direktivets artikkel 7 nr 6. Innenfor disse rammene vil det således være opp til det enkelte land å avgjøre hvordan priser skal beregnes. Begrunnelsen for å ha priser for helsetjenestene er således todelt. For det første må pasienter i Norge vite hva de eventuelt vil få i refusjon dersom de velger å motta helsehjelp i et annet EØS-land. Dette vil særlig være viktig dersom behandlingen koster mer enn hva behandlingen ville koste i Norge og pasienten således kan bli stående med en del av regningen selv. I tillegg skal pasienter fra andre EØS-land kunne vite hva en eventuell behandling i Norge i utgangspunktet vil koste.

Som nevnt under punkt 12.3 har Norge allerede implementert pasientrettighetsdirektivets bestemmelser når det gjelder tjenester som ikke er å anse som ”sykehusbehandling” gjennom etableringen av ny refusjonsordning med hjemmel i folketrygdlovens § 5-24 a. I denne refusjonsordningen ligger det endelige ansvaret for å finansiere refusjonen på det tjenestenivå som innehar ”sørge for”- ansvaret for den aktuelle tjenesten i Norge. For å sikre at refusjonsbeløpene i størst mulig grad gjenspeiler de reelle kostnadene forbundet med de respektive tjenestene, ble det innenfor denne rammen følgelig etablert prissettingsmetoder som tok høyde for at tjenester innenfor de ulike tjenestenivåene kunne ha flere og ulike finansieringskilder. Et eksempel er privatpraktiserende leger som innenlands finansieres delvis gjennom refusjon fra HELFO, delvis med per capita tilskudd fra kommunen, og delvis med egenandeler fra pasientene. Et annet eksempel er legespesialister som i tillegg til refusjon fra HELFO og pasientens egenandel delvis finansieres med driftstilskudd fra regionalt helseforetak. Siden tjenestene kan ha flere ulike finansieringskilder, måtte derfor prissettingsmekanismene utarbeides på måter som tar høyde for dette. Dette innebærer at det for helsehjelp som ikke anses som ”sykehusbehandling” ikke foreligger noen *ensartet* prissettingsmetodikk knyttet til alle de ulike helsetjenestene. Følgelig er det foretatt ulike beregninger og vurderinger av det offentliges totalkostnadene knyttet til de enkelte tjenestene som inngår i refusjonsordningen etter § 5-24 a.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra departementet vurdert hvordan helsehjelp som er å anse som ”sykehusbehandling” bør prissettes. Når det gjelder refusjon for utgifter til helsehjelp som er å anse som ”sykehusbehandling” er Helsedirektoratet av den oppfatning at de samme hovedprinsippene som gjelder for refusjon etter dagens forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land, bør videreføres. Dette innebærer først og fremst at det regionale helseforetaket fullt ut skal dekke stønad som er utbetalt for utgifter til ”sykehusbehandling” for stønadsberettiget som er bosatt i helseregionen. Videre må det benyttes et prissettingssystem som tar hensyn til at de regionale helseforetakene har flere finansieringskilder og systemet må i størst mulig grad representere helsetjenestens reelle kostnader.

For ”sykehusbehandling” har man gjennom DRG og ISF-systemet allerede en metode å utlede stipulerte total kostnader for de fleste av de aktuelle tjenestene. Videre benyttes et DRG-basert system i dag også til prising av helsehjelp (som tilsvarer sykehusinnleggelser) som gis til konvensjonspasienter i Norge og som HELFO utland faktureres med i forbindelse landoppgjørene. Landsoppgjør er refusjonsoppgjørene mellom Norge og andre EØS-land som foretas etter bestemmelsene i forordning (EF) nr 883/2004 (tidligere rådsforordning 408/71). Systemet er i disse sammenhengene vurdert som et godt og representativt system for prissetting av utvalgte tjenester. Et DRG-basert system vil etter Helsedirektoratets oppfatning være godt egnet for prissetting av sykehusbehandling og samtidig være innenfor direktivets bestemmelser. Helsedirektoratet har også vært i kontakt med danske Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse som opplyser at Danmark i dag også benytter et DRG-basert system når regionene refunderer utgifter til sykehusbehandling i andre EU-land. Danmark har til hensikt å benytte dette systemet når det gjelder refusjon etter direktivet, når dette trer i kraft.

Som nevnt innledningsvis er det også et krav i pasientrettighetsdirektivet at pasienter som kommer fra et annet EØS-land får en klar faktura. En slik faktura vil ofte danne grunnlag for et refusjonskrav i trygdelandet. For at trygdelandet skal kunne ta stilling til spørsmålet om helsehjelpen dekkes av det offentlige og med hvilket beløp, må den fakturaen pasienten mottar inneholde opplysninger om hva slags helsehjelp som er mottatt og hvilken pris som er beregnet for helsehjelpen. Videre vil det være behov for å føre kontroll med at beregningen av utgiftene er riktig og at det ikke skjer prisdiskriminering av pasienter fra andre EØS-land. For å ivareta kravet i pasientrettighetsdirektivet foreslår departementet at det i spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 nytt tredje ledd fremgår at helseforetaket eller tjenesteyter må sørge for at det utstedes en regning som viser hvilke ytelser pasienten har mottatt og hvilken pris som er beregnet for ytelsene. Videre foreslås det hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 11 andre ledd til å stille krav om at det utstedes spesifisert regning til pasienten.

