

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.
0030 Oslo
postmottak@hod.dep.no

Sentralbord: 02770

Stab økonomi, juridisk og IKT
Juridisk seksjon

Vår ref.: 2011/2637 Oppgis ved all henvendelse	Deres ref.: 13/3696	Saksbeh.: HEH/VEB	Dato: 29.9.2014
-------------------------------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Høring - gjennomføring av EUs pasientrettighetsdirektiv

Oslo universitetssykehus HF (OUS) viser til Helse- og omsorgsdepartementets utsending av høringsnotat 30.6.2014 med forslag til endringer i forskrift om stønad til helsetjenester i EØS-land, for gjennomføring av pasientrettighetsdirektivet.

Forskriften gir rett til å få refundert utgifter ved helsehjelp som er mottatt i annet EØS-land. Utgifter til undersøkelse og behandling som innebærer overnatting eller som forutsetter ressurser, utstyr eller kompetanse som normalt forbindes med sykehusbehandling er særskilt unntatt og refunderes ikke etter forskriften slik den nå lyder. Forslaget i høringsnotatet utvider dagens refusjonsordning til også å omfatte sykehusbehandling.

Det fremgår at departementet ikke ønsker å benytte den foreliggende lovhjemmel for å kunne kreve forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til sykehusbehandling. Bakgrunnen for dette er at dette vil begrense pasientens valgfrihet og være ressurskrevende å administrere. Det legges imidlertid opp til at pasienter som ønsker det skal kunne kreve forhåndstilsagn (når de er vurdert å ha rett til nødvendig helsehjelp).

Ettersom pasienter vil ønske å få refundert sine kostnader vil man uansett ikke komme utenom et visst byråkrati. En ordning uten forhåndsgodkjenning vil gjøre det vanskeligere å planlegge befolkningens behov for sykehus tjenester og ha kontroll med disse kostnadene. Det vil også kunne medføre en dårligere utnyttelse av ressurser. OUS reiser spørsmål ved om fordelene ved å innføre ordningen uten forhåndsgodkjenning oppveier de påpekte ulemper som f.eks svekkede muligheter til kontroll og planlegging.

Utfordringer for sykehusene

Forhåndstilsagn

Forhåndstilsagnet skal avklare om pasienten har krav på stønad til slik helsehjelp som pasienten ønsker å motta i et annet EØS-land. Videre skal forhåndstilsagnet fastsette det høyeste beløpet pasienten vil kunne få utbetalt. Det er et krav om at den som søker om forhåndstilsagn er rettighetsvurdert av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Departementet påpeker på side 20 at plikten til å utstede forhåndstilsagn vil medføre administrative konsekvenser for HELFO. Kravet om at pasientene først skal være rettighetsvurdert er ment å begrense slike administrative konsekvenser av forslaget. Det er imidlertid ingen omtale av hva en henvisning genererer av arbeid og ressurser på et sykehus



Høringsnotatet sier ikke noe om hvordan sykehusene skal håndtere henvisninger og pasientforløp, både for pasienter som ønsker å reise ut og for pasienter fra andre EØS-land. Høringsnotatet sier heller ikke noe om hvilken type helsehjelp pasienten faktisk kan kreve refusjon for, hvordan HELFO skal løse denne oppgaven og om det vil bli det helseforetak som rettighetsvurderte pasienten som vil måtte bidra med informasjon og kommunisere med HELFO.

Utfallet av en rettighetsvurdering er enten at pasienten får en rett til utredning (ikke avklarte tilstander) eller en rett til behandling (avklarte tilstander) fra spesialisthelsetjenesten. En slik rettighet identifiserer ikke klart hva pasienten har rett på. Dersom pasienten tildeles en rettighet innebærer det en plikt til å gi pasienten en rettslig bindende frist for når den aktuelle helsehjelp senest skal ytes, og sette pasienten på venteliste.

HELFO vil komme til å ha behov for mer medisinske opplysninger enn det som fremgår i det brevet sykehuset sender til pasienten om utfallet av rettighetsvurderingen. Det bør avklares om det er pasienten selv som skal stå for overføring av nødvendige opplysninger til HELFO eller om det skal være direkte kommunikasjon mellom HELFO og sykehuset som har vurdert pasientens henvisning.

