

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.: 201204100-/ATG
Vår ref.: 12/8522-3
Saksbehandler: Camilla Closs Walmann
Dato: 16.01.2013

Høringsuttalelse til forslag om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet

Helsedirektoratet viser til høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende ovennevnte med frist for uttalelse 16. januar 2013. Høringsuttalelsen fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) er innarbeidet.

Til Del I Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2

Sammendrag

- Helsedirektoratet mener forslagene om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven kan forenkle regelverket og styrke pasientenes rettigheter. Direktoratet mener det er behov for ytterligere klargjøringer av forslaget.
- Direktoratet støtter forslaget om å fjerne skillet mellom pasienter med og uten rett til spesialisthelsetjenester. Dette vil være en forenkling som vil ha flere positive konsekvenser.
- Direktoratet støtter forslaget om mest mulig konkrete tilbakemeldinger om når utredning/behandling vil starte, men påpeker at innføring av 10 dagers frist for vurdering vil ikke nødvendigvis føre til at pasientene får raskere avklaring av sin tilstand.
- Direktoratet støtter intensjonen bak forslaget om å gi spesialisthelsetjenesten ansvaret for å kontakte HELFO ved fristsbrudd, men mener nærmere avklaringer av hvordan en slik ordning skal fungere i praksis er nødvendig før man kan vurdere konsekvenser av forslaget. Særlig i kombinasjon med forkortet vurderingstid og oppheving av skillet mellom pasientgruppene vil en slik ordning få store økonomiske og administrative konsekvenser for HELFO som det etter direktoratets mening ikke er tatt tilstrekkelig høyde for i høringsnotatet.
- Et tiltak av ikke-rettslig karakter som ikke er nevnt i høringsnotatet kapittel 8 kan være en tettere samhandling mellom HELFO pasientformidling og tjenesten Fritt Sykehusvalg.

Til Kapittel 8

Til Punkt 8.3 og 8.4.

Det er ikke HELFO/Helsetjenestens veiledningssenter som har som oppgave å ha oversikt over ventetiden på de ulike sykehusene, slik det står på side 50 i høringsnotatet. Denne oppgaven tilligger informasjonstjenesten Fritt sykehusvalg, som

Helsedirektoratet - Divisjon spesialisthelsetjenester

Avdeling bioteknologi og helserett
Camilla Closs Walmann, tlf.: 24163924

Postboks 7000 St. Olavs plass • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

består av en nettside og en telefontjeneste. (Riktig adresse er frittsykehusvalg.no) I denne sammenheng kan det også nevnes at Helsedirektoratet er i ferd med å utarbeide en ny og bedre presentasjonsside for kvalitetsinformasjon på helsenorge.no der kvalitetsindikatorene skal publiseres.

Fritt sykehusvalg har som målsetting å gi kortere ventetid, utjevne forskjeller i ventetid samt utnytte kapasiteten i spesialisthelsetjenesten bedre, og har oversikt over ventetid på sykehus og kan således bidra til kortere ventetid for pasientene og hjelpe helsetjenesten å utnytte ledig kapasitet. Slik det er organisert i dag, er det Fritt sykehusvalg (som er organisert under de regionale helseforetakene) som sitter med den største kompetansen på det nasjonale offentlige helsetilbudet og kapasiteten der. HELFO sitter ikke med slik informasjon utover det som Fritt Sykehusvalg publiserer på sine nettsider.

Gjennom HELFO pasientformidling, som beskjeftiger seg med fristbruddpasienter, formidles fristbruddpasienter i størst utstrekning til private tjenesteytere, og ikke til offentlige. Når pasientformidlingen ikke har mye kompetanse om den offentlige helsetjenesten og kapasiteten der, kunne tettere samhandling mellom HELFO og Fritt sykehusvalg øke bruk av nasjonale offentlige behandlingsoalternativer.

Til Punkt 8.5

Det er viktig å sikre at ikke uforholdsmessig store ressurser blir brukt på administrasjon av ordningen med rettighetsvurdering og fristbrudd. For pasientene er det viktig at de kommer raskt til og får en vurdering fra spesialisthelsetjenesten. Men, det er ofte enda viktigere at pasientene får et helhetlig pasientforløp uten unødig opphold etter at utredning eller behandling er satt i gang. Stort fokus på den helt innledende fasen av kontakten mellom spesialisthelsetjeneste og nye pasienter, kan ta fokus bort fra koordinering og sammenhengende pasientforløp for alle de pasientene som har fått innfridd sin frist og er i gang med behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette må man være obs på hvis man vurderer innføring av ytterligere økonomiske insentiver i tilknytning til fristbrudd.

Til kapittel 9 Departementets forslag og vurderinger

Til punkt 9.3 om rett til vurdering(forslag til ny § 2-2)

- Departementet foreslår at vurderingsfristen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 endres fra 30 til 10 virkedager. Departementet viser til at det i mange tilfeller ikke vil være forsvarlig å sette en diagnose i innenfor 10 virkedager. Departementet foreslår at man tydeliggjør i bestemmelsen at det som skal vurderes er om man har behov for helsehjelp, og at helsehjelp kan være enten utredning eller behandling.

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 stille store krav til de pasientadministrative systemene.

Vurdering av en henvisning kan ta tid av ulike grunner. Hvis lang vurderingstid skyldes lite effektive rutiner i spesialisthelsetjenesten, vil en forkortet vurderingsfrist innebære at de enhetene som i dag bruker lang tid på vurderingene blir nødt til å endre rutinene

for vurdering. Hvis grunnen til tidsbruken er at henvisningen er så mangelfull at spesialisthelsetjenesten må bruke tid på å innhente supplerende opplysninger, kan tidsbruken reduseres gjennom å øke henviseres kunnskap om hvilken informasjon en henvisning skal inneholde. Bedre henvisninger vil redusere tidsbruk og gi bedre vurderinger på sikt. Direktoratet er enig i at bestemmelsen om henvisninger i fastlegeforskriften kan bidra positivt her. Det er imidlertid ikke bare fastleger som henviser til spesialisthelsetjenesten.

Vurdering av en henvisning kan også ta tid selv om henvisningen er god og utfyllende, fordi det er vanskelig å vurdere om pasienten skal få spesialisthelsetjenester eller ikke. En effekt av at maksimal vurderingstid kortes ned til 10 dager, kan være at den reelle vurderingen av pasientene forskyves frem i tid ved at flere pasienter blir tildelt rett til utredning. Denne rettigheten blir innfridd når pasienter møter til første konsultasjon. Slik kan det oppstå en ny kø av pasienter som har fått innfridd sin rettighet til en utredning etter ny praksis, men som likevel venter på oppstart av behandling / helsehjelp.

Hvis det ikke foreligger noen mistanke om alvorlig tilstand kan pasienter oppleve at også en frist for start utredning settes langt frem i tid. I stedet for at pasienten får endelig tilbakemelding innen 30 virkedager om at spesialisthelsetjenesten ikke har et tilbud, kan pasienten få tilbud om utredning om flere måneder frem i tid. Pasientene vil nok ofte forvente at når de får beskjed om at de har fått rettighet til en utredning, så har de fått rett til hjelp fra spesialisthelsetjenesten med plagene de skal utredes for. Resultatet kan bli at pasienter venter lenge på en avklaring av at de *ikke* får helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og at de dermed venter tilsvarende lenge med å oppsøke andre tilbud. God informasjon til pasient og henviser om hva tilbudet fra spesialisthelsetjenesten innebærer kan avhjelpe at pasientene blir "stående på vent". For pasienter som henvises til tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det positivt med en kortere vurderingstid, da denne pasientgruppen ofte kan være ambivalente med hensyn til motivasjon for behandling. Tilsvarende viktig er det imidlertid at oppstart av behandlingen ikke skyves for langt ut i tid.

Særlig om hvem som kan henvise til spesialisthelsetjenesten

Direktoratet vil i denne forbindelse med den foreslåtte endringen av § 2-2 minne om at vi tidligere (brev av 11. november 2010) har bedt departementet om avklaringer knyttet til hvem som kan henvise pasienter til spesialisthelsetjenesten. Bakgrunnen for at direktoratet tok opp spørsmålet var et brev fra departementet av 4. mars 2009 der det står:

"Som kjent er det, med unntak av reglene om refusjon/takster og regelen om rett til fornyet vurdering i pasientrettighetsloven § 2-3, ikke regulert i lov eller forskrift hvilke grupper helsepersonell som kan henvise til spesialisthelsetjenesten. I praksis har det vært leger som har henvist pasienter til spesialisthelsetjenesten og dette er også det mest vanlige. Annet helsepersonell vil likevel også kunne henvise.

Spesialisthelsetjenesten vil imidlertid kunne avvise henvisningen dersom det henvisende personell ikke har den nødvendige kompetansen i forhold til pasientens lidelse."

Direktoratet hadde, frem til vi ble kjent med departementets uttalelse, lagt til grunn at poliklinikkforskriften (Forskrift 19. desember 2007 nr. 1761 om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak) også setter rammer for hvem som kan henvise, slik at henvisninger som ikke utløser refusjon kan

avvises. I et møte med departementet ble det bekreftet at det er henvisers realkompetanse og ikke formalkompetanse som avgjør om spesialisthelsetjenesten må vurdere henvisningen. I brevet av 11.11.2010 redegjør direktoratet for problemer som oppstår i praksis. Vi kjenner ikke til om dette spørsmålet har vært fulgt opp av departementet i etterkant, men anbefaler at det gis veiledning i merknaden til § 2-2 da dette er et tema direktoratet stadig får spørsmål om fra tjenestene.

Til forslag om informasjon til pasient i svarbrevet om et tidspunkt for oppstart(timeavtale) i tillegg til informasjon om fristen

- Departementet foreslår at pasienten samtidig skal få informasjon om tidspunkt for oppstart av utredning eller behandling. Departementet ber særlig om høringsinstansenes kommentarer til hvor detaljert kravet til tidspunkt bør være.

For pasientene har det stor verdi å få informasjon om når de kan forvente å få helsehjelp, og direktoratet mener det bør legges til rette for dette. Direktoratet har ikke forutsetninger for å vurdere om det er gjennomførbart å gi alle pasienter en timeavtale dersom de har frist for start helsehjelp i løpet av de neste 6 månedene. Heller ikke for å vurdere hvor stor risiko det er for at timer vil bli flyttet og forandret. Jo større risiko det er for endringer i timeavtalene, desto mindre fordel vil pasienten ha av å få en konkret timeavtale med en gang. Uansett vil en slik endring stille store krav til de pasientadministrative systemene.

Kommentarer/forslag til endringer i lovtekst utkast § 2-2 første og andre ledd

Direktoratet vil understreke at det er svært viktig, både av hensyn til helsepersonell som skal gi informasjon og pasienter som skal forstå informasjonen, at regelverket formuleres slik at det ikke skapes forvirring om hva som er frist for når pasienten senest skal få helsehjelp, og hva som er tidspunkt for oppstart av helsehjelpen. Direktoratet har ikke kommentarer til om lovbestemmelsens første ledd første punktum bør endres slik at pasienten får en rettighet til informasjon fremfor at spesialisthelsetjenesten har en plikt til å vurdere. Hvis det gjøres en slik endring er det etter vår mening nødvendig å forklare hvilken vurdering det vises til i overskriften og som omtales i resten av første ledd, for eksempel slik:

"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. § 2-1b andre ledd. *Spesialisthelsetjenesten skal vurdere om pasienten har slik rett* på grunnlag av henvisningen. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett til raskere vurdering/*skal vurderingen gjøres raskere.*"

Hvis det blir innført et krav om at pasienten får opplysninger om tidspunkt for oppstart av utredning eller behandling i tillegg til fristen, vil det etter direktoratets mening være en fordel om man gjennomgår begrepsbruken i loven slik at man skiller klart mellom frist og oppstarttidspunkt. I gjeldende § 2-1b brukes begrepene "frist for når pasienten senest skal få helsehjelp", "tidspunkt" og "tidsfristen for å yte helsehjelp". I forslag til § 2-2 andre ledd er det vist til "fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis". I forslag til § 2-2 første ledd omtales "tidspunkt for når utredning eller behandling skal settes i gang", og i andre ledd "tidspunkt for oppstart av utredning eller behandling". Direktoratet foreslår at "frist" eller "tidsfrist" benyttes om fristen for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp i form av utredning eller behandling. Det kan klargjøre hvis § 2-2 første ledd siste punktum og andre ledd, lyder slik:

"(...)Pasient som får informasjon om sin rett til nødvendig helsehjelp, skal samtidig få

informasjon om hvilken frist som er satt for når han eller hun senest skal få helsehjelp, jf. § 2-1b andre ledd. Spesialisthelsetjenesten skal samtidig gi pasienten et tidspunkt for oppstart av utredning eller behandling.

