



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 118 L

(2012–2013)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i pasient- og
brukerrettighetsloven mv.
(rett til nødvendig helsehjelp og
pasientrettighetsdirektivet m.m.)

Innhold

Del I	Innledning	9	7	Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	39
1	Innledning – proposisjonens hovedinnhold	10	7.1	Innledning	39
1.1	Innledning	10	7.2	Gjeldende rett	39
1.2	Oppsummering av proposisjonens forslag	10	7.3	Forslag i høringsnotatet	42
			7.4	Høringsinstansenes syn	42
			7.4.1	Forslag om å oppheve skillet mellom rettighetspasienter og pasienter med behov for spesialisthelsetjeneste	42
2	Bakgrunn for proposisjonen ...	12		Utforming av felles rettighetsbestemmelse	45
2.1	Nærmere om høringsnotat om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet	12	7.4.2	Retten til individuell fastsatt frist for når helsehjelp senest skal sette i gang	45
			7.4.3	Spesialisthelsetjenestens plikt til å sikre pasientene helsehjelp	46
3	Pasient- og brukerrettigheter – historikk, omfang og utforming	17	7.4.4	Særlig om forholdet til avtalespesialister	47
3.1	Kort om historikk	17	7.4.5	Departementets vurderinger og forslag	47
3.2	Ulike typer pasient- og brukerrettigheter	18	7.5	Forslag om å oppheve skillet mellom rettighetspasienter og pasienter med behov for spesialisthelsetjeneste	47
3.3	Utforming	19	7.5.1	Utforming av felles rettighetsbestemmelse	49
Del II	Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2	21	7.5.2	Prioritering av pasienter og skillet mot pasienter som vurderes til ikke å ha et behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	50
4	Innledning	23	7.5.3	Retten til individuelt fastsatt frist for når helsehjelp senest skal starte	50
5	Andre lands lovgivning	24	7.5.4	Spesialisthelsetjenestens plikt til å sikre pasientene helsehjelp	53
5.1	Sverige	24		Særlig om forholdet til avtalespesialister	54
5.2	Danmark	24			
5.3	Finland	26			
5.4	Island	27			
6	Rett til vurdering	29	7.5.5		
6.1	Innledning	29			
6.2	Gjeldende rett	29	7.5.6		
6.3	Forslag i høringsnotatet	30			
6.4	Høringsinstansenes syn	31			
6.4.1	Forkorte vurderingsfrist fra 30 til 10 virkedager	31	8	Retten til fritt sykehusvalg m.m.	55
6.4.2	Plikten til å gi informasjon om tidspunkt for når utredning eller behandling skal starte	34	8.1	Innledning	55
			8.2	Gjeldende rett	55
6.5	Departementets vurderinger og forslag	36	8.3	Forslag i høringsnotatet	56
			8.3.1	Private radiologiske institusjoner .	56
6.5.1	Forkorte vurderingsfristen fra 30 til 10 virkedager	36	8.3.2	Private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner	56
6.5.2	Plikten til å gi informasjon om tidspunkt for når utredning eller behandling skal starte	37	8.4	Høringsinstansenes syn	56
			8.5	Departementets vurderinger og forslag	57

8.5.1	Private radiologiske institusjoner	57	13.2.2	Vilkår for behandling	73
8.5.2	Private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner	57	13.2.3	Fastsettelse av refusjonsbeløpet ...	73
9	Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene	58	13.2.4	Forhåndstilsagn	74
9.1	Høringsinstansenes syn	58	13.2.5	Saksbehandling	74
9.2	Departementets vurderinger	58	13.2.6	Kostnadsansvaret	74
Del III	Gjennomføring av pasientrettighetsdirektivet	61	13.2.7	Kontaktpunkt	74
10	Innledning	63	13.3	Finland	74
11	Dekning av utgifter til helsehjelp i utlandet etter gjeldende rett	64	13.3.1	Innledning	74
11.1	EU- og EFTA-domstolens praksis	64	13.3.2	Modeller for refusjon	75
11.2	Forordning (EF) nr. 883/2004	64	13.3.3	Nasjonalt kontaktpunkt	75
11.2.1	Innledning	64	13.3.4	Tjenestetilbudet i Finland	75
11.2.2	Rett til naturalytelser ved bosetting i et annet EØS-land	65	14	Utvidelse av refusjonsordningen til å omfatte "sykehusbehandling"	76
11.2.3	Rett til naturalytelser under midlertidig opphold i et annet EØS-land	65	14.1	Innledning	76
11.2.4	Reise til et annet EØS-land i den hensikt å motta helsehjelp der	65	14.2	Forslag i høringsnotatet	76
11.3	Forskrift om stønad til helse-tjenester mottatt i andre EØS-land	66	14.3	Høringsinstansenes syn	76
11.3.1	Innledning	66	14.4	Departementets vurderinger og forslag	77
11.3.2	Helsehjelp det ytes stønad til	66	15	Forhåndsgodkjenning mv.	81
11.3.3	Vilkår for stønad	66	15.1	Innledning	81
11.3.4	Beregning av stønad	67	15.2	Forslag i høringsnotatet	81
11.3.5	Egenandel	67	15.3	Høringsinstansenes syn	81
11.3.6	Reise- og oppholdsutgifter	67	15.4	Departementets vurderinger og forslag	83
11.4	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde og femte ledd	68	15.5	Andre vilkår for refusjon	85
12	Pasientrettighetsdirektivet	69	15.5.1	Hovedvilkår	85
12.1	Innledning	69	15.5.2	Henvvisning	85
12.2	Direktivets formål og virkeområde	69	16	Spørsmål knyttet til betaling fra pasienter fra annet EØS-land ..	87
12.3	Medlemslandenes ansvar for grenseoverskridende helsehjelp ..	70	16.1	Innledning	87
12.3.1	Kontaktpunkt	70	16.2	Forslag i høringsnotatet	87
12.3.2	Behandlingslandets ansvar	70	16.3	Høringsinstansenes syn	87
12.3.3	Trygdelandets ansvar	70	16.4	Departementets vurderinger og forslag	87
12.4	Samarbeidsbestemmelser	71	17	Enkelte andre spørsmål	90
12.5	Forholdet til EØS-avtalen	71	17.1	Prisfastsettelse	90
13	Gjennomføringen av direktivet i andre nordiske land	73	17.2	Refusjonsordning	91
13.1	Innledning	73	17.3	Dekning av reise- og oppholdsutgifter	92
13.2	Sverige	73	17.4	Administreringen av godkjennings- og refusjonsordningen	93
13.2.1	Innledning	73	17.4.1	Hvilken instans bør behandle søknadene?	93
			17.4.2	Klageinstans	95
			17.5	Etablering av et nasjonalt kontaktpunkt	95
			18	Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene	97

Del IV	Merknadene til de enkelte bestemmelsene	99	Forslag til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.)	105
19	Merknader til de enkelte bestemmelsene	101		



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 118 L

(2012–2013)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv.
(rett til nødvendig helsehjelp og
pasientrettighetsdirektivet m.m.)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 12. april 2013,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

Del I
Innledning

1 Innledning – proposisjonens hovedinnhold

1.1 Innledning

Departementet signaliserte i arbeidet med samhandlingsreformen, jf. Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. side 265, at det var et behov for å se nærmere på bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Denne proposisjonen er en oppfølging av dette arbeidet. I tillegg foreslår departementet flere lovendringer som er nødvendige for å gjennomføre pasientrettighetsdirektivet i norsk lovgivning.

Det arbeides kontinuerlig i hele helse- og omsorgstjenesten 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 månedlig 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, forsvarlige pasientforløp og riktig prioritering av pasientene.

Hovedformålet med lovforslagene er å forenkle og forbedre regelverket, bedre understøtte et forsvarlig pasientforløp, samt sikre tilgang til spesialisthelsetjenesten for de pasientene som har behov for det.

1.2 Oppsummering av proposisjonens forslag

Proposisjonen inneholder fire sentrale lovforslag i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Departementet foreslår å endre fristen for retten til vurdering fra 30 til 10 virkedager. Endringen innebærer et tydelig krav til spesialisthelsetjenesten

ten 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 så raskt som mulig skal avklares hva slags tilbud pasienten skal få.

Videre foreslår departementet at når vurderingen av henvisningen viser at pasienten har behov for helsehjelp, skal spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager gi informasjon om tidspunkt for når helsehjelpen i form av utredning eller behandling senest 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.

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 å praktisere både for helsepersonell og pasienter. Departementet foreslår derfor å oppheve dette skillet.

Forslaget innebærer at istedenfor 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 rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, og en gruppe som avvises eller henvises tilbake til den kommunale helse- og omsorgstjenesten fordi de ikke er vurdert til å ha behov for spesialisthelsetjeneste.

Vurderingen av om en pasient har rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste blir dermed sammenfallende med den helsefaglige vurderingen av behov for helsehjelp. Det vil si at dersom en helsefaglig vurdering tilsier at pasienten har behov for spesialisthelsetjeneste, skal helsepersonellet også tildele vedkommende pasient en rett til helsehjelp 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 i flere år har vært arbeidet med å få en mest mulig lik praksis med hensyn til hvilke pasienter som skal ha rett til spesialisthelsetjeneste, varierer andelen fremdeles betydelig mellom de regionale helseforetakene, innenfor regionen og innad i pasientgrupper. Med lovforslaget vil man unngå dette, og forslaget vil dermed bidra til mer likeverdige tjenester.

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

Proposisjonen inneholder også lovforslag som er nødvendige for å gjennomføre Europaparlamentets- 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 med å gjennomføre det.

Pasientrettighetsdirektivet er i all hovedsak en klargjøring og regelfesting av pasienters rett til refusjon av utgifter til helsehjelp i andre EU-land. Denne retten følger allerede av traktaten og EUs 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 andre EØS-land.

Den nevnte forskriften omfatter imidlertid ikke spesialisthelsetjenester som vurderes som "sykehusbehandling". I denne proposisjonens del III fremmes forslag om å utvide dagens refusjonsordning til å omfatte også slik helsehjelp. Det fremmes videre forslag om at det stilles krav om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til "sykehusbehandling". Forhåndsgodkjenning må gis i de tilfeller pasienten ikke har fått slik helsehjelp innen en helsefaglig forsvarlig tidsfrist i trygdelandet.

2 Bakgrunn for proposisjonen

2.1 Nærmere om høringsnotat om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet

Høringsnotat om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet ble sendt på høring 16. oktober 2012 med høringsfrist 16. januar 2013.

Høringsnotatet ble sendt på høring til følgende instanser:

Departementene

Fylkesmennene
Sysselmannen på Svalbard

Riksrevisjonen
Stortingets ombudsmann for forvaltningen
Sametinget

Barne-, ungdoms- og familieetaten
Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Barneombudet
Datatilsynet
Forbrukerombudet
Forbrukerrådet
Helsedirektoratet
Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)
Innovasjon Norge
Konkurransetilsynet
Kreftregisteret
Likestillings- og diskrimineringsombudet
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling
Norges forskningsråd
Norsk Pasientskadeerstatning
Pasientombudene
Pasientskadenemnda
Personvernemnda
Regjeringsadvokaten
SINTEF Helse
Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
Statens helsepersonellnemnd

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)
Statens helsetilsyn
Statens legemiddelverk
Statens råd for likestilling av funksjonshemmede
Statens seniorråd
Statens senter for Ortopedi

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin (NEM)
Den nasjonale forskningsetiske komité for naturvitenskap og teknologi (NENT)
Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH)
Den rettsmedisinske kommisjon
Landets distriktpsykiatriske sentra
Landets helseforetak
Landets kontrollkommisjoner
Landets høyskoler (med helsefaglig utdanning)
Landets regionale helseforetak
Landets universiteter

Landets fylkestannleger
Landets fylkeskommuner
Landets kommuner

ACTIS
ADHD Norge
Afasiforbundet i Norge
Akademikerne
AKAN
Ananke, Støtteforening for mennesker med tvangslidelse
Angstringen
Anonyme Alkoholikere
Aurora, Støtteforeningen for mennesker med psykiatriske helseproblem
Autismeforeningen i Norge
Aleris Helse
Blå Kors Norge
Borgestadklinikken
Cerebral Parese-foreningen
Collegiet Fysikalske Aromaterapeuter
Colosseumklinikken – Allmennlegene
DELTA
Demensforeningen
Den Norske Advokatforening

Den Norske Jordmorforening
 Den Norske Kinesiologiforening
 Den Norske Kreftforening
 Den Norske Tannlegeforening
 Den Norske Legeforening
 De fylkeskommunale eldrerådene
 De regionale kompetansesentre for rusmiddel-
 spørsmål
 Det Norske Healerforbund
 Drammen private sykehus
 EEG-Laboratoriet AS
 Europabevegelsen
 Fagforbundet
 Fagforbundet for Aruna-terapeutene i Norge
 Fagrådet innen Rusfeltet i Norge
 Familieterapi instituttet
 Fampo
 Fellesorganisasjonen FO
 Farmasi Forbundet
 Finansnæringens Hovedorganisasjon
 Forbundet mot rusgift
 Foreningen for blødere i Norge
 Foreningen for el-overfølsomme
 Foreningen for hjertesyeke barn
 Foreningen for human narkotikapolitikk
 Foreningen for Muskelsyke
 Foreningen for kroniske smertepasienter
 Forskningsstiftelsen FAFO
 Forsvarsgruppen av 1977
 Forum for Bioteknologi
 Forum for Karakteranalytisk vegetoterapi
 Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
 Fürst medisinske laboratorium AS
 Fylkesrådet for funksjonshemmede
 Galebevegelsen
 Gatejuristen – Kirkens Bymisjon
 Gynlab AS
 Helseansattes Yrkesforbund
 Haraldsplass diakonale høyskole
 Helhetsterapiforbundet
 Helse- og sosialombudet i Oslo
 Helsetjenestens Lederforbund
 HIV-Norge
 Hørselshemmedes Landsforbund
 Idrettens helsesenter
 Informasjonssenteret Hieronimus
 Institutt for samfunnsforskning
 Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
 Interessegruppa for kvinner med spise-
 forstyrrelser
 JURK
 Juss-Buss
 Jussformidlingen
 Jusshjelpa
 Kirkens Bymisjon

Klagenemnda for behandling i utlandet
 Kommuneadvokaten i Oslo
 Kommunenes Sentralforbund (KS)
 Kriminalomsorgen, regionkontorene
 Laboratorium for Patologi AS
 Landsforbundet for utviklingshemmede og
 pårørende (LUPE)
 Landsforbundet Mot Stoffmisbruk
 Landsforeningen Alopecia Areata
 Landsforeningen for Hjerter- og Lungesyke
 Landsforeningen for Huntingtons sykdom
 Landsforeningen for kosthold og helse
 Landsforeningen for Nyrepasienter og
 Transplanterte
 Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri
 Landsforeningen for Pårørende i Psykisk helse
 Landsforeningen for Trafikkskadde
 Landsforeningen for utekontakter
 Landsforeningen for voldsofre
 Landsforeningen mot fordøysessykdommer
 Landslaget for offentlige pensjonister
 Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere
 Landsorganisasjonen i Norge (LO)
 LAR Nett Norge
 Legeforeningens forskningsinstitutt
 Marborg
 Medborgernes Menneskerettighets Kommisjon
 Medi 3 Molde AS
 Menneskeverd
 Mental Helse Norge
 M.E. Nettverket i Norge
 MS – forbundet
 NA, Anonyme Narkomane
 Nasjonalforeningen for folkehelsen
 Nasjonalt kompetansesenter for prehospital
 akuttmedisin – NAKOS
 Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen
 psykisk helse
 Nei til EU
 Nettverket for private helsevirksomheter
 Norges Astma- og Allergiforbund
 Norges Blindforbund
 Norges Diabetesforbund
 Norges Døveforbund
 Norges Fibromyalgi Forbund
 Norges Farmaceutiske Forening
 Norges Handikapforbund
 Norges Juristforbund
 Norges kristelige legeforening
 Norges Kvinne- og familieforbund
 Norges Landsforbund av Homøopraktikere
 Norges Naprapatforbund
 Norges Optikerforbund
 Norges Parkinsonforbund
 Norges Røde Kors

Norges Tannteknikerforbund
 Norsk Akupunkturforening
 Norsk Audiografforbund
 Norsk Cøliakiforening
 Norsk Epilepsiforbund
 Norsk Ergoterapeutforbund
 Norsk Forbund for autoriserte feldenkrais-
 pedagoger
 Norsk Forbund for klassisk osteopati
 Norsk Forbund for Osteopatisk Medisin
 Norsk Forbund for psykoterapi
 Norsk Forbund for utviklingshemmede
 Norsk Forening for Psykisk Helsearbeid
 Norsk Forening for cystisk fibrose
 Norsk Forening for Estetisk Plastikkirurgi NFEP
 Norsk Forening for Fargeterapi
 Norsk Forening for helhetsmedisin
 Norsk Forening for kriminalreform (KROM)
 Norsk Forening for lysstimulering
 Norsk Forening for medisinsk akupunktur
 Norsk Forening for nevrofibromatose
 Norsk Forening for Stomi- og Reservoaropererte
 (Norilco)
 Norsk Forening for Tuberøs Sklerose
 Norsk Forum for terapeutiske samfunn
 Norsk Forskerforbund
 Norsk Fysioterapeutforbund
 Norsk Gestaltterapeut forening
 Norsk Helse- og Velferdsforum
 Norsk Helsesekretærforbund
 Norsk Homøopatisk pasientforening
 Norsk Immunsviktforening
 Norsk Intravenøs Forening
 Norsk Kiropaktorforening
 Norsk Landsforening for laryngectomerte
 Norsk Legeforening for Maharishi Ayur-Veda
 Norsk Logopedlag
 Norsk Massørforbund
 Norsk Manuellterapeutforening
 Norsk OCD forening, ANAKE
 Norsk Osteopatforbund
 Norsk Osteoporoseforening
 Norsk Ortopedisk Forening
 Norsk Palliativ Forening
 Norsk Pasientforening
 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)
 Norsk Pensjonistforbund
 Norsk Presseforbund
 Norsk Psoriasis Forbund
 Norsk Psykologforening
 Norsk Psykiatrisk Forening
 NorskPsykoanalytisk Institutt
 Norsk Refleksologisk Forbund
 Norsk Radiografforbund
 Norsk Revmatikerforbund

Norsk senter for menneskerettigheter
 Norsk Sykepleierforbund
 Norsk Sykehus- og helsetjenesteforening (NSH)
 Norsk Tannpleierforening
 Norsk Tjenestemannslag (NTL)
 Norsk Tourette Forening
 Norsk Thyreoideaforbund
 Norske Fotterapeuters Forbund
 Norske helikopteransattes forbund (NHF)
 Norske Homeopaters Landsforbund
 Norske Kosmetologer og Hudterapeuters
 Forbund
 Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon
 Norske Ortoptister forening
 Norske Rosenterapeuters Forening
 NOVA
 NUPI
 Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)
 PARAT
 PARAT Helse
 PRISY – Privatsykehusenes fellesorganisasjon
 Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund
 PRO-LAR – Nasjonalt forbund for folk i LAR
 PRO-Sentret
 Regionsentrene for barn og unges psykiske helse
 Ressurssenteret for omstilling i kommunene (RO)
 Rettspolitisk forening
 Ringvoll Klinikken
 Rokkansenteret
 Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
 ROS – Rådgivning om spiseforstyrrelser
 Ryggmargsbrokk og hydrocephalusforeningen
 Ryggforeningen i Norge
 Røntgeninstituttens Fellesorganisasjon
 Rådet for psykisk helse
 SABORG – Sammenslutning for alternativ
 behandlere
 Sametinget
 Seniorenes fellesorganisasjon
 Senter for medisinsk etikk, SME
 Senter for tverrfaglig kjønnsforskning
 Senter for sjeldne sykdommer og diagnose-
 grupper
 SPEKTER
 Statstjenestemannsforbundet
 Stiftelsen Norsk Luftambulanse
 Stiftelsen Menneskerettighetshuset
 Stiftelsen Organdonasjon
 Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
 Stiftelsen Rettferd for taperne
 Straffedes organisasjon i Norge (SON)
 Støtteforeningen for Kreftsyke Barn
 Stiftelsen Støttecenter mot Incest – Oslo
 Sykepleiernes faggruppe i alternativ medisin
 Turner Syndrom foreningen i Norge

UNIO

Universitets- og høyskoleutdannedes forbund
Utdanningsforbundet

Veiledningssenteret for pårørende til
stoffmisbrukere og innsatte

Vestlandske Blindeforbund

Voksne for Barn

Volvat Medisinske Senter AS

We shall overcome

Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)

Yngre legers forening

Ønskebarn – Norsk forening for fertilitet og
barnløshet

Følgende høringsinstanser har hatt kommentarer
til høringen:

Fylkesmannen i Finnmark

Fylkesmannen i Hordaland

Fylkesmannen i Oslo og Akershus

Riksrevisjonen

Barneombudet

Folkehelseinstituttet

Helsedirektoratet

Klagenemnda for behandling i utlandet

Norges Forskningsråd

Pasient- og brukerombudene (felles uttalelse)

Pasient og brukerombudet i Aust-Agder

Statens helsetilsyn

Statens seniorråd

Akershus Universitetssykehus HF

Helgelandssykehuset HF

Helse Bergen HF

Helse Finnmark HF

Helse Fonna HF

Helse Midt-Norge RHF

Helse Nord RHF

Helse Nord-Trøndelag HF

Helse Sør-Øst RHF

Helse Vest RHF

Oslo universitetssykehus HF

St. Olavs Hospital HF

Sykehuset Innlandet HF

Sykehuset Innlandet HF ved Habiliterings-
tjenesten i Oppland

Sørlandet sykehus HF

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Vestre Viken HF

Bjerkreim kommune

Buskerud fylkeskommune

Drammen kommune

Fredrikstad kommune

Fylkestinget i Nord-Trøndelag

Haugesund kommune

Oslo kommune – Byrådsavdeling for eldre og
sosiale tjenester

Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne -
Fet kommune

Øvre Eiker kommune

Arbeidsgiverforeningen Spekter

Borgestadklinikken - Blå kors sør SA

Den Norske Advokatforening

Den norske legeforening

Den Norske tannlegeforening

Det Norske Healerforbundet

Fagforbundet

Fagrådet - Rusfeltets hovedorganisasjon

Foreningen for Kroniske Smertepasienter

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon

Gatejuristen

Hovedorganisasjonen Virke

Kirkens Bymisjon Oslo

Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiver-
organisasjon

Kreftforeningen

Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke

Landslaget for offentlige pensjonister

Lovisenberg Diakonale Sykehus

Nei til EU

Norges Kommunistiske Parti

Norges kvinne- og familieforbund

Norges Optikerforbund

Norsk Epilepsiforbund

Norsk Manuellterapeutforening

Norsk Psykoanalytisk forening

Norsk Psykologforening

Norsk Revmatikerforbund

Norsk Sykepleierforbund

Pensjonistforbundet

Regionsenter for barn og unges psykiske helse

Rusmisbrukernes interesseorganisasjon

Ryggforeningen i Norge

Østfold Nei til EU

Følgende høringsinstanser har uttalt at de ikke
har merknader eller innvendinger til høringsfor-
slaget eller at de ikke ønsker å avgi høringsutta-
lelse:

Arbeidsdepartementet

Barne-, likestillings- og inkluderings-
departementet

Fornyings-, administrasjon- og kirke-
departementet

Forsvarsdepartementet

Justis- og beredskapsdepartementet

Landbruks- og matdepartementet

Samferdselsdepartementet

Utenriksdepartementet

Regjeringsadvokaten

Kriminalomsorgen region vest
Kriminalomsorgen region øst
Statens legemiddelverk

I tillegg til høringsinnspill avholdt departementet fire høringsmøter. Tre av høringsmøtene knyttet seg til endringene i pasient- og brukerrettighetsloven og ett høringsmøte knyttet seg til implementeringen av pasientrettighetsdirektivet.

I det første høringsmøtet deltok følgende høringsinstanser:

Helse Midt-Norge RHF
Helse Nord RHF
Helse Sør-Øst RHF
Helse Vest RHF

I det andre høringsmøtet deltok følgende høringsinstanser:

Den norske legeforening
Norsk sykepleierforbund

Norsk psykologforening
Fagforbundet

I det tredje høringsmøtet deltok følgende høringsinstanser:

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
Helse-, og sosial- og eldreombudet i Oslo

I det fjerde høringsmøtet vedrørende implementering av pasientrettighetsdirektivet deltok følgende høringsinstanser:

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
Norsk Pasientforening
Pasient- og brukarombud Sogn og Fjordane
Helse-, sosial- og eldreombudet i Oslo
Helse Vest RHF
Helse Sør-Øst RHF
Nei til EU
Norsk sykepleierforbund

3 Pasient- og brukerrettigheter – historikk, omfang og utforming

3.1 Kort om historikk

Etter sykehusloven fra 1.1.1970 hadde sykehus og fødehem en plikt til å motta en pasient hvis det etter de 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 til helsehjelp 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.

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 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.

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 behandlings-

prosedyre 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 motatt, 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.

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 helsehjelp 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.

3.2 Ulike typer pasient- og brukerrettigheter

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.

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 vises for eksempel 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.

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 vises for eksempel til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a første ledd som gir pasient og bruker rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen, og § 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 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 Utforming

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 gene-

relt 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 kan være problematiske, 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 helsepersonellet 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 yte helsehjelp. I stedet for 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 på en forsvarlig måte.

Del II
Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven
kapittel 2

4 Innledning

I denne delen av proposisjonen foreslår departementet endringer i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. I kapittel 5 gis det en kort innføring i sentrale pasient- og brukerrettighetslovgivningen i andre land. I kapittel 6 foreslås det endringer i retten til vurdering. I kapittel 7 foreslås det end-

ringer i retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. I kapittel 8 foreslås det endringer i retten til fritt sykehusvalg. I kapittel 9 beskrives de økonomiske og administrative konsekvensene av forslagene.

5 Andre lands lovgivning

5.1 Sverige

Sverige er delt inn i 20 landsting som har ansvaret for å sørge for helsehjelp til dem som er bosatt i landstinget og akutt hjelp til 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.

Etter Hälso- och sjukvårdslagens § 2 a skal helse- og omsorgstjenesten være av 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.

Etter Hälso- och sjukvårdslagen § 3 g skal Landstinget tilby befolkningen i landstinget en garanti for 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 grunner 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.

Det fremgår av Hälso- och sjukvårdslagen § 3 a 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.

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. Pasienten skal tilbys den behandling som den fornyede vurderingen tilsier.

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 § 2 b. Videre skal pasienten få informasjon om muligheten til å velge tjenesteytere innen den offentlig finansierte helsetjenesten. Pasienten skal også informeres om garantien for helsehjelp.

5.2 Danmark

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 "sykehusvæsen" 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 "sykehusvæsen" 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.

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 "sykehusvæsenet" 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.

Det foreligger etter sundhedsloven § 87 en utvidet rett til fritt sykehusvalg ved 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. Dersom undersøkelsen viser 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 som 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.

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 at 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.

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.

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.

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.

5.3 Finland

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 helsetjenester i sitt område.

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.

Etter hälso- och sjukvårdslagen § 52 kreves det en henvisning ved behov for planlagt spesialisthelsetjeneste. En vurdering av behovet for hel-

sehjelp 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 bildediagnostikk 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 bildediagnostikk 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.

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.

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.

5.4 Island

Velfærdministeren er øverste ansvarlige for helse-tjenesten 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 ("helse-tjenesteloven") § 14 at generelle helsetjenester i regionen ytes av helsesentre eller regionale sykehus. Primærhelsetjenester ytes av helsesentrene, jf. helsetjenesteloven § 17. 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.

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.

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 vel-egnet 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.

Alle enkeltpersoner som er folkeregistrert på Island er forsikret gjennom en offentlig helseforsikring som administreres av Sjúkratryggingar Íslands. Hovedkontoret og servicesenteret ligger i Reykjavik. 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 egenadel som er gitt i forskrift. Sykehus og helsesentre finansieres av Velfærdsdepartementet.

6 Rett til vurdering

6.1 Innledning

Det er viktig å skille mellom de to ulike rettslige stadiene i et pasientforløp. Det første stadiet er vurderingsperioden. Denne må ikke forveksles med fristen for når helsehjelp senest skal gis som er det andre rettslige stadiet i pasientforløpet. Fristen for når helsehjelp senest skal starte, skal settes i løpet av vurderingsperioden. Fristbestemmelsen omtales nærmere i kapittel 7. Dette kapitlet omhandler vurderingsperioden.

Retten til vurdering har to hovedformål: for det første skal spesialisthelsetjenesten raskt vurdere og prioritere henvisningene slik at alvorlig syke pasienter sikres rask helsehjelp. For det andre skal det gis en rask tilbakemelding til pasient og henvisende lege om hvordan pasientens problemer blir tatt hånd om.

6.2 Gjeldende rett

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 helse-tilstand 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.

Bestemmelsen gjelder alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten. Det gjøres derfor i utgangspunktet ingen prioritering mellom pasienter på dette stadiet. Dette innebærer at alle pasienter har rett til tilbakemelding fra spesialisthelsetjenesten innen 30 dager etter at henvisningen er mottatt, uavhengig om de har rett til nødvendig

helsehjelp eller ikke. Dette i motsetning til den individuelle fristen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd 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 ses i sammenheng når det gjelder rettighetspasienter fordi de regulerer to ulike stadier i en sammenhengende behandlingskjede.

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 helsehjelp eller ikke.

Retten til vurdering 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 fra den dato henvisning er mottatt.

