



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 61 L

(2015–2016)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i pasient- og
brukerrettighetsloven mv.
(utvidelse av retten til fritt behandlingsvalg
til å omfatte private
rehabiliteringsinstitusjoner m.m.)

Innhold

1	Innledning	5	4.2.1	Forslag i høringsnotatet	18
			4.2.2	Høringsinstansenes syn	18
2	Bakgrunn for proposisjonen ...	7	4.2.3	Departementets vurderinger og forslag	19
3	Gjeldende rett	12	4.3	Reiseutgifter og egenandeler	21
3.1	Rett til vurdering	12	4.3.1	Forslag i høringsnotatet	21
3.2	Rett til nødvendig helsehjelp	12	4.3.2	Høringsinstansenes syn	21
3.3	Rett til fritt behandlingsvalg	13	4.3.3	Departementets vurderinger og forslag	22
3.4	Fristbrudd	15			
3.5	Dagens system for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten	15	5	Enkelte tekniske endringer i andre lover	23
3.5.1	Innledning	15	5.1	Endring i spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 første ledd nr. 1 og 2 ...	23
3.5.2	Vurdering av henvisninger	15	5.1.1	Gjeldende rett og gjeldende praksis	23
3.5.3	Vurderingsenheter	16	5.1.2	Departementets vurdering	23
3.5.4	Henvisninger fra helseforetak til private rehabiliteringsinstitusjoner	16	5.2	Endring i helseberedskapsloven ..	24
3.5.5	Dagens praksis hva gjelder valg av rehabiliteringsinstitusjon i en annen region	16	6	Økonomiske og administrative konsekvenser	26
3.5.6	Reiseutgifter	16	7	Merknader til lovforslagene	27
3.5.7	Egenandeler ved rehabiliteringsopphold	17		Forslag til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (utvidelse av retten til fritt behandlingsvalg til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner m.m.)	29
3.5.8	Ordningen med gjestepasientoppgjør	17			
4	Departementets vurderinger og forslag	18			
4.1	Innledning	18			
4.2	Private rehabiliteringsinstitusjoner – fritt behandlingsvalg	18			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 61 L

(2015–2016)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (utvidelse av retten til fritt behandlingsvalg til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner m.m.)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 19. februar 2016,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

1 Innledning

I april 2013 fikk Helsedirektoratet i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede mulige løsninger for å gi pasienter og brukere anledning til å velge hvor de skal motta opptrening og rehabilitering på spesialisthelsetjenestenivå. Direktoratet ble bedt om å beskrive ulike faglige problemstillinger, og utrede juridiske, organisatoriske og økonomiske konsekvenser. Svar på oppdraget kom i juni 2013. Et oppfølgingsoppdrag ble gitt i august 2013 og svar på dette oppdraget ble mottatt i april 2014.

I prosjektet etablerte direktoratet en intern referansegruppe, en eksternt arbeidsgruppe og en eksternt referansegruppe. Den eksterne referansegruppen var sammensatt av representanter for de private rehabiliteringsinstitusjonene, brukerorganisasjonene, profesjonsorganisasjoner og kommunene. Helsedirektoratet overleverte rapporten til Helse- og omsorgsdepartementet den 16. april 2014.

Siden denne rapporten ble overlevert departementet har fritt behandlingsvalg blitt vedtatt av Stortinget og trådt i kraft. Private rehabiliteringsinstitusjoner er ikke en del av fritt behandlingsvalg, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 femte ledd. Rettslig sett har derfor pasienter i dag ikke rett til å velge private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak eller er godkjent etter forskrift 29. oktober 2015 nr. 1232 om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten.

I Prop. 56 L (2014–2015) om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg) ble det uttalt at departementet tok sikte på å gjennomføre en høring i 2015 med forslag om å oppheve unntaket i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 femte ledd.

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (utvidelse av retten til fritt behandlingsvalg til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner m.m.)

I denne proposisjonen foreslår departementet at retten til fritt behandlingsvalg skal omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak. Endringen innebærer også at rehabilitering senere kan fases inn i den nye godkjenningsordningen som er en del av fritt behandlingsvalg. Det er en forutsetning for å kunne bruke det frie valget at leverandøren kan gi det tilbudet som pasienten har behov for.

Departementet foreslår også enkelte endringer av begrepsmessig og teknisk art i § 1-3 i lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) og i lov 2. juli nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 5-5 første ledd nr. 1 og nr. 2.