15.4 Reise- og oppholdsutgifter

Dekning av reiseutgifter i forbindelse med helsehjelp i er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 og i forskrift 4. juli 2008 nr. 788 om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise for undersøkelse eller behandling (syketransportforskriften). Reglene i

og i medhold av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 har som det generelle utgangspunkt at det offentlige ikke dekker utgifter utover det som er nødvendig, både med hensyn til avstand og reisemåte.

I folketrygdloven § 5-24 a annet ledd bokstav e har departementet hjemmel til å gi nærmere regler i forskrift om dekning av reise- og oppholdsutgifter i tilknytning til helsehjelp som refunderes etter § 5-24 a. Det følger av forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land § 9 at reise- og oppholdsutgifter for pasienten og utgifter til nødvendig ledsager skal dekkes etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 og forskrift gitt i medhold av denne bestemmelsen. Bestemmelsen presiserer at det kan ytes dekning av reiseutgifter til behandlingsstedet i utlandet dersom dette rent faktisk er det nærmeste stedet der helsehjelpen kan mottas, noe som kan være tilfelle i grensestrøk. Det fremgår videre uttrykkelig av bestemmelsen at reglene om fritt sykehusvalg ikke kommer til anvendelse i disse sakene. I de fleste tilfeller vil pasienten således ha rett til å få dekket utgifter som om pasienten hadde reist til det nærmeste sted i Norge der helsehjelpen kunne mottas. Videre fremgår det av forskriftens § 9 at reiseutgiftene bare dekkes dersom de oppstår med utgangspunkt i Norge.

Pasientrettighetsdirektivet gir ikke pasienter noe krav på å få dekket reise- og oppholdsutgifter. Det foreligger heller ikke etter EØS-retten noen generell plikt til å dekke slike utgifter. I den grad medlemslandet dekker slike utgifter ved helsehjelp utført i medlemslandet, vil de også ha plikt til å dekke slike utgifter når helsehjelp er mottatt i annet EØS-land og pasienten har krav på å få dekket utgiftene til helsehjelpen. De vilkår og begrensninger som gjelder for retten til dekning av reise- og oppholdsutgifter i medlemslandet vil imidlertid også kunne gjøres gjeldende for reise- og oppholdsutgifter i forbindelse med helsehjelp i andre EØS-land. Dette innebærer at pasienten ikke får dekket et høyere beløp enn hva pasienten ville ha fått dekket ved tilsvarende helsehjelp mottatt i hjemlandet. Dette kan forsvares ut fra hensynet til at medlemslandet ikke skal belastes med større utgifter enn det som er nødvendig av medisinske grunner.

Departementet foreslår at de prinsippene som er lagt til grunn for dekning av reise- og oppholdsutgifter innenlands og som ble lagt til grunn i forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i annet EØS-land, også legges til grunn når refusjonsordningen utvides til å omfatte ”sykehusbehandling”.

15.5 Administreringen av godkjennings- og refusjonsordningen

15.5.1 Behandling av søknad om godkjenning

Departementet foreslår under punkt 15.5.2 at det bør stilles krav om forhåndsgodkjenning for å få dekket utgifter knyttet til ”sykehusbehandling”. Ved vurderingen av søknader om godkjenning skal det tas stilling til om den aktuelle helsehjelpen omfattes av det som bekostes av det offentlige i Norge, om pasienten har ventet lenger enn hva som er medisinsk forsvarlig og om det foreligger forhold ved tjenesteyter som tilsier at godkjenning ikke bør gis. Dette er vurderinger som i stor grad må baseres på et medisinsk

faglig skjønn og som kan tilsi at den instans som skal behandle søknadene også burde ha medisinsk kompetanse.

Som det fremgår ovenfor bør det i likhet med andre spesialisthelsetjenester stilles krav om at det foreligger henvisning for at pasienten skal få rett til å få refundert utgiftene ved ”sykehusbehandling”. En slik henvisning skal etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b, jf. § 2-2 vurderes av spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten må for det første vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Med de endringer som departementet foreslår i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b, se punkt 9.4, skal alle pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp få fastsatt en individuell frist for når denne helsehjelpen senest må gis. Vurderingene skal baseres på et medisinsk faglig skjønn.

Den behandlende instans vil kunne legge disse vurderingene til grunn ved behandlingen av søknad om godkjenning. Ofte vil det ikke være behov for ytterligere medisinske vurderinger. I noen tilfeller kan situasjonen imidlertid være at pasienten har mottatt helsehjelp innen den fastsatte fristen, men det videre behandlingsforløpet har stoppet opp. Det kan for eksempel være tilfelle dersom pasienten ved henvisningen ikke hadde en klar diagnose og at utredning er gitt innen den fastsatte fristen, men at pasienten venter på videre behandling. I slike tilfeller må godkjenningsinstansen ta stilling til om pasienten har krav på den helsehjelpen som det søkes om og videre om pasienten har ventet lenger enn det som er faglig forsvarlig. I slike tilfeller er det etter departementets oppfatning hensiktsmessig at godkjenningsinstansen innhenter en medisinsk faglig uttalelse fra det helseforetaket eller den spesialisten som pasienten tidligere har vært henvist til og som derfor kjenner pasienten og sykdomshistorikken. En slik uttalelse kan også være aktuell dersom det foreligger forhold som tilsier at pasienten kan bli utsatt for en uakseptabel pasientsikkerhetsrisiko ved å motta den aktuelle grenseoverskridende helsehjelpen i et annet land. Dette kan være tilfelle dersom pasienten mottar behandling over tid som bør ses i sammenheng, og hvor det dermed utgjør en pasientrisiko at deler av behandlingen skjer i et annet land. Situasjonen kan også være at befolkningen med rimelig visshet kan bli utsatt for en vesenlig sikkerhetsrisiko som følge av den grenseoverskridende helsehjelpen. Det kan for eksempel foreligge særlig infeksjonsfare ved den institusjonen pasienten ønsker å motta helsehjelpen.