Bestemmelsen gir ikke rett til å få stilt endelig diagnose innen 30 dager der medisinske forhold gjør dette umulig. Det er pasientens helsetilstand som innen fristens utløp skal vurderes med hensyn til videre undersøkelse og behandling. Det må derfor skilles mellom begrepene diagnose og helsetilstand ved vurderingen av hva som skal til for å innfri pasientens rett til vurdering. Endelig diagnose er et sluttprodukt som, om mulig, foreligger når pasienten er ferdig utredet. I visse tilfeller er ikke diagnosen klar før et behandlingsforsøk er slutført, og utfallet av dette er bedømt. 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 opplysningene 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. Det er derfor viktig at henvisningen inneholder opplysninger om aktuell diagnose/problemstilling og at 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 spesialisthelsetjenesten, dersom det er nødvendig, skal innhente supplerende opplysninger eller innkalle pasienten til undersøkelse 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. Behovet for å vurdere en pasient betydelig raskere enn fristen på 30 dager vil blant annet kunne foreligge ved mistanke om kreft eller annen 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 andre ledd.
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.

Spørsmålet om retten til vurdering er oppfylt i det enkelte tilfellet beror på en konkret helhetsvurdering, hvor kravet til forsvarlighet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, vil veie tungt. I tillegg er det avgjørende om formålene med retten til vurdering er oppnådd. Helsepersonellet må kunne avgjøre om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp eller behov for helsehjelp, og det må være mulig fastsette en individuell frist for de pasienter som har en slik rett. Vurderingsperioden skal dessuten kunne benyttes til å planlegge og informere om pasientens videre utrednings- og behandlingsbehov.

Det følger av pasient- og rettighetsloven § 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 § 4 a 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.

6.3 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet at vurderingsfristen endres fra 30 virkedager til 10 virkedager, og at vurderingen skal baseres på henvisningen. Forslaget til endring gir et tydelig krav til spesialisthelsetjenesten om at henvisninger skal vurderes fortløpende, og senest innen 10 virkedager.

Videre ble det foreslått at spesialisthelsetjenesten ikke kun skal vurdere om pasienten har behov for nødvendig spesialisthelsetjeneste, men også gi informasjon om tidspunkt for når utredning eller behandling skal starte dersom pasienten har behov for helsehjelp. Det ble uttalt at informasjonen, om mulig, burde være så konkret at pasienten får vite dato og klokkeslett for oppmøte til utredning eller behandling. Departementet ba

særlig om innspill på hvor konkret denne informasjonen burde være, og for hvilke pasienter.

6.4 Høringsinstansenes syn

6.4.1 Forkorte vurderingsfrist fra 30 til 10 virkedager

De aller fleste høringsinstansene er positive til forslaget om å korte ned vurderingsfristen fra 30 til 10 virkedager, og er av den oppfatning at dette styrker pasientenes rettigheter. Blant annet uttaler *pasient- og brukerombudene* at:

”pasienters rettigheter og kvaliteten i helsetjenesten blir styrket av at vurderingsfristen settes kortere. Vi støtter en endring av vurderingsfristen fra 30 til 10 virkedager. Vi har merket oss høringsnotatets presisering om fortløpende vurdering, men ber departementet vurdere om det skal opprettes en hjemmel som gir adgang til å forskriftsfeste raskere vurderingsfrister for bestemte diagnoser eller pasientgrupper.”

Norsk Sykepleierforbund fremhever at det er viktig at spesialisthelsetjenesten gir rask tilbakemelding, og uttaler at:

”Av hensyn til pasienten og planleggingen av det videre behandlingsforløpet er det av stor betydning at spesialisthelsetjenesten gir rask tilbakemelding. Dette er særlig viktig for barn og unge. NSF legger til grunn at praksis i tjenestene allerede i stor grad er i tråd med forslaget, jf. høringsnotatet. Samlet sett tilsier dette at en vurderingsfrist på 10 dager vil være realistisk. På bakgrunn av dette støtter NSF den foreslåtte endringen vurderingsfristen fra 30 til 10 virkedager, regnet fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten.”

Og *Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)*:

”støtter fristen for rett til vurdering settes til 10 virkedager. Vi mener det er viktig at pasientene får en raskest mulig tilbakemelding på henvisningen til spesialisthelsetjenesten. En kort frist betyr også at risikoen for alvorlige tilstander ikke fanges opp raskt nok opp blir redusert.”

Og flere høringsinstanser påpeker at forslaget vil bidra til at pasientene får rask tilbakemelding fra spesialisthelsetjenesten. Blant annet uttaler *Virke* at de er:

”er positive til å redusere fristen på rett til vurdering fra tredve til ti dager. Dette vil være et viktig bidrag til at pasientene får raskere og bedre tilbakemeldinger på henvisningen til spesialisthelsetjenesten. Kortere frister øker muligheten for at alvorlige diagnoser fanges opp raskere; dette vil igjen bidra til raskere og mer målrettet behandling.”

Og *Norsk epilepsiforbund*:

”er positive til å styrke pasientrettighetene, og til at man skal sette krav om kortere vurderingstid.(...) Ved å senke den maksimale vurderingstiden ser Norsk epilepsiforbund at flere kan få kortere ventetid for å komme til spesialist. Det synes vi er bra.”

Det er imidlertid en del høringsinstanser som er positive, men som blant annet er bekymret for at kvaliteten på henvisningene i noen tilfeller kan medføre at det er vanskelig å oppfylle fristen. Blant annet uttaler *Helse Bergen HF* at:

”Helse Bergen støtter endringen av vurderingsfristen fra 30 til 10 virkedager for alle pasientgrupper. Vi vil imidlertid understreke at dette innebærer at det ikke lenger vil være mulig å innhente supplerende opplysninger eller gjennomføre egen (for)undersøkelse før man konkluderer slik det er rom for innenfor dagens regler. (Ved mistanke om alvorlig eller livstruende tilstand skal det vel og merke uansett startes utredning umiddelbart).(...) Departementet oppfordres derfor til å klargjøre om det med denne vesentlige innskjerping av vurderingsfristen skal være adgang til å returnere mangelfull henvisning til fastlegen for avklaring, samt i hvilke tilfeller det i så fall skal være adgang til å gjøre det. En slik ordning fordrer at det ved brev tydeliggjøres for alle involverte - inklusive pasient - at ansvaret igjen ligger hos henviser, slik at det ikke oppstår noen tvil om hvor ansvaret for henvisningen til enhver tid er plassert.”

Og *Helse Fonna HF* uttaler:

”Departementet foreslår at vurderingsfristen endres fra 30 virkedager til 10 virkedager. Foretaket støtter dette forslaget, men viser til at det er i særlig to tilfeller at dette kan være en utfordrende. For det første er det en problemstilling i forhold til mottak av henvisning fra annet sykehus/foretak som ikke har vurdert

henvisningen (...) For det andre er det de tilfeller der henvisningen er meget mangelfull. Spesialisthelsetjenesten vil i de tilfellene måtte innhente supplerende opplysninger som vil kunne medføre at fristen ikke kan overholdes. Konsekvensen kan da være at det iverksettes unødvendige undersøkelser som binder både kapasitet og personell. Foretaket mener derfor at det ved endring av vurderingsfristen lengde er nødvendig at henviser også får et klart uttalt ansvar for fullverdige henvisninger slik at spesialisthelsetjenesten skal kunne gi vurdering innen fristen.”

St. Olavs hospital HF har den erfaring at mange henvisninger er så mangelfulle at det ikke er mulig å gjennomføre en forsvarlig vurdering. De uttaler at:

”Det er derfor viktig at det stilles krav til henvisende instanser. Det må arbeides nasjonalt med veiledninger for innhold i henvisninger for ulike tilstander. For at henviser skal bruke slike veiledninger, tror vi at de må være enkelt tilgjengelig i henvisers EPJ-system.”

Sørlandet Sykehus HF er også opptatt av man setter i gang tiltak for å forbedre henvisningspraksis. De uttaler:

”SSHF støtter endringene som er foreslått mht forkorting av vurderingsfristen fra 30-10 virkedager. Dette mener vi kan bli en forbedring for pasient/bruker, og det vil kunne gjennomføres uten nevneverdige negative utfordringer for foretaket. Det er imidlertid liten grunn til å tro at henvisende aktører forbedrer kvaliteten på henvisningene som følge av lovendringen, og vi mener det er behov for en utdypning av den problemstillingen som kan oppstå ved at det ikke lenger blir særlig margin for innhenting av supplerende opplysninger når henvisningen i seg selv ikke gir grunnlag for adekvat vurdering. De bebudede tiltak mot fastlegene blir svært viktige.”

Spekter mener at dårlige henvisninger ikke bør tilsi alternative tidsrammer, og uttaler at:

”Vi støtter fullt ut at fristen for tilbakemelding til pasienten reduseres til 10 dager. Vi tror imidlertid at denne fristen vil utløse en diskusjon om hvordan man forholder seg når henvisningers kvalitet tilsier supplerende innhenting av opplysninger. Dette mener vi ikke bør besvares

med å vurdere alternative tidsrammer, men ved å sette nasjonale krav til henvisningers kvalitet.”

Og *Helse Nord-Trøndelag HF*:

”Helse Nord-Trøndelag støtter forslaget om at vurderingsfristen settes til inntil 10 dager. (...) Det må stilles krav til dem som henviser til spesialisthelsetjenesten om henvisninger med nødvendig og tilstrekkelig informasjon for å kunne gjøre forsvarlig vurdering, jf. en rekke utredninger vedrørende *den gode henvisning*.”

Noen høringsinstanser peker på at de utfordringer som en kortere vurderingsfrist innebærer, kan løses gjennom ulike tiltak. Blant annet uttaler *Helse Sør-Øst RHF* at:

”Helse Sør-Øst mener likevel at de utfordringene en kortere vurderingsfrist av og til kan gi, bør kunne håndteres gjennom endret logistikk og bedre rutiner. Departementets forslag støttes derfor. Forslaget innebærer også en forenkling ved at vurderingsfristen blir lik for alle grupper.”

Det er en del høringsinstanser som er av den oppfatning at en forkortet vurderingsfrist vil medføre at flere pasienter vil få rett til utredning istedenfor rett til behandling enn i dag. Departementet har i høringsnotatet ikke foreslått endringer i selve fristbestemmelsen. Noen høringsinstanser gir likevel uttrykk for at ved å forkorte vurderingsfristen vil flere pasienter få rett til frist for utredning istedenfor rett til frist for behandling, og at det kan innebære en svekkelse av pasientrettighetene. Blant annet uttaler *Helsedirektoratet* at:

”Direktoratet er enig med departementet i at vurderingstiden i utgangspunktet bør kunne forkortes fra 30 til 10 dager. Forkortet vurderingstid kan bidra til at flere pasienter enn i dag får rett til helsehjelp i form av utredning. Denne effekten kan forsterkes av at departementet foreslår å innføre forkortet vurderingstid i kombinasjon med innføring av rett og bindende frist for helsehjelp for alle som skal få tilbud fra spesialisthelsetjenesten og med innføring av plikt for spesialisthelsetjenesten til å kontakte HELFO ved fristbrudd. Forkortet vurderingstid stiller også store krav til de pasientadministrative systemene.”

Lovisenberg Diakonale sykehus uttaler:

”Ved første øyekast virker det positivt å korte ned vurderingsfristen. Men i dette ligger for det første reelt sett en aksept for at man ikke ønsker å avklare pasientens tilstand i løpet av fristen. Vi er ikke uenige i at man som hovedregel skal kunne basere vurderingen på henvisningen. Og vi er heller ikke uenige i at det må være et mål med gode henvisninger. Men med en så kort frist som nå foreslås går man reelt sett bort fra lovgivers opprinnelig krav om at pasienten om nødvendig skal undersøkes poliklinisk i løpet av vurderingsperioden. (...) Når man forlater kravet om at man skal søke å avklare pasientens tilstand innen vurderingsfristens utløp, og i stedet alltid skal kunne basere seg utelukkende på henvisningen, vil det langt lettere legitimere en praksis der man alltid setter behandlingsfristen lik første oppmøte hos spesialisthelsetjenesten. Og da uten noe forsøk på skille mellom utredning og behandling, og uten noen nærmere vurdering av om tilstanden kan avklares eller ikke. Vi er således ikke imot å korte ned vurderingsfristen, men mener det er viktig at det også i den sammenheng klart fremgår at dersom behandlingsfristen skal settes til noe annet enn konkret angitte behandlingstiltak, så må bestemte vilkår være oppfylt.”

Og Oslo universitetssykehus – fagrådet TSB:

”Fagrådet tror at en vurdering av henvisningen innefor 10 dager, med liten mulighet for å innhente supplerende opplysninger kan medføre at flere pasienter får rett til spesialisthelsetjeneste og at manglende opplysninger i henvisningen vil kunne resultere i at pasientene i stor grad får rett til utredning og ikke til behandling.”

Og Legeforeningen:

”Legeforeningen mener intensjonen er god, men at det kan innebære vridningseffekter som innebærer at pasientene reelt sett får svekkede rettigheter. Forslaget innebærer at pasientene i større grad får rett til utredning basert på henvisning, noe som stiller store krav til innholdet i henvisningen. Det vil være tilnærmet umulig å innhente andre nødvendige opplysninger i løpet av den korte fristen. En del pasienter vil med dette risikere å vente for lenge på behandling, noe som ikke vil fremkomme i noen ventelisterapporter ettersom fristen innfris ved utredning.”

Andre høringsinstanser mener derimot at det er viktigere med en rask tilbakemelding fra spesialisthelsetjenesten enn at alle pasienter forsøkes utredet innen 30 virkedager. Blant annet så uttaler *Helse Sør-Øst Brukerutvalget*:

”Brukerutvalget mener det er beklagelig at innholdet i vurderingen er blitt uthult, men ser at det på bakgrunn av dagens henvisningspraksis med ofte mangelfulle henvisninger fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten kan være vanskelig å foreta fyllestgjørende vurderinger innen en felles frist på 30 dager for alle tilfeller. Brukerutvalget ser det som viktigere at pasienten får en hurtig tilbakemelding med en realistisk tidsangivelse av når behandlingen eller utredningen kan starte. Brukerutvalget støtter derfor forslaget i ny § 2-2 første ledd om fastsettelse av en frist på 10 dager for å gi tilbakemelding til pasienten på om han har rett til nødvendig helsehjelp.”

Det er noen høringsinstanser som er negative til å forkorte vurderingsfristen fra 30 til 10 virkedager. Hovedinnvendingen mot å forkorte fristen er at det vil vanskeliggjøre arbeidet med å innhente tilleggsinformasjon i de tilfeller det er behov for dette. Blant annet uttaler *Helse Vest RHF* at de:

”støttar intensjonane om kortare frist, men vil peike på at ein frist på 10 arbeidsdagar kan vere utfordrande i nokre tilfelle, og at ein absolutt frist snarare kan skape unødvendig uro ein betra situasjon for pasientane. (...) Dersom fristen til å vurdere blir sett til 10 dager vil det kunne avgrense moglegheta til å innhente supplerande opplysningar eller gjennomføre eigen ”før undersøking” før man konkluderer slik regelen i dag gir rom for. Dette kan medføre at føretaket iverkset fleire unødige undersøkingar som binder både kapasitet og personell. Om føretaka ber om meir dokumentasjon frå tilvisar kan det vere fare for at fristen blir broten. (...) Helse Vest vil tilrå at fristen blir sett til 15 virkedagar, men med den føresetnad at føretaka helde fram med å vurdere tilvisingane fortløpande.”

Og Akershus Universitetssykehus HF:

”Forutsatt en høynet henvisningskvalitet og god, ensartet praktisering av regelverket, og i tråd med reviderte nasjonale veiledere, vil 10 virkedager for vurdering av henvisning kunne være gjennomførbart. Selv om det blir skjer-

pede krav til innholdet i henvisninger er det urealistisk å legge til grunn at det ikke vil foreligge behov for å innhente tilleggsinformasjon i en del tilfeller. Rettslig sett bør fristen derfor settes til for eksempel 20 dager slik at det blir en realistisk mulighet for å innhente nødvendig tilleggsinformasjon. Et alternativ er å tillate retur av for dårlige henvisninger på en slik måte at behovet for dialog kan ivaretas i forbindelse med returen.”

Fylkesmannen i Finnmark har gjennom tilsyns- og klagesaker sett at kvaliteten på vurderingene som blir gjort ofte ikke er god, og at pasienter derfor ikke får oppfylt sin rett til vurdering innen fristen. De uttaler at:

”gode vurderinger er svært viktig, nettopp fordi vurderingene skal legge grunnlaget for et videre forsvarlig og helhetlig pasientforløp. Hvis vurderingsfristen nå skal settes til 10 dager er Fylkesmannen i Finnmark bekymret for at det i praksis ikke vil være mulig å gjennomføre kvalitativt gode og forsvarlige vurderinger. (...) Vi synes derfor det er uheldig om en endring av lovteksten som er ment å styrke pasientens rettigheter, i realiteten kan gi en signaleffekt om at det ikke kan forventes kvalitativt gode vurderinger innen fristen. En mellomting mellom dagens lange vurderingsfrist og den foreslåtte 10-dagersfristen, ville etter vår mening være den som best sikret både forsvarlige og relativt raske vurderinger.”

Og *Fylkesmannen i Hordaland*:

”For henvisninger som er ”mangelfullt opplyst” og hvor spesialisthelsetjenesten må skaffe til veie flere opplysninger, kan ti dagers vurderingsfrist synes å være en kort tid. Vår bekymring er at en kort vurderingsfrist i seg selv kan føre til uberettigede avvísninger.”

Det er en del helseforetak som tar opp problemstillingen vedrørende viderehenvisning. Blant annet uttaler *Universitetssykehuset Nord-Norge HF*:

”Sekundærhenvisninger til regionsykehuset vil ofte bli vurdert av spesialister med særlig høy kompetanse på pasientens helsehjelp behov. Det synes derfor urimelig at UNN HF som sekundærsykehus skal følge de frister som allerede er satt av primærsykehus i tilfeller der ny informasjon/kunnskap gir grunnlag

for endring av frister. UNN HF mener derfor det er meget sterke argumenter for å foreslå en regelendring som innebærer at det kan settes ny frist i forbindelse med sekundærhenvisninger, basert på ny informasjon og medisinsk forsvarlighet. Det vil også sikre at alle pasienter som henvises universitetssykehuset, også der henvisningene kommer i form av sekundærhenvisninger, faktisk får en frist for når helsehjelpen ved universitetssykehuset skal starte.”

Og *Helse Nord RHF*:

”ber Helse- og omsorgsdepartementet om å gi sykehus høyere opp i behandlingsskjeden anledning til å sette ny frist etter sekundærhenvisning (henvisning fra annet sykehus), slik at prioriteringen kan skje etter en medisinsk forsvarlighet i forbindelse med ny vurdering.”

6.4.2 Plikten til å gi informasjon om tidspunkt for når utredning eller behandling skal starte

Det er en relativt bred støtte til forslaget i høringsnotatet om at spesialisthelsetjenesten plikter å gi informasjon om tidspunkt for når utredning eller behandling skal starte innenfor vurderingsfristen. Det er imidlertid ulike synspunkter på hvor konkret denne informasjonen bør være. Flere høringsinstanser mener at *alle* pasienter bør få en konkret dato. Blant annet uttaler *pasient- og brukerombudene* at:

”Ombudene mener at det må være teknisk og administrativt mulig å gi et konkret tidspunkt for innkalling til utredning, eventuelt behandling for alle pasienter som får en rett til helsetjenester. Dette vil være positivt med hensyn til forutsigbarheten for pasienten og det menneskelige aspektet i en livssituasjon som for mange kan være kritisk. Videre vil et slikt krav bidra til at de pasientadministrative systemene rundt innkalling blir bedret, noe ombudene ut fra erfaring ser nødvendigheten av.”

Og *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon*:

”FFO mener det er riktig å gi pasientene en tilbakemelding med dato og klokkeslett for utredning innen 10 dager, i stedet for 30 dager som nå. Dette vil etter FFOs syn styrke pasientens rettigheter.”

Ryggforeningen i Norge:

”Vi ser det som veldig viktig at pasienten får tilbakemelding så hurtig som mulig med en realistisk tidsangivelse av når og hvor utredning eller behandling kan starte og at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp.”

Andre høringsinstanser er mer åpne for at ikke alle pasienter nødvendigvis bør ha en konkret dato, men at alle pasienter skal få et tidspunkt. Blant annet uttaler *Norsk Sykepleierforbund*:

”mener det er viktig at spesialisthelsetjenesten ikke bare skal vurdere behovet for helsehjelp innen 10 dager, men også gi informasjon om tidspunktet for når utredning eller behandling skal starte. Detaljeringsgraden bør som hovedregel henge sammen med alvorlighetsgraden hos den enkelte pasient, og hensynet til helhet og forutsigbarhet i det videre pasientforløpet. (...) NSF er likevel skeptisk til en for detaljert lovregulering på dette punktet med krav om dato og klokkeslett. Det vil kunne være vanskelig for tjenestene å håndtere i praksis, noe som kan resultere i at timer flyttes flere ganger. Det vil kunne oppleves som mer belastende for pasientene enn å få et mindre detaljert tidspunkt for oppstart av behandling. På bakgrunn av dette vurderer NSF departementets forslag til lovtekst som tilstrekkelig.”

Noen høringsinstanser er tydelige på hvor grensen går for når pasienten skal få en konkret dato, dog med ulike synspunkter på hvor denne grensen skal gå. Blant annet uttaler *Helse Vest RHF* at:

”Helse Vest støtter framlegget om at pasientene skal få nøyaktig tidspunkt med dato og klokkeslett for første konsultasjon innan vurderingsfristen. Dette er ei målsetting Helse Vest har for alle pasientar, men meiner det ikkje bør vera eit krav om eksakt dato (time) lenger fram i tid enn maksimalt 3 månadar. Dette av omsyn til pasientane, planlegging og administrering av drifta. Etter dette tidspunktet bør det vist til veke/eventuelt måned for første konsultasjon.”

Og Sørlandet Sykehus HF:

”SSHF støtter derfor forslaget om ”direkte booking” med informasjon om tidspunkt innen 10 virkedager, dog avgrenset til pasienter som skal utredes/behandles innen 4 måneder. Pasienter som skal utredes/behandles senere enn

4 måneder etter mottatt henvisning, bør bare ha krav på informasjon om tentativt tidspunkt, med et intervall på inntil en måned.”

Vestre Viken HF mener at forslaget om at tidspunktet uansett ikke skal ha et større intervall enn en uke er for kort. De foreslår at:

”dette settes til et intervall på 1 måned. Et kortere intervall vil redusere fleksibiliteten i planleggingen ved sykehuset.”

Noen få høringsinstanser er imot forslaget om at alle pasienter skal få et tidspunkt for oppmøte innen vurderingsfristen. Blant annet uttaler *Oslo Universitetssykehus HF*:

”Helseforetakene må dessuten ha mulighet til å utnytte ledige timer som oppstår ved avbestilling eller utsettelse, og dette gjøres enklest dersom ikke alle pasienter alt har fått en time. På bakgrunn av dette støtter ikke Oslo universitetssykehus at alle pasienter skal få melding om et tidspunkt for oppstart helsehjelp innen vurderingsfristen.”

Og Helse Nord RHF:

”Det er viktig at pasienten så raskt som mulig får melding om time til oppmøte i spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid verken mulig eller nødvendigvis mest hensiktsmessig for tjenesten og pasienten å gi dette til alle pasienter innen vurderingsfristen, slik HOD foreslår. Spesielt utfordrende vil være å balansere planlagte behandlinger/operasjoner/kontroller mot den økningen av pasientgruppen som skal gis en frist, samtidig som nødvendig kapasitet til å ivareta behovet for øyeblikkelig hjelp sikres.”

Oslo kommune peker på at regelverket ikke må bli for detaljstyrt. De uttaler at:

”Det er imidlertid slik at retten til behandling i spesialisthelsetjenesten fremdeles er gjenstand for en kompleks og omfattende regulering, og det er Oslo kommunes vurdering at det er fare for at tjenesten blir så detaljstyrt at det som ikke er gjenstand for detaljregulering heller ikke oppfattes som en plikt og en rett. Det kan stilles spørsmål om det bør være nødvendig å lovregulere at pasienten skal få ”informasjon om tidspunkt for når utredning eller behandling skal starte”.”

6.5 Departementets vurderinger og forslag

6.5.1 Forkorte vurderingsfristen fra 30 til 10 virkedager

Vurderingsbestemmelsen er selve inngangsporten til spesialisthelsetjenesten. Alle pasienter som henvises til sykehus har rett til å bli vurdert, og få svar på om de vil få helsehjelp i spesialisthelsetjenesten eller ikke. For alle pasienter som henvises til et sykehus er det viktig å få tilbakemelding på et så tidlig tidspunkt som mulig om man har behov for og rett til spesialisthelsetjeneste, og eventuelt når man kan forvente å få slik helsehjelp.

I dag er det slik at reguleringen av vurderingsperioden kan sies å være innrettet som en pliktbestemmelse for sykehusene, og ikke som en rettighetsbestemmelse for pasienten. Dagens bestemmelse gir pasienten en rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager. Med andre ord gir bestemmelsen en plikt for sykehuset til å foreta en slik vurdering innen 30 virkedager.

Det som er viktig for en pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten er å få vite om han eller hun får helsehjelp, og eventuelt når vedkommende skal møte opp på sykehuset for utredning eller behandling. For å vurdere om pasienten har et behov og for å gi et tidspunkt for oppstart av helsehjelpen, må sykehuset nødvendigvis vurdere henvisningen. Bestemmelsen bør derfor heller regulere hvilken informasjon pasienten skal få, enn hva sykehusene rent faktisk skal gjøre for å ivareta dette informasjonsbehovet til pasientene. En slik innretning vil gjøre bestemmelsen mer forståelig for pasientene, og enklere å praktisere for helsepersonell. Få høringsinstanser har uttalt seg om selve innretningen på vurderingsbestemmelsen, og departementet vil derfor opprettholde forslaget om å endre innretningen på bestemmelsen.

Et stort flertall av høringsinstansene støtter forslaget om å forkorte vurderingsfristen fra 30 til 10 virkedager. De fleste fremhever at dette er et tiltak som vil gi bedre pasientrettigheter, og et krav som er i samsvar med dagens praksis. Det er slik i dag at 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.

Enkelte høringsinstanser mener imidlertid at ved å forkorte vurderingsfristen samtidig som det tydeliggjøres at vurderingen skal baseres på hen-

visningen, i realiteten vil svekke pasientrettighetene. Det argumenteres med at å forkorte vurderingsfristen vil føre til at flere pasienter får rett til frist for utredning istedenfor rett til frist til behandling, og at dette innebærer en svekkelse av pasientrettighetene. Denne problemstillingen omtales under punkt 7.5.4 hvor fristbestemmelsen blir vurdert.

Andre høringsinstanser tar opp problemstillingen vedrørende kvaliteten på henvisningene, og uttrykker en bekymring for at dårlige henvisninger kan gjøre det vanskelig å overholde en forkortet vurderingsfrist på 10 virkedager.

Det er avgjørende at kvaliteten på henvisningene er god, slik at sykehusene blir satt i stand til å gjøre en vurdering av pasienten innen vurderingsfristen. Jo kortere vurderingsfrist, jo viktigere er det at henvisningene er gode og inneholder de opplysninger som sykehuset trenger for å foreta en forsvarlig vurdering av pasienten.

Gode henvisninger er ikke bare viktig for å kunne vurdere pasienten tidlig, men det er også avgjørende for å komme i gang med et godt og forsvarlig pasientforløp. Dårlige henvisninger medfører at sykehusene må gjøre den jobben som den henvisende instansen skulle ha gjort. Det er dårlig utnyttelse av de totale ressursene i helse- og omsorgssektoren, og det er pasientene som blir den tapende part. I dag er det nok slik at for at pasientene ikke skal tape på dårlige henvisninger tar sykehuset jobben med å innhente tilleggsopplysninger. Dagens vurderingsbestemmelse legger også opp til at sykehuset skal gjøre dette dersom det er nødvendig. Det er imidlertid et spørsmål om dette er en riktig ressursbruk, som gir gode prioriteringer og gode pasientforløp.

Det er noen få høringsinstanser som er negative til å forkorte vurderingsfristen. De trekker blant annet frem at når fristen forkortes blir det vanskeligere å innhente tilleggsopplysninger. Noen høringsinstanser ser det også som negativt at spesialisthelsetjenesten ikke skal klarlegge "helsetilstanden" til pasienten innen vurderingsfristen, men kun vurdere henvisningen. Til det sistnevnte vil departementet først påpeke at tallene referert ovenfor tyder på at spesialisthelsetjenesten i dag som hovedregel bruker henvisningen for å ta stilling til om pasienten skal ha helsehjelp og hvilken frist som er forsvarlig. Dersom alle pasienter skal være nærmest ferdig utredet innen vurderingsfristen slik dagens bestemmelse i utgangspunktet legger opp til, ville det gi en betydelig prioriteringsvridning. Det vil innebære at pasienter i utgangspunktet skal prioriteres likt i vurderingsperioden. Det vil trolig også innebære

en endret utnyttelse av ressursene i spesialisthelsetjenesten, til ulempe for de alvorligst syke pasientene.

God prioritering innebærer at de pasientene som har de alvorligste tilstandene som haster mest, skal prioriteres først. Et regelverk som innebærer at alle pasienters helsetilstand skal utredes innen en gitt vurderingsperiode, vil kunne medføre at en uforholdsmessig stor andel av ressursene brukes til dette istedenfor til behandling og utredning av de mest alvorlig syke. Regelverket skal understøtte gode prioriteringer og gode pasientforløp, og ikke føre til mer byråkrati eller være til hinder for god planlegging i sykehusene. Det er også et naturlig spørsmål om det er mulig å utrede alle pasienters helsetilstand innen 30 virkedager. I mange tilfeller vil jo nettopp det å utrede pasientens tilstand være en helt sentral del av pasientforløpet.