Dersom det blir klart at spesialisthelsetjenesten ikke kan starte opp utredningen eller behandlingen før fristen for når pasienten senest skal få helsehjelp, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte HELFO (...)."

Direktoratet mener det kan være grunn til å vurdere om § 2-1b fjerde ledd må endres ettersom den i dag gjelder situasjonen der det regionale helseforetaket "ikke har sørget for", mens det nye forslaget også omfatter situasjonen der det regionale helseforetaket "ikke vil kunne sørge for".

Direktoratet har fått spørsmål om det er slik at fristen i gjeldende § 2-2 på 30 virkedager tilsvarer 5, uker, 6 uker eller en måned. Direktoratet har lagt til grunn i rundskriv IS-10/2009 «Ventelisterapportering til Norsk pasientregister(NPR)» at 10/30 virkedager tilsvarer 2/6 uker. Ferieloven definerer virkedag som "alle dager som ikke er søndager eller lovbestemte helge- eller høytidsdager". Begrepet "virkedag" omfatter altså også lørdager i noen sammenhenger. Vi anbefaler at dette kommenteres i merknaden til bestemmelsen.

Til punkt 9.4 Rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste

Til 9.4.1 Skillet mellom rettighetspasienter og pasienter med behov for spesialisthelsetjeneste

- Departementet foreslår at skillet mellom pasienter med behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og pasienter med rett til nødvendig helsehjelp oppheves slik 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.

Helsedirektoratet støtter en oppheving av skillet mellom de to pasientgruppene. Det er direktoratets erfaring at det er utfordrende å formidle innholdet i gjeldende regelverk til helsepersonell som skal anvende det, og til pasienter som skal få informasjon om sine rettigheter.

Hvis alle pasienter får en frist for når helsehjelp senest skal settes i gang, vil denne fristen i større grad styre hvilke pasienter som kommer først til fordi alle har en frist som ikke kan skyves på. Dette vil være en fordel pasienter som i dag er uprioriterte, da de i mindre grad må nedprioriteres av hensyn til rettighetspasienter. I kombinasjon med forslaget om at spesialisthelsetjenesten skal kontakte HELFO, kan imidlertid fokus komme til å dreie seg, enda mer enn i dag, mot den målbare og registrerte oppstarten for alle pasienter. Det kan tenkes at det vil settes korte innledende frister også for de som ikke har alvorlige tilstander slik at fristen innfris, mens det blir en lang ventetid før neste ledd i behandlingsforløpet. Dette vil ikke nødvendigvis være uforvarlig, men er heller ikke til fordel for pasientene.

Det videre behandlingsforløpet reguleres fortsatt av forsvarlighetskravet. Ved å fjerne skillet mellom prioriterte og ikke-prioriterte pasienter, fjerner man også den innebygde/automatiske prioriteten rettighetspasientene har i det videre forløpet i dag. Direktoratet mener en positiv konsekvens av å fjerne dette skillet, er at man bygger opp under at det er pasientens tilstand og forsvarlighetsvurderinger til enhver tid som bestemmer ventetid og styrer forløpet, og ikke pasientens "rettighetsstatus". Slik reduseres også betydningen av ulik registrerings- og vurderingspraksis i ulike enheter i spesialisthelsetjenesten.

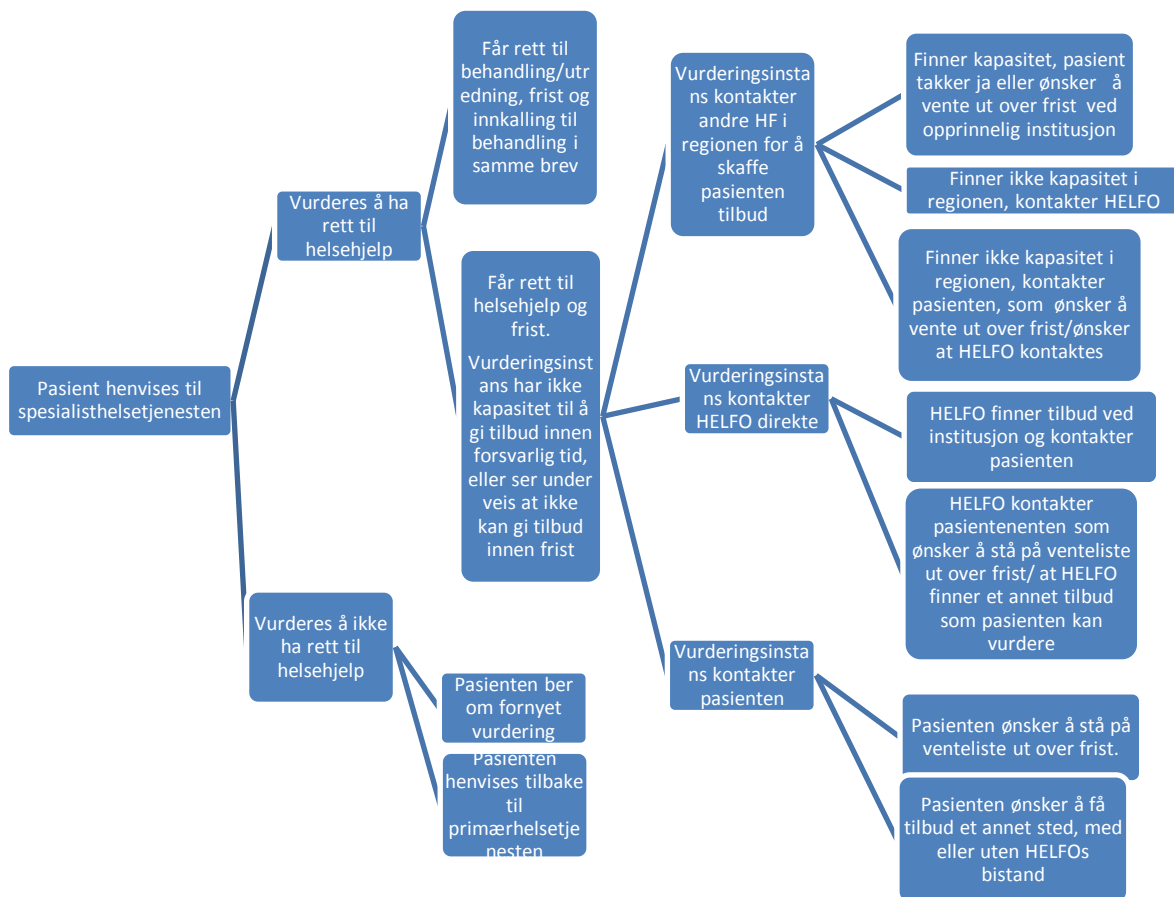
Hvis en pasient henvises til avtalespesialist, vil avtalespesialisten som hovedregel ikke vurdere om pasienten har rett til helsehjelp eller fastsette frist jf. pasrl § 2-2. Forslaget endrer ikke dette. De regionale helseforetakene avgjør selv hvordan de organiserer helsehjelpen i sin region, også med hensyn til fordeling mellom poliklinikker og avtalespesialister og hvem som foretar rettighetsvurderinger. Tilbudet i regionen kan være avgjørende for hvor pasienten henvises. En konsekvens av å innføre rett til helsehjelp for alle pasienter med behov, kan bli at fastlegenes henvisningspraksis påvirkes slik at de i større grad velger å sende henvisningen til sykehusets institusjoner fordi vurdering av behov for helsehjelp utløser rettigheter for pasienten. Dette innebærer at pasienter som i dag i stor grad henvises til avtalespesialister, i fremtiden i større grad kan bli henvist til for eksempel poliklinikk.

Til 9.4.5 Spesialisthelsetjenestens plikt til å sikre pasienten helsehjelp

- Departementet foreslår at når spesialisthelsetjenesten ser allerede på vurderingstidspunktet at den ikke kan starte utredning/behandling av pasienten innen forsvarlig tid, skal den kontakte HELFO. Det samme gjelder dersom det viser seg at helsehjelpen ikke kan igangsettes innen fristen.

Departementet tar i høringsnotatet utgangspunkt i at de regionale helseforetakene må ha oversikt over områder med kapasitetsutfordringer i egen region, og over alternative tilbud på disse områdene. Vi mener informasjon på Fritt sykehusvalg her kan være en viktig bidragsyter for å skaffe slik oversikt.

Direktoratet mener at det er vanskelig å vurdere forslagene, da det vil ha betydning hvilket forarbeid det er tenkt at spesialisthelsetjenesten eventuelt skal gjøre før HELFO kontaktes, på hvilket stadium pasienten kontaktes og av hvem. Direktoratet mener avklaringer er nødvendig før man kan vurdere konsekvenser den foreslåtte ordningen. Dette flytskjemaet, som det også vises til i det følgende, illustrerer noen alternative prosesser.



Til forslag om at helsetjenesten får ansvaret for å kontakte HELFO

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 tydelige 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.

Departementet uttaler i høringsnotatet at tallene for bruk av dagens fristbruddordning viser at den ofte kun sikrer pasienter som er aktive og kontakter HELFO. Vi vil påpeke at det også kan være andre årsaker til at fristbruddpasienter ikke kontakter HELFO enn manglende kunnskap om rettigheter. Pasientene kan eksempelvis ha flere parallelle forløp som gjør at de ønsker å behandles ved samme sykehus, de ønsker eller kan ikke reise, eller de har ikke tiltro til HELFOs tilbud.

Hvis det innføres en ordning der alle pasienter får en frist og helseforetaket skal kontakte HELFO når det ser at det ikke vil kunne gi pasienten helsehjelp innen fristen eller når fristbrudd foreligger, vil det sannsynligvis føre til en stor økning i antall pasienter som skal formidles til subsidiær behandling av HELFO. Hvis HELFO skal kontakte alle pasienter som helseforetaket opplyser vil bli utsatt for fristbrudd, og undersøke om pasienten ønsker et subsidiært tilbud, vil mengden saksbehandling øke. Det fremgår ikke av høringsutkastet om pasienten skal velge å benytte seg av HELFOs tilbud eller ikke når HELFO eller helseforetak kontakter pasienten første gang, eller først når det foreligger et konkret tilbud, jf. også flytskjema over. Uansett er

det grunn til å anta at mange pasienter vil ønske å vite konkret hva det subsidiære tilbudet er før de tar stilling til om de ønsker å akseptere dette, eller om de ønsker å fortsatt stå på venteliste i eget sykehus. Det må etter direktoratets vurdering være et overordnet prinsipp at pasientene fritt bør kunne velge hvor de ønsker å motta behandling. Å konkretisere det subsidiære tilbudet vil kreve mye ressurser, uten at det nødvendigvis fører til raskere behandling for pasienten. Vi viser også til våre kommentarer til kapittel 10 Økonomiske og administrative konsekvenser.

Som nevnt over formidler HELFO fristbruddpasienter til private leverandører som HELFO har inngått avtale med. I Ot.prop. nr. 63 (2002-2003) fremkommer det at avtalene også må ivareta kvalitetssikring av helsehjelpen. Departementet påpeker i høringsnotatet at HELFO kun har et formidlingsansvar. Helsedirektoratet forutsetter at formuleringene i forarbeidene fortsatt legges til grunn når det gjelder HELFOs ansvar for kvalitetssikring av helsehjelpen. Skillet mellom rollen som formidler av helsehjelp og sørge-for ansvar er imidlertid på noen områder utfordrende når det ikke finnes et utvalg av offentlige godkjente leverandører av helsehjelp å formidle til. Helsedirektoratet anser at en ytterligere klargjøring av HELFOs rolle når det gjelder kvalitetssikring av helsehjelpen ville vært hensiktsmessig.