Når det gjelder vurderingen av om det er forhold ved tjenesteyter som tilsier at godkjenning ikke bør gis, vil instansen i stor grad måtte basere seg på informasjon fra behandlingslandet om den aktuelle tjenesteyteren. Spørsmål i denne forbindelse kan være om vedkommende tjenesteyter innehar nødvendig autorisasjon og om vedkommende oppfyller de krav som er satt for å yte den aktuelle helsehjelpen i behandlingslandet. Det fremgår av pasientrettighetsdirektivets artikkel 10 nr. 4 at behandlingslandet på anmodning fra myndighetene i andre EØS-land skal gi den informasjonen som finnes i nasjonale eller lokale registre om retten til å praktisere for helsepersonell som er etablert i landet. Det fremgår videre av samme bestemmelse at utvekslingen av opplysninger om retten til å praktisere som helsepersonell skal skje gjennom det indre markeds informasjonssystem (IMI). IMI er et elektronisk nettverk utviklet i EU for å bidra til godt

samarbeid og effektiv informasjonsflyt mellom landene. IMI-systemet er tatt i bruk for å forenkle informasjonsflyten i forbindelse med gjennomføringen av yrkeskvalifikasjonsdirektivet og tjenstedirektivet. EØS-landene Norge, Island og Liechtenstein deltar i dette nettverket. Nettverket skal gjøre kommunikasjonen mellom landene enklere og raskere. I Norge er det Nærings- og handelsdepartementet som er nasjonal IMI-koordinator og koordinator for bruken knyttet til tjenstedirektivet. Kunnskapsdepartementet er koordinator for bruken av IMI knyttet til yrkeskvalifikasjonsdirektivet.

I diskusjonen om valg av instans for behandling av refusjonskrav etter dagens forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i annet EØS-land, ble det stilt spørsmål om den instansen som har finansieringsansvaret for refusjonsutbetalingene i prinsippet også burde behandle refusjonskravene. Etter en samlet vurdering ble en slik løsning ikke valgt.

For det første ble lagt vekt på at en slik løsning kunne innebære en fare at det kunne oppstå ulik praksis med hensyn til behandlingen av kravene om refusjon. Videre ble det pekt på at en slik løsning ville kreve kompetanseoppbygning i flere instanser og at dette ressursmessig var uheldig, særlig med tanke på at det forventede antall refusjonskrav var relativt beskjedent. Det ble også bemerket at det for pasienten er ønskelig å ha en instans å henvende seg til. En slik løsning ville også bryte med den generelle ordningen for forvaltning av saker etter folketrygdloven kapittel 5. Etter folketrygdloven § 21-11a ligger dette ansvaret på Helsedirektoratet.

Departementet fant ikke grunnlag for å fravike folketrygdlovens ordning og Helsedirektoratet fikk således i oppgave å behandle krav om refusjon for utgifter til helsetjenester mottatt i annet EØS-land. Direktoratet har igjen delegert behandling av disse kravene til direktoratets ytre forvaltningsapparat HELFO (Helseøkonomiforvaltningen) i likhet med behandlingen av andre saker om ytelser etter folketrygdloven kapittel 5. HELFO behandler således refusjonskrav, fatter vedtak og utbetaler refusjonen til pasienten.

Det er viktig at den instansen som skal behandle søknader om godkjenning og refusjonskravene for ”sykehusbehandling” også innehar kompetanse om regelverket knyttet til forordning (EF) nr 883/2004 og pasient- og brukerrettighetsloven slik at den på best mulig måte kan bistå pasienten når det gjelder valg av ordning. HELFO behandler saker knyttet til forordning (EF) nr 883/2004. Videre er pasientformidlingen ved fristbrudd etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b fjerde ledd delegert til HELFO. HELFO innehar således kompetanse når det gjelder regelverket knyttet til disse tre ordningene.

Også av ressursmessige hensyn er det etter departementets oppfatning fornuftig at HELFO tillegges oppgaven, i stedet for å bygge opp kompetanse i en eller flere ny(e) instans(er). Det er dessuten en fordel for pasienten å kunne henvende seg til en instans som kan bistå vedkommende med hensyn til regelverket for alle de nevnte ordninger knyttet til behandling i utlandet.

Departementet foreslår således at Helsedirektoratet tildeles oppgaven med å behandle søknadene om godkjenning og refusjonskrav og at Helsedirektoratet delegerer denne

oppgaven videre til HELFO slik ordningen er for øvrige saker som behandles etter folketrygdloven kapittel 5.

15.5.2 Klageinstans

Etter forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land § 10 skal krav om stønad etter forskriften settes frem for HELFO. Departementer foreslår at HELFO også skal pålegges oppgaven med å behandle søknader om godkjenning og krav om refusjon av ”sykehusbehandling”.

Det følger av forskriftens andre ledd at vedtak fattet av HELFO kan påklages, og klageinstansen er HELFOs hovedkontor. Klagen skal settes fram for den instansen som fattet vedtaket. Klagefristen er seks uker. Departementet foreslår ingen endringer i disse bestemmelsene.

Folketrygdlovens saksbehandlingsregler kommer til anvendelse med tillegg av de særskilte reglene som er fastsatt i forskriften. I henhold til folketrygdloven § 21-1 gjelder forvaltningsloven med de særlige bestemmelser som er gitt i folketrygdloven kapittel 21.