Ikke "reell" venteliste

Spesialisthelsetjenesten vil bruke mye ressurser (må rettighetsvurdere) på pasienter som ikke benytter seg av tiltenkt behandlingstilbud, og som kanskje fra starten av ikke har hatt noen planer om det fordi de ønsker å få helsehjelp i utlandet. Ventelisten vil derfor ikke være "reelle", ettersom et ukjent antall pasienter vil ønske utredning/behandling i utlandet (eller fritt behandlervalg). Departementet legger opp til at maksimumsfristen for behandling av søknader om forhåndstilsagn (av HELFO) ikke skal overstige 90 virkedager. Dette betyr at saksbehandlingstiden på slike søknader kan ta inntil 3 mnd, hvilket igjen betyr at pasienter som vil bli stående på helseforetakets venteliste i denne tidsperioden.

Det er viktig å få en avklaring av når helseforetaket skal kunne stryke en pasient fra ventelisten. Det er flere tidspunkter som vil kunne være aktuelle her, f.eks. når pasienten søker om forhåndstilsagn, når forhåndstilsagnet er gitt eller når behandlingen i utlandet er startet. Videre er det et spørsmål om det skal tilligge HELFO å melde fra til det helseforetaket som har den aktuelle pasient på venteliste. Mange av de problemstillingene som Helsedirektoratet nå vurderer i forbindelse med ordningen med fritt behandlingsvalg er også aktuelle her.

Flere vil reise ut

Videre viser departementet til en antagelse om at antall pasienter som vil reise ut vil bli lavt. OUS mener det er grunn til å stille spørsmål ved om departementet undervurderer volumet på pasienter som vil reise ut. Private helsetjenesteytere som allerede er etablert i Norge vil nå kunne etablere seg i Europa og på denne måten sikre seg en norsk pasientgruppe. Rettighetspasienter som kan måtte vente lenge innenfor en medisinsk faglig frist kan nå velge å få helsehjelp i et annet EØS-land. Dette vil særlig kunne bli aktuelt for pasienter som blir lavt prioritert og kanskje må vente lenge (behovspasienter) og som etter den vedtatte lovendring i pasient- og brukerrettighetsloven gis rett til nødvendig helsehjelp. Helseressurser vil i så fall i større grad enn i dag bli brukt på oppfølging av medisinsk sett lite nyttige tiltak.

Når det gjelder psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), antar departementet

at pasientstrømmer over landegrensene vil være svært begrenset.. TSB er et fagfelt med stort innslag av private aktører nasjonalt og en stor andel av pasientene er kjent med og vant til å benytte seg av fritt sykehusvalg. Det er et faktum at pasientgruppen opplever stigmatisering og mange ønsker anonymitet under behandling. Det er eksempler på private tiltak opprettet i utlandet særlig knyttet til avgiftning som reklamerer med garanti om diskresjon. Det finnes også mer ordinære behandlingstiltak i flere europeiske land som er åpne for norske pasienter. I hvor stort omfang dette benyttes er ukjent, det finansieres privat i dag og rapporteres ikke.

Det ser i høringsnotatet ut som om det ikke er krav om at pasienter som reiser ut uten forhåndstilsagn skal være rettighetsvurdert av spesialisthelsetjenesten i Norge. Hvordan skal i så fall den etterfølgende medisinske vurderingen av pasientens behov skje i HELFO?

Det fremgår av notatet at pasienter ikke kan få refundert utgifter man har hatt til en behandling som vedkommende ikke har villet fått på det offentlige bekostning i Norge.

Det er i dag betydelige forskjeller over landegrensene i Europa i forhold til bruk av f. eks. operative metoder for samme lidelse. Det kan dreie seg om mer kostbare og omfattende inngrep, som for eksempel ved spinalkirurgi hvor tradisjonen sentralt i Europa har vært å bruke mer instrumentering enn i Norge. I andre tilfeller kan det være snakk om helt andre typer inngrep. Dersom for eksempel behandling av overvekt eller innsetting av hofteprotese gjøres på en annen måte i Tyskland enn i Norge, er det da samme behandling?

Videre kan non-evidence-based/utprøvende behandling bli en utfordring. Det er allerede i dag forskjeller mellom land når det gjelder hva helsetjenesten er villig til å utføre av helsehjelp. Muligheten til å reise ut og motta behandling i land med en mer liberal holdning for eksempel til hva som vurderes som utprøvende behandling, vil antakelig føre til økt pågang og flere tvister.