Videre er det usikkert om kapasiteten i det private tilbudet i Norge er stor nok til å ta i mot alle fristbruddpasienter. Særlig innen tverrfaglig spesialisert behandling er kapasiteten lav. Dette kan medføre at HELFO i mye større grad enn i dag må benytte seg av helsetjenester i utlandet, hvilket stiller større krav til avtaleinngåelse. Slik kompetanse må i større grad enn i dag tilføres organisasjonen, for eksempel gjennom samarbeid med organisasjoner med større bestillererfaring og erfaring med kvalitetssikring av helsehjelp, slik som de regionale helseforetakene.

Man kan også risikere å komme i en situasjon hvor noen pasienter verken får tilbud i sitt helseforetak eller via HELFO. I denne forbindelse er det viktig med retningslinjer for hvor lenge HELFO kan jobbe med en enkeltsak før pasienten tilbakeføres til helseforetaket. Også tidligere enkeltsaker har vist at det er et behov for slike retningslinjer.

Til forslag til § 2-2 Unntak fra taushetsplikten overfor HELFO hvis nødvendig for å sikre pasienten nødvendig helsehjelp innen forsvarlig tid

- Departementet foreslår et unntak fra taushetsplikten for opplysninger som er strengt nødvendige for at HELFO skal kunne ta kontakt med pasienten og formidle et alternativt tilbud. Departementet presiserer på side 63 i høringsnotatet at det ikke er adgang til å gi flere helseopplysninger enn det som er nødvendig for å oppfylle formålet.

Etter det vi forstår er formålet med en slik bestemmelse å legge til rette for en rask og enkel prosess når spesialisthelsetjenesten trenger at HELFO skaffer et alternativt tilbud.

Det er forutsatt at spesialisthelsetjenesten skal ha oversikt over tilbudet slik at kapasiteten utnyttes best mulig (høringsnotatet side 62). Dette tilsier at spesialisthelsetjenesten skal søke å finne en annen plass til pasienten før HELFO kontaktes, jf. sørge for-ansvaret. Det er spørsmål om taushetsplikten også hindrer utlevering av helseopplysninger til andre behandlingssteder enn det valgte for å finne et tilbud til pasienten. Vi er usikre på om helsepersonelloven § 45 kan hjemle utveksling av opplysninger i denne situasjonen, eller om pasienten ved å bli henvist til

spesialisthelsetjenesten anses å ha samtykket til utveksling av opplysningene med mindre noe annet fremgår av henvisningen. Spørsmålet har kommet opp, og vi ber departementet vurdere om det kan være behov for en hjemmel til utlevering av nødvendige helseopplysninger i denne situasjonen. Eventuelt om pasienten skal kontaktes før man begynner å undersøke muligheten for plass ved en annen institusjon. Pasienten kan ha gode grunner til ikke å ønske at opplysningene skal utleveres til andre eller til ett spesielt behandlingssted.

I de tilfeller hvor det er klart når henvisningen vurderes at det ikke er kapasitet til å starte behandling innen forsvarlig tid (frist), må det som nevnt avklares om den nye ordningen innebærer at pasienten skal få informasjon om dette og om at HELFO vil bli kontaktet, eller om pasienten skal informeres først etter at HELFO er kontaktet og et alternativt tilbud foreligger, jf. flytskjema over. Spesialisthelsetjenesten vil ha 10 dager på seg til å svare pasienten.

Dersom pasienten blir kontaktet før HELFO kontaktes, får pasienten valget mellom å stå på venteliste ut over fristen (pasientutsatt behandlingsstart) eller at HFet kontakter HELFO. I så fall er det ikke nødvendigvis behov for en bestemmelse om unntak fra taushetsplikt, da pasienten kan samtykke til utlevering av opplysninger.

I tilfeller der pasienten har fått tilbakemelding om rettighet og frist, men det viser seg at behandlingsstedet likevel ikke har kapasitet til å starte behandling innen forsvarlig tid (frist), skal HELFO kontaktes. Det er ikke gitt at spesialisthelsetjenesten kan vurdere hvor mye informasjon som er nødvendig å utlevere. Det er viktig at HELFO har nok informasjon slik at det subsidiære tilbudet ikke utgjør noen risiko for pasientsikkerheten, for eksempel for pasienter med flere eller komplekse diagnoser. Helsedirektoratet mener det er tilstrekkelig at spesialisthelsetjenesten gir HELFO informasjon om at det foreligger et fristbrudd, samt kontaktinformasjon til pasienten. Alternativt at pasienten blir underrettet om at HELFO vil bli kontaktet. På denne måten kan pasienten gi samtykke når HELFO tar kontakt. Hvis HELFO kan kontakte pasienten før det foreligger et tilbud, unngår HELFO å iverksette mye unødvendig saksbehandling med å finne et subsidiært tilbud til pasienten før det er avklart at pasienten i det hele tatt ønsker et slikt tilbud.

Det vil alltid være noen pasienter det er vanskelig å oppnå kontakt med, både for HFet og for HELFO. Ingen av alternativene over ivaretar disse pasientene på en god måte. I noen tilfeller kan man vurdere om det bør foreligge fullmakter til å kontakte andre, for eksempel saksbehandler i NAV/NAV kommune i tillegg til pasientens fastlege /henvisende lege.

Særlig om "pasientutsatt behandlingsstart"

Departementet skriver på side 62 i høringsnotatet:

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

Pasienter som velger å bruke HELFOs tilbud beholder altså sin frist, men har ikke rett til fritt sykehusvalg. Pasienter som ønsker å benytte sin rett til fritt sykehusvalg, vil måtte akseptere fristbrudd.

Høringsnotatet omtaler situasjonen der pasienten allerede står på venteliste ved et sykehus, og sykehuset har skaffet et alternativt tilbud.

Direktoratet har fått flere henvendelser om hva som gjelder når pasienten er henvist til et bestemt behandlingssted etter å ha brukt fritt sykehusvalg, og det ønskede behandlingsstedet ser på vurderingstidspunktet at det ikke har kapasitet til å behandle pasienten innen fristen. Etter forslaget skal behandlingsstedet da kontakte HELFO pasientformidling. Hvis pasienten takker nei til tilbudet fra HELFO, har det vært reist spørsmål om ønsket behandlingssted da må sette pasienten på venteliste. Ved å sette en pasient på venteliste, forplikter institusjonene seg til å yte helsehjelp til vedkommende innen den tid medisinsk forsvarlighet krever, jf. merknaden til ventelisteforskriften § 3, noe sykehuset i denne situasjonen ikke har kapasitet til. Som ved andre tilfeller av pasientutsatt behandlingsstart kan det være faglige grunner til at en pasient ikke bør vente ut over frist, og pasienten kjenner ikke nødvendigvis disse grunnene. Direktoratet mener derfor det er viktig at pasienter som trenger det får informasjon om konsekvensene av sitt valg. I ny prioriteringsveileder for TSB står følgende om pasientutsatt behandlingsstart:

"Når pasienten velger seg til en institusjon, eller til et bestemt behandlingstilbud i tråd med retten til medvirkning, kan det unntaksvis hende at pasienten ønsker å vente utover fristen for å få plass ved en valgt institusjon. Dette kalles pasientutsatt behandlingsstart og innebærer at fristoverskridelsen ikke skal anses som et fristbrudd. Følgende kriterier må være oppfylt:

- Pasienten har fått et reelt og forsvarlig alternativt tilbud som kan startes opp innenfor fristen, men har takket nei til dette.*
- Pasienten selv ønsker å stå på venteliste ved den valgte institusjonen selv om behandlingsstedet ikke har kapasitet til å innfri den individuelt fastsatte fristen.*
- Pasienten har fått informasjon om når helsehjelp kan forventes, informasjon om eventuelle helsemessige konsekvenser ved utsatt behandlingsstart, og beskjed om å kontakte fastlege / henvisende instans hvis tilstanden forverres vesentlig i ventetiden.*
- Pasienten har fått tydelig informasjon om at en konsekvens av å takke nei til det alternative tilbudet er at pasienten mister retten til alternativ oppfyllelse via HELFO Pasientformidling."*

Det har økonomiske konsekvenser for spesialisthelsetjenesten hvis pasienten ønsker å få et tilbud formidlet av HELFO. Mediene har omtalt tilfeller av at behandlingstilbud oppsøker pasienter på venteliste og får dem til å si fra seg retten til å kontakte HELFO. Dette er også et eksempel på at det har betydning hvem som skal kontakte pasienten og når, jf. flytskjema over.

Til punkt 9.5 Retten til fritt sykehusvalg m.m.

- Departementet foreslår at retten til fritt sykehusvalg også skal omfatte private radiologiske institusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak.

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 inn informasjon om disse på nettsiden. Dette vil bidra til å utnytte kapasiteten bedre og er i tråd med dagens praksis. I dag er informasjon om ventetid til disse institusjonene bare

tilgjengelig regionalt og på telefon. Publisering på Fritt sykehusvalg sin nettside vil øke tilgjengeligheten og gi lik tilgang til informasjonen for alle.

Direktoratet mener det kan være grunn til å vurdere om ikke også de private avtalespesialistene skal inkluderes i ordningen med fritt sykehusvalg. De regionale kontorene for Fritt sykehusvalg informerer også om avtalespesialister som ikke er inkludert i ordningen Fritt sykehusvalg per i dag.

Departementet foreslår i kapittel 10 å endre syketransportforskriften slik at gjeldende rett videreføres. Etter gjeldende rett har pasienter rett til å få dekket reise til røntgeninstitutter som har avtale med regionalt helseforetak i pasientens bostedsregion, jf. forskriften § 4 bokstavene g) og h). Hvis slik behandling blir omfattet av fritt sykehusvalg, ville pasienter som benytter fritt sykehusvalg måtte betale forhøyet egenandel for reisen, jf. § 14 første ledd. Etter det vi forstår innebærer departementets forslag at pasientene ikke får dekket noen reiseutgifter dersom de benytter rett til fritt sykehusvalg. Direktoratet mener dette vil begrense den reelle valgmuligheten for mange pasienter, og det vil i tillegg være vanskelig å sikre at pasientene vet om denne begrensningen hvis de bruker rett til fritt valg av radiologisk virksomhet.

Til Kapittel 10 Økonomiske og administrative konsekvenser

De foreslåtte lovendringene vil kreve vesentlige endringer i pasientadministrative systemer i helseforetakene for å kunne understøtte de nye kravene. Spesielt vil dette gjelde kravet om at pasienten som hovedregel skal få time ved første kontakt etter kun 10 dager og plikten til varsling om kommende fristbrudd for pasient. Med kompleksiteten som finnes i de aktuelle IT-systemene vil endringer av en slik karakter ta tid, og også medføre en betydelig kostnad å utvikle. Dette skyldes at norske leverandører ikke har slik funksjonalitet, selv om det er vanlig hos utenlandske leverandører. Videre vil de foreslåtte endringene i pasient- og brukerrettighetsloven medføre krav til endringer i arbeidsprosesser og organisering av helsepersonell ved at timebøker må settes opp for flere år i fremtiden. Iverksettelsen av endringene bør derfor komme etter et definert tidsintervall, minst 2 år, slik at helseforetakene kan forberede endringer i IT-systemer og organisasjon.

Selv om endringene vil innebære en forenkling av regelverket, vil det medføre behov for utarbeiding av nytt veilednings- og informasjonsmateriell. Ansatte i helsetjenesten må få opplæring både i nytt regelverk og bruk av nye systemer. Dette tilsier også at disse endringene ikke kan innføres for raskt.

Økonomiske/administrative konsekvenser for HELFO - forslaget om at helseforetaket skal kontakte HELFO ved fristbrudd

Helsedirektoratet deler ikke departementets vurdering av at forslaget om at helseforetaket kontakter HELFO ved fristbrudd ikke har økonomiske eller administrative konsekvenser i særlig grad. HELFO pasientformidling har 7,2 årsverk i dag, inkludert leder. Flere rettighetspasienter og henvendelser fra helseforetakene ved fristbrudd vil medføre behov for økte ressurser, både til saksbehandling og ikke minst forbindelse med anskaffelse, avtaleinngåelse og oppfølging av avtale med leverandører av subsidiær helsehjelp.