2 Bakgrunn for proposisjonen

Høringsnotat om fritt rehabiliteringsvalg ble sendt på høring 26.06.2015 med høringsfrist 28.09.2015. Høringsnotatet ble sendt på høring til følgende instanser:

Departementene

Fylkesmennene
Sysselmannen på Svalbard

Riksrevisjonen
Stortingets ombudsmann for forvaltningen
Sametinget

Barneombudet
Barne-, ungdoms- og familieetaten
Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Datatilsynet
Den rettsmedisinskekommissjon
Forbrukerombudet
Forbrukerrådet
Helsedirektoratet
Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)
Klagenemnda for behandling i utlandet
Konkurransetilsynet
Kreftregisteret
Kriminalomsorgen, regionkontorene
Landets fylkestannleger
Landets fylkeskommuner
Landets helseforetak
Landets kommuner
Landets kontrollkommissjoner
Landets regionale helseforetak
Landets høyskoler (m/helse fagl. utdanning)
Landets pasientombud
Landets universiteter
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)
Pasientskadenemnda
Personvernemnda
Regjeringsadvokaten
Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
Statens Helsepersonellnemnd
Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)
Statens helsetilsyn

Statens legemiddelverk

ACTIS
ADHD Norge
Afasiforbundet i Norge
Akademikerne
AKAN
Ananke, Støtteforening for mennesker med tvangslidelse
Angstringen
Anonyme Alkoholikere
Aurora, Støtteforeningen for mennesker med psykiatriske helseproblem
Autismeforeningen i Norge
Aleris Helse

Blå Kors Norge
Borgestadklinikken

Cerebral Parese-foreningen
Collegiet Fysikalske Aromaterapeuter
Colosseumklinikken – Allmennlegene
DELTA
Demensforeningen
Den Norske Advokatforening

Den Norske Jordmorforening
Den Norske Kinesiologiforening
Den Norske Kreftforening
Den Norske Tannlegeforening
Den Norske Legeforening
Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin (NEM)
Den nasjonale forskningsetiske komité for naturvitenskap og teknologi (NENT)
Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH)
De fylkeskommunale eldrerådene
De regionale kompetansesentre for rusmiddel-spørsmål
Det Norske Healerforbund
Drammen private sykehus

EEG-Laboratoriet AS
Europabevegelsen

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (utvidelse av retten til fritt behandlingsvalg til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner m.m.)

Fagforbundet	Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende (LUPE)
Fagforbundet for Aruna-terapeutene i Norge	Landsforbundet Mot Stoffmisbruk
Fagrådet innen Rusfeltet i Norge	Landsforeningen Alopecia Areata
Familieterapi instituttet	Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke
Fampo	Landsforeningen for Huntingtons sykdom
Fellesorganisasjonen FO	Landsforeningen for kosthold og helse
Farmasi Forbundet	Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte
Finansnæringens Hovedorganisasjon	Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri
Forbundet mot rusgift	Landsforeningen for Pårørende i Psykisk helse
Foreningen for blødere i Norge	Landsforeningen for Trafikkskadde
Foreningen for el-overfølsomme	Landsforeningen for utekontakter
Foreningen for hjertesyeke barn	Landsforeningen for voldsofre
Foreningen for human narkotikapolitikk	Landsforeningen mot fordøysessykdommer
Foreningen for Muskelsyke	Landslaget for offentlige pensjonister
Foreningen for kroniske smertepasienter	Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere
Forskningsstiftelsen FAFO	Landsorganisasjonen i Norge (LO)
Forsvarsgruppen av 1977	LAR Nett Norge
Forum for Bioteknologi	Legeforeningens forskningsinstitutt
Forum for Karakteranalytisk vegetoterapi	Likestillings- diskrimineringsombudet
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon	
Først medisinske laboratorium AS	
Fylkesrådet for funksjonshemmede	
	Marborg
Galebevegelsen	Medborgernes Menneskerettighets Kommissjon
Gatejuristen – Kirkens Bymisjon	Medi 3 Molde AS
Gynlab AS	Menneskeverd
	Mental Helse Norge
Helseansattes Yrkesforbund	M.E. Nettverket i Norge
Haraldsplass diakonale høyskole	MS – forbundet
Helhetsterapiforbundet	
Helse- og sosialombudet i Oslo	NA, Anonyme Narkomane
Helsetjenestens Lederforbund	Nasjonalforeningen for folkehelsen
HIV-Norge	Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin – NAKOS
Hørselshemmedes Landsforbund	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording
	Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
Idrettens helsesenter	Nei til EU
Informasjonssenteret Hieronimus	Nettverket for private helsevirksomheter
Innovasjon Norge	
Institutt for samfunnsforskning	Norges Astma- og Allergiforbund
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin	Norges Blindeforbund
Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser	Norges Diabetesforbund
	Norges Døveforbund
JURK	Norges Fibromyalgi Forbund
Juss-Buss	Norges Farmaceutiske Forening
Jussformidlingen	Norges forskningsråd
Jusshjelpe	Norges Handikapforbund
	Norges Juristforbund
Kirkens Bymisjon	Norges kristelige legeförening
Kommuneadvokaten i Oslo	Norges Kvinne- og familieforbund
Kommunenes Sentralforbund (KS)	Norges Landsforbund av Homøopraktikere
	Norges Naprapatforbund
Laboratorium for Patologi AS	Norges Optikerforbund
Lendets distriktpsikiatriske sentra	

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (utvidelse av retten til fritt behandlingsvalg til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner m.m.)