Det følger videre av forskriftens § 10 andre ledd sjette punktum at vedtak bare kan ankes inn for Trygderetten dersom det gjelder helsehjelp som det gis stønad til etter folketrygdloven § 5-4 til 5-12, § 5-14 og § 5-25. Vedtak vedrørende stønad som ytes til helsehjelp etter spesialisthelsetjenesteloven kan således ikke ankes inn for Trygderetten. Dette er begrunnet i at slik ankerrett ikke foreligger når tilsvarende helsehjelp er mottatt i Norge.

16 Andre spørsmål knyttet til implementering

16.1 Etableringen av nasjonalt kontaktpunkt

I pasientrettighetsdirektivets artikkel 6 pålegges det enkelte medlemsland å utpeke et eller flere nasjonale kontaktpunkt for grensekryssende helsetjenester. Det skal gis informasjon om disse kontaktpunktene til Kommisjonen. De nasjonale kontaktpunktene i medlemslandene skal samarbeide tett med hverandre og med Kommisjonen. Kontaktpunktet skal etter anmodning gi kontaktinformasjon til de nasjonale kontaktpunktene i øvrige medlemsland. Medlemslandene og Kommisjonen er etter direktivet forpliktet til å gjøre informasjonstjenestene kjent i EU og tilgjengelig for alle elektronisk, eventuelt i formater som er tilgjengelig for funksjonshemmede.

Medlemslandene skal gi hverandre slik hjelp som er nødvendig for å gjennomføre direktivet, herunder samarbeide om informasjon til pasienter og berørte aktører og samarbeide om å utvikle veiledende retningslinjer og standarder for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten.

Hovedformålet med å etablere nasjonale kontaktpunkt er å bistå pasienter som ønsker behandling i utlandet, herunder å informere og yte praktisk bistand. Tilsvarende vil gjelde for pasienter fra andre EØS-land som ønsker behandling i Norge.

Kontaktpunktet i behandlingslandet skal sørge for utveksling av informasjon om helsetjenestetilbydere i landet, jf pasientrettighetsdirektivets artikkel 6. Ved anmodning skal kontaktpunktet også gi informasjon om den enkelte tjenesteyters rett til å levere ytelser og om eventuelle begrensninger i deres praksis. Videre skal det informeres om pasientrettigheter, klageprosedyrer og ordninger for å gjøre bruk av rettsmidler i henhold til regelverket i det aktuelle behandlingslandet og erstatningsordninger.

Det følger videre av pasientrettighetsdirektivets artikkel 4 nr 2 litra a at det nasjonale kontaktpunktet i behandlingslandet etter anmodning skal gi relevant informasjon om regelverket, standarder og retningslinjer for kvalitet og sikkerhet, herunder bestemmelser om tilsyn med og evaluering av helsetjenesteytere, informasjon om hvilke helsetjenesteytere som er underlagt disse og om hvilke sykehus som er tilrettelagt for funksjonshemmede.

Kontaktpunktet i Norge må også, i henhold til pasientrettighetsdirektivets artikkel 5 litra b, jf artikkel 6, gi en del informasjon til pasienter fra Norge som ønsker å reise til annet EØS-land for å motta behandlingen der. For det første må det informeres om vilkår og betingelser for godtgjørelse av utgifter og fremgangsmåten for å få ivaretatt disse rettighetene. Videre må det informeres om klageprosedyrer og muligheter til å gjøre bruk av rettsmidler dersom pasienten mener rettighetene ikke er tilstrekkelig ivaretatt. Det fremgår at det i informasjonen må skilles klart mellom de rettigheter pasienten har etter direktivet og de rettigheter som følger av forordning (EF) nr 883/2004.

Slik departementet ser det er HELFO den instans som best kan ivareta oppgavene som nasjonalt kontaktpunkt. HELFO ved HELFO servicetjeneste og Helsetjenestens veiledningssenter yter allerede i dag veiledningstjenesten som har visse likhetstrekk med arbeidsoppgavene for et nasjonalt kontaktpunkt. HELFO Servicesenter drifter seks formålsspesifikke telefontjenester som arbeider målrettet med profesjonalisering av service og publikumshåndtering. Helsetjenestens veiledningssenter er en frittstående veiledningstjeneste for helsesektoren som har god kjennskap til organisering av helse-Norge og kunnskaper om pasient- og brukerrettigheter. Helsetjenestens veiledningssenter har formalisert et samarbeid med andre tjenesteutøvere i helsesektoren, såkalte ”tilknyttede tjenester” som blant annet Fritt sykehusvalg og NAV Raskere tilbake. HELFO Servicesenter og Helsetjenestens veiledningssenter mottar en rekke henvendelse fra brukere med et annet språk enn norsk. Det arbeides målrettet med språk og kulturforståelse i organisasjonen og det er opprettet en språkpool som skal være en intern ressurs knyttet til denne type henvendelser.

HELFO pasientformidling har særlig kompetanse når det gjelder rådgivning av pasienter om behandlingstilbud i det offentlige og private markedet i Norge, pasientrettigheter, klage- og erstatningsordninger. Pasientformidlingen har daglig dialog med helseforetakene i hele landet og har kontaktpunkter i hvert av disse på ulike nivåer. De har videre et godt fungerende samarbeid med fagpersoner i de regionale helseforetakene, private behandlere i Norge og i utlandet, noe som sikrer muligheten for å ha oppdatert kontaktinfo og informasjon flyt til enhver tid.