Forslagene vil ventelig få betydelige økonomiske og administrative konsekvenser for HELFO. Svært få fristbruddspasienter henvender seg til HELFO i dag. I 2011 mottok HELFO 2205 henvendelser, men 873 ble formidlet til subsidiær behandling. Om forslaget gjennomføres, må HELFO styrkes, både med hensyn til ordinære

saksbehandlere, men også med spisskompetanse i forhold til å inngå og følge opp avtaler. HELFO har ikke tilstrekkelig kompetanse på disse områdene i dag. Dersom sykehusene ikke klarer å få oversikt over alle fristbrudd, vil situasjonen kunne bli som i dag. Ressursbruken til HELFO vil avhenge av om sykehusene faktisk melder fra om fristbrudd.

Rammeavtaler

HELFO pasientformidling har ansvaret for å tilby utredning og behandling for pasienter som opplever fristbrudd. Dette gjelder innenfor områdene medisin og kirurgi, samt rus og psykiatri. Det er pr i dag inngått rammeavtaler med leverandører (private institusjoner) innenfor alle disse områdene.

Disse avtalene inngås etter regelverket for offentlige anskaffelser.

HELFO har allerede utfordringer med hensyn til inngåelse og kvalitetssikring av slike avtaler. Dersom antallet fristbruddpasienter som skal ha subsidiær behandling gjennom HELFO øker betraktelig, vil dette medføre at dagens utfordringer blir større.

Dekningsområde

HELFO pasientformidling skal i utgangspunktet kunne tilby pasienter de samme spesialisthelsetjenestene som helseforetakene tilbyr. Det kreves meget omfattende rammeavtaler dersom alle diagnoser og behandlinger skal være inkludert i disse. Med den foreslåtte ordningen kan antall pasienter som skal tilbys behandling mangedobles, noe som vil kreve enda større avtaledekning.

Endringene som er foreslått vil innebære følgende utfordringer:

- Dagens avtaler dekker ikke alle de behovene som oppstår
- Krav til geografisk dekning i alle sykehusområder. Krevende å få til god nok avtaledekning, spesielt i nord.
- Pasientformidlingen ser seg nødt til å foreta flere avrop av tjenester blant leverandører det ikke er inngått avtale med, for å imøtegå behovet.
- Det foretas avrop hos leverandører HELFO har avtale med, men på en behandling/diagnose som ikke er omfattet av avtalen.
- Det foretas flere direkteanskaffelser hvor det er vanskelig å fastslå hvorvidt avrop er i henhold til avtalene.
- Enkelte private aktører leverer ikke inn tilbud i anbudskonkurransene da de allikevel vet at de får pasienter ettersom de er den eneste aktøren i landet som tilbyr den utredningen/behandlingen.
- Anskaffelsesregelverket legger begrensninger i hvor mye man kan endre en inngått rammeavtale med tanke på innhold, volum med videre i avtaleperioden.
- Anskaffelsesregelverket legger begrensninger i muligheten til å inngå forløpende avtaler med leverandører som kan dekke et behov i en periode

Uforutsigbarhet

Ved kunngjøring av konkurranse på disse rammeavtalene kan ikke HELFO opplyse om forventet volum, verken i sum eller type behandling, da dette er avhengig av hvilke fristbrudd som oppstår i avtaleperioden. Av erfaring varierer dette i perioder. Dette skaper usikkerhet hos potensielle tilbydere. Flere kan velge å avstå fra å legge inn tilbud da de ikke vet om de vil få pasienter til utredning eller behandling, noe som kan bidra til usikker drift. HELFO har per i dag avtaleleverandører som ikke har mottatt en eneste pasient.

Leverandørene etterspør forutsigbarhet. De gjør ofte betydelige investeringer i utstyr og personell, og vil da tenke både på langsiktighet og forutsigbarhet. Ofte vil en avtale

med HELFO kreve at det tilsettes nye fagpersoner, noe en leverandør da må vurdere opp mot den økonomiske risikoen dette kan innebære.

I henhold til regelverket for offentlige anskaffelser skal oppdragsgiver ved konkurranse sikre at hensynet til forutberegnelighet, gjennomsiktighet og etterprøvnbarhet ivaretas gjennom hele anskaffelsesprosessen. Det kan stilles spørsmål ved om kravet til forutberegnelighet blir godt nok ivaretatt med hensyn til usikkerheten rundt forventet volum.

Økonomi

Spesialisthelsetjenesten i Norge kjøper inn varer og tjenester for 15-20 mrd. kroner hvert år. De har et stort volum på avtalene sine, og oppnår gode priser i markedet. HELFO klarer ikke med sitt begrensede og usikre volum å oppnå disse betingelsene, til tross for at dette var en av forutsetningene da ordningen med å fremskaffe subsidiær behandling ble lagt til et sentralt organ, jf. Ot.prp. nr. 63 (2002-2003). Pasienter som behandles gjennom fristbruddordningen koster samfunnet mer enn om de ble behandlet via foretakenes egne rammeavtaler.

Kravene i pasientrettighetsdirektivet opp mot HELFOs avtaleportefølje.

HELFO vil etter forslagene i høringsnotatet kunne sitte med administrasjonen av to ordninger; pasienter som kommer inn under fristbruddordningen og pasienter som søker forhåndsgodkjenning etter § 5-24a.

Ved oppstått brudd på den individuelle fristen bistår HELFO pasienten med å finne et tilbud. I disse tilfellene dekkes utgifter til helsehjelpen, inkludert reise og opphold, uten at pasienten må legge ut. Pasienten kan selv ikke velge tjenesteyter. Tjenesteyter må ha avtale med HELFO.

I henhold til pasientrettighetsdirektivet skal pasienten ha rett til å velge tjenesteyter. HELFO ser en rekke utfordringer ved at pasientrettighetsdirektivet åpner for at det er opp til pasienten selv å velge tjenesteyter. For pasienter som reiser ut via pasientformidlingen, er rammeavtaleleverandørene kvalitetssikret ved kontraktsinngåelsen.

Til del II Implementering av pasientrettighetsdirektivet

Sammendrag

- Hvis det innføres krav om forhåndsgodkjenning for å få dekket utgifter til "sykehusbehandling" i utlandet, er Helsedirektoratet enig i at det må gjøres endringer i folketrygdloven § 5-24a. Direktoratet gjør imidlertid oppmerksom på at innføringen av en slik ordning vil få store økonomiske og administrative konsekvenser, og at det er nødvendig med en rekke klargjøringer.
- Direktoratet er enig i at vilkårene om at pasienten ville fått bekostet helsehjelpen i den offentlige norske helsetjenesten og om at pasienten er henvist fra (som hovedregel) norsk behandler i primær- eller spesialisthelsetjeneste også skal gjelde når ordningen utvides til også å omfatte "sykehusbehandling".
- Direktoratet mener et krav om forhåndsgodkjenning kan bidra til en viss kontroll med pasientflyt og til forutberegnelighet for noen pasienter. 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.

- 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.
- Direktoratet mener et DRG-basert system vil være godt egnet for prissetting av helsetjenester også på dette området, og at dette vil være hensiktsmessig i forbindelse med oppgjør etter § 5-24a.
- Direktoratet er enig med departementet i at ved en eventuell forhåndsgodkjenningsordning er det av ressursmessige hensyn fornuftig at HELFO tillegges oppgaven med behandling av godkjenninger, i stedet for at kompetanse bygges opp i en eller flere (nye) instanser. Det forutsetter imidlertid at HELFO tilføres tilstrekkelig med ressurser og kompetanse.
- Direktoratet støtter at HELFO blir norsk kontaktpunkt.

Til kapittel 15 Refusjon av utgifter for "sykehusbehandling"

Til 15.1 Generelt

Implementering av pasientrettighetsdirektivet skal innebære en utvidet mulighet for pasienter til dekning av utgifter ved sykehusbehandling mottatt i utlandet. I dag har de regionale helseforetakene (RHF'ene) mulighet til å henvise pasienter til behandling i utlandet ved kompetansemangel, og HELFO pasientformidlingen kan ved fristbrudd bistå pasienter med å finne et alternativt behandlingstilbud blant sine avtaleparter. Noen av disse befinner seg i utlandet¹. Pasientene har i tillegg mulighet til å søke om planlagt behandling i utlandet etter forordning 883/04 (S2). Vilårene for å få innvilget planlagt behandling i utlandet etter forordningen er langt på vei samsvarende med de vilkår som skal gjelde for sykehusbehandling etter folketrygdloven § 5-24a. Helsedirektoratet ser at det vil være vanskelig for brukerne å skulle forholde seg til de ulike ordningene for dekning av helseutgifter i utlandet. Hvordan brukeren skal gå frem for å få dekning varierer, og refusjonsbeløpet kan bli ulikt, avhengig av hvilken ordning man velger. Det er vanskelig å forutse hvor stor dekningen vil bli etter de ulike ordningene, og brukeren har få forutsetninger for å velge den som gir best dekning. Helsedirektoratet mener det er hensiktsmessig at man så langt det lar seg gjøre, harmoniserer regelverket, slik at brukeren får et enklere regelverk å forholde seg til.

Til 15.2 Vilkår for refusjon

Til 15.2.1 Hovedvilkår

I forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land er hovedvilkåret at refusjon bare ytes for helsehjelp som pasienten ville fått bekostet i den offentlige helsetjenesten dersom den var mottatt i Norge. Departementet mener at dette vilkåret må legges til grunn ved refusjon av utgifter til sykehusbehandling. Refusjon etter § 5-24a i dag har gitt Helsedirektoratet og HELFO visse erfaringer med hensyn til vurderingen av hvorvidt en behandling gis i Norge. Vi ser at det i enkelte tilfeller kan være vanskelig å vurdere hvorvidt en type behandling omfattes av tilbudet i Norge. Det er ofte variasjoner i behandlingsopplegg, slik at det kan være vanskelig å «kjenne igjen» behandlingen sammenlignet med tilsvarende behandling i Norge. Det er også slik at man kan se sammensatte behandlinger i utlandet som vi ikke har her. Det kan da være en utfordring å skulle se de ulike behandlingsdelene hver for seg, for

¹ I 2011 kjøpte pasientformidlingen behandling for 13 pasienter i utlandet.

så å ta stilling til hva som faller inn under ordningen. Med den nye ordningen vil man også måtte forholde seg til hva som krever forhåndsgodkjenning(se under). Slike vurderinger vil kunne være tidkrevende for HELFO.

Vi ser likevel at dette hovedvilkåret er en nødvendig sikkerhetsventil med dagens refusjonsordning, og det er ingen grunn til å tro at dette vil bli noe annerledes etter lovendringen. Dette kan fungere greit så lenge den behandling som tilbys er «tilsvarende» den som tilbys i Norge. I vurderingen av om det er tilfelle kan det lages vurderinger som ivaretar både nytteaspektet for pasienten sett i en forløpstankegang og kost-nytte aspektet. Dersom slike vurderinger legges til grunn kan det godt tenkes at det kan bli «godkjent» behandlinger som enda ikke er innført i Norge.

Til 15.2.2 Forhåndsgodkjenning

Pasientrettighetsdirektivet åpner for at medlemslandene kan stille krav om forhåndsgodkjenning for «sykehusbehandling». Det fremgår av høringsnotatet at departementet mener forhåndsgodkjenning for refusjon av «sykehusbehandling» er et viktig virkemiddel for å ha kontroll over flyten ut, hva gjelder denne typen helsehjelp. Helsedirektoratet ser også at departementet mener det er viktig med forhåndsgodkjenning for å ivareta et helsetilbud av høy kvalitet i Norge.

Forhåndsgodkjenning: Minimering av risiko vs minimering av valgfrihet

Sett fra et brukerperspektiv vil en ordning med forhåndsgodkjenning føre til økt forutsigbarhet. Brukeren vil være sikret refusjon for den sykehusbehandlingen han eller hun velger å motta i utlandet. Dette vil ha stor betydning da sykehusbehandling i utlandet ofte vil innebærer store utgifter, og risikoen minskes ved en forhåndsgodkjenning.