Av andre spørsmål som vi reises kan det nevnes behov for hjemtransport hvis ikke alt går som planlagt og spørsmål om dekning av kostnader for ledsager,

Oppfølging i Norge etter mottatt behandling i utlandet

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

Pasienter som har mottatt helsehjelp ute, kan derfor velge å få nødvendig oppfølging i Norge. For OUS blir det et spørsmål om hvordan sykehuset skal kunne følge opp pasienter som er behandlet med en metode som ikke brukes hos oss, og hvordan sykehuset skal prioritere pasienter og dimensjonere sitt tjenestetilbud. Skal f. eks en pasient kunne få utført en behandling i utlandet som gjøres med en metode som ikke er i bruk i Norge (en behandling som ligner)? Det kan få betydning for prioriteringer og for forsvarlig medisinsk oppfølging av pasienten ved etterfølgende kontroller i Norge, særlig hvis det oppstår komplikasjoner.

Det kan bli vanskeligere for ansvarlige aktører i de respektive lands helsetjeneste å holde oversikten over egne pasienters behandlingsforløp mht operasjoner, medisiner mv hvis helsetjenester i langt større utstrekning ytes innenfor andre medlemsland. Utstrakt kommunikasjonssvikt av språklig art må forventes i mange tilfeller. Dette kan skape komplikasjoner når det skal gis oppfølgende helsehjelp i hjemlandet. Av hensyn til forsvarlighetskravet kan det bli nødvendig for OUS å ha en kvalitetssikret oversettelse av pasientjournal fra utlandet.

Pasienter med rus- og avhengighetsproblematikk er ofte i behov av langvarige tjenester hvor det er nært samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene. Dette kan ikke ivaretas hvis pasientene får spesialisthelsetjenestebehandling i utlandet. I tillegg vil det ikke være utarbeidet noen individuell plan.

Import av resistente bakterier.

Sammen med de øvrige nordiske land står Norge i en særstilling med lav forekomst av resistente bakterier. Forekomsten av resistente bakterier er særlig høy i sykehus, kfr. blant annet rapporten "Antibiotikaresistens, kunnskapshull, utfordringer og aktuelle tiltak" som ble avgitt 15. august 2014 av en tverrsektoriell ekspertgruppe på oppdrag fra fire departementer. Risikoen for at pasienter som behandles i sykehus utenfor Norden skal smittes av resistente bakterier og ta disse med seg tilbake er derfor stor. Det vil medføre økt risiko for smitte med slike bakterier både i og utenfor sykehus, og økte kostnader for sykehusene. Infeksjoner med resistente bakterier har økt alvorlighetsgrad og økt risiko for død sammenlignet med tilsvarende infeksjoner med følsomme bakterier. Allerede i dag er kapasiteten for å håndtere pasienter med resistente bakterier overskredet som følge av mangel på enerom i mange sykehus

Infeksjoner vil være en betydelig belastning for den norske helsetjenesten. For det første vil man måtte opprette et større apparat for å ta seg av screening og behandling i forhold til MRSA-smitte. Man må regne med at flere pasienter vil måtte behandles for MRSA med en ny ordning, hvilket vil medføre en merkostnad og en økt risiko for smitte.

For det andre vil sårinfeksjoner etter operative inngrep by på økende utfordringer da det gjerne vil være snakk om andre og mer resistente mikrober enn hva man er vant til i norske sykehus. Det vil også oppstå problemer i forhold til reoperasjoner.

Et annet spørsmål er om norske pasienter som drar ut vil være dekket av NPE. Norske tilsynsmyndigheter vil ikke kunne føre tilsyn med den helsehjelpen som er ytt i utlandet. Når oppfølging skjer i Norge som om helsehjelpen var ytt her kan det bli kompliserte saker når det gjelder årsakssammenheng mellom den pådratte skaden og den påståtte svikt i helsehjelpen når denne er gitt av flere aktører i ulike land.

Pasienter fra andre EØS-land som ønsker helsehjelp i Norge

OUS stiller spørsmål om hvordan sykehusene skal håndtere en henvisning fra utenlandsk pasient, om henvisningen skal rettighetsvurderes på vanlig måte og om disse pasientene skal ha rett til subsidær oppfyllelse ved fristbrudd. Det vil innebære merarbeid og merkostnad om sykehusene f.eks skal ha pasientbrev på alle europeiske språk.

Direktivet forutsetter at det ikke skal diskrimineres mellom egne og andre lands borgere, men skriver at behandlingslandet har mulighet til å begrense pasientflyten inn i landet dersom tvingende allmenne hensyn gjør seg gjeldende. Er det noe som må gjøres i lov eller forskrift eller har OUS mulighet til å avvise grunnet kapasitetsmangel? Hva innebærer dette sett i sammenheng med helseforetakenes adgang til å avvise pasienter som ønsker seg til foretaket etter fritt sykehusvalg når man ellers ikke kan gi rettighetspasienter innen egen helseregion helsehjelp innen fastsatt frist? Skal slike situasjoner håndteres på samme måte som for våre egne borgere eller skal et behandlingstilbud til en EØS-borger gis som et tilbud som bekreftes gjennom avtale og med egne brev?