Når det gjelder behovet for å innhente tilleggsopplysninger, deler departementet Spekter sitt syn på dette spørsmålet. Istedenfor å sette lange tidsrammer for vurderingsfristen for å ta høyde for dårlige henvisninger, og dermed gi større rom for å innhente tilleggsopplysninger, må det heller stilles krav til henvisningers kvalitet. Det er ikke en god løsning at sykehusene skal bruke dyrebar tid på å innhente opplysninger, opplysninger som sykehuset burde ha fått allerede ved henvisning. Det er viktig å komme tidlig i gang med pasientforløpet. Løsningen må derfor heller være at kvaliteten på henvisningene forbedres slik at sykehusene slipper å bruke tid på å innhente tilleggsopplysninger. På den måten sikres spesialisthelsetjenesten grunnlaget for å foreta forsvarlige vurderinger av pasientene, og det bidrar til en riktigere arbeidsfordeling i helse- og omsorgstjenesten. Departementet vil igangsette et arbeid for å forbedre kvaliteten på henvisningene. Dette omtales nærmere i kapittel 9.

På denne bakgrunn opprettholder departementet forslaget fra høringsnotatet om å forkorte vurderingstiden fra 30 til 10 virkedager. Forslaget innebærer at vurderingen skal basere seg på henvisningen. Det betyr imidlertid ikke at alle pasienter skal få en frist til utredning. I de tilfellene hvor henvisningen sannsynliggjør hva slags behandlingsløp pasienten bør ha, skal pasienten få en juridiske bindende frist for når behandling senest skal starte. Dette skal med andre ord gjøres på samme måte som i dag, og forslaget åpner ikke for en endring på dette punktet. Problemstillingen er nærmere omtalt under punkt 7.5.4.

Videre vil departementet understreke at forslaget ikke er til hinder for at sykehusene tar kon-

takt med henvisende instans for tilleggsopplysninger dersom det faktisk er et behov for dette. Det er likevel et mål at henvisningene skal være så utfyllende og gode, at det ikke er et behov for å innhente slike tilleggsopplysninger. Det sentrale er at pasienten så tidlig som mulig skal få beskjed om han eller hun skal behandles i spesialisthelsetjenesten, og når dette pasientforløpet skal starte.

Når det gjelder problemstillingen vedrørende viderehenvisninger ser departementet at det kan være vanskelig å oppfylle vurderingsfristen, særlig dersom fristen forkortes. Likevel mener departementet at dette må løses gjennom gode rutiner innad og mellom helseforetakene, istedenfor at pasienten skal få en lengre frist å forholde seg til. At vurderingsfristen begynner å løpe ved første mottak ble presisert av departementet i felles foretaksmøte med de regionale helseforetakene den 30.01.13. Der ble det presisert at første mottaksdato av henvisning for en og samme lidelse/tilstand i spesialisthelsetjenesten vil være pasientens ansiennitetsdato ved henvisning videre i samme pasient-/henvisningsforløp til andre avdelinger, sykehus eller foretak, og skal følge pasienten gjennom hele pasientforløpet. En intern henvisning innad i spesialisthelsetjenesten skal følge ikke rettighetsvurderes på nytt.

6.5.2 Plikten til å gi informasjon om tidspunkt for når utredning eller behandling skal starte

Det er viktig for pasienten å få vite om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, men det er også viktig for pasienten å få informasjon om når man kan forvente å få denne helsehjelpen. Spesialisthelsetjenesten bør derfor allerede på henvisningstidspunktet vurdere når det er mulig å ta inn pasienten for utredning eller behandling, og informere pasienten om dette.

De fleste høringsinstansene synes å være enige om at det bør gis informasjon om oppmøtetidspunkt til alle pasienter. Høringsinstansene er imidlertid uenige om hvor konkret denne informasjonen bør være.

Noen høringsinstanser er av den oppfatning at det bør være mulig å gi en konkret time til alle pasienter innenfor vurderingsfristen. Disse fremhever viktigheten av tidlig å få vite oppmøtetidspunkt og uttaler at dette vil styrke pasientrettighetene. Andre høringsinstanser er mer åpne for at ikke nødvendigvis alle pasienter bør ha en konkret time innen vurderingsfristen, men få et tidspunkt som har et større tidsintervall. Det pekes på

at hvor konkret tidspunktet bør være, må ses i sammenheng med alvorlighets- og hastegraden.

En del helseforetak uttaler at 3-4 måneder er en normal planleggingshorisont for sykehusene, og at det vil være mulig å gi time til pasientene innenfor disse fristene. Noen mener også at tidsintervallet på en uke som departementet foreslo som et maksimalt tidsintervall for alle pasienter, bør utvides til en måned.

Departementet er av den oppfatning at utgangspunktet må være at der det er mulig, bør informasjonen være så konkret at pasienten får vite hvilken dato og hvilket klokkeslett pasienten skal møte opp for utredning eller behandling. Det vil si en time for når pasienten skal møte på sykehuset. Spørsmålet er følgelig mer hva som er mulig å få til, enn hva som er ønskelig. Alle høringsinstansene ser ut til å dele departementets vurdering av hva som må være målet, nemlig å gi pasientene mest mulig konkret informasjon på et så tidlig tidspunkt som mulig.

Det vil imidlertid være nødvendig å forbedre sykehusenes planleggingsverktøy og interne rutiner, for å gjøre det mulig å gi så nøyaktig dato som mulig til pasientene. Arbeidet med å forbedre planleggingsverktøy og pasientadministrative systemer omtales nærmere i kapittel 9 om økonomiske og administrative konsekvenser. Dette er et helt avgjørende arbeid for å få forslaget til å funge etter sin hensikt.

På bakgrunn av høringsinnspillene, er departementet etter en helhetsvurdering kommet til at det bør være et mål at alle som har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten med frist innen fire måneder bør få en konkret dato og klokkeslett (time). Det innebærer at de som får en frist som er lenger enn fire måneder, likevel skal gis et tidspunkt, men dette behøver ikke være en time.

Departementet mener at tidsangivelsen i de tilfellene pasienten ikke gis en dato og klokkeslett bør fastsettes slik at den viser til et fremtidig tidsintervall som ikke strekker seg ut over en uke. Lovbestemmelsen vil altså i utgangspunktet ikke åpne for at tidspunktet som gis til pasienten kan ha et større tidsintervall enn dette. På sikt bør det imidlertid arbeides mot et mål om at alle pasienter skal få en dato og et klokkeslett for oppmøte i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av frist for når helsehjelp senest skal starte. Departementet foreslår derfor en hjemmel som innebærer at det kan gis nærmere bestemmelser om hvor konkret dette tidspunktet skal forstås. Det gir departementet muligheten til å stille strengere krav når planleggingsverktøy og pasientadministrative syste-

mer er utviklet slik at dette lar seg gjennomføre i praksis.

Departementet vil understreke at det tidspunktet for oppmøte som skal gis pasienten, 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 vurderingsbestemmelsen, må ikke forveksles med den *juridiske fristen* for når helsehjelp senest skal gis, jf. rettighetsbestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd. Det ene er et praktisk tidspunkt for oppmøte, som gir bedre forutsigbarhet for alle involverte, mens det andre er en juridisk frist basert på blant annet hva som anses som helsefaglig forsvarlig. Det sentrale er at timen eller "tidspunktet" som gis pasienten skal være innenfor den juridiske fristen for når helsehjelp senest skal være startet.

Selv om tidspunktet som gis til pasienten ikke er rettslig bindende, skal tidspunktet være reelt. Det vil si at spesialisthelsetjenesten må vurdere om den faktisk har kapasitet til å ta imot pasienten i det aktuelle tidsrommet. Spesialisthelsetjenesten må vurdere kapasiteten før tidspunktet formidles til pasienten. Det er ikke anledning til å gi pasienten en time, for eksempel 3 måneder frem i tid, uten at man har vurdert det som sannsynlig at det vil være ledig kapasitet til å ta i mot pasienten på dette tidspunktet. De 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 behov for å endre tidspunktet som tidligere er gitt pasienten, for eksempel pga. sykdom blant helsepersonellet. Det kan også tenkes at pasientens tilstand forverres, og at det derfor er nødvendig å gi et tidligere tidspunkt enn hva som er formidlet til pasienten. Dersom det oppstår et behov for å endre tidspunktet, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart gi pasienten et nytt tidspunkt. Tidspunktet skal aldri være senere enn den juridiske fristen for når helsehjelp senest skal gis. Denne problemstillingen er nærmere omtalt under punkt 7.5.5.

Det sentrale med forslaget er at pasienten alltid skal ha et tidspunkt for oppmøte å forholde seg til. Pasienten skal få denne informasjonen innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt. Departementet er av den oppfatning at dette forslaget vil forsterke pasientrettighetene betydelig, ved at det vil gi viktig informasjon til og forutsigbarhet for pasientene på et tidlig tidspunkt i pasientforløpet.

7 Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

7.1 Innledning

Vurderingsbestemmelsen gir rett til å bli vurdert innenfor en viss tid. Bestemmelsen om rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste er den som skal sikre at pasienten får helsehjelp innen forsvarlig tid etter at man er vurdert til å ha behov for spesialisthelsetjeneste. Med andre ord gir vurderingsbestemmelsen pasienten "inngangsbilletten" til spesialisthelsetjenesten, mens rettighetsbestemmelsen gir pasienten "garantien" for at helsehjelp faktisk ytes innen en individuell fastsatt frist.

Sammen med forsvarlighetskravet gir bestemmelsene pasienten rett til et forsvarlig pasientforløp. Spesialisthelsetjenesten kan verken vente uforsvarlig lenge med å vurdere om en pasient har behov for helsehjelp, eller la pasienten vente uforsvarlig lenge på oppstart av et forsvarlig pasientforløp. Spesialisthelsetjenesten skal vurdere alle pasienter som henvises til dem og gi alle pasienter som har behov for det, helsehjelp innen forsvarlig tid. Og selv om det ikke er fastsatt frister for det videre pasientforløpet, følger det av forsvarlighetskravet at alle pasienter skal ha et forsvarlig pasientforløp.

7.2 Gjeldende rett

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 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 orga-

niseringen 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. Vilårene 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 vilkårene må være oppfylt for at pasienten skal ha rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste. Det første vilkåret 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 vilkåret 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 omfat-

ter 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. Vilrårene 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.

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 helsefaglig 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 helse-tilstanden har forverret seg, vil det følge av kravet til forsvarlig helsetjeneste i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 at pasienten skal ha helsehjelp på et tidligere tidspunkt.

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 helsefaglig forsvarlighetsvurdering basert på de opplysningene om pasientens helsetilstand som forelå innenfor 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 pasientforløp. 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 vurderingsfris-

ten (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 tilbud uten opphold.

Dersom den fastsatte fristen ikke kan oppfylles innenfor helseforetaket, plikter spesialisthelsetjenesten å skaffe pasienten et annet tilbud 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 kon-

takt 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 utredningen 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.

7.3 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å oppheve skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter. Forslaget innebar 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.

Videre foreslo departementet at spesialisthelsetjenesten skal kontakte HELFO dersom den ser at den ikke er i stand til å oppfylle den juridiske fristen for når helsehjelp senest skal gis.

7.4 Høringsinstansenes syn

7.4.1 Forslag om å oppheve skillet mellom rettighetspasienter og pasienter med behov for spesialisthelsetjeneste

De aller fleste høringsinstansene er positive til forslaget om å oppheve skillet mellom rettighetspasienter og pasienter med behov for spesialisthelsetjeneste. Blant annet uttaler *Helsedirektoratet* at de:

”støtter forslaget om å fjerne skillet mellom pasienter med og uten rett til spesialisthelsetjenester. Det vil være en forenkling som vil ha flere positive konsekvenser.”

Og *Helse Bergen HF*:

”støtter oppheving av skillet mellom de som etter dagens regler har rett til nødvendig helsehjelp (rettighetspasienter) og de som har behov for spesialisthelsetjeneste, men ikke rett til nødvendighet helsehjelp.”

Helse Sør-Øst RHF påpeker at det er viktig at det arbeides med prioriteringsveilederne og uttaler at de:

”støtter forenklingen av regelverket som opphevelsen av skillet mellom pasienter med og uten rett innebærer, samt styrkede rettigheter til pasienter som i dag ikke får en juridisk bindende frist. (...) Den nye rettighetspasientgruppen vil omfatte pasienter med mindre alvorlige tilstander enn de som i dag får rett, og som ut fra faglig forsvarlighet alene vil kunne vente lenge. Dette vil blant annet kreve en tydeligere prioritering av hvem som skal gis et tilbud innen spesialisthelsetjenesten og gjennomarbeide nasjonale prioriteringsveiledere for å sikre likebehandling.”

Helse Finnmark HF viser til at:

”man i perioder har hatt kortere ventetid for pasienter som ikke har hatt rett enn for dem med rett til helsehjelp innen en klinikk. HF støtter derved opphevelsen av dette vanskelige juridiske skillet.”

Helse Sør-Øst RHF – Brukerutvalget er positive til å oppheve skillet, men gir uttrykk for en bekymring for flere pasienter kan bli avvist. Det uttaler at:

”Brukerutvalget mener derfor det er en fordel at skillet mellom disse pasientgruppene forsvinner og støtter forslaget om å oppheve skillet. I dag har pasientgruppen med behov for helsehjelp (de som ikke har rett til det) så å si ingen konkrete holdepunkter for når og om de en gang får behandling. Enkelte av disse har måttet vente i flere år på behandling fordi rettighetspasientene har forrang. Brukerutvalget vil imidlertid advare mot at en opphevelse av skillet kan medføre at terskelen for å få behandling heves idet ”sekkegruppen” de som har behov for behandling bortfaller og alle i praksis blir rettighetspasienter. Det er en fare for at flere henvisninger enn tidligere blir avvist idet flere oppnår konkrete målbare rettigheter enn tidligere.”

Blant de høringsinstansene som er interesseorganisasjoner eller i kontakt med pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten, er et flertall positive til å oppheve skillet. Blant annet uttaler *pasient- og brukerombudene* at de:

”er positive til forslaget om å oppheve skillet mellom rett til og behovet for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Ombudene er enige med departementet om en analog lovgivning i spesi-

alisthelsetjenesten med det man finner i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. (...) Vi vil påpeke at en slik ordning skjerper kravet til bruk av faglige veiledere og retningslinjer, og kan bidra til at pasienter som har behov for spesialisthelsetjenester ikke blir avvist av kapasitetshensyn og må gå kompliserte klagerunder for å få nødvendig helsehjelp.”

Og *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)*:

”Nå gjøres det et skille mellom de som har juridisk rett til undersøkelse og behandling innen en tidsfrist, og de som har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. FFO mener dette er lite hensiktsmessig. I og med at det er ulik praksis både mellom regionene og mellom helseforetakene innad i samme region, er det etter FFOs oppfatning ikke til pasientens beste å opprettholde et slikt uforutsigbart og tilfeldig rettighetssystem.”

Norsk Revmatikerforbund:

”støtter forslaget om å oppheve skillet mellom rettighetspasienter og pasienter med behov for spesialisthelsetjeneste.”

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL):

”støtter at alle med behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten gis en individuell rett til helsehjelp. Vi forutsetter at det utvikles gode prioriteringsverktøy.”

RIO - rusmisbrukernes interesseorganisasjon:

”støtter det tredje forslaget om å oppheve skillet mellom pasienter med og uten rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste. Vår erfaring er at dagens skille mellom pasienter med og uten rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste kun er forvirrende, og skaper unødvendig mye rot for en gruppe pasienter som i utgangspunktet finner helselovgivningen forvirrende.”

Norges kvinne- og familieforbund:

”Vi opplever i dag at vi har et todelt offentlig helsevesen; de pasientene med en rettighet/garanti for prioritering og de andre pasientene. Dette var et spørsmål som vi tok opp i møte med departementet i april 2012. Vi er naturligvis svært glade for at dette skille nå foreslås

opphevet med tanke på rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste.

Gatejuristen:

”Gatejuristen støtter departementets forslag om å oppheve skillet mellom pasienter med og uten rett til nødvendig helsetjenester. Slik skillet er i dag, skapes det unødvendig forvirring for både helsepersonell og pasienter – som er de som til daglig berøres av regelverket.”

Det er flere høringsinstanser som er opptatt av at de alvorligste syke ikke må bli nedprioritert som følge av forslaget om å oppheve skillet. Blant annet uttaler *Norsk Sykepleierforbund* at de:

”støtter departementets forslag om å oppheve dagens juridiske skille mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter, forutsatt at dette ikke fører til at alvorlig syke pasienter blir nedprioritert. Prioriteringene må baseres på alvorlighets- og hastegrad i tråd med prioriteringsforskriften. Prioriteringsveilederne er en viktig beslutningsstøtte for å sikre gode og riktige prioriteringer. Det bør utarbeides slike på områder der dette mangler.”

Det er imidlertid noen høringsinstanser som er skeptiske til at skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter oppheves. Blant annet uttaler *Helse Midt-Norge HF* at de:

”er skeptisk til å endre loven slik at alle pasienter som skal inn i spesialisthelsetjenesten gis rett til helsehjelp. Det innebærer en svekkelse av alvorlighet som det viktigste kriteriet for prioritering. Alvorlige og mindre alvorlige tilstander vil kun differensieres gjennom hastegrad. Den nåværende gruppeinndelingen gir pasienter med alvorlige tilstander en sterkere rettighet enn pasienter med mindre alvorlige lidelser. Det gir en mulighet for å overvåke at alvorlige tilstander prioriteres foran mindre alvorlige. Denne muligheten faller bort ved det foreliggende forslag til lovendring.”

Også *Legeforeningen* er skeptiske og påpeker en del utfordringer ved å oppheve skillet:

”Vi ser at disse forslagene kan bidra til en forenkling i behandlingen av henviste pasienter. Samtidig er det nødvendig å peke på de utfordringer som oppstår ved at alle pasienter med behov for spesialisthelsetjenester blir ”rettig-

hetspasienter”. Forslaget vil kunne føre til at man får en stor pasientgruppe som ikke har ”hastelidelser”, og som det er vanskelig å prioritere. Det er en utfordring å sette en juridisk frist for pasienter som ikke har en alvorlig tilstand, og som i dag ville blitt vurdert til å ha nytte av, men ikke rett til spesialisthelsetjeneste. Endringen kan bety at flere av disse får avslag og det vil anses som uheldig å ha en stor gruppe langtidsventende pasienter. Dagens ordning bidrar til at de sykeste får behandling først, uten at man av den grunn risikerer fristbrudd for de ”mindre syke”. Legeforeningen er i tvil om denne ordningen vil understøtte riktige prioriteringer og at de som har behov for rask oppfølging prioriteres først.”

Statens helsetilsyn er av den oppfatning at å fjerne skillet kan ha en god del for seg, men påpeker at:

”Lovendringene, med fjerning av dagens skille mellom rett til tjenester og behov for tjenester, kan også føre til at pasienter med mindre alvorlige lidelser prioriteres på bekostning av pasienter med mer omfattende lidelser.(...) For å unngå at lovendringen fører til at pasienter, som kan og bør vente lengre enn andre, ikke prioriteres fram i køen uten medisinsk begrunnelse, må ledelsen til enhver tid ha oversikt over alle pasientforløpene og sikre planlagt prioritering og total bruk av ressurser (personell og utstyr). (...) Etter Helsetilsynets vurdering er det usikkert om man ved å gi alle med behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, rett til helsehjelp, løser de prioriteringsmessige og faglige utfordringene.”

Noen høringsinstanser er negative til forslaget om å oppheve skillet. Hovedinnvendingen synes å være at ved å oppheve skillet vil man miste et viktig prioriteringsverktøy. Blant annet *Sørlandet sykehus HF* uttaler:

”støtter ikke forslaget om å oppheve skillet mellom pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp. Vi mener det er viktig å opprettholde skillet da denne måten å ordne køen på i større grad enn foreslåtte løsning bidrar til å sikre at de pasientene som trenger raskest utredning/behandling prioriteres.”

Og *Helse Nord-Trøndelag HF*:

”Helse Nord-Trøndelag HF mener en opphevelse av skillet mellom pasienter med og uten

rett til nødvendig helsehjelp, vil være en svekkelse av alvorlighet som viktigste kriterium for prioritering. Det vil bare være prioriteringskriteriet hastegrad som skiller. Med dette forslaget vil hovedspørsmålet internt i HF bli hvordan få til en forsvarlig ordning av køen av pasienter som etter loven har lik prioritet.”

7.4.2 Utforming av felles rettighetsbestemmelse

Det er få høringsinstanser som uttaler seg direkte om utformingen av en felles rettighetsbestemmelse. De fleste ser imidlertid ut til å dele departementets forslag om å videreføre dagens rettslige standard også når man opphever skillet mellom rettighetspasienter og pasienter som har behov for spesialisthelsetjeneste. *Advokatforeningen* har imidlertid innspill til utformingen av rettighetsbestemmelsen og uttaler at:

”Vi er som nevnt positive til en styrking av pasientrettighetene, og ser at flere pasienter vil få en forsterket rettsstilling etter forslaget ved at alle blir ”rettighetspasienter”. Det anmerkes imidlertid at denne utvidelsen ikke fremgår tydelig i forslagets § 2-1 b andre ledd, ved at begrepet ”nødvendig helsehjelp” videreføres. Dette anvendes i dag, sammen med de øvrige vilkårene i loven og prioriteringsforskriften, til å avgrense hvilke pasienter som gis rettighetsstatus. Det må fremgå tydeligere hva som anses som ”nødvendig helsehjelp” etter ny rettstilstand, til forskjell fra dagens rettstilstand. Slik forslaget er lagt opp skal begrepet nå omfatte langt flere pasienter enn før, noe som vil være en utvidelse i forhold til dagens rettstilstand etter lov, forskrift og fortolkning i prioriteringsveilederne. Det kan være hensiktsmessig at det samme begrepet ikke benyttes til en ny rettslig situasjon, men at utvidelsen kommer klart frem i lov og forskrift.”

7.4.3 Retten til individuell fastsatt frist for når helsehjelp senest skal sette i gang

En del høringsinstanser mener det vil være vanskelig å sette frist for når helsehjelp senest skal gis for den nye rettighetspasientgruppen. Det argumenteres med at for en del av disse pasientene vil det kunne innebære svært lange frister, og flere ber departementet vurdere å foreslå en mak-

simalfrist. Blant annet uttaler *Oslo universitetssykehus HF* at de:

”etterlyser en vurdering fra departementet på hvilke kriterier som skal brukes for å fastsette en frist for slike pasientgrupper. En mulig løsning er at departementet vurderer hvorvidt det er hensiktsmessig om det er en maksimal frist når pasienter i spesialisthelsetjenesten senest skal ha start helsehjelp.”

Og *Helse Vest RHF*:

”I den sammenheng ber Helse Vest departementet vurdere om det bør være ei ”maksimal yttergrense” for kor lenge ein pasient med rett på spesialisthelseteneste må vente for å få helsehjelp. Helse Vest tilrår at det blir sett ein maksimumsfrist på eit år, men at føretaka har moglegheit for i nokre tilfelle å gå noko ut over denne maksimumsfristen om omsyn til pasient tilseier det.”

Spekter:

”Endringen vil utvilsomt definere en gruppe pasienter med rett, men med lang ventetid. Det bør vurderes hvordan en ”rettighet” med ventetider som måles i år og ikke måneder, oppfattes av brukerne. Slik forslaget foreligger, er det uklart om det skal fastlegges en maksimalfrist. Dette må det tas stilling til, fordi man i høringsnotatet presiserer 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.”

Som nevnt under punkt 6.4.1 er det også en del høringsinstanser som mener at en forkortet vurderingsfrist vil medføre at flere pasienter enn i dag vil få rett til utredning istedenfor rett til behandling. Departementet har i høringsnotatet ikke foreslått endringer i selve fristbestemmelsen. Det gis imidlertid uttrykk for at ved å forkorte vurderingsfristen vil flere pasienter få rett til frist til utredning istedenfor rett til frist til behandling, og at dette innebærer en svekkelse av pasientrettighetene. Flere av disse høringsinstansene ber departementet om å vurdere å foreslå rett til frist til behandling for alle pasienter for å motvirke denne utviklingen.

7.4.4 Spesialisthelsetjenestens plikt til å sikre pasientene helsehjelp

Det er bred støtte i høringen til departementets forslag om å tydeliggjøre spesialisthelsetjenestens plikt til å sikre pasientene helsehjelp. Blant annet uttaler FFO at de er:

”svært fornøyd med at regjeringen foreslår at helseforetakene får en plikt til å varsle HELFO om fristbrudd. Siden dette er et forslag som FFO har fremmet i mange sammenhenger, er vi glad for at departementet foreslår dette nå.”

Og LHL uttaler at de:

”har lenge ment spesialisthelsetjenesten må ha ansvaret for å skaffe pasienten behandling innen den rettighetsfristen som er satt, herunder ta kontakt med HELFO. Det er derfor svært positivt at spesialisthelsetjenesten blir pålagt å ta kontakt med HELFO.”

Norsk epilepsiforbund:

”Mange mennesker med epilepsi kjenner ikke sine rettigheter om oppstartsfrist på 4 uker, eller muligheten for å kontakte HELFO ved fristbrudd. Epilepsi er også en sykdom som kan føre til kognitive utfordringer for den enkelte, og dermed gjøre at det er ekstra vanskelig for pasienten selv å påse at helsehjelpen kommer til forsvarlig tid. Det er derfor positivt at helseforetaket selv må kontakte HELFO når det er fare for fristbrudd.”

Det er en del høringsinstanser som er opptatt av pasienten fortsatt skal kunne kontakte HELFO også på egen hånd. Blant annet uttaler *Helsedirektoratet* at:

”Hvis spesialisthelsetjenesten får ansvaret for å kontakte HELFO, får den et sterkere incentiv enn i dag til å unngå fristbrudd. Men hvis det viser seg at fristbrudd likevel ikke er til å unngå, er det viktig at rutinene/prosessene frem til en slik melding til HELFO er tydelig nok til at spesialisthelsetjenesten faktisk tar kontakt. Det er viktig at pasientene også har et ord med i laget. Direktoratet mener pasienten fortsatt bør kunne kontakte HELFO ved fristbrudd, på samme måte som i dag. Dette vil

styrke pasientenes rettssikkerhet ytterligere, og hindre at pasienter faller ut av systemet.”

Og *Helse Sør-Øst RHF – Brukerutvalget* uttaler at de:

”vil imidlertid presisere at selv om ansvaret for å varsle overføres til helseforetaket, så må det fortsatt presiseres i loven at pasienten selv også har en rett til selv å foreta varslingen. I noen tilfeller kan det være slik at helseforetaket ikke overholder sin varslingsplikt. Da er det viktig at det eksisterer en sikkerhetsventil for å sikre pasienten rask behandling.”

Det er noen få høringsinstanser som er skeptiske eller negative til departementets forslag. Hovedinnvendingen er at forslaget kan eller vil føre til økt byråkrati. Blant annet uttaler *Legeforeningen* at de:

”finner grunn til å reise spørsmål ved om den nye ordningen vil innebære en styrking eller svekkelse av ordningen. I beste fall vil spesialisthelsetjenesten ta større ansvar for å gi et tilbud i tide. I verste fall vil det kreve betydelige administrative ressurser i spesialisthelsetjenesten, uten at pasienten raskere får et tilbud de ønsker å benytte seg av.”

Og *Psykologforeningen*:

”det er naivt å ikke tro at når sykehusene selv er ansvarlig for HELFO formidling, vil det føre til mer press og kreative løsninger for å unngå fristbrudd. Utover en bekymring for medlemmenes arbeidsplass er det grunn til å tro at konsekvensene er uforenlig med god kvalitet og pasientsikkerhet.”

St. Olavs hospital HF påpeker blant annet at deres erfaring er at få ønsker å bytte behandlingssted. De uttaler at:

”En bør ikke sette i gang et stort byråkrati og gi tilbud om annet behandlingssted før en vet at pasienten selv er interessert i dette. (...) En del fristbrudd skyldes at pasienten skal inn til en eller flere leger eller team med spesiell kompetanse. Det er ikke alltid enkelt å viderefølge slike pasienter til andre fordi det handler om at pasienten skal følges opp av disse legene eller teamet over tid i et definert forløp.”

7.4.5 Særlig om forholdet til avtalespesialister

Avtalespesialister, det vil si lege- eller psykologspesialister med driftsavtale med et regionalt helseforetak, har i dag ikke anledning til å tildele pasient- og brukerrettigheter. Det er flere høringsinstanser som stiller spørsmålsteget ved bruken av begrepet "spesialisthelsetjeneste" i høringsnotatet, og om departementet har ment at avtalespesialistene skal være omfattet av de endringer som foreslås. Blant annet uttaler *Helse Bergen HF* at:

"Begrepet spesialisthelsetjeneste blir i noen sammenhenger også brukt om private spesialister som har driftsavtale med et regionalt helseforetak. Disse har i dag ikke ansvar for å vurdere og prioritere henvisningene etter reglene i loven kap. 2. Dersom det ikke er meningen å endre på dette, bør det i så fall fremgå at denne del av tjenesten er unntatt."

Og *Helse Sør-Øst RHF* uttaler at:

"da "spesialisthelsetjenesten" er et videre begrep enn sykehus, vil den foreslåtte ordlyden i forslaget til pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-2 og 2-1b kunne tolkes slik at også avtalespesialister og private institusjoner Helse Sør-Øst inngår avtale med nå skal få vurderingskompetanse (rett og plikt til å fastsette juridiske frister). Spørsmålet er ikke omtalt i høringsnotatet og det bør presiseres hva departementet her har ment."