På en annen side vil krav til forhåndsgodkjenning (avhengig av hvordan ordningen utformes) kunne begrense brukernes valgfrihet. Direktivet legger opp til at forhåndsgodkjenning ikke kan avslås dersom pasienten ikke har mottatt behandlingen innen en individuelt vurdert medisinsk forsvarlig frist. Dette kan motsatt bety at avslag på visse vilkår kan fattes dersom fristen oppfylles. Dette kan innebære at behandling i Norge til en viss grad er å forstå som det obligatoriske førstevalget. Dette er imidlertid avhengig av hvor restriktive Norge ønsker å være gjennom forhåndsgodkjenningsordningen som etableres. Sett i lys av høringsnotatets forslag om å fjerne det samtidige skillet mellom pasienter med og uten rett til spesialisthelsetjeneste og derigjennom gi alle pasienter en lovfestet medisinsk frist, vil en forhåndsgodkjenningsordning som er restriktiv på å sende ut pasienter som kan motta sin behandling innen fristen medføre at alle pasienter som skal ha «sykehusbehandling» holdes tilbake i den nasjonale spesialisthelsetjenesten. Dersom det blir tilfellet, kan det argumenteres for at Norge ikke oppstiller de reelle valgmulighetene som pasientrettighetsdirektivet har til hensikt å legge til rette for. Det vil i tiden fremover derfor være vesentlig å ha et overordnet fokus på rammene for en eventuell norsk forhåndsgodkjenningsordning.

Forhåndsgodkjenningsinstansens vurdering av medisinsk forsvarlig tidsfrist

Helsedirektoratet ser videre utfordringer i at godkjenningsinstansen 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 medisinskfaglige 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.

Forholdet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling

Departementet påpeker at det er svært vanskelig å definere hvilke typer behandling som anses som «sykehusbehandling». Etter snart to år med praktisering av dagens ordning hjemlet i § 5-24a, deler Helsedirektoratet og HELFO denne oppfatningen. Erfaringen er at vurderingen er svært skjønnspreget, og at det kan være nødvendig for HELFO å hente inn uttalelser både fra rådgivende overlege, de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet i en enkelt sak. Det er en utvikling i retning av at flere behandlinger blir utført utenfor sykehus, og man må da se på hvorvidt behandlingen forutsetter ressurser, utstyr eller kompetanse som forbindes med sykehus. Også denne vurderingen er svært skjønnsmessig og vanskelig, saksbehandlingstiden kan bli lang og resultatet blir lite forutsigbart for pasientene. Et annet spørsmål som kan være vanskelig å vurdere er om det er en følge av en innleggelse, eller om den er å regne som «hotell-overnatting» dersom pasienten overnatter i behandlingsinstitusjonen, ettersom helsetjenesten i andre land kan ha en helt annen organisering enn det vi kjenner fra norske forhold.

I direktivet står hensynet til åpenhet og forutsigbarhet helt sentralt. Helsedirektoratet er av den oppfatning at dette er svært viktige hensyn som bør løftes frem ved utforming av ordningen nasjonalt, både fra et pasientperspektiv, men også ut fra hensynet til en effektiv forvaltning. Dette vil kreve en endring i forhold til dagens måte å etablere skillet mellom «sykehusbehandling» og «ikke-sykehusbehandling» slik det fremgår av forskriftenes § 3 annet ledd.

Når det gjelder den nærmere avgrensningen av hvilke spesialisthelsetjenester som skal omfattes av et krav om forhåndsgodkjenning, kan Helsedirektoratet se verdien av en detaljert oversikt over behandlingstyper. På den annen side vil det være for utfordrende å operere med en liste som fastslår hva som er å anse som sykehusbehandling, da behandlingsformene er i kontinuerlig utvikling. Videre er det en fare ved slike lister at enkelte behandlinger faller utenfor fordi pasientpopulasjonen er liten. Er listen ment å være uttømmende, slik at alt som ikke står på listen skal vurderes som «ikke-sykehusbehandling»? Dersom dette er tilfelle, vil man kunne oppleve at behandling for enkelte sjeldne sykdommer, eller helt nye behandlingsformer ikke er omfattet av listen, til tross for at de helt klart bør anses som sykehusbehandling. Slik behandling vil da kunne bli refusjonsberettiget uten å omfattes av vilkåret om forhåndsgodkjenning.

Krav til forhåndsgodkjenning og uforutsette endringer i behandlingsforløpet

Vi er usikre på om departementet mener at kravet til forhåndsgodkjenning skal være absolutt. Vi mener det vil være uheldig dersom en person som for øvrig oppfyller vilkårene for refusjon, ikke får dette kun fordi det ikke foreligger forhåndsgodkjenning. Vi mener derfor at godkjenningsinstansen unntaksvis i så fall bør kunne se bort fra at forhåndsgodkjenning ikke er gitt, og gi refusjon dersom de øvrige vilkårene er oppfylt. Helsedirektoratet forutsetter at hva forhåndsgodkjenningen omfatter presiseres i hvert enkelt vedtak. Hva hvis behandlingen av en eller annen grunn går lenger enn det som er forhåndsgodkjent? I en del tilfeller vil ikke pasienten være i stand til å kunne påvirke forløpet eller vet hva dette innebærer. Videre kan det hende at det oppstår uforutsette forhold som innebærer behov for tjenester som det ikke er tatt høyde for i forhåndsgodkjenningen. Skal utgiftene da dekkes automatisk, eller må brukeren dekke dette selv? Alternativt vil han måtte søke etter andre ordninger, og i akutte tilfeller

måtte be om å bli overført til en offentlig behandler eller institusjon i behandlingslandet for å få dekning (forordning 883/04)? En annen mulighet er at brukeren søker forhåndsgodkjenningssinstansen om ny forhåndsgodkjenning? Dette forholdet berører spørsmålet om hvor langt forhåndsgodkjenningssinstansens finansielle ansvar skal være sett i forhold til hvor langt pasientens eget ansvar strekker seg. Det må derfor foreligge klare retningslinjer for hvordan dette skal håndteres.

Forhåndsgodkjenningssinstansen bør kunne sette som forutsetning for forhåndsgodkjenningen at vilkårene i forskriften er oppfylt, deriblant vilkår om autorisasjon og andre krav til tjenesteyter.

I pasientrettighetsdirektivet artikkel 8 punkt 2 bokstav c, fremgår det at det kan kreves forhåndsgodkjenning der det er forhold ved tjenesteyteren som gir grunn til alvorlig og konkret bekymring for kvalitet og sikkerhet. Tilsvarende forhold ved tjenesteyteren angis i direktivet som begrunnelse for *avslag* på forhåndsgodkjenning (artikkel 8 punkt 6 bokstav c). Det må gjøres klart og tydelig hvordan disse bestemmelsene skal forstås.

Til 15.2.3 Henvisning

Departementet foreslår at kravet om henvisning for rett til refusjon av «ikke-sykehusbehandling» skal opprettholdes også for «sykehusbehandling».

Formålet med vilkåret er at pasienten først skal være vurdert av behandler i den norske primærhelsetjenesten, som i henhold til prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå, kan vurdere hvorvidt behandlingsbehovet kan ivaretas på primærnivå. Departementet uttaler at kravet om henvisning er viktig for å ivareta en god ressursutnyttelse. I dagens forskrift er det krav om henvisning, der dette er et vilkår for helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge. I forskriften er hovedregelen at henvisning skal være gitt av helsepersonell som praktiserer i Norge, men det er gjort enkelte unntak. Departementet foreslår at de vurderinger og tilpasninger som er gjort når det gjelder kravet til henvisning i forskriften, også skal ligge til grunn for refusjon av utgifter til «sykehusbehandling».

Helsedirektoratet er enig i at hovedregelen om henvisning fra en norsk behandler bør videreføres, men at det ikke kan være et absolutt krav. Vi ser at det kan oppstå situasjoner hvor det må kunne gjøres unntak. Dette gjelder for eksempel pasienter som er henvist og har fått forhåndsgodkjent sykehusbehandling. Der ser en plutselig et tilleggsbehov som må utredes og eventuelt behandles, men som ikke var tatt med i betraktningen i den første (norske) henvisningen. Premissene kan altså endre seg etter en forhåndsgodkjent behandling eller undersøkelse, og det ville da være urimelig å kreve at pasienten får en ny norsk oppfølgingshenvisning. I slike tilfeller bør også lege utenfor Norge kunne henvise, og eventuelt forlenge og utvide den opprinnelige henvisningen. Det må imidlertid legges til grunn at pasienten i disse tilfellene blir henvist til behandling som ville ha blitt dekket dersom den var gitt i vår nasjonale helsetjeneste. Helsedirektoratet ser derfor behov for tydelighet når det gjelder omfanget av en henvisning, og hvor bundet godkjenningssinstansen skal være av den. Helsedirektoratet mener at det i unntakstilfeller bør være mulig å fremlegge henvisning fra tilsvarende helsepersonell som praktiserer i et annet EØS-land også for sykehusbehandling.

Vedrørende Krav til «tjenesteyter» - autorisasjon mv. (se for øvrig pkt 15.5.1 om autorisasjon og andre forhold...)

Departementet foreslår i høringsnotatet at det ved vurdering av søknad om forhåndsgodkjenning til refusjon av «sykehusbehandling», skal tas stilling til om det foreligger forhold ved tjenesteyter som tilsier at godkjenning ikke bør gis. Videre legger

departementet til grunn at dette er vurderinger som i stor grad må baseres på et medisinsk faglig skjønn. Det legges i forslaget opp til at instansen som skal behandle søknaden, i stor grad må ta utgangspunkt i informasjon fra behandlingslandet angående den aktuelle tjenesteyteren. Det må presiseres i forskriften hvilke forhold ved tjenesteyter som skal vurderes, for eksempel når det gjelder autorisasjon, adgang til å praktisere lovlig osv.

Etter dagens forskrift stilles det krav om at behandlingen utøves av behandler med spesialistgodkjenning, i den grad dette er et vilkår i Norge. Der det er krav til spesialistgodkjenning i Norge og tilsvarende spesialistgodkjenning ikke eksisterer i vedkommende EØS-land, må man i dag vurdere hvorvidt tjenesteyteren har tilsvarende realkompetanse. HELFO har erfart at denne vurderingen er ressurskrevende.

Vi forstår høringsnotatet dithen at det nå skal være avgjørende hvorvidt tjenesteyteren har anledning til å yte den aktuelle helsehjelpen i behandlingslandet, slik at godkjenningsinstansen ikke lenger trenger å foreta en vurdering av om vedkommende fyller kravene som er satt til spesialistgodkjenning i Norge. En slik endring vil gjøre det enklere for en pasient å benytte seg av helsetilbud som i Norge krever spesialistgodkjenning og vil sikre en praksis som er i tråd med EØS-rettslige prinsipper, og det vil være enklere for forvaltningen. Vi ser imidlertid også at dette kan virke diskriminerende på innenlandske tjenesteytere i forhold de utenlandske tjenesteyterne, da kravene som stilles til førstnevnte vil være strengere enn de som stilles til sistnevnte.

Til 15.3 Beregning av refusjonsbeløp og prisfastsettelse

Betalingsevne

Departementet foreslår en endring i spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 som innebærer at helseinstitusjon eller tjenesteyter i Norge kan 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.

Helsedirektoratet støtter forslaget.

Direktoratet mener det ikke er helt åpenbart hva som menes med "planlagt spesialisthelsetjeneste" i denne sammenheng. Vi antar det er ment spesialisthelsetjenester som ytes til utenlandske borgere som har/skal reise til Norge for å motta spesialisthelsetjenester, og ikke for utenlandske borgere som henvises til elektiv behandling mens de oppholder seg i Norge, men ber om at dette forklares i merknaden til bestemmelsen.

Hva angår pasienter fra Norge som reiser ut for behandling etter direktivet, så ser Helsedirektoratet det som hensiktsmessig at brukerne blir gjort oppmerksomme på at de må legge ut for behandlingen selv, for så senere å søke refusjon. Imidlertid vil et krav til at pasienten skal kunne legge ut for sine helsetjenester innebære at pasienter som ikke har betalingsevne i praksis fratras muligheten til å reise ut for å motta behandling etter direktivet. Dette kan være noe problematisk sett hen til den helsepolitiske målsetningen om lik tilgang til helsetjenester uavhengig av pasientens personlige økonomi. Med mindre man etablerer en ordning for å finansiere pasienter uten betalingsevne som ønsker å benytte seg av direktivbestemmelsene, så vil det for pasienter i en slik situasjon være særlig viktig for forvaltningen å avgjøre om pasienten kan motta planlagt utenlandsbehandling etter bestemmelsene i forordning 883/2004.