Departementet foreslår på denne bakgrunn HELFO som nasjonalt kontaktpunkt.

17 Økonomiske og administrative konsekvenser

De fleste av kravene som direktivet stiller, er allerede på plass i Norge. Når det gjelder pasienters rett til refusjon av utgifter for helsehjelp, har vi allerede etablert en refusjonsordning for all helsehjelp som ikke er sykehusbehandling som ble innført 1. januar 2011. Dagens regelverk ivaretar imidlertid ikke fullt ut direktivets krav når det gjelder refusjon av utgifter for ”sykehusbehandling”. Departementet foreslår i dette høringsnotatet å utvide dagens refusjonsordning til å omfatte ”sykehusbehandling”. Som vilkår for å få dekket utgifter til ”sykehusbehandling” stilles det et vilkår om forhåndsgodkjenning. Departementet foreslår at HELFO skal vurdere søknader om forhåndsgodkjenning.

Det påligger medlemslandene å etablere nasjonale kontaktpunkt som skal informere og gi praktisk bistand til pasientene. Departementet foreslår at HELFO også tillegges denne oppgaven.

Forslaget innebærer dermed økte administrative oppgaver for HELFO. Det er usikkert i hvor stort omfang pasienter vil ønske sykehusbehandling i utlandet, dvs. hvor mange pasienter som vil søke forhåndsgodkjenning. Sannsynligvis vil det være relativt få de første årene, jf. også erfaringen med dagens refusjonsordning for behandling i andre EØS-land. På lengre sikt er det imidlertid mulig at pasienter i mye større grad vil ønske å bli behandlet i utlandet, blant annet fordi ordningen er mer kjent og fordi språkbarrierene blir mindre.

Det er videre usikkert hvor mange norske og utenlandske pasienter som vil henvende seg det nasjonale kontaktpunktet for å få informasjon og bistand. På begge områder må man vinne erfaringer. Departementet antar at de økonomiske konsekvensene for HELFO ikke vil være store på kort sikt.

I tillegg til de administrative kostnadene i HELFO, vil det være kostnader forbundet med selve pasientbehandlingen. Etter direktivet plikter ikke medlemslandene å betale mer i refusjon enn hva tilsvarende behandling ville ha belastet det offentlige om helsehjelpen var mottatt i Norge. Det antas at merutgifter ved ordningen vil bli begrenset fordi pasientene allerede i dag har rettigheter ved fristbrudd som gir en bedre kostnadsdekning for pasienten enn retten til refusjon etter pasientrettighetsdirektivet. Pasientens bostedsregion (regionale helseforetak) dekker etter gjeldende regelverk utgiftene til spesialisthelsetjenester mottatt i et annet EØS-land. Dette må også legges til grunn ved refusjon av utgifter for sykehusbehandling.

Del IV

Merknader til de enkelte bestemmelsene

Lov om folketrygd (folketrygdloven)

Til § 5-24 a andre ledd c

Det presiseres at departementet i forskrift kan sette vilkår om forhåndsgodkjenning for stønad etter § 5-24 a. Etter pasientrettighetsdirektivet artikkel 8 nr. 2 a er det adgang til å kreve forhåndsgodkjenning for helsetjenester som krever planlegging for å sikre at det i det aktuelle landet foreligger et tilstrekkelig, varig og balansert tilbud av behandling av høy kvalitet, eller å styre omkostningene og unngå sløsing av økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser. Videre må helsetjenesten enten innebære sykehusinnleggelse over natten eller bruk av høyt spesialisert og kostnadskrevende medisinsk infrastruktur eller medisinsk utstyr. Videre følger det av artikkel 8 nr. 2 litra b, at det også kan kreves forhåndsgodkjenning for helsetjenester som innebærer behandlinger som utgjør en særlig risiko for pasienter eller befolkning. Artikkel 8 nr. 2 c åpner dessuten for at det kan kreves forhåndsgodkjenning for helsetjenester som ytes av en tjenesteyter som i det enkelte tilfelle kan gi foranledning til alvorlig og konkret bekymring når det gjelder helsehjelpens kvalitet og sikkerhet.

En forhåndsgodkjenning må etter pasientrettighetsdirektivet artikkel 8 nr. 1 begrenses til det som er nødvendig og rimelig i forhold til formålet med restriksjonen.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)

Til § 5-3 nytt tredje ledd

Det følger av § 5-3 nytt tredje ledd at behandlende helseinstitusjon eller tjenesteyter ved planlagt spesialisthelsetjeneste kan kreve dokumentasjon på at pasienten kan dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene. Adgangen til å kreve dokumentasjon for betalingsevne knytter seg til *planlagt* helsehjelp.

Pasienter som oppholder seg i Norge med behov for øyeblikkelig hjelp eller helsehjelp som ikke kan vente, jf. forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket §§ 3, 4 og 5, vil etter spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 også kunne ha plikt til å betale utgiftene til helsehjelpen selv. I slike tilfeller vil pasienten ha krav på å motta den aktuelle helsehjelpen, og det vil derfor ikke være adgang til å nekte pasienten helsehjelp i de tilfeller pasienten ikke kan fremlegge dokumentasjon på betalingsevne.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Til § 2-1 b Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Andre ledd første punktum gir pasienter rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjeneste. Begrepet ”nødvendig helsehjelp” skal tolkes slik at det gir krav på nødvendig helsehjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig vurdering av behov. Det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig helsehjelp. Omfang og nivå må derfor vurderes konkret. Det avgjørende må være pasientens behov ut i fra en helsefaglig vurdering.