Legeforeningen mener at det vil være naturlig å drøfte et tydeligere ansvar for avtalespesialistene i forhold til prioritering av pasienter i forbindelse med videreutviklingen av regelverket. De uttaler at:

"Når regelverket endres til at alle som er i behov for spesialisthelsetjenester skal bli rettighetspasienter er det naturlig å se på avtalespesialistens rolle i den totale prioriteringen. Legeforeningen ønsker å bidra til en hensiktsmessig løsning på dette, og ser samtidig visse utfordringer. For det første ville det være umulig å gjøre avtalespesialister økonomisk ansvarlige for eventuelle fristbrudd, slik at de må betale for utredning og behandling ved andre institusjoner. Videre vil det i solopraksiser, og i mindre gruppepraksiser kunne oppstå problemer med å gjennomføre en vurdering innen 10-

dagers fristen, da særlig ved fravær. Her må det lages systemer som sikrer at de henvisende legene kan få beskjed om når en avtalespesialist har fravær som kan påvirke vurderingsfristen. Dette må kunne gjøres elektronisk, og blir forhåpentligvis snart en tilgjengelig funksjon i det elektroniske meldingssystemet. Det bør også innen de ulike spesialitetene gjøres avklaringer av til hvilket nivå i spesialisthelsetjenesten pasienter med ulike problemstillinger skal henvises."

Også *pasient- og brukerombudene* påpeker at det er utfordringer knyttet til avtalespesialister og tildeeling av rettigheter. De uttaler at de:

"mener at privatpraktiserende spesialister må pålegges å foreta rettighetsvurdering med tilhørende fristfastsettelse på samme måte som den øvrige spesialisthelsetjenesten. Dagens lovgivning har ført til at pasienter har ulike rettigheter avhengig av hvor i spesialisthelsetjenesten de henvises. De private spesialistene har ikke vurderingsplikt og kan ikke sette en frist som er juridisk bindende for helseforetaket. Situasjonen er forvirrende både for henviser og pasient når den virksomhet det sendes henvisning til, kan tilby time direkte uten å foreta noen vurdering av nødvendigheten av helsehjelpen. Det er behov for en opprydding og presisering. Ombudene har i årsmeldinger pekt på problemet. Vi mener det nåværende regelverk er unødig komplisert og bidrar til manglende forutsigbarhet i pasientforløp."

7.5 Departementets vurderinger og forslag

7.5.1 Forslag om å oppheve skillet mellom rettighetspasienter og pasienter med behov for spesialisthelsetjeneste

Høringsinstansene gir bred støtte til departementets forslag om å oppheve det rettslige skillet mellom rettighetspasienter og pasienter med behov for spesialisthelsetjeneste. De fleste høringsinstansene deler departementets oppfatning om at skillet er vanskelig både i juridisk og medisinsk forstand.

Skillet kan være spesielt 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 helsefaglig 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, er det 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. De færreste av pasientene har tilstrekkelig helsefaglig kompetanse til selv å etterprøve vurderingen. Dermed blir det også vanskelig å vite hvilket handlingsalternativ man skal velge.

På den annen side kan det argumenteres med at en avgjørelse av om man har behov for nødvendig helsehjelp ikke kan basere seg på annet enn en helsefaglig vurdering, og at det følgelig til enhver tid vil være en avgjørelse som er vanskelig tilgjengelig for pasienten. Videre kan det argumenteres med at retten til fornyet vurdering nettopp er ment som et verktøy for pasienten når han eller hun er i tvil om den helsefaglige vurderingen er riktig.

Departementet er likevel av den oppfatning at skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter forsterker de utfordringer ved lovbestemmelser om pasientrettigheter som baserer seg på konkrete helsefaglige vurderinger. Ut fra en helsefaglig og ikke en rettslig vurdering, vil det i normaltilfellene være slik at når en pasient mener at han eller hun har et behov for helsehjelp, vil også en konkret helsefaglig vurdering normalt tilsi at det er behov for slik helsehjelp. Vanligvis blir pasienter også henvist fra fastlege eller annet helsepersonell som har vurdert at pasienten har et behov for slik helsehjelp. De fleste ønsker heller ikke behandling, dersom det ikke rent faktisk også er et reelt behov for slik behandling. Dette resonnementet kan imidlertid ikke legges til grunn i spesialisthelsetjenesten i dag. Slik rettighetsbestemmelsen er utformet, er det ikke samsvar mellom den helsefaglige vurderingen av behov for helsehjelp, og de rettslige vilkårene for å få rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste.

Dagens lovbestemmelse innebærer at helsepersonellet i tillegg til en helsefaglig vurdering av behov, også skal foreta en vurdering av om det helsefaglige behovet er stort nok til at det innebærer at pasienter også skal ha en juridisk rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det vil si om det helsefaglige behovet oppfyller de juridiske vilkårene som fremkommer av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd og prioriteringsforskriften.

Dagens lovbestemmelse skiller mellom pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp, og de

som har behov, men ikke rett til helsehjelp. Bestemmelsen 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. Tallene illustrerer at bestemmelsen har skapt et juridisk skille mellom pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp, som har vist seg vanskelig å praktisere i en medisinsk hverdag, og som ikke stemmer med de helsefaglige vurderingene.

Departementet mener det er problematisk og en utfordring for pasientenes rettssikkerhet at dagens lovbestemmelse kan medføre at to pasienter får forskjellig vurdering for samme sykdom. Dette kan blant annet skje fordi kvaliteten på henvisningene er varierende, slik at sykehusets vurdering av henvisningene dermed blir ulik. For eksempel vil en pasient henvist med migrene i utgangspunktet få rett til nødvendig helsehjelp, mens en pasient med uklar beskrivelse av hodepineplager ikke alltid vil få en slik rett.

Helsedirektoratet har utarbeidet en rekke ulike prioriteringsveiledere innen de fleste fagområder. Veilederne skal bidra til en mer lik praksis over hele landet, og forhindre at like tilfeller behandles ulikt. Statistikk viser likevel at det for eksempel innen 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 med prioriteringsveilederne, er det vanskelig å komme bort fra at lovbestemmelsen har innført et komplisert skille som er vanskelig å forstå og å praktisere for det enkelte helsepersonell.

De høringsinstansene som er negative til å oppheve skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter, argumenterer i all hovedsak ut fra at det fjerner et viktig prioriteringsverktøy. Departementet deler imidlertid ikke synet på at dette skillet bidrar til god prioritering og gode pasientforløp. Det å oppheve skillet mellom rettig-

hetspasienter og pasienter med behov for helsehjelp, innebærer ikke at alle pasienter skal prioriteres likt. Det er snarere det motsatte som forventes, nemlig at det skal prioriteres bedre. Prioritering av pasienter skal skje på individuelt grunnlag, uavhengig av om pasienten er rettighetspasient eller ikke. Det å sette pasienter i to ulike kategorier, gir ikke automatisk god prioritering og gode pasientforløp. Dette illustreres ved at det kan være tilfeldig om pasienten er tildelt en rettighet eller ikke, og at det innenfor de ca. 60 % som etter dagens regelverk tildeles rett innenfor somatikk finnes pasienter som skal prioriteres svært forskjellig for å få et forsvarlig pasientforløp.

Spesialisthelsetjenesten må også i dag planlegge gode pasientforløp for alle pasienter den skal utrede og behandle, uavhengig av om de er rettighetspasienter eller ikke. Departementet mener at det er mye å hente i å forbedre de pasientadministrative systemene for å understøtte sykehusenes arbeid med å planlegge gode forløp for alle pasienter. Bedre planlegging og bedre oversikt vil i neste omgang legge bedre til rette for systematisk prioriteringsarbeid.

Prioriteringsveilederne vil fortsatt være viktige verktøy for spesialisthelsetjenesten. Det er ikke mulig å fastsette frister, eller for den saks skyld, gode pasientforløp i et regelverk. Prioriteringsveilederne kan imidlertid gi god veiledning. Flere høringsinstanser ber departementet vurdere å innføre maksimumsfrister for frist til når helsehjelp senest skal gis. Det argumenteres med at det for de pasienter som det haster minst for, vil være vanskelig ut i fra en medisinsk vurdering å sette en frist. Departementet ser at dette kan være vanskelig, men mener prioriteringsveilederne må brukes for å sette slike veiledende frister og at slike frister ikke bør lovreguleres. I dag setter også flere av de regionale helseforetakene egne interne frister for hvor lenge pasienter maksimalt bør vente på helsehjelp.

Departementet mener at skillet mellom rettighetspasienter og pasienter med behov for helsehjelp ikke bidrar til likeverdige tjenester, og vil opprettholde forslaget om at skillet oppheves. Det vil innebære at alle pasienter som har behov for helsehjelp får en juridisk rettighet til nødvendig helsehjelp, og rett til individuell fastsatt frist for når helsehjelpen senest skal settes i gang. Rett til frist for når helsehjelp senest skal starte er nærmere omtalt under punkt 7.5.4.

En slik endring mener departementet vil innebære en betydelig forenkling av regelverket, samtidig som det vil styrke pasientrettighetene og bedre rettssikkerheten. Det vil for det første bli

enklere for pasienter å forstå om man har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eller ikke. For det andre vil det bli enklere for helsepersonellet i deres hverdag. Helsepersonellet skal etter forslaget gjøre en helsefaglig vurdering av behov, og om vurderingen tilsier at pasienten har behov for helsehjelp, skal pasienten også gis en rett. På denne måten vil det også bli bedre samsvare mellom den medisinske vurderingen og de juridiske vilkårene som skal oppfylles for å få nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

7.5.2 Utforming av felles rettighetsbestemmelse

Få høringsinstanser kommenterte selve utformingen av en eventuell felles rettighetsbestemmelse. Advokatforeningen tok opp spørsmålet om det var hensiktsmessig å videreføre begrepet "nødvendig helsehjelp". Det ble vist til at begrepet nå vil omfatte langt flere pasienter enn før, noe som vil være en utvidelse i forhold til dagens rettstilstand etter lov, forskrift og fortolkning i prioriteringsveilederne.

Departementet viser til at det i realiteten er prioriteringsforskriften som deler pasientene inn i to grupper, en med rett og en uten. Det er vilkårene i prioriteringsforskriften § 2 som utdyper hvem som skal tildeles den rettigheten som fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b. Som det fremgikk av høringsnotatet vil departementet foreslå å endre disse vilkårene i prioriteringsforskriften, slik at alle pasienter med behov får en rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Departementet ser imidlertid at det kan fremstå som forvirrende å videreføre begrepet "nødvendig helsehjelp" når forslaget innebærer at innholdet endres ved at flere pasienter skal omfattes av lovbestemmelsen. Begrepet "nødvendig helsehjelp" er imidlertid et godt innarbeidet begrep i helse- og omsorgstjenesten. Det samme begrepet brukes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og det taler for å beholde begrepet også i ny rettighetsbestemmelse.

Videre mener departementet at det er viktig at lovbestemmelser om rett til helsehjelp har den fleksibilitet som er nødvendig for å håndtere den faglige og metodiske utviklingen som til enhver tid skjer innenfor helse- og omsorgssektoren. Den beste måten å gjøre dette på er å ha lovbestemmelser som er forankret i det helsefaglige skjønn. En motsatt løsning, nemlig en detaljert rettighetsregulering vil blant annet innebære at lovverket må endres svært ofte. Regelverket vil også til enhver tid ligge etter den helsefaglige utviklingen,

og det ville først og fremst være pasientene som blir skadelidende av den forsinkelsen som en eventuell regelverksprosess innebærer.

En rettslig regulering som tar høyde for den helsefaglige og teknologiske utviklingen over tid, er etter departementets oppfatning den reguleringen som best ivaretar pasientenes behov og retts-sikkerhet. Det gjøres best gjennom en rettslig standard. På denne bakgrunn vil departementet 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.

Begrepet "nødvendig helsehjelp" skal tolkes slik at det gir krav på nødvendig hjelp med en for-svarlig standard, basert på en individuell helsefaglig vurdering av behov. Det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig hjelp på et overord-net nivå. Omfang og nivå på hjelpen må derfor vurderes konkret. Det avgjørende er pasientens behov ut fra en helsefaglig vurdering. Den nær-mere presisering vil fremgå av prioriteringsfor-skriften og prioriteringsveilederne. Arbeidet med å utvikle prioriteringsveilederne omtales i kapittel 9 om økonomiske og administrative konsekven-ser.

7.5.3 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 det foreslås å oppheve skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter, skal spesialisthelsetjenesten prioritere pasientene ut i fra alvor-lighets- og hastegrad. Dette følger av forsvarlig-hetskravet og prioriteringsforskriften. Det skal ikke prioriteres mindre som en følge av forslaget, men bedre. Departementet er som nevnt av den oppfatning at dagens skille mellom rettighetspasienter og pasienter med behov for spesialisthelse-tjeneste ikke er et godt prioriteringsverktøy.

Det er videre viktig å presisere at det er en konkret helsefaglig vurdering som er avgjørende - ikke pasientens egen oppfatning av behov. Den konkrete helsefaglige vurderingen av behov for helsehjelp, skal følgelig ikke endres fordi det fore-slås å oppheve skillet. Den helsefaglige og tekno-logiske utviklingen kan imidlertid tilsi at vurderin-gen kan bli annerledes i fremtiden. Sagt på en annen måte, en konkret helsefaglig vurdering i 2013, kan få et annet utfall i fremtiden på grunn av utviklingen i medisinen og hvilke tilbud som fore-

ligger i spesialisthelsetjenesten og den kommu-nale helse- og omsorgstjenesten.

Noen høringsinstanser er bekymret for at flere pasienter enn i dag vil bli avvist fordi flere pasien-ter vil få rett til nødvendig helsehjelp. Departementet legger ikke med forslaget opp til en slik endring. Tvert imot skal behovet for nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, som i dag, være forankret i en konkret helsefaglig vurdering. Pasientene skal, som i dag, prioriteres etter de vil-kårene som følger av prioriteringsforskriften og med veiledning fra prioriteringsveiledere. Det vil dermed være pasienter som skal avvises fordi de ikke har behov for helsehjelp, eller som skal hen-vises tilbake til den kommunale helse- og omsorgstjeneste. Inngangsporten til spesialisthel-setjenesten skal derfor verken bli trangere eller bredere som en følge av dette forslaget. Departementet vil likevel følge med på utviklingen for å sikre at pasienter som har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten faktisk får hjelp innen for-svarlig tid.

Det er også et behov for å oppdatere og revi-dere prioriteringsveilederne, og dessuten lage nye veiledere som omtaler den nye gruppen av rettig-hetspasienter. Dette er viktig for å sikre likebe-handling og en tydelig prioritering av hvem som skal ha et tilbud i spesialisthelsetjenesten. Det er en forutsetning for at lovendringene skal kunne tre i kraft at prioriteringsforskriften endres og at prioriteringsveilederne revideres og oppdateres. Dette arbeidet er nærmere omtalt i kapittel 9.

7.5.4 Retten til individuelt fastsatt frist for når helsehjelp senest skal starte

Når det gjelder retten til individuelt fastsatt frist for når helsehjelp senest skal settes i gang, inne-bærer departementets forslag som nevnt at alle som i dag anses å ha et behov for helsehjelp, vil få en rett til nødvendig helsehjelp. Det innebærer imidlertid også at spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når helsehjelp senest skal set-tes i gang for alle pasienter som den skal utrede og behandle. I likhet med det som er presisert i dagens lovverk, så skal henvisninger av pasienter uten behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenes-ten avvises.

Departementet har i høringsnotatet ikke fore-slått endringer i selve fristbestemmelsen, men foreslår å korte ned vurderingsfristen fra 30 til 10 virkedager slik at den blir mer i tråd med gjel-dende praksis. En kortere vurderingsfrist vil være viktig blant annet for å gi forutsigbarhet til pasien-ten og fastlegen om når de kan forvente en tilba-

kemelding. Det er imidlertid en del høringsinstanser som i forbindelse med endringene i vurderingsbestemmelsen har kommentert fristbestemmelsen. Det gis uttrykk for at ved å forkorte vurderingsfristen vil flere pasienter få rett til frist til utredning istedenfor rett til frist til behandling, og at dette innebærer en svekkelse av pasientrettighetene. Flere av disse høringsinstansene ber departementet om å vurdere å foreslå en rett til frist til behandling for alle pasienter for å motvirke denne utviklingen.

Når pasienter gis en frist for når helsehjelp senest skal starte, må det skilles mellom uavklarte og avklarte tilstander. Dersom det i løpet av vurderingsperioden er mulig med stor grad av sannsynlighet å fastslå hva som vil være en riktig behandling, er pasientens tilstand avklart. Når pasientens tilstand er å anse som avklart skal det settes en individuell frist for når helsehjelpen i form av behandling senest skal starte. I de tilfellene der det i løpet av vurderingsperioden ikke er mulig å fastslå hva som sannsynligvis er pasientens tilstand og det derfor ikke er mulig å fastslå hva som vil være egnet behandling, vil pasientens tilstand anses å være uavklart. Når pasientens tilstand er å anse som uavklart skal det settes en individuell frist for når helsehjelpen i form av utredning senest skal starte.

Det er etter dagens regelverk i utgangspunktet ikke adgang til å endre fristen til ulempe for pasienten, eller til å fastsette separate frister for de enkelte elementene i et pasientforløp. Det er heller ikke adgang til først å sette en frist for utredning og deretter en ny frist for behandling. Det er imidlertid et snevert unntak. 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 behandlingsopplegget. På den måten skal pasienten sikres et forsvarlig behandlingsforløp regnet fra det tidspunktet helsehjelpen ble igangsatt.

Departementet finner det viktig å understreke at oppfyllelsen av fristen skal være en reell start av et pasientforløp uavhengig av om pasientforløpet starter med utredning eller behandling. I mange tilfeller vil behandling og utredning være integrerte deler i et pasientforløp, for eksempel ved at utredning og behandling skjer samtidig eller at pasienten gis flere ulike behandlinger i sekvens. Selv om fristen kun gjelder starten på pasientforløpet skal ventetiden underveis i pasientforløpet være forsvarlig og i tråd med normal medisinsk

praksis for det aktuelle pasientforløpet. Dersom man for eksempel har gitt frist til utredning, er det ikke anledning til å sette opp en time kun med en intensjon om å oppfylle fristen, for deretter å la pasienten vente uforsvarlig lenge på det videre pasientforløp. Det er heller ikke slik at en forundersøkelse kan gjelde som oppfylt frist til behandling. Når helsehjelpen igangsettes skal pasienten, selv om det ikke settes juridiske frister for det videre forløp, ha et forsvarlig pasientforløp. Forsvarlighetskravet gjelder hele pasientforløpet. Selv om det ikke er satt spesifikke krav til juridiske frister for hele forløpet, skal pasienten utredes og behandles innen forsvarlig tid.

Når flere høringsinstanser påpeker at en forkortet vurderingsfrist vil innebære at flere pasienter får en frist til utredning, vil departementet for det første understreke at hele pasientforløpet skal være forsvarlig og at pasientenes rettigheter ikke endres på dette punktet. Dagens regelverk har ikke til hensikt å gi noen pasienter, det vil si de med en avklart tilstand, en bedre rettslig stilling enn de pasientene som har en uavklart tilstand. Alle pasienter har krav på et godt og forsvarlig pasientforløp uavhengig av om tilstanden er avklart eller ikke på henvisningstidspunktet.

Videre følger det av helsepersonelloven § 4 at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Det enkelte helsepersonells plikt til forsvarlig yrkesutøvelse må også sees i sammenheng med den plikt helsetjenesten som sådan har til forsvarlig virksomhet, jf. spesialisthelsetjenesten § 2-2. Forsvarlig virksomhet innebærer at det tilbudt pasienten får må være forsvarlig, og at eiere og ledere har et ansvar for å legge til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Bestemmelsene innebærer således at både ledelsen og helsepersonellet ved sykehuset skal påse at pasienter får et forsvarlig og omsorgsfullt pasientforløp.

Forslaget om å endre vurderingsfristen har til hensikt å styrke, ikke svekke pasientrettighetene. Hensikten med forslaget om å forkorte vurderingsfristen, er å sikre at pasientene får rask tilbakemelding fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal gi alle pasienter et tidspunkt eller tidsangivelse for oppmøte til videre helsehjelp innen utløpet av denne vurderingsperioden. For de fleste pasienter vil det være viktig på et så tidlig tidspunkt som mulig å få vite når helsehjelpen skal starte, og deretter få et forsvarlig pasientforløp.

Det er også viktig å understreke at det er slik at de aller fleste pasientene også i dag blir vurdert raskt, og i gjennomsnitt i løpet av godt under 10 dager. Dette skulle tilsi at det ikke vil bli flere pasienter som får frist til utredning som en følge av forslaget. Departementet erkjenner imidlertid at det vil være vanskelig for sykehusene å innhente informasjon utover det som følger av henvisningen innenfor en frist på 10 dager. Derfor er arbeidet som er startet med å forbedre henvisningene helt sentralt.

Gode henvisninger er avgjørende for at sykehusene tidlig kan komme i gang med et godt og forsvarlig pasientforløp. Dårlige henvisninger medfører at sykehusene må gjøre den jobben som den henvisende instans skulle ha gjort. Det er dårlig utnyttelse av ressursene i helse- og omsorgssektoren, og det er pasientene som blir den tapende part. I dag er det nok i mange tilfeller slik at for at pasientene ikke skal tape på dårlige henvisninger, tar sykehuset jobben med å innhente tilleggsopplysninger. Departementet mener at det er bedre å øke henvisningskvaliteten enn å gi sykehusene lang tid til å innhente tilleggsopplysninger. Det er derfor avgjørende både for å sikre gode pasientforløp og optimal ressursutnyttelse i helse- og omsorgssektoren, at man forbedrer henvisningspraksis. Det vises til kapittel 9 hvor ulike tiltak for å forbedre henvisningene omtales.

Det kan hevdes at departementet i stedet for å korte ned vurderingstiden, burde foreslå å beholde den lange vurderingsperioden på 30 dager, og heller stille krav til å øke utredningen som skjer i vurderingsperioden. Til et slikt forslag kan man stille spørsmål ved om det er god prioritering at spesialisthelsetjenesten skal forsøke å avklare flest mulig pasienter innenfor en gitt vurderingsperiode. Det vil kunne innebære en endret utnyttelse av ressursene i spesialisthelsetjenesten, og medføre at de alvorligste syke taper. God prioritering innebærer at pasienter med de alvorligste tilstandene som haster mest, skal bli prioritert først. Det er derfor etter departementets oppfatning viktigere å ha et regelverk og systemer som gjør at spesialisthelsetjeneste prioriterer de alvorligste syke først, enn å sikre at alle pasienter har en avklart tilstand før oppstart av et pasientforløp.

Når det gjelder forslaget fra noen høringsinstanser om flere frister, og å flytte fristene lenger ut i pasientforløpet, mener departementet det er grunn til å stille spørsmål ved om en ytterligere rettsliggjøring vil gi pasientene bedre helsehjelp. Flere juridiske frister kan gjøre systemet mer komplisert og mer byråkratisk uten at det nødvendigvis resulterer i bedre pasientforløp. Formålet

med de endringene som foreslås i denne proposisjonen er det motsatte, nemlig å forenkle og forbedre regelverket samtidig som viktigheten av gode pasientforløp presiseres. Flere frister kan også føre til uheldige vridningseffekter. Med det menes at fristene i noen tilfeller kan medføre at prioriteringen blir annerledes enn hva en helsefaglig vurdering ville tilsi. Gode pasientforløp kan ikke sikres ved å fastsette overordnede og rigide frister for ulike tidspunkt i et pasientforløp. Til det er pasientforløpene for forskjellige. Spesialisthelsetjenesten må kunne utvise fleksibilitet innenfor et forsvarlig helsefaglig skjønn. Mange frister i et pasientforløp kan gi en uheldig utvikling ved at det blir større fokus på fristene, enn på det å gi et godt og forsvarlig pasientforløp. Pasienter med kroniske sykdommer vil for eksempel neppe være tjent med en slik utvikling.

Det avgjørende for pasienten er å få god og forsvarlig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Det avgjørende for helsepersonellet er at regelverket ikke forhindrer eller kompliserer deres primæroppgave, nemlig å yte forsvarlig helsehjelp til pasienten. Departementet har i denne omgang kommet til at det å innføre flere juridiske frister ikke er et hensiktsmessig virkemiddel for å sikre at pasientforløpene er forsvarlige.

Det skal også understrekes at selv om pasientene ikke gis flere juridiske frister, så har pasienten krav på den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Det innebærer at sykehuset er forpliktet til å gi informasjon til pasienten om hvilket pasientforløp man ser for seg eller har planlagt. Kravet til forsvarlighet tilsier at sykehusene skal planlegge et pasientforløp for *alle* pasienter som er vurdert til å ha behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Det er dermed ikke tilstrekkelig for sykehusene kun å sette en frist for når helsehjelp senest skal starte. Det er et krav om at hele pasientforløpet skal planlegges så langt det er mulig, og at informasjonen om dette skal gis til pasienten. I de tilfeller pasienter opplever å vente for lenge etter at den juridiske fristen er oppfylt, er det også slik at pasienten kan klage til Fylkesmannen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. Det er følgelig ikke slik at pasientene ikke har rettigheter etter at den juridiske fristen er oppfylt.

Departementet vil på nåværende tidspunkt ikke foreslå endringer i fristbestemmelsen, utover at dagens pasienter som ikke er rettighetspasienter også skal ha en frist for når helsehjelp senest skal gis. Departementet vil imidlertid følge utvik-

lingen nøye, og om nødvendige foreslå endringer. Særlig vil departementet følgeevaluere om fristene gis til en reell start på et pasientforløp, og om pasienter venter uhensiktsmessig lenge etter at pasientforløpet er startet og fristen er oppfylt.

7.5.5 Spesialisthelsetjenestens plikt til å sikre pasientene helsehjelp

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 formidlingssoppgave.

Ved fristbrudd er det pasienten som kan henvende seg til HELFO for å få hjelp til å få oppfylt sin rettighet. En utfordring ved dagens fristbruddsystem er imidlertid at det kun sikrer at de pasientene som er aktive og kontakter HELFO får oppfylt sine rettigheter. Det kan tenkes ulike årsaker til at andelen pasienter som benytter seg av retten til å kontakte HELFO ved fristbrudd er så lav. Det kan for eksempel være manglende kjennskap til og kunnskap om rettigheten. Noen høringsinstanser antyder at grunnen er at pasienter ikke ønsker å få helsehjelp annet sted, men ønsker å stå på venteliste på det opprinnelige sykehuset selv etter fristbrudd.

Det gis en relativt bred støtte til forslaget i høringsnotat om at spesialisthelsetjenesten skal kontakte HELFO dersom den ikke klarer å finne et tilbud til pasienten innenfor det offentlige helse tilbudet før fristen for når helsehjelp senest skal gis utløper. De få høringsinstansene som er negative viser til at forslaget kan medføre økt byråkrati, og hevder at mange pasienter ikke ønsker å få behandling et annet sted.

Departementet mener at når spesialisthelsetjenesten ikke er i stand til å gi helsehjelp innen forsvarlig tid, så må lovverket sikre at pasientene faktisk får et forsvarlig tilbud. Departementet opprettholder derfor forslaget fra høringsnotatet. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke klarer å finne et tilbud til pasienten innenfor fristen for når helsehjelp senest skal gis, foreslås det at spesialisthelsetjenesten skal kontakte HELFO. Departementet vil presisere at dette ikke innebærer at pasienten ikke selv kan ta kontakt med HELFO i slike situasjoner.

Flere høringsinstanser mener at pasienten bør bli kontaktet før HELFO finner et alternativt tilbud. Blant annet Helsedirektoratet mener dette og uttaler at det bør være tilstrekkelig at spesialisthelsetjenesten gir HELFO informasjon om at det foreligger et fristbrudd, samt kontaktinformasjonen. På den måten kan pasienten gi samtykke når HELFO tar kontakt, og før arbeidet med å finne et alternativt tilbud starter. Departementet er enig i at en slik løsning bedre sikrer pasientens selvbestemmelsesrett. Samtidig kan administrasjonskostnadene reduseres, ved at HELFO slipper å fremskaffe alternative tilbud som pasientene kanskje ikke ønsker å benytte seg av. Departementet vil derfor presisere at pasienten skal kontaktes før HELFO starter arbeidet med å finne et alternativt tilbud, så fremt det ikke forsinker denne prosessen. I de tilfeller hvor HELFO ikke får tak i pasienten, må HELFO likevel starte arbeidet. Det er imidlertid pasienten som skal ta stilling til om han eller hun ønsker å benytte seg av det tilbudet HELFO fremskaffer. Det innebærer at HELFO på et eller annet tidspunkt må etablere en kontakt med pasienten, slik at pasienten kan gi uttrykk for hva han eller hun ønsker.

Pasienten står fritt til å velge om han eller hun ønsker å benytte seg av tilbudet fra HELFO eller bli stående på venteliste hos det opprinnelige sykehuset. Sykehuset må imidlertid informere pasienten om konsekvensene av å bli stående på venteliste, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. En pasient som velger ikke å benytte seg av HELFO sitt tilbud, vil kunne oppleve å få uforsvarlig helsehjelp da fristen for når helsehjelpen senest skal gis i disse tilfellene vil være gått ut.