Prissetting

Gjennom DRG og ISF-systemet har man i dag en metode for å utlede stipulerte total kostnader for de fleste tjenestene innenfor «sykehusbehandling». Dette systemet benyttes per i dag til prissetting av helsehjelp (for det meste sykehusbehandling) som gis til konvensjonspasienter fra andre EØS-land. Informasjonen som skal danne grunnlag for landoppgjøret mellom Norge og andre EØS-land vurderes i dag i det aktuelle sykehus, og sykehuset foretar prissettingen etter DRG-satser. Sykehuset sender deretter ferdig beregnet faktura til HELFO. HELFO foretar dermed ikke selv beregninger ved hjelp av DRG i forbindelse med oppgjør mellom EØS-land.

HELFO bruker imidlertid DRG-satser ved beregning av refusjon for spesialisthelsetjenester mottatt i et annet EØS-land etter § 5-24a. Denne beregningen utføres manuelt. Beregningen er svært ressurskrevende og innebærer stor risiko for feil. Vi ser derfor behov for en enklere fremgangsmåte, der HELFO kan benytte de verktøy som finnes for beregning av refusjon ved hjelp av DRG-satser.

For å kunne plassere behandlingen en pasient har mottatt i riktig DRG-sats, må man blant annet ha opplysninger om pasientens hoveddiagnose, bidiagnose(r) og hvilke prosedyre(r) som er utført. Det byr på utfordringer å plassere behandlingene i det norske takstsystemet fordi dokumentasjonen vi mottar ikke alltid gir tilstrekkelig med opplysninger. Det vil derfor være nødvendig at det informeres om hvilken informasjon som må ligge ved et refusjonskrav.

Beregning etter DRG-satser vil være aktuelt både for pasienter fra et annet EØS-land som kommer til Norge og for pasienter fra Norge som ønsker å få utført behandling i utlandet. De som reiser ut av Norge trenger informasjon om hva de vil få i refusjon dersom de velger å motta helsehjelp i annet EØS-land. På den andre siden vil de som kommer til Norge ha behov for å vite hva en behandling her vil koste.

Helsedirektoratet ønsker å påpeke at det vil kreve rådgivende helsefaglige ressurser både for å finne stipulerte total kostnader ut i fra søknader om forhåndsgodkjennelse, og for å foreta beregninger i etterkant.

I beregningen etter DRG-systemet vil det også være krevende å bedømme hvorvidt den planlagte behandlingen for pasienter med gitte diagnoser foretas etter samme prosedyrer som i Norge. Det kan tenkes at behandlingen ikke er sammensatt på samme måte som i Norge.

Det vil være avgjørende med god kommunikasjon mellom HELFO og spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet fastholder at DRG- og ISF-systemet bør ligge til grunn for kostnadsberegningen, forutsatt at forvaltningsinstansen får tilgang til og kompetanse på relevante utregningsverktøy.

Til 15.4 Reise- og oppholdsutgifter

Man trenger så vidt Helsedirektoratet kan se ingen endring i forskriften for å ivareta en utvidelse til også å omfatte sykehusbehandling.

Forskriftens § 9 gir regler om dekning av reise- og oppholdsutgifter etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6. Dette dekker reise til nærmeste sted helsehjelp kan gis.

Velger man å reise lengre for å motta behandlingen, må man selv dekke denne utgiften. Vi påpeker imidlertid at det i enkelte tilfeller kan fremstå som urimelig at reiseutgifter ikke dekkes til behandlingssted. Dette gjelder primært de tilfeller pasienter søker behandling etter direktivet fordi behandling ikke kan gis innen medisinsk forsvarlig frist.

Til 15.5 Administreringen av godkjennings- og refusjonsordning

Til 15.5.1 Behandling av søknad om godkjenning

I høringsnotatet går departementet inn på hvilken kompetanse som er nødvendig for å foreta saksbehandling av krav om refusjon av utgifter til «sykehusbehandling».

Departementet synes å være av den oppfatning at oppgaven blant annet av ressursmessige hensyn bør legges til HELFO. Vi er enig i dette, og forutsetter at det med oppgaven følger tilstrekkelig med midler for å sikre en god saksbehandling. Som vedtaksinstans for § 5-24a og planlagt behandling etter forordning 883/04, har HELFO gode forutsetninger for å kunne behandle søknader om forhåndsgodkjenning for sykehusbehandling. Mange av vilkårene som foreligger i forskriften for «ikke-sykehusbehandling», er foreslått videreført. HELFO har utarbeidet verktøy og arbeidsrutiner for ordningen slik den er i dag, og disse vil kunne gjenbrukes, samtidig som endringene vil utløse nye behov. Det er flere uavklarte forhold knyttet til «rest-implementeringen» av pasientrettighetsdirektivet, og vi vil gjennomgå disse i det følgende

Behandling som må forhåndsgodkjennes

Dagens formulering for behandling som er unntatt dekning etter § 5-24a, jf. forskriften § 3 annet ledd, gir ikke tilstrekkelig klarhet og forutberegnelighet slik direktivet forutsetter. Dagens skjønnsmessige forskriftstekst er også krevende å forvalte på en effektiv måte. Helsedirektoratet anser det som viktig at det blir sørget for en grundig og ikke forhastet høringsrunde på forslag til forskriftstekst.

Det er knyttet en rekke problemstillinger til kravet om en konkretisering av hvilke behandlinger som krever forhåndsgodkjenning. Departementet foreslår at det i forskriften skal avklares hvilke spesialisthelsetjenester som skal omfattes av kravet til forhåndsgodkjenning. Helsedirektoratet er enig i en forskriftsregulering, da det vil gi god tilgjengelighet for brukerne. Vi stiller imidlertid spørsmål til hvor detaljert reguleringen må være for å oppfylle direktivets krav til klarhet og tydelighet. Se for øvrig pkt 15.2.2.

Autorisasjon og andre forhold ved tjenesteyter som tilsier at godkjenning ikke bør gis

Det fremgår av høringsnotatet at ved vurderingen av søknad om godkjenning, må det tas stilling til om det foreligger forhold ved tjenesteyter som tilsier at godkjenning ikke bør gis. Spørsmål i denne forbindelse kan være om vedkommende tjenesteyter innehar nødvendig autorisasjon og om vedkommende oppfyller de krav som er satt for å yte den aktuelle helsehjelpen i behandlingslandet. IMI skal benyttes for å få slik informasjon. Vi forstår det derfor slik at de som «godkjenner», kun forholder seg til den informasjonen de får fra IMI, og skal legge til grunn at denne er riktig.

I dagens forskrift er det pasienten som har ansvar for å dokumentere at behandleren er autorisert. I høringsnotatet legges det opp til at forvaltningsinstansen vil få ansvaret med å utrede og eventuelt avgjøre hvorvidt det er forhold ved tjenesteyter som tilsier at det ikke bør gis godkjenning i den enkelte sak. Vi bemerker i den anledning at det vil være ressurskrevende å foreta en slik vurdering og eventuelt gi en godkjenning. Det må legges til rette for å kunne motta og utveksle informasjon med myndigheter i andre EØS-land på en effektiv og sikker måte(jf. direktivets art 10 nr. 4). Her vil det være helt sentralt at forvaltningsinstansen får tilgang til IMI.

Helsedirektoratet er usikre på om det legges opp til en ordning der forhåndsgodkjenningsinstansen i hver enkelt sak skal sende en forespørsel gjennom

IMI for å kunne vurdere forhold ved tjenesteyterne. Hvilken rolle skal Nasjonalt kontaktpunkt ha i denne sammenhengen?

For å kunne foreta en vurdering av forhold ved tjenesteyteren, kreves det kompetanse om organiseringen av helsetjenesten i andre EØS-land. I tillegg er det behov for medisinsk faglig kompetanse. Dersom forvaltningsansvaret for ordningen legges til HELFO, så må den medisinske kompetansen i HELFO styrkes. Informasjonen vil også foreligge på ulike språk, og det er ressurs- og kostnadskrevende å få dokumenter oversatt. Vi ser hen til at det i dagens 5-24a-ordning er pasienten som bærer disse kostnadene, og vi mener at det ikke må skilles mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling i så måte.

Hvordan skal pasienten forholde seg til de ulike refusjonsordninger?

Det eksisterer i dag mange ordninger som er parallelle og delvis overlapper hverandre, og som på andre områder i motsetning divergerer (fritt sykehusvalg, pasientformidlingen, forordningen og direktivet). Hierarkiet mellom disse ordningene må presiseres, slik at det klart går frem for eksempel om en pasient kan ha flere valg samtidig, om ett valg ekskluderer et annet (for eksempel om pasienten ved å si nei til behandlingstilbud fra pasientformidlingen likevel skal kunne benytte seg av direktivet) etc. Brukerne må i dag forholde seg til ulike refusjonsordninger som de i hovedsak ikke har hverken kjennskap til eller oversikt over. Brukeren er på mange måter prisgitt at HELFO som potensiell forvaltningsinstans behandler søknaden etter riktig ordning, eventuelt den ordningen som er mest gunstig. Det er også utfordrende for saksbehandlere å skille mellom de ulike ordningene etter direktivet, retten til S2, jf. art 20 m.fl. i forordning 883/04 og rettighetene etter pasient- og brukerrettighetsloven². Hvordan skal for eksempel HELFO forholde seg dersom brukeren ved fristbrudd søker om forhåndsgodkjenning samtidig som RHF'et kontakter HELFO pasientformidlingen? Skal prosessen som skjer i pasientformidlingen ligge i bero frem til søknad om forhåndsgodkjenning er behandlet, eller motsatt?

I grensedragningen mellom de ulike ordningene vil det med andre ord være behov for en grundig gjennomgang og presisering av likheter, ulikheter, betydning for rettigheter og prosess. Grensegangen og hierarkiet mellom disse ordningene bør derfor klargjøres nøye.

Rolleavklaringer - forholdet til spesialisthelsetjenesten, klageadgang til Fylkesmannen osv.

I høringsnotatet s. 90 står det: «I noen tilfeller kan situasjonen imidlertid være at pasienten har mottatt helsehjelp innen den fastsatte fristen, men det videre behandlingsforløpet har stoppet opp». Departementet finner det da hensiktsmessig at «godkjenningssinstansen innhenter en medisinskfaglig uttalelse fra det helseforetaket eller den spesialisten som pasienten tidligere har vært henvist til og som derfor kjenner pasienten og sykdomshistorikken».

En pasient som er inne i et behandlingsforløp, vil kunne klage på uoppfylte rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven til Fylkesmannen (for eksempel er aktuelt klagetema; uenighet om behandlingsfristen gjelder ferdig utredning eller påstartet behandling). Hvordan blir rolleavklaringen mellom HELFO og Fylkesmannen i disse tilfellene? Pasientens rettigheter bygger på to ulike regelsett (pasient- og brukerrettighetsloven og folketrygdloven § 5-24a), som forvaltes av to ulike organer. Det er ingen bestemmelser som regulerer forholdet mellom disse regelsettene.

² Se punkt 5.1

Utgangspunktet er derfor at HELFO skal vurdere en søknad om forhåndsgodkjenning helt uavhengig av hvilke rettigheter andre forvaltningsorganer kommer frem til at vedkommende har.

Hva hvis både HELFO og Fylkesmannen kommer til at pasienten har krav på å motta behandling? Eller HELFO og Fylkesmannen kommer til ulikt resultat? Hvis HELFO kommer til at pasienten ikke har fått behandling innen den tid som er medisinsk forsvarlig, og Fylkesmannen kommer til det motsatte; kan HELFO da viderefakturere? Vi stiller også spørsmål om det er hensiktsmessig at HELFO skal innhente en «medisinskfaglig uttalelse» om forsvarlighet fra det helseforetaket eller den spesialisten som pasienten tidligere har vært henvist til, da det kan stilles spørsmål ved hvor objektiv en slik vurdering vil være.

Til 15.5.2 Klageinstans

Det er ikke foreslått endringer i bestemmelsen om klageadgang, slik at HELFO hovedkontor fortsatt vil være klageinstans for et eventuelt avslag på søknad om forhåndsgodkjenning. Vi har ingen merknader til dette.