Pasienten skal tildeles en rett til nødvendig helsehjelp dersom en helsefaglig vurdering tilsier at vedkommende pasient har et behov for spesialisthelsetjenester. Det er følgelig ikke pasientens egen oppfatning av behov som skal avgjøre om man har en rett eller ikke, men en konkret individuell helsefaglig vurdering av behov.

Selv om en pasient har et rettskrav på ”nødvendig helsehjelp” fra spesialisthelsetjeneste betyr ikke det at vedkommende i utgangspunktet har krav på en bestemt type tjeneste eller helsehjelp på et bestemt nivå. Dersom en pasient har krav på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjeneste er det sykehuset som må vurdere, og i utgangspunktet beslutte hva slags helsehjelp som skal tilbys, ut i fra det tilbud og de ressurser som foreligger.

Det ligger i kravet til ”nødvendig helsehjelp” at det også må foreligge et rimelig forhold mellom kostnadene ved utredning eller behandling og den forbedring av pasientens helsetilstand den eventuelle behandlingen forventes å gi. Det innebærer at helsehjelpen skal være dokumentert effektiv og det skal foreligge god vitenskaplig dokumentasjon for at pasientens tilstand kan forbedres som følge av behandling i spesialisthelsetjenesten. Videre at det skal være rimelig forhold mellom kostnadene og den forbedring av pasientens helsetilstand behandling forventes å gi. Det ligger med andre ord innebygd en kost/nytte-vurdering i vurderingen av hva som er å anse som ”nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten”. Dette kravet er nærmere spesifisert i prioriteringsforskriften.

Spesialisthelsetjenesten står imidlertid ikke helt fritt. Formålsbestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven er utgangspunktet, og det skal tas hensyn til pasienten ønsker og synspunkter. Forsvarlighetskravet innebærer også at dersom en bestemt type tjeneste er eneste alternativ for å yte et forsvarlig tilbud til pasienten, har vedkommende pasient også et rettskrav på den bestemte tjenesten.

Spesialisthelsetjenester er ikke definert i helselovgivningen, men er en samlebetegnelse på den type helsetjenester som ikke er lagt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Skillet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan være flytende. Det avgjørende er imidlertid at tjenestenivåene samarbeider slik at pasienten får god og forsvarlig helsehjelp. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd om nødvendig helsehjelp i kommunen og § 2-1 b andre ledd må ses i sammenheng. Spesialisthelsetjenesten og kommunen må ut i fra forsvarlighetskravet vurdere sin plikt til å yte den hjelp som pasienten har behov for. Ved en konkret henvendelse fra en pasient, kan verken spesialisthelsetjenesten eller kommunen avvise pasienten med den begrunnelse at man ikke har ansvaret for den tjenesten pasienten har behov for. Det vil si at dersom en pasient oppsøker den kommunale helse- og omsorgstjenesten, må pasienten vurderes. Dersom kommunen ikke kan gi pasienten forsvarlige helse- og omsorgstjenester, må pasienten henvises videre. Dette vil gjelde

tilsvarende for spesialisthelsetjenesten. I et konkret tilfeller hvor pasienten ikke har fått oppfylt de rettigheter som følger av lovgivningen, vil klage- og/eller tilsynsmyndighetene måtte vurdere ut i fra de konkrete omstendigheter hvilket nivå som ikke har oppfylt sitt lovpålagte ansvar.

Det at inndelingen mellom rettighetspasienter og pasienter med behov for helsehjelp oppheves, innebærer ikke at grensen for hvilke pasienter som skal få helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal endres. Endringen ligger at pasienter som i dag kun vurderes til å ha et behov for helsehjelp, men ikke en rett, skal gis en rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Lovendringen innebærer følgelig ikke at flere skal få behandling i spesialisthelsetjenesten enn i dag.

Det følger av *andre ledd andre punktum* at spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Av tredje punktum fremgår det at fristen skal settes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever. Det innebærer at alle pasienter skal få en konkret frist for når helsehjelpen senest skal settes i gang. Det er viktig å understreke at fristen ikke bare gjelder behandling, men også utredning. Hvorvidt man har krav på frist til utredning eller behandling avhenger av om pasientens tilstand er avklart eller uavklart. Det må derfor skilles mellom pasienter med avklart og uavklart helsetilstand. Dersom man i løpet av vurderingsfristen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd, kommer frem til hva slags behandling pasienten har behov for, vil pasientens tilstand anses som avklart. Fristen skal da settes til når behandling senest skal gis, og den individuelle fristen vil være oppfylt når helsehjelp i form av behandling er påbegynt. I de tilfellene hvor pasientens helsetilstand ikke avklares i løpet av vurderingsfristen, vil aktuell helsehjelp være utredning. Fristen skal da settes til når utredning senest skal igangsettes, og fristen vil være oppfylt når helsehjelp i form av utredning er igangsatt før fristen er gått ut.

Det er viktig å understreke at oppfyllelsen av fristen skal være en reell utredning eller behandling. Det er ikke anledning til å sette opp en time kun med den intensjon å oppfylle fristen, for eksempel ved å sette opp en time for dialog med pasienten. Fristen relaterer seg til når helsehjelpen skal igangsettes, enten i form av utredning eller behandling. Når helsehjelpen igangsettes skal pasienten, selv om det ikke settes juridiske frister for det videre forløp, ha et forsvarlig pasientforløp. Det innebærer at det ikke er anledning til å innkalle en pasient før fristen går ut, men så la pasienten vente uforsvarlig lenge på videre utredning eller behandling. Forsvarlighetskravet gjelder hele pasientforløpet, slik at selv om det ikke er satt spesifikke krav til juridiske frister for hele forløpet, skal pasienten utredes og behandles innen forsvarlig tid.