Sykehusene kan i dag unntaksvis avvise pasienter fra andre regioner i Norge hvis det å motta pasienten innebærer at sykehuset ikke vil kunne oppfylle rettighetene for egen regions pasienter. Vil en eventuell avvisning av en utenlandsk pasient kunne godtas så lenge dette praktiseres likt mellom pasienter fra andre regioner i Norge og EØS-pasienter?

Når pasientforløp vil kunne omfatte tjenesteytere i Europa, og EØS-borgere kan komme hit, vil det oppstå utfordringer med språk og behov for bruk av tolk. Selv om det er forutsatt at pasienten må bekoste en eventuell oversettelse av journal selv, vil det i praksis kunne oppstå spørsmål om forsvarlighet, og sykehusene kan av den grunn bli nødt til å bekoste en oversettelse som det kan festes lit til.

Et annet spørsmål er om sykehusene kan kreve forhåndsbetaling/bankgaranti? Det praktiseres i dag for pasienter som ikke har rettigheter i Norge, men som ønsker behandling her.

Fastsettelse av refusjonsbeløp

Etter OUS sin oppfatning bør det på sikt legges til grunn KPP-beregninger for prisfastsettelse av sykehusbehandling innenfor somatikken. Det arbeides med en slik ordning og i påvente av dette må DRG/ISF legges til grunn når det gjelder somatikk. Kapitalkostnader må imidlertid legges til. Vil tilsvarende praksis kunne benyttes for den nye gruppen pasienter fra EØS-land eller vil dette anses som diskriminerende?

Innenfor psykisk helsevern / TSB kan det lages egne priser etter samme metode som kurdøgnpriser i dag beregnes og som hensyntar ulikt ansvar og oppgaver (differensiering i døgnpris utfra type avdeling og dermed behandlingsnivå). Også på dette området bør hovedprisnippet være at faktiske kostnader skal dekkes. Det bør legges til grunn tilsvarende vurderinger som for somatikken, med hensyn til felleskostnader som ikke belastes behandlende avdelinger; (kapitalkostnader, avskrivninger, kostnader fellestjenester etc).

Når pasienter fra andre land blir behandlet i Norge kan prisen fastsettes/beregnes ut fra gjeldende DRG/ISF-regelverk. Det vil være rimelig å tro at OUS som er et sykehus med mange regions- og landsfunksjoner vil ha en større andel av slike pasienter. Siden ISF-satsene er gjennomsnittssatser, kan OUS komme i en situasjon der kostnadene for behandlingen overstiger ISF-refusjonen.

Etter pasientrettighetsdirektivet skal behandlingslandet sørge for at helsetjenesteytere leverer klare fakturaer og klare opplysninger om priser på helsehjelpen som ytes, dvs. at tjenesteyteren skal sørge for at pasienten mottar spesifisert regning som viser hvilke ytelser pasienten har mottatt, og hvilken pris som er beregnet for ytelsene.

I Norge er det begrensninger på innholdet i fakturaer som gjelder pasientbehandling. For å kunne vurdere hvilken DRG en behandling i et EØS-land tilsvarer her, vil fakturaene inneholde det vi i Norge definerer som pasientsensitive opplysninger. Vi antar at dette likevel ikke vil by på problemer, da det vil være pasienten selv som er mottaker av fakturaen.


Det legges videre til grunn at å lage et prisfastsettingssystem for slike pasienter vil være svært ressurskrevende sett i forhold til hvor mange pasienter dette kan dreie seg om. De regionale økonomidirektørene enes hvert år om prisfastsetting som benyttes ved gjestepasientoppgjør mellom regionene, også hva gjelder psykisk helsevern og TSB. Det må være rimelig å kunne legge disse

prisene til grunn også for behandling av pasienter over landegrensener. Hvis disse priskategoriene ikke vurderes å være tilstrekkelig differensierte, bør regionene få i mandat å gjøre prisingen bedre egnet. Dette både for å prise likt for lik behandling foretatt i Norge, samt å kunne refundere ensartet for utgifter i forbindelse med at pasienter fra Norge har vært i behandling i EØS-land.

Med vennlig hilsen



Bjørn Erikstein
Administrerende direktør



Cathrine M. Lofthus
Visadministrerende direktør dr. med.
Medisin, helsefag og utvikling