Det er også foreslått videreført at vedtak vedrørende stønad som ytes til helsehjelp etter spesialisthelsetjenesteloven, ikke kan ankes til Trygderetten. Dette vil være naturlig grunnet Trygderettens sammensetning og arbeidsområde. I praksis ser vi imidlertid at det ikke bestandig er like enkelt å skille ytelser som dekkes etter spesialisthelsetjenesteloven, og de som dekkes etter folketrygdloven § 5-4 til 5-12, § 5-14 og § 5-25. Vi har hatt flere anker hvor det er anført at den enkelte behandling, hver for seg, er helsetjenester som det kan gis refusjon til etter folketrygdloven. Dette er for så vidt riktig, dersom man velger å splitte opp den sammensatte behandlingen og kun se på den enkelte undersøkelse/behandling isolert (f.eks. legekonsultasjon, blodprøver og røntgenundersøkelser). Vi mener imidlertid at behandlingen må sees under ett, og at den ville blitt dekket etter spesialisthelsetjenesteloven, dersom tilsvarende behandling hadde vært gitt i Norge. Én av disse sakene er nå sendt til Trygderetten for behandling, hvor HELFO innstiller på avvisning.

Helsedirektoratet vil likevel bemerke at Trygderetten behandler anker over avslag på søknad om S2 (E 112), som langt på vei inneholder de samme vilkårene som en forhåndsgodkjenning etter § 5-24a. På bakgrunn av dette må vi anta at Trygderetten også er kompetente til å vurdere anker vedrørende behandling i spesialisthelsetjenesten etter § 5-24a. Det kan virke noe underlig for brukeren at det skilles mellom ankerrett for disse to ordningene.

Til Kapittel 16 Andre spørsmål knyttet til implementering

Til 16.1 Etableringen av nasjonalt kontaktpunkt

Når det gjelder etablering av nasjonalt kontaktpunkt, viser vi til brev fra HELFO til Helsedirektoratet av 15. februar 2012, som ble videresendt til departementet 2. mars 2012 (Helsedirektoratets ref.nr 11/7909). Her beskrives hvilke forutsetninger HELFO har for å fylle rollen som nasjonalt kontaktpunkt.

Vi ønsker imidlertid å utdype innholdet i brevet.

HELFO Servicesenteret gir i dag informasjon og veiledning knyttet til dekning av utgifter til «ikke-sykehusbehandling» som allerede er hjemlet i folketrygdloven § 5-24a. HELFO besitter derfor en god del kunnskap som kan være relevant. Likevel ser vi behov for ytterligere ressurser dersom HELFO skal ha rollen som nasjonalt kontaktpunkt.

Pasienter som reiser fra Norge til et annet EØS-land for å motta sykehusbehandling
Hovedvilkåret om at ordningen kun skal dekke behandling som gis i Norge medfører at HELFO må få bedre innsikt i hva slags behandling som gis innenfor spesialisthelsetjenesten for å vurdere dekningsområdet til § 5-24a. I tillegg vil det være vilkår knyttet kun til sykehusbehandling, og som vil innebære at HELFO må opparbeide ny kunnskap. Informasjon om at brukeren må søke om *forhåndsgodkjenning* må komme tydelig frem, for at ikke rettigheten skal tapes.

Hvilke behandlingstyper som er å anse som sykehusbehandling og derfor krever forhåndsgodkjenning, skal være tydelig. Ansatte i nasjonalt kontaktpunkt må holde seg løpende oppdatert for å kunne gi riktig informasjon til de brukerne som henvender seg. Det kan oppstå tvilstilfeller, hvor det er usikkert om en type behandling er «innenfor eller utenfor» listen. Grensen mellom den informasjonen som nasjonalt kontaktpunkt skal gi, og den saksbehandlingen som foretas ved å gi en forhåndsgodkjenning, vil kunne by på utfordringer. Nasjonalt kontaktpunkt skal kun gi informasjon, som strekker seg langt uten å gi en forhåndsgodkjenning. Nasjonalt kontaktpunkt som informasjonsformidler må etterstrebe å være tydelig på hvilken rolle de har. De som skal gi brukerne informasjon om rettighetene etter § 5-24 a (pasientrettighetsdirektivet), må i tillegg ha inngående kunnskaper om andre ordninger for dekning av helsetjenester i utlandet. Brukerne som tar kontakt med HELFO som nasjonalt kontaktpunkt skal være sikret å få tilstrekkelig og nødvendig informasjon, for å kunne foreta et kvalifisert valg i forhold til hvilken ordning de ønsker å gjøre bruk av. Det er fremhevet i høringsnotatet at det «i informasjonen må skilles klart mellom de rettigheter pasienten har etter direktivet og de rettigheter som følger av forordning (EF) nr. 883/04». Dette er kunnskaper som må opparbeides hos den enkelte informasjonsgiver, og det vil kreve ressurser å få dette på plass. Det vil også være avgjørende at rollefordelingen mellom helseforetak, HELFO pasientformidling og HELFO som «forhåndsgodkjenner», avklares så godt som mulig, for at veilederne på kontaktpunktet skal kunne gi god og riktig informasjon³. Ved håndtering av henvendelser på telefon og e-post, er det spesielt viktig at HELFO har gode rutiner på hvordan de håndterer taushetsbelagte opplysninger på tvers av landegrensene og mellom aktørene i Norge. Helsedirektoratet ser det som positivt at det legges opp til et tett samarbeid mellom de nasjonale kontaktpunktene og med Kommisjonen», jf. pasientrettighetsdirektivet art. 6 punkt 2.

Til kapittel 17 Økonomiske og administrative konsekvenser

Dersom HELFO skal administrere forhåndsgodkjenning og nasjonalt kontaktpunkt, er det slik direktoratet ser det et klart behov for ressurser fra et tidlig tidspunkt i prosessen. Det vil være engangskostnadene knyttet til investeringer for å få ordningene på plass, og det vil være driftskostnader for å sikre ivaretagelse av de nye funksjonene. Dette vil bli beskrevet i det følgende. Vi bemerker imidlertid at våre anslag er usikre og baserer seg på gitte forutsetninger omkring saksvolum, kompleksitet i regelverk, servicenivå etc. Dette innebærer at kostnadsbildet vil kunne være annerledes dersom disse forutsetningene endres. Vi forutsetter derfor at det vil være mulig å komme tilbake til de økonomiske og administrative konsekvensene på et senere tidspunkt i prosessen.

³ Se punkt 5.1 og 15.5.1

Administrering av forhåndsgodkjenning

Behandling av søknader om forhåndsgodkjenning vil stille krav til økt kompetanse og kapasitet i HELFO. Det vil være behov for opplæring, utarbeidelse av rutiner osv. På bakgrunn av HELFOs organisering, vil det være behov for kompetanseløft i alle HELFOs regioner, samt god koordinering mellom disse for å sikre enhetlig praksis. Som nevnt over, vil utregning med DRG-satser kunne by på utfordringer. Dersom HELFO, som i dag, må foreta manuelle beregninger, vil sakene være svært tidkrevende og risikoen for feil være stor. Har HELFO derimot de riktige verktøyene på plass, vil saksbehandlingen kreve mindre ressurser.

Det er usikkert hvor mange som vil benytte seg av muligheten til å motta sykehusbehandling i utlandet. En forhåndsgodkjenning innebærer at brukeren får bekreftet at behandlingen er refusjonsberettiget før han mottar behandling. Ordningen kan derfor virke attraktiv, og medføre at flere brukere velger å motta «sykehusbehandling» i et annet EØS-land. I høringsnotatet legges det til grunn at det ikke vil være et stort antall pasienter i Norge som vil benytte seg av refusjonsordningen knyttet til "sykehusbehandling" fordi vi allerede har en ordning ved fristbrudd som gir bedre utgiftsdekning. Ordningen er imidlertid aktuell for pasienter som har fått innfridd fristen tidligere i et forløp.

HELFO har sett en økning i antall brukere som har søkt refusjon etter § 5-24a etter å ha benyttet seg av tilbud fra ulike aktører som formidler helsereiser. Det har vært en økning både i forhold til diagnoser og land. Dette kan bli aktuelt også for «sykehusbehandling».

HELFO fatter i dag en god del avslag etter § 5-24a med begrunnelse om at behandlingen som er mottatt er å anse som sykehusbehandling. HELFO har ikke tall på hvor mange av avslagene dette gjelder, men det dreier seg om et ikke uvesentlig antall. Vi ser også i enkelte av sakene at brukere har et ønske om å dra til utlandet fordi de mener at kvaliteten på behandlingen er bedre ute, f.eks. i Tyskland. Saksmengden på planlagt ikke-sykehusbehandling ble i sin tid undervurdert, og det har kommet inn en betydelig større mengde søknader enn hva som ble antatt da ordningen ble innført⁴.

Dersom Norge velger å ha på plass ordningen til oktober 2013 (frist for implementering av pasientrettighetsdirektivet i EU-landene), er tiden knapp for HELFO til å foreta de administrative endringene og økonomiske investeringene som må gjøres før de kan forvalte ordningen. HELFO bør ha finansiering av investeringsfasen på plass i relativt tidlig i 2013, for å være klare i oktober 2013

Saksbehandling

Erfaring har vist at en person saksbehandler 500 søknader etter nåværende ordning på §5-24a per år. Forhåndsgodkjenning av planlagt sykehusbehandling vil være betydelig mer kompleks:

- Det vil være økt behov for veiledning og vurdering av pasienten i forhold til valg av riktig ordning
- Ordningen vil medføre dobbel saksbehandling, ved at man først behandler søknad om forhåndsgodkjenning og deretter må foreta en ny vurdering når krav om refusjon settes frem etter behandling
- Tidkrevende å innhente opplysninger for å kunne vurdere om pasienten har mottatt behandling i Norge innenfor en tidsfrist som er medisinsk forsvarlig

⁴ I 2012 ligger det an til ca. 10 000 søknader mot estimert 3 500

- Krevende å vurdere kvaliteten av institusjoner og behandlere i andre land
- Det kan ta lang tid å innhente opplysninger om tjenesteyter (autorisasjon mm) i hver enkelt sak
- Vurderinger av om den behandling som er gjennomført tilsvarer den som er forhåndsgodkjent

Rådgivende ressurser

Behovet for rådgivende legeressurser ved nye ordning vil avhenge både av regelverksutforming, hvordan arbeidet organiseres i HELFO og sammensetningen og kompleksiteten i søknadsmassen. Men forhåndsgodkjenning av behandling i utlandet er i stor grad avhengig av medisinske fagvurderinger, noe som medfører økt behov for rådgivende legeressurser. Legen må være med i vurderingene knyttet til behandling, både i forhold til beregning av DRG-satser og kostnader og i forhold til vurderinger av selve behandlingen. Legen må bistå vurderingen av om behandlingen som er utført tilsvarer forhåndsgodkjenningen.

Administrasjon

- HELFO beregner at de bruker ca. 5 prosent av ressursene på hvert område til risikobaserte kontroller av utbetalingene.
- HELFO har et påslag på 14 prosent for ledelse og administrative tilleggstjenester knyttet til saksbehandlerne
- Det er behov for ressurser til oppfølging og utvikling både i forhold til regelverk og saksbehandlingen: Samordning, rapportering, økonomi, statistikk og 2. linje klagesaksbehandling.
- Behov for økonomiressurser i forbindelse med innkreving av refunderte kostnader. Når det blir automatiserte saksbehandlerløsninger for økonomioppfølging, beregner HELFO at de vil bruke om lag 10 minutter per søknad til dette.

Antallet søknader om forhåndsgodkjenning av sykehusbehandling i utlandet

Å estimere antallet søknader om forhåndsgodkjenning er vanskelig. Antallet vil blant annet avhenge av regelverksutformingen og mengden informasjon om ordningen. Det finnes ikke noen tilsvarende ordning i dag som kan brukes som et utgangspunkt, og det skjer endringer på flere områder knyttet til pasientrettigheter samtidig, som vil påvirke antallet som benytter denne ordningen. Basert på erfaringstall for eksisterende ordning etter 5-24a, nåværende antall søknader om sykehusbehandling og henvendelser til servicesenteret om muligheten for dekning av sykehusbehandling i utlandet, beregner HELFO ca 1000 søknader per år etter innføring av nytt direktiv. Dette er et usikkert tall, og det må revurderes etter at ordningen har eksisterte en stund.