En del høringsinstanser påpeker at det ikke bør være anledning for pasienten å velge å bli stående på venteliste utover fristen. Ved å bli stående på venteliste utover fristbrudd vil i realiteten pasienten kunne oppleve å få uforsvarlig helsehjelp. Departementet ser at dette taler for at pasientene ikke gis anledning til å bli stående på venteliste etter fristbrudd, men er likevel kommet til at pasientens selvbestemmelsesrett må veie tyngst. Det er også slik at det ikke nødvendigvis er uforsvarlig å vente utover fastsatt frist. Den juridiske fristen settes på et tidlig tidspunkt i pasientforløpet, og ut i fra et "verste-fall-scenario". Det kan derfor tenkes at situasjonen har endret seg i løpet av pasientforløpet slik at det ikke nødvendigvis er helsefaglig uforsvarlig å få helsehjelp etter at fristen er gått ut. Det foreslås altså at pasienter kan velge å takke nei til tilbudet fra HELFO, og bli stående på venteliste ved det opprinnelige sykehuset. Pasienten må da akseptere at ventetiden kan overskride

den juridiske fristen for når helsehjelp senest skal gis.

Departementet mener disse endringene vil bidra til å løse problemene med en betydelig andel fristbrudd og tilsvarende lav andel pasienter 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 tydelige og ambisiøse krav til spesialisthelsetjenesten. Målet er å forbedre pasientforløpene slik at pasienter ikke opplever fristbrudd. For å unngå dette må spesialisthelsetjenesten ha et særlig fokus blant annet på at ventelistene er oppdaterte til enhver tid, og at alle pasienter har et tidspunkt å forholde seg til som er innenfor fristen. På denne måten vil man i større grad unngå at det oppstår fristbrudd.

Det er viktig å understreke at denne 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 forslagene som legges frem i denne lovproposisjonen skal imidlertid bidra til at reglene blir enklere å praktisere og å forstå både for pasienter og helsepersonell. Forslagene vil også bidra til at helsepersonellet kan ha fokus på sin primæroppgave, nemlig å gi god og forsvarlig helsehjelp. Ikke-rettslige tiltak omtales nærmere i kapittel 9 om økonomiske og administrative konsekvenser.

For å sikre at alle pasienter skal få helsehjelp innen forsvarlig tid, er det imidlertid behov for et

unntak fra taushetspliktsreglene. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke klarer å finne et tilbud til pasienten innenfor fristen for når helsehjelp senest skal gis, innebærer forslaget at spesialisthelsetjenesten må kunne gi opplysninger om pasienten til HELFO uten at taushetspliktsreglene er til hinder for dette. Departementet vil presisere at spesialisthelsetjenesten kun skal gi opplysninger som er nødvendige for at HELFO skal kunne fremskaffe et alternativt tilbud. Det vil ikke være adgang til å gi opplysninger som går utover hva som er nødvendig for å oppfylle dette formålet.

7.5.6 Særlig om forholdet til avtalespesialister

Avtalespesialister er lege- eller psykologspesialister som har driftsavtale med et regionalt helseforetak. Avtalespesialistene er selvstendig næringsdrivende som i dag ikke har anledning til å tildele pasient- og brukerrettigheter. Det innebærer at pasienter som henvises direkte til en avtalespesialist ikke har krav på vurdering, eller rett til å få en frist for når helsehjelp senest skal gis.

Flere høringsinstanser tar opp at avtalespesialister ikke kan tildele pasient- og brukerrettigheter. Departementet ser at dette er en utfordring, og da særlig med tanke på pasienters rettsstilling. Denne problemstillingen reiser mange kompliserte juridiske og økonomiske spørsmål som må utredes før man eventuelt kan ta stilling til om avtalespesialister i lov skal gis anledning til å tildele pasient- og brukerrettigheter. Departementet tar sikte på å starte et arbeid med å utrede disse problemstillingene.

8 Retten til fritt sykehusvalg m.m.

8.1 Innledning

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

8.2 Gjeldende rett

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 også å sikre medbestemmelse for pasienten. Rettigheten skal dessuten 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, distriktpsikiatriske sentre og 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. 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.

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. Henvisende 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 med 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 til 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.

8.3 Forslag i høringsnotatet

8.3.1 Private radiologiske institusjoner

I høringsnotatet foreslo departementet at retten til fritt sykehusvalg også skal omfatte private radiologiske institusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak. Forslaget 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.frittisykehusvalg.no.

8.3.2 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 uttalte departementet i høringsnotatet at man vil utrede hvorvidt retten til fritt sykehusvalg også bør utvides til å omfatte private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak. Departementet varslet samtidig at man vil komme tilbake til dette i egen sak.

8.4 Høringsinstansenes syn

Et flertall av høringsinstansene som uttaler seg om forslaget om å utvide retten til fritt sykehusvalg til å omfatte private radiologiske institusjoner er positive. Blant annet *Den norske legeförening* uttaler:

”Forslaget om å utvide retten til fritt sykehusvalg til også å omfatte private radiologiske virksomheter er etter vår mening et hensiktsmessig tiltak for å redusere ventetider.”

Helsedirektoratet støtter også departementets forslag og uttaler at:

”Direktoratet mener at det er rimelig at de private radiologiske institusjonene som har avtale med et regionalt helseforetak inkluderes i fritt sykehusvalg og at det legges informasjon om

disse på nettsiden. Dette vil bidra til å utnytte kapasiteten bedre og er i tråd med dagens praksis.”

Pasient- og brukerombudene uttaler:

”Pasient- og brukerombudene ser det som positivt at ordningen med fritt sykehusvalg også skal gjelde for radiologiske institusjoner.”

En del helseforetak er negative til forslaget om at private radiologiske institusjoner skal omfattes av ordningen. Blant annet *Helse Sør-Øst RHF* uttaler:

”Helse Sør-Øst stiller spørsmål ved hva som er hensikten med denne endringen. Departementet har vist til at endringen vil gi samsvar mellom det som allerede er praksis i dag og regelverket. I og med at det allerede er mulig å velge å bruke privat radiologisk institusjon i dag, er det vanskelig å forstå hvilken merverdi forslaget vil gi når det sentrale ”godet” fritt sykehusvalgordningen åpner for, nemlig at reiseutgifter dekkes, ikke skal gjelde.”

Og *Helse Vest RHF* mener forslaget vil være vanskelig å forstå for pasientene og uttaler:

”Dette blir dermed eit unntak i ordninga med fritt sjukehusval der en elles får dekkja alle reise innan eigen region. Dette kan vere vanskelig for pasientar å forstå. Helse Vest meiner at eit slikt unntak for reiseutgifter er uheldig.”

Når det gjelder forslaget om å utrede spørsmålet om å utvide fritt sykehusvalg til å omfatte private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, er de høringsinstanser som uttaler seg, positive. Blant annet uttaler *pasient- og brukerombudene* at de er:

”positive til at departementet vil utrede om retten til fritt sykehusvalg bør utvides til å gjelde private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner.”

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon er også positive og uttaler:

”FFO er positiv til at regjeringen nå ønsker å vurdere om fritt sykehusvalg også skal gjelde for opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner.”

8.5 Departementets vurderinger og forslag

8.5.1 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 imidlertid 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 radiologiske institusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak.

Departementet ser at det kan bli en utfordring for pasientene å forstå unntaket for reiseutgifter ved bruk av privat radiologi, men mener likevel at det er viktig at de private radiologiske institusjonene med avtale blir omfattet av ordningen og kommer på listen på www.frittsykehusvalg.no. Departementet vil derfor opprettholde forslaget fra høringsnotatet om å utvide fritt sykehusvalg til å omfatte private radiologiske institusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak.

8.5.2 Private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner

Departementet har startet arbeidet med å utrede organisatoriske, juridiske og økonomiske konsekvensene en slik utvidelse vil innebære.

9 Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene

9.1 Høringsinstansenes syn

Noen høringsinstanser er av den oppfatning at forslagene innebærer økte økonomiske og administrative kostnader utover det som fremgikk av høringsnotatet. Når det gjelder forslaget om å korte ned vurderingsfristen til 10 dager, har flere av høringsinstansene og særlig helseforetakene påpekt viktigheten av god henvisningspraksis. I løpet av en frist på 10 dager vil det kunne være vanskelig å innhente ytterligere informasjon fra henviser.

Et stort flertall av høringsinstansene understreker at de foreslåtte lovendringene vil kreve endringer i administrativt IKT-verktøy i sykehusene som for eksempel planleggingsverktøy for poliklinikkene, og endringer i funksjonaliteten av de pasientadministrative systemene. Når det gjelder endringer i pasientadministrative systemer, peker flere høringsinstanser på at det normalt vil ta 1-2 år fra endringer blir meldt til leverandør til de er på plass i systemene.

Helsedirektoratet mener at forslaget i høringsnotatet om en plikt for spesialisthelsetjenesten til å kontakte HELFO når spesialisthelsetjenesten ikke klarer å finne et tilbud før fristen, vil ha økonomiske og administrative konsekvenser. HELFO vil måtte bruke mer ressurser til saksbehandling og anskaffelse, avtaleinngåelse og oppfølging av avtaler med leverandører av helsetjenester.

9.2 Departementets vurderinger

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 pasi-

enten tilstand er uavklart. Departementet mener følgelig at forslaget ikke vil innebære økonomiske og administrative konsekvenser.

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. Dette er et rettslig tiltak som vil bidra til å bedre henvisningskvaliteten fra fastlegen.

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. Poliklinisk utredning og behandling er i all hovedsak planlagt. I 2. tertial 2012 var 44 pst. av henviste pasienter innen somatisk vurdert som ikke-rettighetspasienter. Alle pasienter skal i dag behandles innenfor helsefaglig forsvarlig tid, og man må derfor 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.

Innføring av rett til individuell frist for alle pasienter med behov for utredning eller behandling, vil i noen grad kunne redusere sykehusenes fleksibilitet i planlegging og utnyttelse av ressurser og dermed kunne gi økt behov for kapasitet. Imidlertid vil arbeidet som for tiden pågår i sykehusene for å forbedre de pasientadministrative systemene, kunne oppveie dette.

Det vil kreve noe økte administrative kostnader 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 planleggingssystemer kan medføre noe økte administrative kostnader. Departementet mener at forslaget kan gjennomføres innenfor gjeldende økonomiske rammer, men at det vil ta noe tid å få dette på plass.

Forslaget om en plikt for spesialisthelsetjenesten til å kontakte HELFO dersom det ikke lykkes å finne et tilbud før fristen, gir sykehusene et sterkt insentiv til å unngå fristbrudd. For å unngå kostnader ved at pasienten benytter seg av alternativt tilbud, må sykehusene kunne følge de enkelte pasientforløpene i sine pasientadministrative systemer, og på en enkel måte få oversikt over hvor lenge den enkelte pasient har ventet og risikoen for at fristbrudd vil oppstå. Slik funksjonalitet finnes ikke i de pasientadministrative systemene i dag, og vil derfor kreve videreutvikling som vil ta noe tid. Denne videreutviklingen er imidlertid nødvendig også innenfor gjeldende regelverk for å sikre forsvarlige pasientforløp og unngå fristbrudd. Det er derfor departementets

vurdering at forslaget om plikt til å kontakte HELFO ikke vil ha økonomiske og administrative konsekvenser utover det som følger av utviklingsarbeid som er nødvendig også i dagens situasjon.

Samlet sett mener departementet at lovforslaget kan gjennomføres innenfor gjeldende økonomiske rammer.

Det er imidlertid flere forutsetninger som må være på plass før de foreslåtte lovendringer kan tre i kraft:

- De eksisterende prioriteringsveilederne må revideres slik at de inneholder anbefalinger om fristfastsettelse til pasientgrupper som i dag ikke har rett til nødvendig helsehjelp.
- Det må utarbeides veiledere som sier hvilke opplysninger henvisningene må inneholde for å gi grunnlag for fristfastsettelse. Departementet vil på denne bakgrunn igangsette et arbeid med å utvikle nasjonale henvisningsveiledere(e). Helsedirektoratet vil få et oppdrag om å starte opp dette arbeidet. Arbeidet med å utvikle henvisningsveiledere og å oppdatere prioriteringsveiledere vil naturlig henge sammen.
- Det må utarbeides nye og lett forståelige maler for informasjon til pasienter.
- Det må gjøres nødvendige tilpasninger i pasientadministrative systemer og annet planleggingsverktøy. Dette vil være den tidsbegrensende faktoren i forhold til når lovendringene kan tre i kraft. En tidshorisont på 1-2 år fra beslutning om endring foreligger til sykehusene har en funksjonell løsning, tilsier at lovendringene tidligst kan tre i kraft fra 1.1.2015 eller 1.1.2016.

Del III
Gjennomføring av pasientrettighetsdirektivet

10 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet vil i denne delen av lovproposisjonen fremme forslag om endringer i folketrygdloven § 5-24 a, spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 og helse- og omsorgstjenesteloven § 11-2. Lovendringene er et ledd i gjennomføringen av pasientrettighetsdirektivet.

Bakgrunnen for lovforslaget er direktiv 2011/24/EU om pasientrettigheter ved grenseoverskridende helsetjenester (pasientrettighetsdirektivet) som ble vedtatt 9. mars 2011 i EU. EU-landene har fått frist til 25. oktober 2013 til å gjennomføre direktivet.

Etter departementets vurdering er direktivet EØS-relevant, og Norge er derfor forpliktet til å gjennomføre direktivet. Det vises til punkt 12.5 hvor dette spørsmålet er nærmere omtalt. Deler av direktivets innhold er allerede oppfylt gjennom gjeldende ordninger.

I høringsrunden ønsket departementet blant annet å få belyst om de foreslåtte løsningene for gjennomføringen av pasientrettighetsdirektivet er egnet til å utnytte det handlingsrommet som Norge har for å sikre en fortsatt sterk offentlig og desentralisert helsetjeneste, og for øvrig ivaretar norske interesser på best mulig måte. Departementet oppfordret derfor høringsinstansene til å gi konkrete og begrunnende tilbakemeldinger på de forslagene som ble fremmet. I alt 31 av høringsinstansene har kommet med merknad til departementets forslag om gjennomføring av pasi-

entrettighetsdirektivet. Fire av høringsinstansene, *Fagforbundet*, *Nei til EU*, *Østfold Nei til EU* og *Norges Kommunistiske Parti*, er negative til gjennomføring av direktivet. Øvrige 27 høringsinstanser har ingen innvending mot eller er positive til gjennomføring av direktivet. Det er imidlertid flere høringsinstanser som har konkrete merknader knyttet til forslagene. Disse blir omtalt i forbindelse med de enkelte forslagene.

I kapittel 11 gis det en oversikt over ulike ordninger når det gjelder dekning av utgifter til utenlandsbehandling etter gjeldende rett. I kapittel 12 beskrives innholdet i pasientrettighetsdirektivet. I kapittel 13 redegjøres det kort for forslagene til gjennomføring av direktivet i Sverige og Finland. Danmark og Island har på nåværende tidspunkt ikke offentliggjort høringsnotater om gjennomføringen av direktivet.

I kapittel 14 beskrives departementets forslag om å utvide dagens refusjonsordning for helsehjelp i andre EØS-land til å omfatte "sykehusbehandling". I kapittel 15 drøftes krav til forhåndsgodkjenning og andre vilkår for rett til refusjon av utgifter til "sykehusbehandling". I kapittel 16 drøftes spørsmål knyttet til betaling fra pasienter fra andre EØS-land. I kapittel 17 reises enkelte andre spørsmål knyttet til gjennomføringen av direktivet. I kapittel 18 omtales de økonomiske og administrative konsekvensene av forslagene.

11 Dekning av utgifter til helsehjelp i utlandet etter gjeldende rett

11.1 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 har EU-domstolen behandlet en rekke saker om pasientmobilitet, herunder pasienters rett til å få refundert utgifter til helsehjelp 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 bevegelighet for tjenester gjelder for helsehjelp uansett hvordan helsetjenesten 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 helsehjelp 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 EFTA-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*³ fra desember 2008. 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 og EFTA-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. Med hjemmel i blant annet folketrygdloven § 5-24 a ble det gitt forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land, se punkt 11.3. En nærmere redegjørelse for spørsmålet om EØS-relevans fremgår av punkt 12.5.

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 helsehjelp, 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 (fri bevegelighet for tjenester) uten at restriksjonene er begrunnet i tvingende allmenne hensyn.

11.2 Forordning (EF) nr. 883/2004

11.2.1 Innledning

Domstolspraksis som er omtalt i punkt 11.1 har sitt utspring i reglene for fri flyt av tjenester. Europaparlaments- og rådsforordning (EF) nr. 883/2004 om koordinering av trygdeordninger vedtatt 29. april 2004 (heretter "forordning (EF) nr. 883/2004") er i hovedsak begrunnet i prinsippet om fri personbevegelighet. Forordning (EF) nr. 883/2004 erstattet 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 den nevnte forordningen er å gjøre det enklere for personer å bevege seg over landegrensene i EU ved å sikre trygderettighetene deres. Den nye forordning (EF) nr. 883/2004 har til hensikt å gjøre regelverket enklere og mer brukervennlig.

Forordning (EF) nr. 883/2004 inneholder bestemmelser som har til formål å koordinere medlemslandenes trygdeordninger slik at perso-

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.

ner som flytter fra et land til et annet kan beholde rettigheter som de har opptjent (pensjonsrettigheter mv.) 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 som hovedregel kun skal gis i bostedslandet, jf. punkt 11.2.2. Dessuten gir forordningen rettigheter til medisinsk behandling som det oppstår behov for under opphold i andre medlemsland, jf. punkt 11.2.3. Om planlagt behandling, se punkt 11.2.4.

11.2.2 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. Utgiftene dekkes etter lovgivningen i bostedslandet, i prinsippet for trygdelandets regning. Retten til helsetjenester dokumenteres med gyldig dokumentasjon som utstedes av trygdelandet.

11.2.3 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 helsehjelp omfatter de ytelser som fra et medisinsk synspunkt måtte bli nødvendige under oppholdet, sett ut fra 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 helsehjelp 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 helsepersonell 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 til legemidler kjøpt under midlertidig opphold i andre EØS-land.

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

11.2.4 Reise til et annet EØS-land i den hensikt å motta helsehjelp der

Utenom tilfeller som er omtalt i punkt 11.2.2 og 11.2.3, kan helsehjelp mottas etter reglene i forordning (EF) nr. 883/2004 bare dersom pasienten har fått forhåndsgodkjenning fra trygdelandet. Pasient som ønsker å reise til et annet EØS-land i den hensikt å motta (planlagt) helsehjelp der, kan søke myndighetene i trygdelandet eller bostedslandet om slik forhåndsgodkjenning, jf. artikkel 20 nr. 1. Det er myndighetene i trygdelandet som behandler søknaden om forhåndsgodkjenning. I følge forordning (EF) nr. 883/2004 artikkel 20 nr. 2 kan forhåndsgodkjenning ikke nektes dersom den aktuelle helsehjelpen er blant de tjenester som vanligvis ytes i bostedslandet, og helsehjelpen ikke kan gis innen en medisinsk forsvarlig ventetid for den aktuelle helsehjelpen. Det skal tas hensyn til vedkommendes aktuelle helsetilstand og sykdommens mulige utvikling. Det skal foretas en konkret vurdering av den enkelte søker i forhold til hva som er å anse som forsvarlig ventetid for helsehjelpen. En objektiv medisinsk vurdering av vedkommendes behov for helsehjelp skal ligge til grunn for vurderingen. Det er i slike tilfeller en forutsetning at pasienten har krav på den aktuelle helsehjelpen etter lovgivningen i trygdelandet.

Dersom pasienten får innvilget forhåndsgodkjenning, utsteder HELFO dokumentet S2 (blan-

kett E 112) og pasienten kan motta helsehjelpen i et annet EØS-land på de vilkår som gjelder etter behandlingslandets lovgivning. Pasienten betaler en eventuell egenandel i samsvar med lovgivningen i behandlingslandet. Oppgjøret for øvrig finner sted mellom behandlingslandet og trygdelandet. 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 av planlagt helsehjelp i et annet EØS-land, skal kompenseres for egenandeler som overstiger egenandeler for tilsvarende helsehjelp i trygdelandet, dersom pasienten krever dette. Videre fremgår det av artikkel 26 nr. 8 i gjennomføringsforordningen at dersom det i trygdelandet finnes bestemmelser om dekning av reise og opphold for pasienter som får helsehjelp i en annen del av landet på grunn av lange ventetider, skal tilsvarende utgifter erstattes i samme grad dersom pasienten har fått forhåndsgodkjent planlagt helsehjelp etter forordning (EF) nr. 883/2004.

I Norge behandles søknad om slik forhåndsgodkjenning av HELFO.

11.3 Forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land

11.3.1 Innledning

Forskrift 22. november 2010 nr 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land gir rett til å få dekket utgifter for helsehjelp mottatt i andre EØS-land. Forskriften er gitt med hjemmel i blant annet folketrygdloven § 5-24 a og 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 offentliges bekostning i Norge.

Det er ikke et krav etter forskriften at behovet for helsehjelpen oppstår under utenlandsopphold eller at det er gitt forhåndsgodkjenning fra norske myndigheter. Bakgrunnen for ordningen er domstolspraksis vedrørende fri bevegelighet av tjenester, jf. punkt 11.1.

11.3.2 Helsehjelp det ytes stønad til

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

- legehjelp fra lege 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 (§ 5-10 a),
- 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 helt eller delvis 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.

11.3.3 Vilkår for stønad

Det følger av forskriften at i de tilfelle henvisning fra helsepersonell er et vilkår for stønad til dekning av utgifter for helsehjelp 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 krevne at de nevnte vilkårene er oppfylt.

Vilkår om resept utstedt av lege eller annet helsepersonell kan 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 likevel 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 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 mottas. 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 har adgang til å praktisere lovlig i det landet der helsehjelpen ytes.

11.3.4 Beregning av stønad

Stønaden er begrenset slik at utgiften for det offentlige ikke skal bli høyere enn om helsehjelpen ble mottatt i Norge. Pasienten skal dessuten ikke få dekket mer enn den faktiske utgiften. 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 (yrkesskade), 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.

11.3.5 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 (ungdom på 19-20 år) betales egenandel med 25 prosent av faktisk utgift opp til den fastsatte takst for tilsvarende behandling i Norge.

11.3.6 Reise- og oppholdsutgifter

I forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et 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 reise-måte. Reiseutgifter dekkes som hovedregel kun til nærmeste sted hvor helsehjelpen kunne mot-tas. Det er gitt enkelte unntak fra denne hovedre-gelen ved at det gis dekning av utgifter til fastlege i bostedskommunen eller samarbeidende kom-mune selv om det ikke er det geografisk nær-meste stedet hvor behandlingen kan gis. De andre unntakene gjelder særlig tjenesteytere i pasien-tens 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 billigste på grunn av pasientens helsetilstand eller andre for-hold.

Utgifter dekkes 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 stø-nadsberettiget, dekkes etter reglene i og i med-hold 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 har rett til refusjon etter folketrygdloven § 5-24 a 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.

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

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd at pasienter som har rett til nød-

vendig (prioritert) helsehjelp fra spesialisthelse-tjenesten ("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. Fristen skal settes i samsvar med forsvarlighetskravet. Mottar ikke pasienten helsehjelpen innen den fastsatte fristen, vil han ha rett til helsehjelp uten opphold, om nød-vendig 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 utlan-det. 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 tjeneste-yter i utlandet innen den fastsatte fristen, jf. § 2-1 femte ledd. Slik helsehjelp organiseres vanligvis av helsetjenesten, selv om dette ikke er et vilkår for dekning av utgiftene. I de tilfellene det forelig-ger et anerkjent behandlingstilbud i Norge vil pasienten ikke ha rett til helsehjelp i utlandet, selv om det er utviklet et mulig mer avansert behand-lingstilbud i utlandet. At det er manglende kapasitet og lang ventetid gir heller ikke rett til helsehjelp i utlandet etter femte ledd.

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

Pasienter uten lovfestet rett til nødvendig hel-sehjelp har etter gjeldende rett ikke rett til å få fastsatt en frist for når helsehjelpen senest skal gis, og har heller ikke rett til helsehjelp i utlandet etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 fjerde ledd. Det er imidlertid foreslått endringer i del II som innebærer at alle pasienter som har behov for nødvendig helsehjelp fra spesialisthelse-tjenesten også vil ha en lovfestet rett til slik helsehjelp.

12 Pasientrettighetsdirektivet

12.1 Innledning

Som omtalt i punkt 11.1 har EU-domstolen (tidligere EF-domstolen) slått fast at reglene om fri bevegelighet for tjenester også gjelder for helse-tjenester og at dette prinsippet innebærer at pasienter på visse vilkår har rett til å få refundert utgifter til helsehjelp i annet EU-land. Ulik oppfølging av EU-domstolens rettspraksis i medlemslandene skapte et behov for å klargjøre og regelfeste pasienters rett til refusjon av utgifter for helsehjelp i andre EØS-land. I første omgang ble det foreslått at helsetjenester skulle inngå i direktivet om tjenester i det indre markedet (tjenestedirektivet). Europaparlamentet (EP) og Rådet for den europeiske union (Rådet) avviste imidlertid dette forslaget fordi tjenestedirektivet ikke tok tilstrekkelig hensyn til de spesielle forhold som knytter seg til helsetjenester. 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 EP og Rådet. Medlemslandene vektla landenes behov for planlegging, kostnadskontroll og prioritering. EP ønsket større rettigheter for pasienter. Partene kom til enighet i trilogiforhandlinger i desember 2010. Saken ble behandlet i EP 18.–19. januar 2011. Den 9. mars ble direktiv 2011/24/EU om pasientrettigheter ved grenseoverskridende helsetjenester vedtatt av EP og Rådet. EU-landene har fått frist til 25. oktober 2013 til å gjennomføre direktivet.

12.2 Direktivets formål og virkeområde

Det fremgår av direktivets fortale (10) og artikkel 1 at formålet med direktivet er å fastsette bestemmelser som gjør det lettere å sikre grenseoverskridende helsehjelp av høy kvalitet, sikre pasientmobilitet i overensstemmelse med prinsippene som er fastslått av domstolene og bidra til samar-

beid mellom medlemslandene på helseområdet. Med grenseoverskridende helsehjelp menes helsehjelp som leveres eller er foreskrevet 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 nr. 4 at direktivet ikke skal berøre medlemslandenes regler vedrørende organisering og finansiering av helsehjelp så lenge det ikke gjelder grenseoverskridende helsehjelp. Direktivet forplikter ikke medlemslandet til å refundere utgifter til helsehjelp som er levert av tjenesteytere som er etablert i medlemslandet, dersom disse ikke omfattes av trygde- eller forsikringsordningen i landet.

Unntatt fra direktivet er også 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 tildeling av og adgang til organer med henblikk på organtransplantasjoner spesielt unntatt. Dette er begrunnet i de særlige omstendighetene som knytter seg til slik helsehjelp.

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.

12.3 Medlemslandenes ansvar for grenseoverskridende helsehjelp

12.3.1 Kontaktpunkt

Medlemslandene skal etter artikkel 6 etablere ett 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. Det stilles ikke krav om bruk av andre språk enn landets offisielle språk.

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 helsehjelp i andre medlemsland. Videre skal pasienten orienteres om saksgangen, klageordninger eller ordninger for å prøve sin sak dersom rettighetene etter direktivet ikke overholdes. Etter anmodning skal pasienter få kontaktopplysninger for de nasjonale kontaktpunktene i andre medlemsland.

Kontaktpunktet i behandlingslandet skal etter anmodning gi pasientene relevant informasjon om tjenesteytere, blant annet informasjon om den enkelte tjenesteyters rett til å yte helsehjelp og om eventuelle begrensninger i adgangen til å yte helsehjelp. 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 tilgjengelighet for personer med nedsatt funksjonsevne i sykehus. Kontaktpunktene skal dessuten informere om pasientrettigheter, klageordninger, erstatningsordninger for pasientskader og muligheter for å få prøvet sin sak ved pasientskade.

12.3.2 Behandlingslandets ansvar

I artikkel 4 gis det bestemmelser om det behandelende medlemslands ansvar ved grensekryssende helsehjelp. Helsehjelpen skal 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.

Behandlingslandet skal sikre at det nasjonale kontaktpunktet gir pasienter som ønsker å motta helsehjelp i landet informasjon som nevnt i punkt 12.3.1.

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 helsehjelp. Informasjonen skal blant annet omfatte behandlingsmuligheter, tilbudet av og kvaliteten og sikkerheten ved den helsehjelpen 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, forsikringsordninger mv. og ansvar tjenesteyteren kan pådra seg under utøvelse av virksomheten. 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 prøvet sin sak dersom det oppstår skader i forbindelse med helsehjelp de har mottatt i behandlingslandet. Videre skal det foreligge ansvarsordninger, garantier eller lignende ordninger for helsehjelpen.

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 dessuten ha skriftlig eller elektronisk pasientjournal om den helsehjelpen de har mottatt og mulighet til å få utskrift av journalen.

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

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

12.3.3 Trygdelandets ansvar

Trygdelandet, det vil si det landet der pasienten er medlem i trygden eller tilsvarende, skal sikre at ugiftene ved helsehjelp i annet medlemsland refunderes i samsvar med reglene i direktivet. Etter direktivet har pasienten rett til å få refundert utgifter til helsehjelp, dersom pasienten har rett til

å få dekket den aktuelle helsehjelpen i trygdelandet. Refusjonen er begrenset til det beløpet som tilsvarende helsehjelp ville belastet det offentlige med, dersom helsehjelpen var mottatt i trygdelandet. Det skal ikke ytes refusjon utover det beløpet som helsehjelpen rent faktisk kostet.