Fristen skal settes på grunnlag av en konkret helsefaglig vurdering av den enkelte pasient. Pasienten har rettskrav på at det fastsettes en frist og spesialisthelsetjenesten får en korresponderende plikt til å fastsette fristen. Den fristen som fastsettes er avgjørende for når pasienten kan kreve oppfyllelse av den materielle rettigheten pasienten har. Fristen kan ikke settes til et senere tidspunkt enn når medisinsk forsvarlighet krever at pasienten gis nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Dersom det skulle vise seg at pasienten trenger helsehjelp på et tidligere tidspunkt, for eksempel fordi helsetilstanden har forverret seg, følger det av kravet til forsvarlig

helsetjeneste i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 at pasienten skal ha helsehjelp på et tidligere tidspunkt.

Til § 2-2 Rett til vurdering

Bestemmelsen har to hovedformål. For det første skal den sikre at spesialisthelsetjenesten raskt vurderer og prioriterer henvisningene slik at alvorlige syke sikres rask behandling. For det andre skal den sikre at det gis en rask tilbakemelding til pasient og fastlege om hvordan pasientens problemer blir tatt hånd om.

I *første ledd første punktum* gis pasienter en rett til å få informasjon innen 10 virkedager etter at sykehuset har mottatt henvisningen, om vedkommende pasient har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke. Det innebærer at sykehuset innen 10 virkedager skal ha foretatt en vurdering basert på henvisningen av om pasienten har behov for videre utredning eller behandling. Retten til vurdering gjelder enhver pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten. Første ledd andre punktum presiserer at vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen.

Det fremgår av første ledd tredje punktum at pasienten har rett til raskere vurdering enn 10 virkedager, ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom. Det er en grense mellom øyeblikkelig hjelp og nødvendig helsehjelp. Denne grensen er ikke alltid klar, men pasienter skal prioriteres ut fra en helsefaglig vurdering av alvorlighets- og hastegrad. Det innebærer at pasienter som henvises med mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, skal prioriteres raskere enn pasienter hvor henvisningen tilsier at tilstanden er mindre alvorlig.

I første ledd tredje punktum fremgår det at dersom pasienten vurderes til å ha behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, skal pasienten samtidig informeres om tidspunkt for når utredning eller behandling skal settes i gang. Det innebærer at når spesialisthelsetjenesten skal svare på en henvisning, er det to muligheter. For det første kan pasienten få beskjed om at vedkommende er vurdert til ikke å ha rett til nødvendig helsehjelp. I et slikt tilfelle skal pasienten i svarbrevet informeres om sine klagemuligheter, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. For det andre kan pasienten få beskjed om at vedkommende er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. I brevet til pasienten, skal det opplyses om tidspunkt for når utredning eller behandling skal starte, og innen hvilken frist pasienten senest skal få helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd. Dette tidspunktet skal i de tilfeller hvor det er mulig, være en dato og klokkeslett (time). Tidspunktet det informeres om bør i alle tilfeller ikke overskride et tidsintervall på en uke.

Det innebærer at pasienten i samme svarbrev vil få to tidspunkter å forholde seg til. Det er imidlertid avgjørende at det kommer frem at det første tidspunktet er det tidspunktet pasienten fysisk skal møte opp til enten utredning eller behandling, og at det andre tidspunktet er en juridisk frist som innebærer at hvis denne oversittes har pasienten krav på utredning eller behandling uten opphold.

Det fremgår av *andre ledd* at tidspunktet for oppstart av utredning eller behandling skal settes før fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd. Dette for å tydeliggjøre at det ikke er anledning

til å planlegge et pasientforløp som er uforsvarlig. På samme måte tydeliggjøres det i andre punktum at dersom spesialisthelsetjenesten må endre tidspunktet som er formidlet til pasienten, skal det umiddelbart gis et nytt tidspunkt til pasienten, men dette kan ikke settes etter at fristen for når helsehjelp senest skal gis er gått ut. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke er i stand til å finne et tidspunkt for pasienten innenfor fristen, skal HELFO umiddelbart kontaktes.

Tredje ledd er en videreføring av gjeldende rett, og gir spesialisthelsetjenesten en plikt til å opplyse pasienten om klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåte ved å klage.

Fjerde ledd fastsetter en plikt for spesialisthelsetjenesten til å gi den samme informasjonen som pasienten får etter første og andre ledd, også til henvisende instans. I mange tilfeller skal pasienten tilbake til den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter endt behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at den instansen som har henvist pasienten, som gjerne er fastlegen, er informert om hva som er status for vedkommende pasient i spesialisthelsetjenesten.

I femte ledd er det foreslått at spesialisthelsetjenesten uten hinder av taushetsplikten kan gi nødvendige helseopplysninger til HELFO for å sikre at pasienten får helsehjelp innen forsvarlig tid. Det er kun helseopplysninger som er strengt nødvendige for at HELFO kan ta kontakt med pasienten og formidle et alternativt tilbud som kan utleveres med hjemmel i denne bestemmelsen. Bestemmelsen skal bidra til å sikre at alle pasienter får et tilbud innen forsvarlig tilbud.