HELFO regner også med at det vil være en vekst i antallet søknader om ikke-sykehusbehandling som følge av regelverksendringen. Dette på bakgrunn av at flere behandlingsformer muligens vil omfattes av ordningen som ikke krever forhåndsgodkjenning.

Kostnader knyttet til administrasjon av forhåndsgodkjenningsordningen

Ut fra de ovennevnte forutsetningene er investeringskostnaden ved forvaltning av området beregnet av HELFO som en engangskostnad knyttet til å få ny ordning på plass, og driftskostnadene for hvert år. I driftsberegningene er informasjon og service holdt utenfor, fordi dette legges til nasjonalt kontaktpunkt (se beregning lenger ned).

IKT-investeringer er knyttet til endringer som må til i nytt saksbehandlersystem for å tilpasse til forhåndsgodkjenning av sykehusbehandling i utlandet. Dette er kompleks saksbehandling, der det er behov for gode statistikk-muligheter for å overvåke utviklingen fortløpende. Investeringskostnader til prosjektledelse, IKT, kommunikasjon og kompetanse anslår HELFO til kr 2 150 000 kroner .

Driftskostnader anslås videre av HELFO til å bli i underkant av 8.5 millioner kr. pr. år gitt 1000 søknader. Det tas da i betraktning saksbehandling 1. linje – forhåndsgodkjenning, saksbehandling 1. linje – ikke-sykehusbehandling, rådgivende ressurser, kontroll, ledelse og administrasjon, juridisk 2. linje – klagesaksbehandling/fagutvikling, rapportering/statistikk og forsvarlig økonomiforvaltning.

Om HELFOs mulighet for å utnytte nasjonalt offentlig tilbud ved vurdering av forhåndsgodkjenning

Forutsatt at departementet gjennom å innføre en forhåndsgodkjenningsordning primært ønsker å ha en restriktiv tilnærming til å sende pasienter utenlands og at de ønsker å ha bedre kontroll over kostnader benyttet i spesialisthelsetjenesten, så mener Helsedirektoratet at det finnes grep som bør vurderes for å bedre utnyttelsen av nasjonale behandlingsalternativer i den offentlige helsetjenesten.

Slik det er i dag, er det Fritt sykehusvalg (som er organisert under RHF'ene) som sitter med den største kompetansen på det nasjonale offentlige helsetilbudet og kapasiteten der. HELFO pasientformidling formidler fristbruddpasienter, og disse formidles i størst utstrekning til private tjenesteytere, og ikke til offentlige. Dette er potensielt fordyrende for helsetjenesten, og kostnadene kunne således ha blitt redusert ved i større grad å formidle fristbruddpasienter til den offentlige, norske helsetjenesten der det måtte være kapasitet. Gitt at pasientformidlingen ikke har tilstrekkelig kompetanse om den offentlige helsetjenesten og kapasiteten der, har HELFO for fristbruddpasienter derfor en uutnyttet ressurs i kompetansen om nasjonale offentlige behandlingsalternativer. Pasientformidlingen burde absolutt ha slik kompetanse, ettersom det kan bidra til å få pasienter inn i den offentlige tjenesten fremfor den potensielt mer kostnadsintensive private nasjonale helsetjenesten.

Dette vil nok ikke bidra til å redusere administrasjonskostnadene knyttet til forhåndsgodkjenning som vist til over, men at det finnes nasjonale alternativer for pasientene som i utgangspunktet ville søke seg ut gjennom direktivet kan bidra til bedre kostnadskontroll og et mer stabilt og forutsigbart utgangspunkt for dimensjonering av den nasjonale helsetjenesten.

Vi mener ikke at en løsning på dette vil være å ta fritt sykehusvalg ut av RHF'ene og legge det inn under HELFO, men at det bør påpekes at den uutnyttede ressursen dette utgjør bør tas høyde for ved å legge klarere føringer for samhandling mellom Fritt sykehusvalg, HELFO Pasientformidling og HELFO som kommer til å beskjeftige seg med forvaltningen av direktivbestemmelsene.

Nasjonalt kontaktpunkt

Pasientrettighetsdirektivet stiller strenge krav til tydelighet og klarhet. Helsedirektoratet ser at vi før ordningen trer i kraft må ha på plass informasjon og kompetanseutvikling. I tillegg må det innledes samarbeid og informasjonsutveksling med spesialisthelsetjenesten i Norge. Dette vil det være behov for, selv om det skulle vise seg å ikke komme mange henvendelser i startfasen.

Allerede ved ikrafttredelse må det foreligge en komplett informasjonspakke til pasienter som ønsker å reise ut, og pasienter som kommer til Norge. Liknende informasjonspakke bør ligge tilgjengelig i forhold til henvendelser fra media og aktører som formidler helsetjenester til utlandet. Disse forberedelsene må gjøres, uavhengig av antall henvendelser.

I tillegg skal informasjonen gjøres tilgjengelig elektronisk, noe som er en stor jobb og krever tverrfaglig samarbeid.

Direktivet legger opp til at man i tillegg skal kunne inngå avtaler med andre land. Det må vurderes om Norge skal inngå slike avtaler, og i så fall, med hvem. Kanskje er det hensiktsmessig å inngå avtale med for eksempel Spania, hvor vi ser at mange nordmenn allerede mottar behandling etter § 5-24 a og også har uttrykt et behov i forhold til behandling som er å anse som «sykehusbehandling».

Medlemslandene og Kommisjonen skal gjøre informasjonstjenestene kjent i EU og tilgjengelig elektronisk, eventuelt i formater som er tilgjengelig for funksjonshemmede, se art. 6 punkt 5. Det må vurderes om HELFO skal legge til rette for informasjon i formater som er tilgjengelig for funksjonshemmede.

Nasjonalt kontaktpunkt skal være et sted der personer kan henvende seg for å få hjelp til å orientere seg om grenseoverskridende helsetjenester. For nordmenn som vurderer behandling i utlandet, er det mange ulike ordninger som kan være aktuelle. Dette stiller store krav til kompetanse, veiledningsevne og informasjon hos Nasjonalt kontaktpunkt. De økonomisk-administrative konsekvensene for HELFO ved opprettelsen av Nasjonal kontaktpunkt vil i stor grad avhenge av hvilken rolle det legges opp til at HELFO skal ha i forhold til pasienten. Skal Nasjonalt kontaktpunkt være et sted man kan henvende seg på telefon eller e-post, og få informasjon om ordningene og bli satt videre til rett adressat? Dette stiller krav til andre samarbeidende aktører, om å ha god og oppdatert kompetanse om regelverket for grenseoverskridende helsetjenester. Alternativt skal Nasjonalt kontaktpunkt ha ansvar for å innhente fullstendig informasjon fra ulike aktører og gi tilbakemelding til pasientene? Dette siste alternativet vil gi god og koordinert bistand til pasientene om kompliserte ordninger, men er mye mer ressurskrevende enn det første alternativet. Det kan være holdepunkter i direktivet for at forpliktelsene går utover en ren informasjonsrolle.

I budsjettmessig sammenheng er det uansett viktig å være klar over de spesielle premisser som gjelder for etablering av en ny publikumstjeneste:

- Det er stor usikkerhet knyttet til forventet volum. Erfaring fra etablering av telefontjenester viser at det forventes en utvikling med lav initial vekst etter som ordningen blir mer kjent.
- Oppmerksomhet fra media vil ha stor betydning i forhold til antall henvendelser
- Selv med et minimum av markedsføring, vil det gjennom publikumserfaring med tjenesten og "word of mouth" være positive drivere som bidrar til økt volum for tjenesten.
- Økt arbeidsinnvandring til Norge vil kunne medføre at flere ønsker å benytte seg av helsetjenester i sitt eget hjemland, eller anbefale helsetilbudet i Norge til familie og bekjente fra hjemlandet.
- Tjenestens innhold og målgruppe kan i svært liten grad utvikles gradvis. Tjenesten lanseres for hele målgruppen fra første dag og vil måtte håndtere henvendelser som gjelder hele ordningen, så vel som tilgrensende fagfelt. Man kan med andre ord i liten grad styre etterspørselen gjennom tilbudets innhold og omfang – oppmerksomhet fra media vil ha en betydning for hvor godt tilbudet blir kjent.

Kostnadselementer⁵ nasjonalt kontaktpunkt

Det viktigste kostnadselementet forbundet med etablering av nasjonalt kontaktpunkt er relatert til lønn, administrative kostnader, utvikling av systemer og investeringer.

Andre kostnadselementer vil være knyttet til nettverk og samhandling, i tillegg til videre utvikling av interne støttesystemer. Kostnadsmodellen skisserer et lavt markedsføringsnivå, men noen kostnader vil påløpe for å gjøre ordningen kjent og sikre rettigheter.

Det vil også være kostnader knyttet til utarbeidelse og vedlikehold av informasjonsmateriell på flere språk, og opparbeidelse av informasjon på flere språk i flere kanaler. Det vil også være ekstra kostnader knyttet til behovet for sammensatt språk-kompetanse hos veilederne.

Det ligger gode synergieffekter av å legge tjenesten til HELFO, i form av etablerte ledelses- og styringssystemer, organisasjon, teknologi, systemer, kultur og kompetanse knyttet både til relevante tjenester og service- og publikumshåndtering. Kostnadsmodellen forutsetter at det ikke utvikles en egen webløsning knyttet til tjenesten, men at det brukes allerede etablerte løsninger som for eksempel

www.helsenorge.no

Tidligere erfaring tilsier at for å etablere en lignende servicefunksjon for å håndtere oppgaven kreves det en minimumsbemanning på 4 årsverk. I tillegg kommer oppgaver med samhandling, informasjonsarbeid, rapportering og annet

Nasjonalt kontaktpunkt forutsettes å være åpen i normalarbeidstiden alle hverdager (08.00 – 15.30). Bemanningsplanleggingen tar utgangspunkt i at 80 % av arbeidstiden per dag benyttes til publikumshåndtering/pålogget for håndtering av publikum. Som minimum for drift av tjenesten, uavhengig av volum i henvendelsene, kreves tre årsverk veilederressurser. Videre vil det være behov for 1 årsverk til håndtering av samhandling nasjonalt og internasjonalt, informasjon, mediehandtering og utarbeidelse av styringsinformasjon til bruk i oppfølgingen av ordningen samt en teamleder.

Ved lav volumutvikling (30.000) anslår HELFO kostnadene til 5 millioner (5 medarbeidere), og har da tatt i betraktning lønn og administrasjonskostnader (inkl. kontordrift, opplæring, etc), informasjon og markedsføring, nettverk- og samhandlingsfora, videreutvikling av intranett og systemløsninger og engangskostnader ifm etablering. Basert på høy volumutvikling (80.000 - 10 medarbeidere) anslår HELFO utgiftene til å bli 8.5 mill.

I denne beregningen legges til grunn at det nasjonale kontaktpunktet primært besvarer spørsmål per telefon og e-post, og videreformidler kontaktinformasjon om øvrige aktører til pasienten. Ut fra foreløpige samtaler med Sverige, legges det også der opp til at nasjonalt kontaktpunkt kun skal ha en veileder-rolle, ikke en koordinator-rolle. Dersom det på et senere tidspunkt ansees at direktivsforpliktelsen går lenger, vil en måtte foreta en grundigere gjennomgang av grensesnitt og oppgaver mellom aktørene, og dermed også en ny vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser for HELFO.

Konklusjon

Dersom HELFO skal administrere forhåndsgodkjenning og nasjonalt kontaktpunkt, er det et klart behov for ressurser fra et tidlig tidspunkt i prosessen. Engangskostnadene

⁵ Denne delen er nesten i sin helhet kopiert fra tidligere beregninger, levert som innspill til Helsedirektoratet og HOD våren 2012.

knyttet til investeringer for å få ordningene på plass, er beregnet til kroner 2 150 000 for forhåndsgodkjenning og kroner 1 250 000 for nasjonalt kontaktpunkt⁶. Dette er ressurser som i så fall må være tilgjengelige for HELFO tidlig i planleggingsfasen, før ordningene trer i kraft.

Vennlig hilsen

Bjørn Guldvog
helsedirektør

Cecilie Daae
divisjonsdirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent

⁶ Informasjon og markedsføring, videreutvikling av intranett og systemer og engangskostnader.