Etter direktivets artikkel 8 nr. 2 kan medlemslandene innføre eller opprettholde krav om forhåndsgodkjenning for helsehjelp som innebærer overnatting, eller krever bruk av høyt spesialisert eller kostnadskrevenne 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 helsehjelp 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 slik helsehjelp ikke kan ytes innen en tidsfrist som er medisinsk forsvarlig basert på en objektiv medisinsk vurdering. Vurderingen skal skje på søknadstidspunktet og baseres på en vurdering av pasientens helsetilstand, sykdommens historikk og den forventede utviklingen av sykdommen, omfanget av smerter og/eller pasientens nedsatte funksjonsevne.

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 helsehjelp mottatt i et annet medlemsland. Slik informasjon omfatter vilkår for å motta refusjon, saksgang, klageadgang og muligheten for domstolsprøving dersom pasienten mener at rettighetene knyttet til grenseoverskridende helsehjelp ikke er oppfylt.

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

Pasienter som ønsker å motta eller mottar grenseoverskridende helsehjelp skal sikres til-

gang til eller mulighet til å få utlevert kopi av sin pasientjournal.

12.4 Samarbeidsbestemmelser

Direktivet inneholder flere bestemmelser som skal bidra til å forsterke samarbeidet mellom medlemslandene 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.

12.5 Forholdet til EØS-avtalen

EU-domstolen har i en rekke saker slått fast at prinsippet om fri bevegelighet for tjenester også gjelder for helsehjelp, jf. punkt 11.1. Dette prinsippet gir pasienter rettigheter som tjenestemottakere. De nevnte domsavgjørelsene innebærer at pasienter på visse vilkår har rett til å få dekket utgifter til helsehjelp 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 EU-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 helse-

hjelp i andre EØS-land) ble det fremmet forslag om å etablere en refusjonsordning i tråd med domstolens rettspraksis. Bakgrunnen for 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, jf. lov 19. juni 2009 nr. 72, i kraft 1. januar 2011. Se punkt 11.3 om forskrift med nærmere regulering av refusjonsordningen i medhold av folketrygdloven § 5-24 a.

Direktivet er hjemlet i TEUV artikkel 114 og retter seg mot "det indre markeds opprettelse og virkemåte". De sentrale bestemmelsene i direkti-

vet knytter seg til retten til å få refundert utgifter for helsehjelp 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). Departementet vurderer direktivet som EØS-relevant. Spørsmålet om pasientrettighetsdirektivets EØS-relevans har vært forelagt spesialutvalget for helse som konkluderte med det samme.

13 Gjennomføringen av direktivet i andre nordiske land

13.1 Innledning

Av de øvrige nordiske landene er det kun Sverige og Finland som på nåværende tidspunkt har sendt ut høringsnotat med forslag til gjennomføring av direktivet.

13.2 Sverige

13.2.1 Innledning

Sverige sendte den 26. mars 2012 notat med forslag til gjennomføring av pasientrettighetsdirektivet på høring. I høringsnotatet foreslås det en ny lov om refusjon av visse utgifter til helsehjelp mottatt i annet EØS-land. I lovutkastet angis vilkårene for rett til refusjon, samt hvordan refusjonens størrelse skal bestemmes. Videre er det gitt bestemmelser som gir pasienter mulighet til å søke om forhåndstilsagn for planlagt behandling i et annet EØS-land. Lovutkastet inneholder videre bestemmelser om saksbehandling og plikt til å gi opplysninger.

13.2.2 Vilkår for behandling

Det følger av lovutkastet § 5 at en pasient kan få refundert utgifter som har oppstått som følge av at pasienten har mottatt helsehjelp, 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 lovutkastet at det er et vilkår at det foreligger resept eller rekvisisjon for legemiddel, forbruksartikler og hjelpemidler, med unntak av de tilfeller hvor dette er rekvirert 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 helsehjelpen 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 ("beprövad erfarenhet").

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

13.2.3 Fastsettelse av refusjonsbeløpet

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

Beløpet for refusjon av utgifter for helsehjelp skal settes til det beløpet som tilsvarende 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 prislistene som brukes mellom "länene" for "utenomlänsvård". Videre vil landstingsregionale prislistene 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 prislistene.

For forbruksartikler og hjelpemidler som ikke rekvireres i forbindelse med mottatt helsehjelp skal refusjonsbeløpet settes til et beløp som tilsvarende 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.

Refusjonsbeløpet for rekvirerte legemidler og andre varer som en pasient selv har anskaffet skal dersom det finnes et likeverdig produkt som er rimeligere settes maksimalt til det beløpet som tilsvarende det rimeligste produktet.

For tannhelsetjenester som det ytes stønad til, refunderes tilsvarende beløp som det beløp pasi-

enten hadde mottatt av Försäkringskassan, dersom behandlingen hadde skjedd i Sverige.

13.2.4 Forhåndstilsagn

Försäkringskassan skal, jf. lovutkastet § 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 lovutkastet § 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.

13.2.5 Saksbehandling

Försäkringskassan skal behandle søknader om refusjon og evt. gi forhåndstilsagn. Det fremgår av lovutkastet § 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 lovutkastet § 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.

13.2.6 Kostnadsansvaret

I lovutkastet 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 lovforslaget

§ 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.

13.2.7 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 for helsehjelp 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 til 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.

13.3 Finland

13.3.1 Innledning

En styringsgruppe har på oppdrag av social- og helse- og helsøvernsministeriet i Finland forberedt gjennomføringen av pasientrettighetsdirektivet. Styringsgruppen har drøftet hvordan pasienten skal refunderes utgiftene som har oppstått i utlandet og hvordan refusjonen skal finansieres. Den 14. februar 2013 ble et notat om gjennomføringen av direktivet sendt på høring med høringsfristen 31. mars 2013. I notatet foreslås det at direktivet gjennomføres ved en ny lov om grenseoverskridende helsehjelp. Videre foreslås det enkelte endringer i gjeldende lovgivning.

13.3.2 Modeller for refusjon

Det er kommunene i Finland som har ansvaret for å sørge for nødvendige primær- og spesialisthelse-

tjenester, se nærmere under punkt 5.3. I Finland er pasientens egenbetaling avhengig av hvorvidt han eller hun benytter offentlige og private helse-tjenester. Utgiftene til helsehjelp som ytes av tjenesteytere tilknyttet det offentlige dekkes hovedsakelig av kommunen og pasienten betaler en mindre egenandel. Helsehjelp som ytes av private tjenesteytere refunderes av Folkepensionsanstalten i samsvar med sjukförsäkringslagen. Med hjemmel i sjukförsäkringslagen er det fastsatt maksimumssatser for refusjon av helsehjelp. Nivået på refusjonen er lav og pasienten må derfor betale en høyere andel av utgiftene.

Ved gjennomføringen av pasientrettighetsdirektivet i Finland er det et sentralt spørsmål hvorvidt helsehjelp mottatt i andre EØS-land og Sveits skal likestilles med privat eller offentlig helsetjeneste. I høringsnotatet beskrives 4 mulige modeller for refusjon av utgifter. Refusjonen som betales til pasienten og pasientens egenbetaling vil avhenge av hvilken modell som blir valgt. Valg av modell vil også få betydning for hvorvidt det er pasientens bostedskommune eller sjukförsäkringen som har ansvaret for å dekke utgiftene.

Utgangspunktet for alle modellene er at pasienten selv betaler utgiftene til tjenesteyteren først og deretter søker om refusjon. Videre foreslås det at Folkepensionsanstalten behandler pasienters søknader om refusjon uansett valg av modell.

I alle modellene er det lagt til grunn at reiseutgiftene dekkes kun til nærmeste behandlingssted. Refusjon av reiseutgifter dekkes av Sjukförsäkringsfonden. Dersom pasienten har mottatt helsehjelp i annet EØS-land etter forordning (EF) nr. 883/2004 og har betalt en høyere egenandel enn den egenandelen som betales for tilsvarende helsehjelp i Finland, dekkes også mellomværende av Sjukförsäkringsfonden.

13.3.3 Nasjonalt kontaktpunkt

Folkepensionsanstalten har ansvaret for å informere pasienter om regelverket og saksgangen knyttet til forordning (EF) 883/2004, erstatning etter sjukförsäkringslagen til pasienter i tilfeller av

grenseoverskridende helsehjelp og allmenn informasjon om helsetilbudet i andre EØS-land og Sveits. Videre gir Folkepensionsanstalten informasjon til pasienter som oppholder seg i Finland. I notatet foreslås det at kontaktpunktet etableres i tilknytning til Folkepensionsanstalten. Kontaktpunktet skal i hovedsak gi informasjon til pasienter i Finland som ønsker helsehjelp i andre land og informasjon til pasienter fra andre land som ønsker helsehjelp i Finland. Kontaktpunktet skal ha ansvaret for å samle inn og produsere den informasjonen som forutsettes i pasientrettighetsdirektivet og overføre denne til den informasjonsportalen som skal fungere som kontaktpunktets viktigste informasjonskanal.

13.3.4 Tjenestetilbudet i Finland

Det finnes ingen overordnet definisjon av tjenestetilbudet innen den finske helse- og omsorgstjenesten. Det er heller ikke definert hva som anses å være helsehjelp eller ikke. Utgangspunktet er at den finske helse- og omsorgstjenesten skal bygge på utprøvd vitenskapelig grunnlag og god omsorgs- og virksomhetspraksis. Virksomheten skal være sikker, av høy kvalitet og praktiseres på forsvarlig måte. En nærmere definisjon av tjenestetilbudet anses nødvendig for å kunne vurdere hvorvidt en pasient har krav på å få refundert helsehjelpen etter pasientrettighetsdirektivet. Tjenestetilbudet i den finske helse- og omsorgstjenesten skal etter forslaget omfatte all helsehjelp som ytes av helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten, som er medisinsk og odontologisk begrunnet, allment akseptert og påkrevet på bakgrunn av pasientens helsetilstand. Tjenestetilbudet skal omfatte all virksomhet innen den offentlige organiserte eller finansierte helse- og omsorgstjenesten.

Det foreslås å etablere et organ som får i oppgave å definere nærmere tjenestetilbudet i den finske helse- og omsorgstjenesten og holde dette oppdatert. Organet skal være permanent og etableres i tilknytning til Institutet för hälsa och välfärd.

14 Utvidelse av refusjonsordningen til å omfatte "sykehusbehandling"

14.1 Innledning

Norge har allerede etablert en refusjonsordning for helsehjelp som ikke innebærer overnatting i behandlingsinstitusjon eller undersøkelse eller behandling som forutsetter ressurser, utstyr eller kompetanse som normalt forbindes med sykehusbehandling, heretter omtalt som "sykehusbehandling". Retten til refusjon følger av forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i annet EØS-land som er hjemlet bl.a. i folketrygdloven § 5-24 a, jf. punkt 11.3. Som nevnt gir forskriften ikke rett til refusjon av utgifter til "sykehusbehandling". Utgifter til slik helsehjelp i utlandet dekkes imidlertid på visse vilkår etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde og femte ledd, jf. punkt 11.4. Videre kan pasienten ha rett til å motta helsehjelp i annet EØS-land etter forordning (EF) nr. 883/2004, jf. punkt 11.2. Etter departementets vurdering oppfyller imidlertid ikke de gjeldende ordningene for dekning av utgifter til "sykehusbehandling" i utlandet pasientrettighetsdirektivet fullt ut.

I dette kapittelet drøftes spørsmålet om dagens refusjonsordning med hjemmel i folketrygdloven § 5-24 a skal utvides til å omfatte utgifter til "sykehusbehandling".

14.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet ble det foreslått å utvide dagens refusjonsordning etter folketrygdloven § 5-24 a til å omfatte stønad til utgifter til helsehjelp som er å anse som "sykehusbehandling".

Etter folketrygdloven § 5-24 a har departementet hjemmel til å fastsette regler i forskrift om stønad til dekning av utgifter til helsetjenester som pasienten har mottatt i andre 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". Etter departementets vurdering gir denne bestemmelsen også hjemmel til å gi forskrift om stønad til utgifter til "sykehusbehandling" mottatt i et annet EØS-land. Hjemmelen ble imidlertid gitt i forbindelse med etableringen av den ovenfor nevnte refusjonsordningen som ikke omfatter dekning av utgifter til "sykehusbehandling", og "sykehusbehandling" ble derfor ikke omtalt i proposisjonen. Departementet foreslo i høringsnotatet å hjemle en utvidelse av refusjonsordningen til å omfatte stønad til utgifter til "sykehusbehandling" mottatt i annet EØS-land i folketrygdloven § 5-24 a.

14.3 Høringsinstansenes syn

Mange av høringsinstansene kommenterer ikke spørsmålet om refusjonsordningen bør utvides til å omfatte "sykehusbehandling".

Ingen høringsinstanser har tatt til orde for at direktivet ikke er EØS-relevant og at Norge således ikke er forpliktet til å følge dette opp. Høringsinstansene *Nei til EU*, *Østfold Nei til EU*, *Fagforbundet* og *Norges Kommunistiske Parti* er negative til en gjennomføring av direktivet. *Fagforbundet* uttaler:

"En utvidelse av grenseoverskridende helsetjenester i et markedsbasert system reiser flere prinsipielle problemstillinger som kan få konsekvenser for helsepolitikken og organiseringen av spesialisthelsetjenesten. Likhetsprinsippet, nærhetsprinsippet og nasjonalstatens styringsrett over eget helsevesen står i en slik kontekst sentralt.

Det viktigste i Pasientrettighetsdirektivet er at det utvider EUs helsemarked, og at dette også skal omfatte sykehusbehandling. I direktivet defineres sykehusbehandling som helsehjelp som krever minst en overnatting, eller som krever bruk av høyt spesialisert og kost-

nadskrevende medisinsk infrastruktur og utstyr (Art. 8). Det gis ikke noen nærmere presisering av hva dette er, og det ligger i kortene at det her er rom for tolkningstvister.”

[...]

”Forskjellen er at det i dagens fristbruddgarantiordning er HELFO som velger alternativ for deg, mens det i EUs helsemarked skal være ”valgfrihet” for den enkelte. I EUs helsemarked er det fri konkurranse om ditt valg. Dermed inviteres markedskreftene inn i hele den europeiske sykehussektoren, og hvor det offentlige pålegges å delta finansieringen. Konsekvensen av dette er at pasientrettighetsdirektivet utfordrer dagens norske system; at det offentlige skal ha frihet til å inngå avtaler, eller til ikke å inngå avtaler med private aktører i helsesektoren. I dag kan myndighetene ha styring med både omfang og kostnader, og man kan stille de krav til kvalitet, arbeidstakerrettigheter, mv. som ligger i dagens forskrift for offentlige anskaffelser. Pasientrettighetsdirektivet innfrir ikke dette, og avskaffer i realiteten det offentlige helsevesens avtalefrihet når det gjelder private helsetilbydere.”

[...]

”Spørsmålet er om pasientrettighetsdirektivets bidrag til å utvide det europeiske helsemarkedet også vil øke det private sykehusmarkedet i Norge? Det kan i så fall skje på (minst) to ulike måter: For det første vil private aktører trappe opp sin markedsføring og informasjon til pasienter om at de (på gitte vilkår) har rett til behandling i utlandet, betalt av det offentlige. Forhåndsgodkjenning om refusjon vil bli gitt bare dersom det ikke kan tilbys behandling innenfor en forsvarlig frist i Norge, enten i offentlig eller privat sykehus. Gitt at det er køer i de offentlige sykehusene, og pasientene er klar over at de har rett på behandling i utlandet, vil et privat tilbud i Norge bli mer attraktivt. Det er all grunn til å tro at pasienter vil ønske å bli behandlet i Norge, dersom mulighetene finnes. Erfaringene fra ordningen med fritt sykehusvalg viser at det store flertallet ønsker å bli behandlet på sitt nærmeste sykehus.

For det andre kan pasientrettighetsdirektivet gjøre det lettere for private sykehus å drive i Norge uten avtale med RHF-ene. Direktivet gir deg rett (på gitte vilkår) til å velge sykehus i utlandet. For å få offentlig betalt behandling i

Norge er valgfriheten begrenset til de offentlige sykehusene eller til de private som har avtale med RHF-ene (fritt sykehusvalg). Her er det to prinsipper som kolliderer. Pasientrettighetsdirektivet gir medlemslandene rett til å organisere, levere og finansiere helsetjenestene innenlands. Mens EU-retten bygger på likebehandling og ikke-diskriminering på tvers av landegrensene. Et nærliggende spørsmål som aktualiseres er hvor lang tid det vil ta før private sykehus i Norge bringer en slik ”diskriminering” inn for ESA/EFTA-domstolen. Det er et åpent spørsmål om en praksis hvor pasienter kan velge sykehus i utlandet, men ikke i Norge, vil ”overleve” kravet om ikke-diskriminering.”

Nei til EU uttaler:

”En annen bekymring fra vår side handler om hvem som har muligheter til å orientere seg i jungelen av helsetilbydere og hvem som har mulighet til å legge ut for behandling. Vi tror at dette er et direktiv for de med størst ressurser, både økonomisk og intellektuelt, og vi frykter at direktivet kan være et skritt på veien mot et todelt helsevesen.”

Flere høringsinstanser, herunder *Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Kreftforeningen, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Norsk psykoanalytisk forening, Kroniske Smertepasienter, Hovedorganisasjonen Virke, Oslo kommune, Drammen kommune og Øvre Eiker kommune* uttaler seg positivt til forslaget om å utvide dagens refusjonsordning hjemlet i folketrygdloven § 5-24 a til også å omfatte ”sykehusbehandling”.

Vestre Viken HF og Helse Sør-Øst RHF støtter den løsningen departementet legger opp til i høringsnotatet.

Kreftforeningen uttaler:

”Kreftforeningen er generelt sett positiv til at Norge nå implementerer EUs pasientrettighetsdirektiv for å sikre grenseoverskridende helsetjenester.”

14.4 Departementets vurderinger og forslag

Direktivets regler om rett til refusjon er en regelfesting av rettigheter som EU-domstolen og EFTA-domstolen allerede har slått fast at pasienter har som følge av reglene om fri bevegelighet

av tjenester i EU-traktaten og EØS-avtalen, se nærmere om dette i punkt 11.1 og 12.3.3. Formålet med direktivet er blant annet å skape større forutsigbarhet for pasienter med hensyn til retten til refusjon og for medlemslandene med hensyn til adgang til å stille vilkår om forhåndsgodkjenning. Direktivet er basert på EU-domstolens rettspraksis når det gjelder hvor langt pasientenes rett til refusjon går og hvilke kriterier som kan stilles for krav om forhåndsgodkjenning.

Etter departementets oppfatning innfører således ikke pasientrettighetsdirektivet en ny rett til refusjon av utgifter til "sykehusbehandling", men regelfester en domstolspraksis som allerede er bindende for medlemslandene, og for Norge som følge av EØS-avtalen.

Norges plikt til å yte refusjon for helsehjelp som er mottatt i annet EØS-land, foreligger således uavhengig av om pasientrettighetsdirektivet innlemmes i EØS-avtalen. Dette er bakgrunnen for at departementet fremmet forslag i Ot.prp. nr. 92 (2008–2009) om lov om endringer i folketrygdløven m.m. (etablering av ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land) og fastsatte forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i annet EØS-land før direktivet ble vedtatt. Denne refusjonsordningen trådte i kraft 1. januar 2011 og omfatter ikke "sykehusbehandling".

Pasientrettighetsdirektivet har skapt større klarhet i pasienters rett til refusjon av utgifter i annet EØS-land og hvilke vilkår som kan stilles for slik refusjon.

Retten til refusjon som følger av domstolens rettspraksis og som er regelfestet i pasientrettighetsdirektivet omfatter også utgifter til "sykehusbehandling". Når det gjelder refusjon av utgifter til "sykehusbehandling", foreligger det imidlertid en adgang til å stille krav om forhåndsgodkjenning.

Dersom det stilles vilkår om forhåndsgodkjenning for refusjon av slike utgifter, er trygdelandet kun forpliktet til å gi slik godkjenning i de tilfellene hvor pasienten har krav på å få dekket den aktuelle helsehjelpen i trygdelandet, og helsehjelpen ikke tilbys pasienten innen en tidsfrist som er medisinsk forsvarlig. Trygdelandet er forpliktet til å refundere utgiftene opp til det beløpet helsehjelpen ville ha kostet i trygdelandet. Det foreligger ingen plikt til å refundere beløp som overstiger pasientens faktiske utgifter til slik helsehjelp.

Departementet har vurdert om de ordningene Norge har etablert for dekning av utgifter til "sykehusbehandling" i utlandet ivaretar pasientens rett til refusjon etter direktivet.

Retten til å få dekket utgifter til helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b femte ledd er begrenset til tilfeller hvor det ikke finnes et adekvat tilbud i riket. Den aktuelle helsehjelpen må i slike tilfeller vurderes å være nødvendig helsehjelp som pasienten har krav på å få, men som ikke kan mottas i Norge fordi det ikke er bygget opp et tilbud av slik helsehjelp. Adgangen til å få dekket helsehjelp i utlandet etter denne bestemmelsen er således relativt begrenset.

I proposisjonens del II fremmer departementet blant annet forslag om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd som innebærer at alle pasienter med behov for spesialisthelsetjenester skal gis en individuell frist for oppstart av behandling eller utredning. Den individuelle fristen skal etter forslaget fastsettes etter en helsefaglig vurdering av henvisningen, jf. forslaget om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2. I en slik vurdering vil pasientens helsetilstand, sykdom og den forventede utvikling av den, omfanget av smerte og/eller omfanget av pasientens funksjonsnedsettelse være momenter som inngår.

Etter gjeldende rett er det pasientens bostedsregion som 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. Plikten til å sørge for helsehjelp består også etter et fristbrudd. Ved et fristbrudd kan pasienten etter gjeldende rett henvende seg til HELFO for bistand for å få hjelp til å få oppfylt rettigheten.

I del II foreslås det at spesialisthelsetjenesten skal kontakte HELFO dersom man ikke klarer å finne et tidspunkt for pasienten innenfor det offentlige helsetilbudet før fristen for når helsehjelp senest skal gis utløper. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde ledd at pasienten i slike tilfeller har rett til å få den nødvendige helsehjelpen uten opphold fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket. 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 har pasienten 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 av utredning eller behandling. Etter pasientrettighetsdirektivet skal vurderingen av hvorvidt pasienten har ventet uforsvarlig lenge, foretas på *søknadstidspunktet*, se artikkel 8 nr. 5 i direktivet. Det kan således tenkes tilfeller hvor pasienten har fått innfridd sin individuelle frist etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b, men hvor det videre pasientforløpet har stoppet opp.

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 på videre utredning/behandling lenger enn hva som må anses som medisinsk forsvarlig.

De ordninger vi har i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde og femte ledd ivaretar dermed ikke retten til refusjon etter pasientrettighetsdirektivet fullt ut.

Etter forordning (EF) nr. 883/2004 har pasienter på visse vilkår rett til å få helsehjelp ved bosetting og under midlertidig opphold i annet EØS-land, se punkt 11.2.2 og 11.2.3. Videre kan pasienten ha rett til å reise til annet EØS-land i den hensikt å motta helsehjelp der, jf. artikkel 20. Pasienten må, jf. artikkel 20 nr. 1, søke om forhåndsgodkjenning, og slik forhåndsgodkjenning skal innvilges, jf. artikkel 20 nr. 2, dersom helsehjelpen ikke kan ytes innen medisinsk forsvarlig ventetid for den aktuelle behandlingen. Det skal tas hensyn til vedkommendes aktuelle helsetilstand og sykdommens mulige utvikling. Retten til å få forhåndsgodkjenning etter forordningen er således i stor grad sammenfallende med retten til å få forhåndsgodkjenning etter direktivet. Direktivet gir imidlertid pasienten rett til fritt å velge tjenesteyter, mens forordningen ikke gir rett til å motta helsehjelp hos tjenesteytere som ikke har tilknytning til den offentlige helsetjenesten eller forsikringsordningen i behandlingslandet. Forordningens bestemmelser ivaretar heller ikke fullt ut pasientens rettigheter etter direktivet når det gjelder "sykehusbehandling".

Det fremgår av pasientrettighetsdirektivet artikkel 8 nr. 3 at dersom vilkårene for forhåndsgodkjenning er oppfylt etter forordningen, skal godkjenningen gis etter bestemmelsene i denne, med mindre pasienten ønsker å følge reglene som er gitt for å gjennomføre direktivet.

For å sikre at pasienter som fritt ønsker å velge tjenesteyter eller som stopper opp i et

behandlingsforløp, gis en mulighet til å få refundert utgifter til "sykehusbehandling", foreslår departementet å utvide dagens refusjonsordning til å omfatte "sykehusbehandling".

Det er uttrykt bekymring fra enkelte høringsinstanser, som *Fagforbundet* og *Nei til EU*, for at pasientrettighetsdirektivet vil utfordre dagens system hvor det offentlige velger i hvilken grad det ønsker å inngå avtaler med private tjenesteytere. Det er videre uttrykt bekymring for at direktivet vil innebære en økt privatisering av helsetilbudet i Norge, fordi de frykter at EU-domstolen ikke vil godta en diskriminering av private tjenesteytere i Norge.

Direktivet griper ikke inn i hvordan det enkelte medlemsland organiserer egen helsetjeneste, jf. TEUV (traktaten om europeiske unions virkemåte) artikkel 168. I direktivets artikkel 1 nr. 4 fremgår det at direktivet ikke skal virke inn på medlemslandenes lover og administrative bestemmelser om tilretteleggelsen og finansieringen av helsehjelp som ikke er grenseoverskridende. Norge står således fritt til å ha et sterkt offentlig tjenestetilbud slik vi har i dag. Pasientrettighetsdirektivet regulerer refusjon ved behandling i *annet EØS-land* og vil ikke gi større rettigheter i forhold til private tjenesteytere i Norge. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a, jf. § 2-2, har de regionale helseforetakene plikt til å sørge for at personer bosatt i deres region tilbys forsvarlige spesialisthelsetjenester. Dette kan de regionale helseforetakene gjøre ved bruke offentlig tjenesteytere eller ved å inngå avtale med private. De regionale helseforetakene har således frihet til å bestemme i hvilken grad de ønsker å dekke behovet for tjenester ved hjelp av private aktører. Dette endres ikke ved direktivet.

Departementet vil i denne forbindelse peke på at adgangen til refusjon av utgifter til "sykehusbehandling" slik den er foreslått under, er begrenset til de tilfellene hvor pasienten ikke får slik helsehjelp innen en tidsfrist som er medisinsk forsvarlig. Departementet foreslår i del II flere tiltak for å sørge for at pasientene får helsehjelp av det "offentlige" innen forsvarlig ventetid. Formålet med disse forslagene er å bidra til at pasienten ikke opplever fristbrudd eller manglende oppfølging i det senere pasientforløpet.

Etter departementets vurdering vil ikke en utvidelse av refusjonsordningen på de vilkår som foreslås i kapittel 16, føre til en økt privatisering av helsetilbudet i Norge.

Flere høringsinstanser har påpekt at det kan være vanskelig for pasienten å orientere seg om helsetilbydere i andre land og at direktivet vil

komme de mest ressurssterke pasientene til gode. Departementet ser at det kan være en utfordring å orientere seg om helsetilbudet i andre land. Etter pasientrettighetsdirektivet plikter imidlertid medlemslandene å etablere nasjonale kontaktpunkt som skal gi informasjon til pasientene. For pasienter som ønsker å reise til tjenesteytere i andre EØS-land, skal kontaktpunktene gi informasjon om rett til refusjon, regelverk og saksgangen for å få refusjon. I tillegg skal kontaktpunktet gi kontaktinformasjon til kontaktpunktet eller kontaktpunktene i det aktuelle behandlingslandet. Det nasjonale kontaktpunktet (eller de nasjonale kontaktpunktene) i behandlingslandet skal informere om aktuelle tjenesteytere, kvalitetskrav for helsetjenesten, regelverk knyttet til klageordninger, pasientskader osv., se nærmere i punkt 12.3 og 17.5. De nasjonale kontaktpunktene vil således være et sted pasienten kan innhente nødvendig informasjon.

Enkelte høringsinstanser har uttrykt bekymring for at økt bevegelse av pasienter over landegrensene kan øke faren for smittespredning for eksempel av multiresistente bakterier. Departementet ser at det kan foreligge en økt fare for smittespredning ved større flyt av pasienter over landegrensene. Departementet vil imidlertid vise

til at pasientrettighetsdirektivet som sådan kun vil bidra til en relativt beskjeden økning i pasientflyten over landegrensene. Smittefare generelt vil i sterkere grad foreligge ved at folk i dag reiser mer enn tidligere, og at de i forbindelse med slike reiser mottar helsehjelp i andre land på grunn av behov som oppstår under oppholdet.

De fleste høringsinstansene som uttaler seg om departementets forslag om å utvide refusjonsordningen til å omfatte refusjon av utgifter til ”sykehusbehandling”, er positive eller har ikke innvendinger mot det. Det vises i denne forbindelse til at plikten til å refundere utgifter til ”sykehusbehandling” også følger av EU-domstolens rettspraksis som er bindende for Norge selv om vi lar være å innlemme pasientrettighetsdirektivet i EØS-avtalen, se punkt 11.1 og 12.5. Departementet foreslår på denne bakgrunn at dagens refusjonsordning med hjemmel i folketrygdloven § 5-24 a utvides til å omfatte utgifter til ”sykehusbehandling”. Departementet foreslår en mindre lovendring i folketrygdloven § 5-24 a, men en slik utvidelse vil for øvrig fremgå av forskriften som må endres. Departementet vil komme tilbake til dette i et senere høringsnotat. Det vises i denne forbindelse til kapittel 15 som behandler de viktigste vilkårene for refusjon av slike utgifter.