Sjette ledd gir departementet mulighet til å fastsette forskrift om hvor konkret tidspunktet for oppstart utredning eller behandling etter første ledd skal være, og at visse pasientgrupper skal ha rett til vurdering raskere enn 10 virkedager.

Til § 2-4 første ledd

Endringen innebærer at retten til fritt sykehusvalg også skal omfatte private radiologiske institusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak. Det innebærer at pasienter fritt kan velge mellom institusjoner som tilbyr radiologi innenfor det offentlige helsevesenet, og at de private radiologiske institusjonene som har avtale med et regionalt helseforetak vil komme på listen på www.frittsykehusvalg.no.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Til § 11-2 andre ledd

Det følger av bestemmelsen at departementet i forskrift kan stille krav om at det utstedes spesifiserte regning. En spesifisert regning inneholder blant annet informasjon om hvilke ytelser pasienten har mottatt og hvilken pris som er beregnet for ytelsene.

Del V

Forslag til lov

I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) gjøres følgende endringer:

§ 5-24 a andre ledd skal lyde:

Forskriften kan ha nærmere bestemmelser om blant annet:

- a) hvilke helsetjenester og varer det ytes stønad til
- b) hvem som har rett til stønad
- c) vilkår for stønad, herunder *forhåndsgodkjenning* og krav til tjenesteyteren
- d) beregning av stønaden
- e) dekning av reise- og oppholdsutgifter
- f) krav til dokumentasjon og oversettelse av dokumenter
- g) forholdet til andre regler om stønad til helsehjelp mottatt i annet land.

I lov 2. juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) gjøres følgende endringer:

§ 5-3 nytt tredje ledd skal lyde:

Pasient som er bosatt i annet EØS-land og som ikke er trygdet etter folketrygdloven eller er stønadsberettiget i henhold til gjensidig avtale med andre land, skal dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene selv. Før planlagt spesialisthelsetjeneste ytes, kan vedkommende helseinstitusjon eller tjenesteyter kreve dokumentasjon på at pasienten kan dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene. Vedkommende helseinstitusjon eller tjenesteyter skal sørge for at pasienten mottar en spesifisert regning som viser hvilke ytelser pasienten har mottatt og hvilken pris som er beregnet for ytelsene. Departementet kan gi forskrift om beregning av behandlings- og forpleiningsutgifter som nevnt i første punktum.

Nåværende tredje ledd blir fjerde ledd.

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter gjøres følgende endringer:

Ny § 2-1 b skal lyde:

§ 2-1 b Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Pasienten har rett til øyeblikkelig helsehjelp, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever.

Helse- og omsorgstjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten får den nødvendige helsehjelpen innen tidspunkt fastsatt i medhold av andre ledd, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket.

Dersom det regionale helseforetaket ikke kan yte helsehjelp til en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fordi det ikke finnes et adekvat tilbud i riket, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra tjenesteyter utenfor riket innen den frist som er fastsatt etter andre ledd.

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om hva som skal anses som helsehjelp som pasienten kan ha rett til.

Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om fastsettelse av, og informasjon om, tidsfristen for å yte helsehjelp som nevnt i andre ledd, herunder frist for når barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet senest skal motta helsehjelp. Departementet kan også gi forskrifter med nærmere bestemmelser om organiseringen av, og oppgjøret for, tjenester pasienten har rett til å motta fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket etter fjerde ledd.

Ny § 2-2 skal lyde:

§ 2-2 Rett til vurdering

Pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten skal innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten, få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp, jf. § 2-1 b andre ledd. Vurderingen skjer på grunnlag av henvisningen. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har pasienten rett til raskere vurdering. Dersom pasienten vurderes til å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal pasienten samtidig informeres om tidspunkt for når utredning eller behandling skal settes i gang.

Tidspunktet for oppstart av utredning eller behandling skal settes før fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis, jf. § 2-1 b andre ledd. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke kan gi pasienten et tidspunkt før fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis eller tidspunktet senere må endres slik at fristen ikke overholdes, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte HELFO, jf. § 2-1 b fjerde ledd.

Pasienten skal opplyses om klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåte ved å klage.

Henvisende instans skal gis samme informasjon som pasienten får etter første og andre ledd.

Spesialisthelsetjenesten kan uten hinder av taushetsplikten gi nødvendige helseopplysninger til HELFO dersom det er nødvendig for å sikre at pasienten får nødvendig helsehjelp innen forsvarlig tid, jf. andre ledd.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om tidspunktet etter første ledd, og om at visse pasientgrupper skal ha rett til vurdering raskere enn innen 10 virkedager.

§ 2-4 første ledd skal lyde:

Pasienten har rett til å velge på hvilket sykehus, distriktpspsykiatrisk senter, *privat radiologisk institusjon* eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, eller behandlingssted i en slik institusjon, behandlingen skal foretas. Det er en forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak som gir pasienten en slik valgrett.

I lov 24. juni 2011 nr 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) gjøres følgende endringer:

§ 11-2 andre ledd skal lyde:

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om vederlag for helse- og omsorgstjenester og stille krav om at det utstedes spesifisert regning til pasienten.

Forslag til endring av forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)

Ny § 2 skal lyde:

§ 2 Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd, når:

- a) pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 andre ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
- b) de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk eller tverrfaglig spesialisert helsehjelp kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten helsehjelp eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av helsehjelp.

Ny § 2a skal lyde:

§ 2a Prioritering av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten skal prioritere pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ut i fra alvorlighets- og hastegrad. I prioriteringen av pasienter skal det legges vekt på prognosetap med hensyn til livslengde og livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes.