



Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Oslo, 16.01.2013

Vår ref. 44148/HS23

## **Endringer i pasient og brukerrettighetsloven og implementering av pasientdirektivet. Høringsinnspill fra Arbeidsgiverforeningen Spekter.**

Arbeidsgiverforeningen Spekter vil komme med innspill på tre forhold i forslaget; ny definisjon av rettighet, endret frist for tilbakemelding samt valgfrihet.

Vi vil innledningsvis gi uttrykk for at vi støtter ambisjonen om å forenkle lovverket i forhold til pasientrettigheter.

### Endret rettighet.

Lovforslagets viktigste formål er å gi rettigheter til en del pasienter som i dag har behov for helsehjelp, men ingen rettighet. Når høringsdokumentet angir at det er en ambisjon å skape klarere forhold for pasientene, blir det viktig at flere forhold konkretiseres.

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 høringsdokumentet 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. Vi synes det er på sin plass å presisere at HELFO skal kontaktes, og for pasienter som tidligere har hatt ventetidsgaranti er dette ikke noe problem. Men vi synes det er uklart hva dette utsagnet refererer til for de pasienter som nå gis nye rettigheter i forhold til tidligere, all den tid det ikke er definert noen maksimalfrist. Dersom man allerede ved mottakelse av henvisning vet at mulig innfrielse ligger utenfor en maksimalgrense for disse pasientene (som kan være målt i år heller enn uker og måneder), skal pasienten da gis rett til alternativt tilbud umiddelbart, eller først etter å ha ventet ut hele maksimalfristen? Er svaret

ja, vil i så fall pasienter som i utgangspunktet er blitt uvurdert til å kunne vente lenger enn andre, få behandlingstilbudet umiddelbart. Er svaret nei, vil det kunne oppstå situasjoner der pasienter skal vente ut en maksimalfrist til tross for at det er ledig kapasitet innenfor maksimalfristen andre steder.

Høringsnotatet understreker at tilbud om helsehjelp skal tilbys innenfor rammen av de ressurser som til enhver tid er tilgjengelige, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a, og at spesialisthelsetjenesten ikke skal prioritere pasienter annerledes enn i dag. Det bør da vurderes om tidsfrister for denne ”nye” pasientgruppen blir definert ut fra produksjonskapasitet (”når man *kan* tilby”), eller om det finnes så klare kriterier som helsepersonellet skal anvende i sitt skjønn at ventetidene for disse pasientene defineres ut fra ”hva man *bør levere*”. Jfr. ovenstående kommentar om maksimalgrenser.

En vesentlig del av pasientene som nå innvilges rettigheter, har sine behov innenfor fagområder der det i dag er køer med betydelig ventetid, og kapasiteten i disse fagområdene varierer til dels mye mellom de ulike geografiske regioner. I tillegg er det i dag betydelige forskjeller i fristlengde ved de ulike helseforetakene. Det er riktignok utarbeidet prioriteringsveiledere som trolig har gjort at man har en mer ensartet prioritering i dag enn man hadde for noen år siden, men gruppen som nå gis rett til behandling ut fra et behov vil i mange tilfeller ikke dekkes av veilederne, og det må skjønnsmessig gjøres vurderinger for når helsehjelp bør utføres. Med en slik situasjon er det svært sannsynlig at det vil oppstå store geografiske forskjeller i fristene som gis ved de enkelte helseforetak.

Det legges til rette for valgfrihet og pasientmobilitet som åpenbart sees på som en av premissene som skal kunne utligne geografiske forskjeller. Vi mener imidlertid at dette forutsetter organisatoriske og administrative støttesystemer som i dag ikke er på plass. Det må for det første etableres journalsystemer og søknadsprosedyrer som kan muliggjøre en *nasjonal eksponering i forhold til nasjonal produksjonskapasitet* av enhver søknad. Et ”nasjonalt datavarehus”, der etterspørsel av behov kan møte ledige ressurser på et nasjonalt plan, bør etableres. Dersom man ser for seg at valgfrihet skal bidra til å utjevne geografiske forskjeller gjennom at pasienter som forespeiles lang ventetider i ”egen region” velger tilbud i andre geografiske områder, blir slike støttesystemer en forutsetning.

#### Svarfrist til pasient 10 dager.

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.

Som det slås fast i høringsdokumentet, går de fleste henvisningene i dag elektronisk mellom fastlege/avtalespesialister og sykehus. Dette gjør det mulig å innføre nasjonale løsninger for hvordan en henvisning skal ”kvalifiseres”, eller eventuelt avvises dersom den ikke holder et definert kvalitetsnivå. I en fremtid der valgfrihet, pasient mobilitet og fleksibel

ressursutnyttelse blir viktige premisser, kan ikke dette forholdet være basert på ”lokale løsninger” slik man refererer til i høringsdokumentet. Innføring av en slik nasjonal ”autorisasjonsløsning” blir tvingende nødvendig, og vil være en parallell til andre løsninger som allerede er på plass (jfr. sykemeldingsrutiner). Når det henvises til § 24 i fastlegeforskriften som løsning på dette forholdet mener vi således at slik henvisning på langt nær er en tilfredsstillende løsning.

### Valgfrihet.

Noen forhold knyttet til valgfrihet bør konkretiseres og presiseres i lovforslaget. Høringsdokumentet anfører at ”Pasienten kan benytte seg av retten til fritt sykehusvalg ved de forskjellige trinnene i helsehjelpen”. Innebærer dette at pasienten kan velge henvisning til privat tjenesteleverandør allerede i første skritt? Kan den private tjenesteyteren da ta stilling til om pasientens behov utløser en rett, eller må alle søknader i prinsippet primært kanaliseres gjennom offentlig instans før behandling i det private ledd?

Vi mener det er riktig å inkludere private tilbydere i radiologi og som har avtale med den offentlige spesialisthelsetjenesten, i fritt sykehusvalg. Men om dette skal ha særlig verdi i pasientenes valgfrihet, bør det vurderes nøye hvor sterk rasjonering man vil legge inn i rammeavtalene for de private. Dessuten må det være avklart om private aktører kan ta stilling til rett eller ikke. Både i forhold til denne problemstillingen, og i forhold til utfordringene man har i dag med til dels store forskjeller i prioriteringen som skjer ved helseforetakene, bør det kanskje vurderes om en samordning av rettighetstildeling på et overordnet nivå kan være aktuelt.

Det knytter seg enkelte uklare forhold til prinsippet om valgfrihet. Når man fremhever at lovendringen skal forenkle og skape bedre tydelighet for pasientene, og at tydelighet er en viktig side ved lovendringen, bør det fremkomme mye klarere hvorvidt følgekostnader ved å anvende valgfrihet (velge helsetjenester annet sted, reise og opphold) dekkes fullt ut eller ikke. Dette er uklart i det foreliggende forslag.

Med vennlig hilsen

**Arbeidsgiverforeningen Spekter**

Lars Haukaas sign.  
Administrerende direktør