15 Forhåndsgodkjenning mv.

15.1 Innledning

For "sykehusbehandling" følger det av EU-domstolens og EFTA-domstolens rettspraksis at enkelte restriksjoner kan rettferdiggjøres, blant annet vilkår om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter for slik helsehjelp i andre land. I domstolspraksis er det videre akseptert at forhåndsgodkjenning kan nektes dersom pasienten kan motta "sykehusbehandling" i eget land innen en medisinsk forsvarlig frist. Dette er fulgt opp i pasientrettighetsdirektivet ved at det er åpnet for at medlemslandene kan stille vilkår om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til "sykehusbehandling", jf. artikkel 8. Videre følger det av artikkel 8 nr. 5 at trygdelandet ikke kan nekte å gi slik forhåndsgodkjenning dersom den aktuelle helsehjelpen ikke kan tilbys pasienten i trygdelandet innen en medisinsk forsvarlig tidsfrist. I dette kapittelet drøftes spørsmålet om det i norsk rett bør stilles krav om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til "sykehusbehandling". I punkt 15.5 omtales kort enkelte andre vilkår for refusjon.

15.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet at det stilles krav om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til helsehjelp som innebærer overnatting i behandlingsinstitusjon eller for undersøkelse eller behandling som forutsetter ressurser, utstyr eller kompetanse som normalt forbindes med sykehusbehandling. Begrunnelsen for dette var å sikre kontroll over pasientstrømmen ut av landet når det gjelder slik ressurskrevende helsehjelp. I høringsnotatet foreslo departementet derfor at det i folketrygdloven § 5-24 a presiseres at det i forskrift også kan stilles vilkår om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter.

15.3 Høringsinstansenes syn

Alle høringsinstanser som uttaler seg om forhåndsgodkjenning støtter forslaget om at det bør etableres en slik godkjenningsordning.

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og *Norsk Pasientforening* mener ordningen som det legges opp til, er for snever.

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon uttaler:

"FFO mener forslaget til implementering av direktivet i norsk lovgivning styrker etter FFOs syn ikke norske pasienters rettigheter når det gjelder rett til sykehusbehandling i utlandet.

FFO reagerer med skuffelse på at forslaget fra regjeringen ikke innebærer noen ny rett til behandling i annet EØS-land. Forhåndsgodkjenningen for behandling vil kun godkjennes i de tilfeller det foreligger et fristbrudd. Dett er en ordning Norge allerede har. Den eneste materielle endringen er at dagens fristbrudd-pasienter ikke kan velge behandlingssted, mens direktivet åpner for at disse pasientene selv kan velge behandlingssted i utlandet.

Krav om forhåndsgodkjenning er etter FFOs oppfatning helt greit. Vi har full forståelse for at det foretas en medisinsk vurdering om en pasient har rett til behandling i spesialisthelsetjenesten for å kunne få rett til behandling i annet EØS-land. Det vi mener er problematisk, er at forslaget innebærer at pasienter bortsett fra fristbruddspasienter, ikke har noen som helst mulighet til å velge behandling i et annet EØS-land.

Pasienter med sjeldne tilstander ville hatt tilgang til medisinsk ekspertise i andre europeiske land, særlig ville dette vært uvurderlig for tilstander hvor det er et begrenset fagmiljø i Norge."

Helsedirektoratet uttaler følgende om forslaget til forhåndsgodkjenning:

"Direktoratet mener et krav om forhåndsgodkjenning kan bidra til en viss kontroll med pasientflyt og til forutberegnelighet for noen pasi-

enter. Det knytter seg imidlertid utfordringer til avgrensningen av en slik ordning. Det gjelder blant annet hvilke helsetjenester som skal komme inn under ordningen og forholdet til andre ordninger for dekning av utgifter til sykehusbehandling i utlandet. Saksbehandlingen vil være ressurskrevende og det er behov for avklaringer med hensyn til pasientrettighetene i pasientrettighetsloven.”

[...]

”Helsedirektoratet ser videre utfordringer i at godkjenningssinstansen skal vurdere hva som ligger innenfor en medisinsk forsvarlig tidsfrist. Vi ser behovet for en ryddig og tydelig rolle- og ansvarsfordeling. Departementet foreslår at HELFO skal kunne innhente medisinsk-faglige uttalelser fra helseforetaket eller spesialister som pasienten tidligere har vært i kontakt med. HELFO vil ved denne ordningen få et større behov for rådgivende leger i saksbehandlingen. HELFO må i tillegg ha mulighet til å kunne innhente uttalelser fra et annet spesialistmiljø enn der pasienten tidligere har vært til behandling.”

Helsetilsynet uttaler følgende:

”Slik Helsetilsynet ser det, er det grunn til å vurdere nærmere om antall pasienter som vil søke forhåndsgodkjenning vil øke i betydelig grad med et utvidet pasientomfang med rett til tjenester. Disse pasientene vil også lettere kunne benytte seg av et behandlingstilbud i utlandet.

Videre er det grunn til å stille spørsmål ved om man på søketidspunktet for forhåndsgodkjenning kan basere seg på den tidligere vurderingen av henvisningen. Helsetilsynet nevner også her at pasientforløpet i dag styres av forsvarlighetsnormen uten særskilte fastsatte frister etter oppstart helsehjelp i form av utredning eller behandling.”

Helse Vest RHF har følgende merknad:

”Helse Vest støtter også at Noreg nyttar seg av retten til å ha eit krav om førehandsgodkjenning for refusjon av utgifter til sjukehusbehandling i EØS-området. Vi er samde med departementet i at det er viktig å sikre at vi har kontroll over flyten av pasientar ut av landet når det gjeld ressurskrevjande helsetenester som sjukehusbehandling. Førehandsgodkjenning gjer det meir føreseieleg for pasientane, noko

som er nødvendig når det gjeld dei økonomiske pliktar dei tek på seg.

Ein føresetnad for å få dekkja helsetenesta i eit anna EØS-land er at pasienten har rett på den aktuelle helsehjelpa i Noreg og at pasienten ikkje får eit tilbod innan ein forsvarleg frist. Helse vest vil i denne samanheng be om at godkjenningssmyndigheita blir pålagt å rådføre seg med det sjukehus eller den spesialist som ville vore ansvarleg for å gje pasienten den aktuelle helsehjelpa i Noreg, når det skal vurderast om godkjenning skal bli gitt. Det er viktig at vi får ein lik praksis i dette spørsmål for heile landet.”

Kreftforeningen uttaler:

”Kreftforeningen mener i hovedsak at pasienter bør få tilbud om størst mulig valgfrihet når det gjelder behandlingssted, uten at dette går på bekostning av utvikling av et godt helsevesen i Norge. Norge har valgt å begrense valgfriheten direktivet åpner for. Begrensningene er, som departementet påpeker, først og fremst knyttet til beregning av refusjonsbeløpet og kravet om forhåndsgodkjenning. Begrunnelsene for begrensningene er knyttet til ønsket om å bevare mulighetene for planlegging og styring av innsatsen på helseområdet i Norge.

Kreftforeningen tror få kreftpasienter vil benytte seg av muligheten til å velge behandling i utlandet. Kreftbehandlingen går over tid, og medfører behov for oppfølging på flere nivåer i helsetjenesten. Noen kreftpasienter er også for svake til å reise utenlands. Vi er derfor enig i at det er viktig å kunne styre helseprioriteringene nasjonalt. Kreftforeningens overordnede innvending er at de begrensningene departementet foreslår betyr at det er de ressurssterke som kan benytte seg av muligheten til å få behandling i utlandet. Årsaken til dette er at det legges et stort ansvar på pasienten selv for å orientere seg, og pasienten må kunne forskuttere store summer for deretter å kunne kreve refusjon.”

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) uttaler:

”LHL støtter de foreslåtte kriteriene for forhåndsgodkjennelse av dekning av utgifter til sykehusbehandling i et annet EU/EØS land. Det er viktig med god kontroll på bruk av helseressursene. Vi mener det er tilstrekkelig at pasienter som har ventet uforsvarlig lenge på behandling i Norge får mulighet til å få dekket

utgifter til sykehusbehandling i et annet EU/EØS land. Dette utfyller også den retten til behandling i utlandet som gjelder for rettighetspasienter ved fristbrudd.”

Fagforbundet uttaler:

”Forhåndsgodkjenning: Det er riktig, viktig og nødvendig med en restriktiv linje her. Spørsmålet er om dette vil virke slik det framstår når vi vet at det er EU-domstolen som kan få det avgjørende ordet i saker hvor det er uenighet om man kan stille krav om en forhåndsgodkjenning, eventuelt avvise en slik godkjenning.”

15.4 Departementets vurderinger og forslag

Etter EU-domstolens praksis har forhåndsgodkjenning vært godkjent som restriksjon i den frie flyten av tjenester under henvisning til behovet for å planlegge sykehus tjenester for å sikre befolkningen sykehusbehandling, ha kontroll med kostnadene og forhindre sløsing med økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser. Etter pasientrettighetsdirektivet artikkel 8 nr. 2 er det åpnet for at medlemslandene kan kreve forhåndsgodkjenning for refusjon av enkelte helsetjenester.

Hvilken helsehjelp kan det kreves forhåndsgodkjenning for?

I pasientrettighetsdirektivet artikkel 8 nr. 2 er det gitt kriterier for vurderingen av hvilken helsehjelp som det kan kreves forhåndsgodkjenning for. Kriteriene i artikkel 8 nr. 2 bokstav a er utformet i samsvar med EU-domstolens praksis. Et krav er at helsehjelpen 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 helsehjelpen enten innebærer sykehusinnleggelse over natten eller bruk av høyt spesialisert og kostnadskreven medisinisk infrastruktur eller medisinisk utstyr.

Videre følger det av artikkel 8 nr. 2 bokstav b, at det også kan kreves forhåndsgodkjenning for helsehjelp som utgjør en særlig risiko for pasienter eller befolkning. Dette kan tenkes å være aktuelt hvor pasienten er i et behandlingsforløp som må ses under ett og hvor det ikke vil være forsvar-

lig at deler av behandlingsforløpet skilles ut og gjennomføres i et annet land.

Artikkel 8 nr. 2 bokstav c åpner dessuten for at det kan kreves forhåndsgodkjenning for helsehjelp som ytes av en tjenesteyter ”der i det enkelte tilfælde kan give anledning til alvorlig og konkret bekymring for så vidt angår kvaliteten og sikkerheden af sundhedsydelsen, med undtagelse af sundhedsydelser, der er underlagt en EU-lovgivning, der sikrer et mindsteniveau for sikkerhed og kvalitet i hele Unionen”.

Når kan en søknad om forhåndsgodkjenning avslås?

Hovedregelen er at medlemslandet er forpliktet til å gi forhåndsgodkjenning i de tilfellene hvor pasienten har krav på å få dekket den aktuelle helsehjelpen i trygdelandet og helsehjelpen ikke kan tilbys pasienten innen en tidsfrist som er medisinsk forsvarlig. Avgjørelsen av hva som er en medisinsk forsvarlig tidsfrist, 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 artikkel 8 nr. 6 er det stilt opp enkelte unntak fra nevnte hovedregel ut fra hensyn som også fremgår i artikkel 8 nr. 2. Etter artikkel 8 nr. 6 bokstav a kan trygdelandet nekte pasienten forhåndsgodkjenning også i ovennevnte tilfeller, dersom pasienten etter en medisinsk vurdering vil bli utsatt for en pasientsikkerhetsrisiko som ikke kan anses akseptabel i forhold til den nytte pasienten vil ha av å motta den aktuelle helsehjelpen. Et eksempel på dette kan være at pasienten av medisinsk faglige hensyn ikke burde reise.

Etter artikkel 8 nr. 6 bokstav b kan forhåndsgodkjenning avslås dersom befolkningen med rimelig sikkerhet vil bli utsatt for en vesentlig sikkerhetsrisiko som følge av den påfølgende grenseoverskridende helsehjelpen. Dette kan for eksempel være at det har oppstått et utbrudd av en farlig smittsom sykdom ved den aktuelle helseinstitusjonen. Vilklårene for avslag etter denne bestemmelsen er relativt strenge. En generell noe høyere smitterisiko i det aktuelle landet må således antas ikke være tiltrekkelig til å gi avslag på dette grunnlaget.

Videre følger det av artikkel 8 nr. 6 bokstav c at forhåndsgodkjenning også kan avslås dersom det foreligger alvorlig og konkret bekymring vedrørende kvaliteten og pasientsikkerheten ved helsehjelpen som ytes av den aktuelle tjenesteyteren. Et eksempel på dette kan være at tjenesteyter ikke

innehar nødvendig kompetanse til å yte den aktuelle helsehjelpen.

Forhåndsgodkjenning kan etter artikkel 8 nr. 6 bokstav d avslås dersom helsehjelpen kan leveres i trygdelandet innen en medisinsk forsvarlig frist på bakgrunn av den aktuelle pasientens helsetilstand og sykdommens forventede utvikling.

Bør vi etablere en forhåndsgodkjenningsordning?

Det er opp til det enkelte land å vurdere hvorvidt det vil etablere en forhåndsgodkjenningsordning. 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. Vilåret ville i så fall bare være at pasienten ville hatt krav på å få dekket slik helsehjelp i trygdelandet. Refusjonskravet er videre begrenset til hva tilsvarende helsehjelp ville ha kostet i trygdelandet.

Alle høringsinstansene som har uttalt seg om forhåndsgodkjenning, har uttrykt støtte til forslaget om å kreve forhåndsgodkjenning. De fleste høringsuttalelsene støtter også departementets forslag om å begrense refusjonsordningen til de tilfeller hvor pasienten ikke får helsehjelp innen medisinsk forsvarlig tidsfrist.

Funksjonshemmede Fellesorganisasjon og *Norsk Pasientforening* er skuffet fordi de mener at ordningen som forslås i høringsnotatet, ikke gir noen sterkere rettigheter for pasienten enn det pasienten allerede har. Det vises til at pasienter med sjeldne lidelser med en mer åpen ordning ville hatt tilgang til medisinsk ekspertise i andre europeiske land og at dette særlig ville være uvurderlig for tilstander hvor det er et begrenset fagmiljø i Norge.

Som nevnt ovenfor mener departementet at det er nødvendig å utvide den eksisterende refusjonsordningen fordi dagens ordninger ikke ivaretar pasientrettighetsdirektivet fullt ut. For det første ivaretas ikke pasientens rett etter pasientrettighetsdirektivet til fritt å velge tjenesteyter. Videre ivaretar ikke fristbruddsordningen pasienter som stopper opp i et pasientforløp etter at utredning eller behandling er startet opp. Den foreslåtte utvidelsen av dagens refusjonsordning til å omfatte refusjon av utgifter til "sykehusbehandling" vil også omfatte refusjon til slike pasienter.

Når det gjelder pasienter med sjeldne lidelser som har behov for medisinsk kompetanse som ikke foreligger i Norge, viser departementet til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b femte ledd som gir pasienter rett til å få dekket nødvendig helsehjelp fra tjenesteyter i andre land, der-

som det ikke foreligger adekvat tilbud i Norge. Pasienter som mangler tilbud om nødvendig helsehjelp fordi det ikke foreligger kompetanse i Norge vil således ha mulighet til å få dekket slik helsehjelp i annet land med hjemmel i nevnte bestemmelse.

Det er etter departementets oppfatning viktig å sikre at vi har kontroll over pasientstrømmen ut av landet når det gjelder ressurskrevende helse-tjenester 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 pasientstrømmen ut når det gjelder slik helsehjelp. En slik kontroll er viktig for å ivareta et kvalitetsmessig godt offentlig helsetilbud i Norge.

Det er vanskelig å si noe om hvor mange pasienter som vil ønske å benytte seg av en slik refusjonsordning. Tall fra Sverige som har hatt en refusjonsordning i flere år og som i dag ikke krever forhåndsgodkjenning, viser at det kun er en liten andel av pasienter som velger seg bort fra nærmeste sykehus. I Sverige var det for eksempel kun 2600 pasienter som fikk refusjon i 2011, og nær en tredel av sakene gjaldt tannbehandling. Det er også relativt få norske pasienter som får refusjon for helsehjelp mottatt i et annet EØS-land i henhold til refusjonsordningen som trådte i kraft i 1. januar 2011. Ordningen omfatter annen helsehjelp enn "sykehusbehandling" og det kreves ikke forhåndsgodkjenning. Av ca. 7600 innvilgede saker i 2012, gjaldt 240 spesialisthelsetjeneste. Tre firedeler av de innvilgede sakene 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 det imidlertid grunn til å tro at pasienter i større grad vil kunne 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. Etter departementets oppfatning er det derfor viktig at det stilles vilkår om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til "sykehusbehandling" og at adgangen til å få slik godkjenning er begrenset til de tilfeller hvor pasienten ikke har fått slik helsehjelp i Norge innen en forsvarlig tidsfrist.

Pasienten må selv betale for helsehjelpen og kreve refusjon etterpå. En forhåndsgodkjenning vil gi pasienten visshet om at de vil ha krav på å få

refundert utgifter til helsehjelpen. Dette vil gi pasienten bedre forutsetninger for å vurdere om de vil motta helsehjelp 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".

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 hvilke vilkår som skal gjelde for å yte slik stønad. Departementet foreslår at det presiseres i lovbestemmelsen at det i forskrift også kan stilles vilkår om forhåndsgodkjenning.

Helsedirektoratet har påpekt at det vil være utfordringer knyttet til avgrensningen av en slik forhåndsgodkjenningsordning. Dette vil departementet komme tilbake til i et høringsnotat med forslag 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.

15.5 Andre vilkår for refusjon

15.5.1 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 stønad eller bidrag til etter folketrygdloven eller fått bekostet i den offentlige helsetjenesten, dersom den aktuelle helsehjelpen var blitt mottatt i Norge, jf. forskriften § 2.

Departementet la i høringsnotatet til grunn at hovedvilkåret om at refusjon bare ytes for helsehjelp som pasienten ville ha fått stønad eller bidrag til etter folketrygdloven eller fått bekostet i Norge, også bør gjelde for refusjon av "sykehusbehandling". Departementet ser ingen grunn til å gi pasienter som ønsker å motta "sykehusbehandling" i andre EØS-land, sterkere rettigheter enn det pasienter har i Norge. Alle høringsinstansene som kommenterte spørsmålet var enige i dette.

15.5.2 Henvisning

I både EU- domstolens 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 i helse- og omsorgstjenesten. 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 satt vilkår om henvisning for refusjon av utgifter for helsehjelp i annet EØS-land i de tilfellene det foreligger slikt vilkår for å få 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. Etter forskriftens § 5 andre ledd kan kravet til henvisning oppfylles ved henvisning fra tilsvarende helsepersonell i annet EØS-land i tilfeller der behovet for helsehjelpen oppsto etter avreise fra Norge. Dersom det aktuelle landet ikke har henvisningsordning for den type helsehjelp det gjelder, kan det godtas annen dokumentasjon for at allmennlege er konsultert på forhånd og har funnet behov for helsehjelpen. Tilsvarende gjelder konsultasjon hos annet helsepersonell som i Norge kan henvise til den aktuelle typen helsehjelp. Videre følger det av forskriften § 5 tredje ledd at vilkårene om henvisning i særskilte tilfelle kan frafalles helt dersom behovet for helsehjelpen oppsto under oppholdet i utlandet og det etter omstendighetene ville være urimelig å kreve at vilkårene i andre ledd er oppfylt.

I høringsnotatet uttalte departementet at når kravet til henvisning gjelder for å få spesialisthelsetjenester på det offentliges bekostning i Norge bør det som hovedregel også gjelde for å få refusjon av utgifter til "sykehusbehandling" i annet EØS-land. Det kan i imidlertid også oppstå situasjoner hvor det må kunne gjøres unntak fra denne

hovedregelen i forbindelse med ”sykehusbehandling”. Etter departementets oppfatning bør derfor unntaksbestemmelsene som følger av forskriften

§ 5 andre og tredje ledd komme til anvendelse ved refusjon av utgifter til ”sykehusbehandling”.

16 Spørsmål knyttet til betaling fra pasienter fra annet EØS-land

16.1 Innledning

Pasientrettighetsdirektivet legger opp til en refusjonsordning. Dette innebærer at pasienter som kommer fra andre EØS-land for å motta helsehjelp i Norge, i utgangspunktet skal betale utgiftene til helsehjelpen selv. Pasienten kan deretter kreve utgiftene refundert fra trygdelandet. For at pasienten skal kunne få refundert utgiftene i etterkant, vil pasienten måtte legge frem dokumentasjon på hvilken helsehjelp pasienten har mottatt og hva pasienten har betalt for denne helsehjelpen. Det følger derfor av pasientrettighetsdirektivet at helsetjenesteytere skal levere fakturaer og klare opplysninger om priser på helsehjelpen som ytes. I dette kapittelet drøftes forslag til lovendring som anses nødvendig for å ivareta tjenesteyterens behov for å sikre seg betaling fra pasienten og lovendringer som skal ivareta pasientens behov for dokumentasjon. I tillegg drøftes forslaget om forskriftshjemmel for beregning av behandlings- og forpleiningsutgifter for spesialisthelsetjenester.

16.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet at den aktuelle helseinstitusjonen eller tjenesteyteren før *planlagte* spesialisthelsetjenester ytes, kunne kreve dokumentasjon på at pasienten vil kunne dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene.

Det ble også foreslått at det i spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 fastslås at helseinstitusjonen eller tjenesteyteren skal sørge for at pasienten mottar en spesifisert regning som viser hvilke ytelser pasienten har mottatt og hvilken pris som er beregnet for ytelsene. I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ble det foreslått en hjemmel i § 11-2 andre ledd til å stille krav om at det utstedes spesifisert regning til pasienten.

Videre ble det i spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 foreslått en hjemmel til å gi forskrift om beregning av behandlings- og forpleiningsutgifter.

16.3 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet uttaler:

”Direktoratet støtter forslaget om hjemmel for å kreve dokumentasjon på at pasienter som kommer fra andre land, og som mottar planlagt behandling som ikke omfattes av forordning 883/04, kan dekke behandlings- og forpleiningsutgifter selv, og om utstedelse av spesifisert faktura.”

Helse Sør-Øst RHF uttaler følgende:

”Det er viktig at dagens praksis for fakturering av EU borgere som får behandling i spesialisthelsetjeneste i Norge videreføres. I dag benyttes DRG systemet som kalkulasjonsunderlag, men i fremtiden vil et nasjonalt opplegg med kostnad per pasient være riktigere å benytte. Vi oppfatter at høringen ivaretar dette perspektivet.”

16.4 Departementets vurderinger og forslag

Det er usikkert i hvilken grad pasienter fra andre EØS-land vil benytte adgangen til å reise til Norge for å motta helsehjelp her. Departementet antar at flyten til Norge vil være begrenset. Dette er begrunnet i flere forhold. Når det gjelder ”sykehusbehandling” vil det for medlemslandene være adgang til å etablere forhåndsgodkjenningsordninger som vil kunne begrense flyten til andre land. Videre er det på mange områder ventetid for å få behandling i Norge. Fordi prisnivået i Norge er høyere enn i de fleste andre EØS-landene, vil pasienten i tillegg kunne risikere å måtte dekke en stor del av utgiftene til helsehjelpen selv. Årsaken til dette er at trygdelandets refusjonsplikt etter pasientrettighetsdirektivet er begrenset oppad til det helsehjelpen ville ha kostet der. Det høye prisnivået og Norges geografiske plassering

vil også tilsi høye reise- og oppholdsutgifter som trygdelandet ikke plikter å dekke etter pasientrettighetsdirektivet. Det er således etter departementets oppfatning ikke grunnlag for å tro at Norge som følge av pasientrettighetsdirektivet vil oppleve en sterk strøm av pasienter til Norge.

Dersom det imidlertid skulle oppstå en situasjon hvor pasientstrømmen fra andre EØS-land truer tilbudet av helsehjelp til egne borgere, kan Norge etter pasientrettighetsdirektivet artikkel 4 nr. 3 innføre restriksjoner for pasienter fra andre EØS-land. Restriksjonene må være begrunnet i tvingende allmenne hensyn som for eksempel behovet for planlegging med sikte på å sikre et vedvarende og tilstrekkelig tilbud av helsehjelp av høy kvalitet til egne borgere. I fortalen er det vist til at eventuelle begrensninger i den frie flyten av personer skal være nødvendig og stå i rimelig forhold til formålet. Videre uttales det (dansk versjon):

”Dette direktiv bør imidlertid ikke innebære, at sundhedstjenesteydere skal acceptere planlagt behandling af patienter fra andre medlemsstater eller prioritere disse til skade for andre patienter, f.eks. ved at øge ventetiden på behandling for andre patienter. Tilstrømning af patienter kan skabe efterspørgsel, som overstiger den kapacitet, der findes i en medlemsstat for en bestemt behandling. I sådanne undtagelsestilfælde bør medlemsstaten bevare muligheden for at rette op på situationen af hensyn til den offentlige sundhed i overensstemmelse med artikkel 52 og 62 i TEUF.”

Som nevnt ovenfor legger pasientrettighetsdirektivet opp til en refusjonsordning. Dette innebærer at pasienten må legge ut selv og deretter kreve refusjon av den kompetente institusjon i trygdelandet. Dersom pasienter fra andre EØS-land ønsker å motta planlagt helsehjelp i Norge i samsvar med direktivet, vil de således i utgangspunktet måtte dekke utgiftene ved slik helsehjelp selv og så i etterkant kreve utgiftene refundert. Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 at pasient som ikke har bosted i riket og som ikke er medlem av folketrygden eller stønadsberettiget i henhold til gjensidig avtale med annen stat, skal dekke behandlings- og forpleiningsutgifter selv. Dersom pasienten ikke kan dekke utgiftene selv, skal de dekkes av vedkommende helseinstitusjon eller tjenesteyter.

I høringsnotatet foreslo departementet at den aktuelle helseinstitusjonen eller tjenesteyteren kan kreve dokumentasjon for at pasienten vil

kunne dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene før planlagte spesialisthelsetjenester ytes.

Forslaget fikk støtte av de få høringsinstansene som kommenterte forslaget i høringsrunden. Departementet mener det er hensiktsmessig at den aktuelle helseinstitusjonen eller tjenesteyteren kan kreve dokumentasjon av pasienter som skal betale selv i de tilfeller pasienten skal ha *planlagt* behandling. 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 da ikke være adgang til å nekte pasienten helsehjelp selv om pasienten ikke kan fremlegge dokumentasjon på betalingsevne.

Det følger av pasientrettighetsdirektivet artikkel 4 nr. 2 bokstav b at behandlingslandet skal sørge for at helsetjenesteytere leverer klare fakturaer og klare opplysninger om priser på helsehjelpen som ytes. Kravet om klar faktura og klare opplysninger om pris må blant annet ses i sammenheng med trygdelandets plikt til å refundere utgifter. Plikten til å yte refusjon er etter direktivet begrenset til helsehjelp som trygdelandet ville ha bekostet, dersom den var mottatt i trygdelandet. Trygdelandet har dessuten ikke plikt til å dekke mer enn hva tilsvarende helsehjelp ville ha kostet, dersom den var mottatt i trygdelandet.

Fakturaen vil således ofte danne grunnlag for et refusjonskrav i trygdelandet. For at trygdelandet skal kunne ta stilling til spørsmålet om helsehjelpen ville ha blitt dekket av det offentlige, dersom den var mottatt i trygdelandet 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.

Etter pasientrettighetsdirektivet artikkel 4 nr. 4 skal medlemslandene sikre at tjenesteyterne bruker den samme prisskala for pasienter fra andre EØS-land som for egne pasienter, eller at de krever en pris som er utregnet etter objektive ikke-diskriminerende kriterier hvis det ikke finnes noen tilsvarende pris for innenlandske pasienter. Kravet til spesifisert regning vil også gi et grunnlag for å føre kontroll med at beregningen av utgiftene er riktig og at det ikke skjer prisdiskriminering.

For å ivareta kravet i pasientrettighetsdirektivet foreslo departementet i høringsnotatet at det i spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 fastsettes at hel-

seforetaket eller tjenesteyter må sørge for at det utstedes en regning som viser hvilke ytelser pasienten har mottatt og hvilken pris som er beregnet for de enkelte ytelsene. Videre ble det foreslått en hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 11 andre ledd til å stille krav om at det utstedes spesifisert regning til pasienten. Forslaget er kun kommentert av *Helsedirektoratet* som støtter det.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at det i spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 første ledd fastsettes at helseforetaket eller tjenesteyteren må sørge for at det utstedes regning som viser hvilke ytelser pasienten har mottatt og hvilken pris som er beregnet for ytelsene. Videre foreslår departementet at det gis en hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 11 andre ledd til å stille krav om å utstede spesifisert regning til pasienten.

I høringsnotatet ble det i tillegg foreslått at departementet gis hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 til å gi forskrift om beregning av

behandlings- og forpleiningsutgifter. Få høringsinstanser har kommentert forslaget.

Helse Sør-Øst RHF og *Oslo Universitetssykehus* peker på at det er viktig at dagens praksis for fakturering av EØS-borgere som får behandling i spesialisthelsetjenesten i Norge videreføres. I dag benyttes DRG-systemet som kalkulasjonsunderlag, men i fremtiden vil et nasjonalt opplegg med kostnad per pasient være riktigere å benytte.

Departementet viser til plikten etter direktivet til å sørge for at det ikke skjer prisdiskriminering av pasienter fra andre EØS-land. Etter departementets oppfatning er det viktig at departementet har hjemmel til å gi forskrift om beregning av behandlings- og forpleiningsutgifter i spesialisthelsetjenesten, dersom det skulle bli behov for å etablere nasjonale løsninger for faktureringen av pasienter fra andre land. Departementet foreslår derfor at en slik hjemmel tas inn i spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 fjerde ledd. Se også punkt 17.1 om prisfastsettelse.

17 Enkelte andre spørsmål

17.1 Prisfastsettelse

Etter pasientrettighetsdirektivet artikkel 4 nr. 2 bokstav b skal behandlingslandet sørge for at helsetjenesteytere gir klare opplysninger om priser på helsehjelpen som ytes. Videre skal medlemslandene 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.

Behovet for å fastsette pris for helsehjelpen er 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 der 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 i punkt 11.3 har Norge allerede gjennomført pasientrettighetsdirektivets bestemmelser når det gjelder helsehjelp som ikke er å anse som "sykehusbehandling" gjennom etableringen av refusjonsordningen 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 helsehjelpen 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 del 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* prissettingsmetode 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 hovedprinsippene som gjelder for refusjon etter dagens forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land bør legges til grunn. 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. Departementet støtter Helsedirektoratets oppfatning.

For "sykehusbehandling" har man gjennom DRG og ISF-systemet allerede en metode for å utlede stipulerte totalkostnader for de fleste av de aktuelle tjenestene. Videre benyttes et DRG-basert system i dag også til prising av helsehjelp (som innebærer sykehusinnleggelse) som gis til konvensjonspasienter i Norge og som HELFO utland faktureres med i forbindelse med landoppgjørene. Landoppgjør er refusjonsoppgjørene mellom Norge og andre EØS-land som foretas etter bestemmelsene i forordning (EF) nr. 883/2004, jf. punkt 11.2. 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 det 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 ved gjennomføring av direktivets regler.

Departementets foreslo på denne bakgrunn i høringsnotatet at prissettingen av somatisk ”sykehusbehandling” skulle baseres på et DRG-basert system.

Helsedirektoratet, Helse Sør-Øst RHF og Oslo Universitetssykehus HF støtter departementets forslag.

Fagforbundet og Nei til EU stiller imidlertid spørsmålstegn ved hvor godt egnet DRG og ISF-systemet er for prissetting av ”sykehusbehandling”. Det påpekes videre at når en velger å bruke DRG-systemet som prismekanisme, er dette en måte å låse oss til fortsatt bruk at et markedsdrivende og - i noen sammenhenger – misvisende finansieringssystem.

Departementet viser til at DRG og ISF-systemet ligger til grunn for prising av helsehjelp som tilsvarende ”sykehusbehandling” som gis konvensjonspasienter i Norge og som HELFO utland faktureres med i forbindelse med landsoppgjørene i dag. Bruk av dette systemet vil ivareta direktivets krav til en prissettingsmekanisme som er transparent, basert på objektive, ikke-diskriminerende kriterier som er kjent på forhånd.

DRG og ISF-systemet er en metode som vi allerede har for å utlede stipulerte totalkostnader for somatisk ”sykehusbehandling”. Det vil være svært ressurskrevende å skulle prissette slik helsehjelp uten å basere seg på dette systemet. Departementet kan ikke se at valget å bruke dette systemet for prissetting av slik helsehjelp nå, vil låse oss til en fremtidig bruk av dette systemet i helsetjenesten, dersom det er ønskelig å finansiere slik helsehjelp på annen måte. Etter departementets vurdering bør DRG og ISF-systemet ligge til grunn for prisfastsettelsen av somatisk ”sykehusbehandling”.

DRG og ISF-systemet omfatter kun somatisk pasientbehandling. Det finnes ikke et tilsvarende system for psykisk helsevern og rusbehandling. *Sør-Øst RHF og Oslo Universitetssykehus HF* har påpekt at refusjonsløsninger for øvrige tjenestoområder (psykisk helsevern og tverrspesialisert behandling) også bør kommenteres.

Etter departementets vurdering må det ved beregning av refusjonsbeløp innen psykisk helsevern og rusbehandling, tas kontakt med de regio-

nale helseforetakene for å få anslag på kostnader for dette. Departementet antar at det etter hvert vil utpeke seg noen behandlingsområder hvor det vil være mer aktuelt at søke om refusjon enn andre, og at foretatte anslag på kostnader på disse områdene kan brukes som grunnlag for refusjon av utgifter til tilsvarende helsehjelp. Det fastsettes takster for polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern og rusbehandling og dette kan brukes som veiledning.

17.2 Refusjonsordning

Pasientrettighetsdirektivet legger opp til en *refusjonsordning*. I dette ligger det at pasienten må legge ut beløpet selv og deretter kreve utgiftene refundert. I direktivet er det imidlertid åpnet for at man kan benytte de kompensasjonsordninger som er fastsatt i forordning (EF) nr. 883/2004.

Trygdelandets plikt til å refundere utgifter til helsehjelp i annet EØS-land er begrenset til helsehjelp som pasienten ville ha mottatt på det offentlige bekostning, dersom helsehjelpen ble mottatt i trygdelandet. Videre er trygdelandet ikke forpliktet å refundere en høyere utgift enn det helsehjelpen ville ha kostet i trygdelandet. Uansett plikter ikke trygdelandet å dekke mer enn den faktiske utgiften pasienten har hatt.

Departementet foreslo i høringsnotatet at retten til å få dekket utgifter for ”sykehusbehandling” skulle være en refusjonsordning og at dagens refusjonsordning i forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i annet EØS-land skulle utvides til å omfatte refusjon av utgifter til ”sykehusbehandling”.

Flere høringsinstanser uttaler at ordningen med at pasienten selv må legge ut vil kunne frata enkelte muligheten til å motta behandling etter direktivet. *Kreftforeningen* mener en refusjonsordning vil innebære en vesentlig økonomisk belastning for mange pasienter og peker på at direktivet åpner for bruk av trygdeavtaler.

Departementet ser at det kan være en økonomisk belastning å måtte legge ut for helsehjelpen. Når det gjelder bruk av de økonomiske kompensasjonsordninger som er fastsatt i forordning (EF) nr. 883/2004, vil disse begrense seg til offentlige tjenesteytere eller tjenesteytere som er tilknyttet den offentlige forsikringsordningen i det aktuelle landet. Pasienter som etter direktivet vil ha rett til refusjon av utgifter til ”sykehusbehandling”, det vil si i de tilfeller de ikke har mottatt helsehjelp innen forsvarlig ventetid, vil svært ofte også oppfylle vilkårene i forordning (EF) nr. 883/2004

artikkel 20. I slike tilfeller skal pasienten, jf. pasientrettighetsdirektivet artikkel 8 nr. 3, gis forhåndsgodkjenning etter forordningen, med mindre pasienten ønsker å følge direktivet. Pasienten har etter forordningen ikke rett til å velge tjenesteyter som ikke er tilknyttet den offentlige helse-tjenesten eller forsikringsordning, men vil slippe å betale utgiftene utover de egenandeler som pasienter plikter å betale i behandlingslandet. I mange av disse tilfellene vil pasienten også omfattes av fristbruddsordningen, hvor pasienten slipper å legge ut og dessuten får en bedre dekning av reise- og oppholdsutgifter. Etter denne ordningen har imidlertid pasienten ikke rett til å velge tjenesteyter.

Dersom pasienten ønsker å bruke en privat tjenesteyter som ikke er tilknyttet den offentlige helsetjenesten eller forsikringsordningen i det aktuelle landet, vil betalingen ikke kunne skje gjennom de kompensasjonsordningene som er fastsatt i forordning 883/2004. I slike tilfeller måtte det etableres direkte oppgjørsavtaler med den enkelte tjenesteyter, dersom man skulle unngå at pasienter må legge ut.

Praktisk sett er det vanskelig å innføre en ordning for direkteutbetaling til det potensielt enorme antall tjenesteytere i EØS-området. En slik ordning vil være svært ressurskrevende, og en slik bruk av ressurser vil etter departementets oppfatning ikke stå i forhold til det antall pasienter som dette vil være aktuelt for.

17.3 Dekning av reise- og oppholdsutgifter

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 har krav på å få dekket et høyere beløp enn hva pasienten ville ha fått dekket ved tilsvarende helsehjelp mottatt i hjemlandet. Dette forsvares ut fra hensynet til at medlemslandet ikke skal belas-

tes med større utgifter enn det som er nødvendig av medisinske grunner.

Det er imidlertid opp til det enkelte medlemsland å bestemme om de ønsker å dekke reise- og oppholdsutgifter utover det de har plikt til etter direktivet og EU-domstolens praksis.

Dekning av reiseutgifter i forbindelse med helsehjelp 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.

I høringsnotatet ble det foreslått 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".

Helsedirektoratet har uttalt at det i enkelte tilfeller kan fremstå som urimelig at reiseutgifter ikke dekkes til behandlingssted. Dette gjelder primært i de tilfeller pasienter søker behandling etter direktivet fordi behandling ikke kan gis innen medisinsk forsvarlig frist. *Norsk Pasientfor-ening* mener at reise- og oppholdsutgifter må dekkes for at ordningen skal bli en mulighet for alle uansett økonomisk situasjon.

Departementet påpeker at pasienten etter direktivet har valgfrihet med hensyn til tjenesteyter og således kan velge en tjenesteyter hvor som helst innen EØS-området. Reisekostnadene kan som følge av dette bli svært høye. Etter departementets oppfatning er det ikke rimelig at reiseutgiftene dekkes utover til nærmeste behandlingssted.

17.4 Administreringen av godkjennings- og refusjonsordningen

17.4.1 Hvilken instans bør behandle søknadene?

Departementet foreslår i punkt 15.4 at det 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 i punkt 15.5 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 § 2-1 b, se kapittel 8, 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 instans som behandler søknad om godkjenning vil kunne legge disse vurderingene til grunn. Ofte vil det ikke være behov for ytterligere medisinske vurderinger. I noen tilfeller kan situasjonen imidlertid være at pasienten har startet opp utredning eller behandling innen den fastsatte fristen, men det videre utrednings- eller behandlingsforløpet har stoppet opp. Det kan for eksempel være tilfelle dersom pasienten ved henvisningen ikke hadde en klar diagnose og at utred-

ning 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 kan utgjøre en pasientrisiko at deler av behandlingen skjer i et annet land. Det kan også være behov for å innhente medisinsk faglig uttalelse dersom det skulle være aktuelt å avslå godkjenning ut i fra kriteriet om 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.

Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF er enige i at helseforetakene bør brukes som rådgivere i de vanskelige avgjørelsene HELFO vil måtte treffe som knytter seg til for eksempel hvilken behandling som ville blitt gitt i Norge, hva som er forsvarlig ventetid med mer. Det vises til at nasjonalt nettverk for utenlandsbehandling kan benyttes som en koordinator for forespørsler om medisinske råd.

Helsedirektoratet er bekymret for hvor objektiv en uttalelse fra helseforetaket eller spesialist som har vurdert pasienten, vil være. Etter departementets oppfatning er det den som har vurdert pasienten som har best utgangspunkt for å kunne si noe om hva som er forsvarlig ventetid for den aktuelle pasienten og om hvilken helsehjelp pasienten ville få i Norge. Det vil etter departementets oppfatning være hensiktsmessig om man i første instans innhenter uttalelse fra det aktuelle helseforetaket eller tjenesteyteren. En slik uttalelse vil være rådgivende for HELFO. Dersom det foreligger spesielle forhold som tyder på at uttalelsen er gitt på feil premisser eller at det hefter feil ved denne, vil HELFO kunne innhente uttalelse fra andre. I denne forbindelse vises det også til at pasienten har klageadgang og at det i klageomgangen kan være aktuelt at HELFO innhenter uttalelse fra

andre som har fagkompetanse innen det aktuelle området. Hvordan saksgangen bør være, må utredes nærmere i forbindelse med høringsnotatet om endringer i forskrift om stønad til helsetjenester i annet EØS-land.

Det fremgår av pasientrettighetsdirektivet artikkel 8 nr. 6 bokstav c at godkjenningssinstansen kan nekte å gi godkjenning dersom helsehjelpen skal ytes av en tjenesteyter som det knytter seg alvorlig og konkret bekymring til, når det er forhold som angår kvalitet og pasientsikkerhet. Det kan for eksempel være at godkjenningssinstansen har informasjon om at vedkommende tjenesteyter ikke har nødvendig autorisasjon eller ikke oppfyller krav som er satt for å kunne 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 behandlingslandet. Utvekslingen av opplysninger om retten til å praktisere som helsepersonell skjer 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. Spørsmål om vedkommende tjenesteyter innehar nødvendig autorisasjon og om vedkommende oppfyller de krav som er satt for å yte den aktuelle helsehjelpen i behandlingslandet vil således kunne innhentes gjennom dette systemet.

Det er viktig å presisere at selv om pasientrettighetsdirektivet åpner for at godkjenning kan avslås i tilfeller hvor det foreligger konkret og alvorlig bekymring knyttet til tjenesteyteren, innebærer ikke dette at godkjenningssinstansen plikter å kvalitetssikre tjenesteyteren eller den helsehjelpen som det søkes refusjon for. I tilfeller hvor helsehjelpen som ytes i annet EØS-land ikke er forsvarlig eller det oppstår skade, må pasienten benytte seg av klageordningene og ordningene

for å få pasientskadeerstatning i det aktuelle behandlingslandet.

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 det lagt vekt på at en slik løsning kunne innebære en fare for 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 kompetanseoppbygging 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 én instans å henvende seg til. Løsningen 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 grunn til å fravike folketrygdlovens ordning og Helsedirektoratet fikk således i oppgave å behandle krav om refusjon for utgifter til helsetjenester mottatt i andre EØS-land. Direktoratet har 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. Om klageinstans, se punkt 17.4.2.

Det er viktig at den instansen som skal behandle søknader om godkjenning og refusjonskrav 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 § 2-1 b fjerde ledd lagt til HELFO. HELFO innehar således kompetanse når det gjelder regelverket knyttet til disse tre ordningene.

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 enkelt instans som kan bistå vedkom-

mende med hensyn til regelverket for alle de nevnte ordninger knyttet til helsehjelp i utlandet.

I høringsrunden har høringsinstansene støttet dette forslaget. Departementet mener at det er hensiktsmessig 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.

17.4.2 Klageinstans

Etter forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land § 10 skal krav om stønad etter forskriften settes frem for HELFO. Departementet foreslår at HELFO også skal pålegges oppgaven med å behandle søknader om godkjenning og krav om refusjon av "sykehusbehandling", jf. punkt 17.4.1.

Det følger av 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 mener dette også bør gjelde søknad om forhåndsgodkjenning av utgifter til "sykehusbehandling".

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 "sykehusbehandling" vil ikke kunne ankes inn for Trygderetten.

Helsedirektoratet reiser spørsmål om det bør foreligge adgang til å anke vedtak vedrørende slik helsehjelp inn for Trygderetten, fordi Trygderetten behandler anker over avslag på søknad om S2 (E 112), jf. punkt 11.2.4. Departementet mener det er naturlig å vurdere dette spørsmålet i forbindelse med et høringsnotat om endringer i forskrift om stønad til helsetjenester i et annet EØS-land.

17.5 Etablering av et nasjonalt kontaktpunkt

I pasientrettighetsdirektivets artikkel 6 pålegges det enkelte medlemsland å utpeke et eller flere

nasjonale kontaktpunkt for grensekryssende helsehjelp. Formålet med kontaktpunktet er todelt. Det skal bistå pasienter fra andre EØS-land som ønsker behandling i Norge om helsetilbudet, regelverk knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet, klageordninger, ordninger for pasientskadeerstatning og så videre. I tillegg skal kontaktpunktet bistå pasienter som ønsker å reise til et annet behandlingsland, med informasjon om retten til refusjon, saksgang, kontakthinformatjon til kontaktpunkt i det aktuelle behandlingslandet osv.

Kontaktpunktet i behandlingslandet skal sørge for å gi pasienter fra andre EØS-land 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 adgang til å yte helsehjelp. Videre skal det informeres om pasientrettigheter, klageprosedyrer, erstatningsordninger og ordninger for å prøve sin sak i henhold til regelverket i det aktuelle behandlingslandet.

Det følger videre av pasientrettighetsdirektivets artikkel 4 nr. 2 bokstav 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 bokstav b, jf. artikkel 6, gi 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 refusjon av utgifter og fremgangsmåten i forbindelse med refusjonskrav. Videre må det informeres om klageprosedyrer og muligheter til å prøve sin sak 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.

HELFO ved HELFO servicetjeneste og Helse-tjenestens veiledningssenter driver allerede i dag veiledningstjenester 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 helsesekto-

ren som har god kjennskap til organisering av helse-Norge og kunnskaper om pasient- og brukerrettigheter. Helsetjenestens veiledningssenter har formalisert et samarbeid med andre tjenestetøvere i helsesektoren, såkalte "tilknyttede tjenester" som blant annet Fritt sykehusvalg og NAV Raskere tilbake. HELFO Servicesenter og Helsetjenestens veiledningssenter mottar en rekke henvendelser 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 informasjonsflyt til enhver tid.

Departementet foreslo på denne bakgrunn HELFO som nasjonalt kontaktpunkt i høringsnotatet.

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon mener "at kundebehandling ikke er HELFOs sterkeste side" og at denne oppgaven bør legges til Fritt sykehusvalg. Fritt sykehusvalg betjenes av pasientrådgivere knyttet til de regionale helseforetakene. *Norsk Pasientforening* har en lignende uttalelse.

Alle øvrige instanser som har hatt merknader til dette forslaget, er imidlertid positive til HELFO som nasjonalt kontaktpunkt. HELFO har som redegjort for ovenfor, mye av den nødvendige

kompetansen på plass og har etter departementets oppfatning de beste forutsetninger for å ivareta oppgaven som nasjonalt kontaktpunkt.

Departementet mener at HELFO er den instansen som best kan ivareta oppgavene som nasjonal kontaktpunkt, og Helsedirektoratet ved HELFO således bør tillegges oppgaven som nasjonalt kontaktpunkt.

Kreftforeningen har påpekt at kontaktpunktets oppgaver i forhold til pasienter som reiser ut, er begrenset til informasjon om retten til refusjon og saksgangen. I tillegg skal HELFO kunne henvise videre til kontaktpunktene i behandlingslandet. Det er kontaktpunktet i behandlingslandet som skal gi informasjon om helsetilbudet i landet, pasientrettigheter, krav og regelverk knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet og veilede i forhold til klageordninger og rettigheter ved pasientskade. *Kreftforeningen* mener dette innebærer at pasientene må forholde seg til mange instanser, og de får et stort ansvar for selv å skaffe seg informasjon. Dette vil gagne pasienter som er språkkynlige og ressurssterke.

Departementet ser at den løsningen som ligger i pasientrettighetsdirektivet, vil innebære at pasienten eventuelt må foreholde seg til flere nasjonale kontaktpunkt og at dette vil være enklere for pasienter som er språkkynlige og ressurssterke. På den annen side vil det være en svært ressurskrevende oppgave for det nasjonale kontaktpunktet å ha oversikt og holde seg oppdatert på tjenesteytere og helsetilbud, regelverk om pasientrettigheter, kvalitet og pasientsikkerhet, klageordninger og ordninger for pasientskadeerstatning for alle EØS-landene. Departementet mener derfor at det er mest hensiktsmessig at det nasjonale kontaktpunktet i behandlingslandet bistår pasienten med slik informasjon.

18 Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene

De fleste av kravene i pasientrettighetsdirektivet, er allerede oppfylt i Norge. Når det gjelder pasienters rett til refusjon av utgifter for helsehjelp, ble det etablert en refusjonsordning for all helsehjelp som ikke er "sykehusbehandling" 1. januar 2011. Dagens regelverk ivaretar imidlertid ikke fullt ut direktivets krav når det gjelder refusjon av utgifter for "sykehusbehandling". Departementet foreslår derfor å utvide dagens refusjonsordning til å omfatte "sykehusbehandling". Som vilkår for å få dekket utgifter til "sykehusbehandling" stilles det et krav om forhåndsgodkjenning. Departementet foreslår at HELFO skal vurdere søknader om forhåndsgodkjenning og behandle refusjonssøknader. Det påligger videre medlemslandene å etablere nasjonale kontaktpunkt som skal informere og gi praktisk bistand til pasientene. Departementet foreslår at HELFO også tillegges denne oppgaven.

Forslaget innebærer økte administrative oppgaver for HELFO.

Det er usikkert i hvor stort omfang pasienter vil ønske "sykehusbehandling" i utlandet etter denne refusjonsordningen, det vil si hvor mange pasienter som vil søke forhåndsgodkjenning. Sannsynligvis vil det være relativt få de første årene. Dette er erfaringen med dagens refusjonsordning for behandling i andre EØS-land, der kun 240 saker er innvilget for spesialisthelsetjeneste (ikke "sykehusbehandling") i 2012. Det vises også til tall fra Sverige med en helt "åpen" ordning (det vil si at det ikke stilles krav om forhåndsgodkjenning) hvor det totalt var 2600 av 2900 søknader som ble innvilget i 2011. På lengre sikt er det imidlertid mulig at pasienter i større grad vil ønske å bli behandlet i utlandet, blant annet fordi ordningen blir mer kjent og fordi språkbarrierene etter hvert vil bli mindre.

Det er videre usikkert hvor mange norske og utenlandske pasienter som vil henvende seg til 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.

Departementet viser til at kap. 720 Helsedirektoratet er styrket med 1,7 mill. kroner i 2013 til oppfølging av pasientrettighetsdirektivet. Departementet vil komme tilbake til dette i statsbudsjettet.

I tillegg til de administrative kostnadene i HELFO, vil det være kostnader forbundet med selve refusjonen av utgifter til helsehjelp i andre EØS-land. Etter direktivet plikter ikke medlemslandene å betale mer i refusjon enn hva tilsvarende behandling ville ha belastet det offentlige med om helsehjelpen var mottatt i Norge. Det er nærliggende å tro at den samlede bruken av "sykehusbehandling" (i Norge og andre EØS-land) ikke vil øke vesentlig som følge av lovforslaget, men at noen pasienter vil motta behandling i utlandet istedenfor i Norge. Det antas også 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. Noen pasienter vil også benytte ordningen etter forordning (EF) nr. 883/2004 til å få dekket planlagt pasientbehandling i andre EØS-land. 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
Merknadene til de enkelte bestemmelsene

19 Merknader til de enkelte bestemmelsene

Lov om folketrygd (folketrygdloven)

Til § 5-24 a andre ledd bokstav c

Det presiseres at departementet i forskrift kan sette vilkår om forhåndsgodkjenning for stønad etter § 5-24 a. Etter pasientrettighetsdirektivet artikkel 8 nr. 2 bokstav a er det adgang til å kreve forhåndsgodkjenning for helsehjelp 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 helsehjelpen enten innebære sykehusinnleggelse over natten eller bruk av høyt spesialisert og kostnadskrevenne medisinsk infrastruktur eller medisinsk utstyr. Videre følger det av artikkel 8 nr. 2 bokstav b, at det også kan kreves forhåndsgodkjenning for helsehjelp som utgjør en særlig risiko for pasienter eller befolkning. Artikkel 8 nr. 2 bokstav c åpner dessuten for at det kan kreves forhåndsgodkjenning for helsehjelp 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. Krav om forhåndsgodkjenning vil bare være aktuelt i forbindelse med refusjon av utgifter til helsehjelp som omtales som ”sykehusbehandling”, jf. punkt 14 og 15.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)

Til § 5-3 første ledd

Betalingsplikten for pasienter som ikke har bosted i riket etter første ledd videreføres uten endringer. Pasienter som ikke er bosatt i riket har som hovedregel plikt til å betale behandlings- og forpleiningsutgiftene. Unntakene følger av bestemmelsens andre og tredje ledd. Pasienter fra andre EØS-land som mottar behandling i Norge etter direktivets regler omfattes av første ledd.

Første ledd nytt andre punktum innebærer at behandlende helseinstitusjon eller tjenesteyter ved planlagt spesialisthelsetjeneste kan kreve dokumentasjon for at pasienten kan dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene. Adgangen til å kreve dokumentasjon for betalingsevne knytter seg til *planlagt* behandling. Pasienter som oppholder seg i Norge med behov for øyeblikkelig hjelp eller helsehjelp som ikke kan vente, jf. forskrift 16. desember 2011 nr. 1255 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 behandling i de tilfeller pasienten ikke kan fremlegge dokumentasjon på betalingsevne.

Første ledd nytt tredje punktum innebærer at vedkommende helseinstitusjonen 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. En spesifisert regning vil være dokumentasjon for utgifter pasienten har hatt og vil i en del tilfeller kunne være dokumentasjon i forbindelse med refusjonskrav som pasienten kan ha for eksempel mot trygdelandet, i de tilfeller pasienten omfattes av en forsikrings- eller trygdeordning i EØS-området, eller mot et forsikringsselskap. Regningen må spesifiseres slik at den er egnet som dokumentasjon i forbindelse med et eventuelt refusjonskrav.

I nytt *fjerde ledd* er det foreslått at departementet gis hjemmel til å fastsette forskrift om beregning av behandlings- og forpleiningsutgifter som er nevnt i først ledd.

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 spesialisthelsetjenesten.

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 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 vedkommende har en rett eller ikke, men en konkret individuell helsefaglig vurdering av behov.

Selv om en pasient har et rettskrav på "nødvendig helsehjelp" fra spesialisthelsetjenesten 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 spesialisthelsetjenesten er det sykehuset som må vurdere, og i utgangspunktet beslutte, hva slags helsehjelp som skal tilbys, ut 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 helsehjelpen forventes å gi. Det innebærer at helsehjelpen skal være dokumentert effektiv, og det skal foreligge vitenskaplig dokumentasjon for at pasientens tilstand kan forbedres som følge av behandling i spesialisthelsetjenesten. Det skal videre være et 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.

Spesialisthelsetjeneste 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 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 fra de konkrete omstendighetene hvilket nivå som ikke har oppfylt sitt lovpålagte ansvar.

Det at skillet mellom rettighetspasienter og pasienter med behov for helsehjelp oppheves, innebærer ikke at hvilke pasienter som skal få helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal endres. Endringen ligger i 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. Fristen skal settes iløpet av vurderingsperioden, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2. 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 for at fristen skal være oppfylt, må en reell utredning eller behandling være påbegynt. Fristen oppfylles for eksempel ikke 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 lovregulerte frister for forløpet etter oppstart, 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. Fristen kan ikke settes til et senere tidspunkt enn når medisinsk forsvarlighet krever at pasienten gis nødvendig helsehjelp.

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 forsvarlighet at pasienten skal ha helsehjelp på et tidligere tidspunkt.

Nytt *andre ledd fjerde punktum* er en videreføring av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd siste setning.

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 alvorlig syke sikres rask behandling. For det andre skal den sikre at det gis en rask tilbakemelding til pasient og fastlege om resultatet av vurderingen.

I bestemmelsen brukes begrepet "spesialisthelsetjenesten". Med det menes den hel-offentlige spesialisthelsetjenesten. Private med avtale, som for eksempel avtalespesialister, er følgelig ikke omfattet av begrepet i denne sammenheng.

I *første ledd første punktum* gis pasienter en rett til å få informasjon innen 10 virkedager etter at spesialisthelsetjenesten har mottatt henvisningen, om vedkommende pasient har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke. Det innebærer at spesialisthelsetjenesten 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. Grensen mellom øyeblikkelig hjelp og nødvendig helsehjelp 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 *fjerde 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 da opplyses om tidspunkt for når pasienten skal møte opp, og innen hvilken frist pasienten senest skal få helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd. Tidspunktet for oppmøte 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 vises til pasient- og brukerrettighets-

loven § 3-5 som pålegger spesialisthelsetjenesten å gi informasjon som er tilpasset mottagernes individuelle forutsetninger.

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 innenfor fristen, skal HELFO umiddelbart kontaktes, jf. § 2-1 b fjerde ledd.

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 blant annet derfor 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 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 tid.

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.fritt-sykehusvalg.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. Se også merknadene til spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 første ledd.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.)

Vi HARALD, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.)

I

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

§ 2-1 b andre ledd skal lyde:

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal i løpet av vurderingsperioden, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd, fastsette en frist for når patienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever. De regionale helseforetakene kan bestemme hvilke institusjoner som skal fastsette tidsfrist når patienten er henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

§ 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 skal skje på grunnlag av henvisningen. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har patienten rett til raskere vurdering. Dersom patienten vurderes til å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal patienten 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 patienten 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 fremgangsmåten ved klage.

Henvisende instans skal gis samme informasjon som patienten 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 patienten 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.

II

I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd skal § 5-24 a andre ledd bokstav c ledd lyde:

c) vilkår for stønad, herunder forhåndsgodkjenning og krav til tjenesteyteren

III

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

§ 5-3 første ledd skal lyde:

Pasient som ikke har bosted i riket, skal dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene selv. Før planlagt spesialisthelsetjeneste ytes, kan helseinstitusjonen eller tjenesteyteren kreve dokumentasjon på at patienten kan dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene. Helseinstitusjonen eller tjenesteyteren skal sørge for at patienten mottar en spesifisert regning som viser hvilke ytelser patienten har mottatt og hvilken pris som er beregnet for ytelsene. Dersom patienten ikke kan dekke utgiftene selv, skal de dekkes av vedkommende helseinstitusjon eller tjenesteyter.

§ 5-3 nytt fjerde ledd skal lyde:

Departementet kan gi forskrift om beregning av behandlings- og forpleiningsutgifter som nevnt i første ledd.

IV

I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. skal § 11-2 andre ledd 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.

V

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelser til forskjellig tid.

Offentlige institusjoner kan bestille flere eksemplarer fra:
Departementenes servicesenter
Internett: www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefon: 22 24 20 00

Opplysninger om abonnement, løssalg og pris får man hos:
Fagbokforlaget
Postboks 6050, Postterminalen
5892 Bergen
E-post: offpub@fagbokforlaget.no
Telefon: 55 38 66 00
Faks: 55 38 66 01
www.fagbokforlaget.no/offpub

Publikasjonen er også tilgjengelig på
www.regjeringen.no

Trykk: OFA – 04/2013