Norges Parkinsonforbund	Norsk Revmatikerforbund
Norges Røde Kors	Norsk senter for menneskerettigheter
Norges Tannteknikerforbund	Norsk Sykepleierforbund
Norsk Akupunkturforening	Norsk Sykehus- og helsetjenesteforening (NSH)
Norsk Audiografforbund	Norsk Tannpleierforening
Norsk Cøliakiforening	Norsk Tjenestemannslag (NTL)
Norsk Epilepsiforbund	Norsk Tourette Forening
Norsk Ergoterapeutforbund	Norsk Thyreoideaforbund
Norsk Forbund for autoriserte feldenkrais- pedagoger	Norske Fotterapeuters Forbund
Norsk Forbund for klassisk osteopati	Norske helikopteransattes forbund (NHF)
Norsk Forbund for Osteopatisk Medisin	Norske Homeopaters Landsforbund
Norsk Forbund for psykoterapi	Norske Kosmetologer og Hudterapeuters Forbund
Norsk Forbund for utviklingshemmede	Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon
Norsk Forening for Psykisk Helsearbeid	Norske Ortoptister forening
Norsk Forening for cystisk fibrose	Norske Rosenterapeuters Forening
Norsk Forening for Estetisk Plastikkirurgi NFEP	NOVA
Norsk Forening for Fargeterapi	NUPI
Norsk Forening for helhetsmedisin	Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)
Norsk Forening for kriminalreform (KROM)	PARAT
Norsk Forening for lysstimulering	PARAT Helse
Norsk Forening for medisinsk akupunktur	PRISY – Privatsykehusenes fellesorganisasjon
Norsk Forening for nevrofibromatose	Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund
Norsk Forening for Stomi- og Reservoaropererte (Norilco)	PRO-LAR – Nasjonalt forbund for folk i LAR
Norsk Forening for Tuberøs Sklerose	PRO-Sentret
Norsk Forum for terapeutiske samfunn	Regionsentrene for barn og unges psykiske helse
Norsk Forskerforbund	Ressurssenteret for omstilling i kommunene (RO)
Norsk Fysioterapeutforbund	Rettspolitisk forening
Norsk Gestaltterapeut forening	Ringvoll Klinikken
Norsk Helse- og Velferdsforum	Rokkansenteret
Norsk Helsesekretærforbund	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
Norsk Homøopatisk pasientforening	ROS – Rådgivning om spiseforstyrrelser
Norsk Immunsviktforening	Ryggmargsbrokk og hydrocephalusforeningen
Norsk Intravenøs Forening	Ryggforeningen i Norge
Norsk Kiropraktorforening	Røntgeninstituttens Fellesorganisasjon
Norsk Landsforening for laryngectomerte	Rådet for psykisk helse
Norsk Legeforening for Maharishi Ayur-Veda	
Norsk Logopedlag	SABORG – Sammenslutning for alternativ behandlere
Norsk Massørforbund	Seniorennes fellesorganisasjon
Norsk Manuellterapeutforening	Senter for medisinsk etikk, SME
Norsk OCD forening, ANAKE	Senter for tverrfaglig kjønnsforskning
Norsk Osteopatforbund	Senter for sjeldne sykdommer og diagnose- grupper
Norsk Osteoporoseforening	SINTEF Helse
Norsk Ortopedisk Forening	SPEKTER
Norsk Palliativ Forening	Statens råd for likestilling av funksjonshemmede
Norsk Pasientforening	Statens seniorråd
Norsk Pensjonistforbund	Statens senter for Ortopedi
Norsk Presseforbund	Statstjenestemannsforbundet
Norsk Psoriasis Forbund	Stiftelsen Norsk Luftambulans
Norsk Psykologforening	Stiftelsen Menneskerettighetshuset
Norsk Psykiatrisk Forening	Stiftelsen Organdonasjon
NorskPsykoanalytisk Institutt	
Norsk Refleksologisk Forbund	
Norsk Radiografforbund	

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (utvidelse av retten til fritt behandlingsvalg til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner m.m.)

Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning	Klinikk for psykisk helse Sørlandet Sykehus
Stiftelsen Rettferd for taperne	Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet
Straffedes organisasjon i Norge (SON)	Forskerforbundet (KEFF)
Støtteforeningen for Kreftsyke Barn	Kreftforeningen
Stiftelsen Støttecenter mot Incest – Oslo	Kriminalomsorgen region sør
Sykepleiernes faggruppe i alternativ medisin	Kristiansand Kommune
Turner Syndrom foreningen i Norge	Landsforbundet Mot Stoffmisbruk
UNIO	Landsforeningen for Hjerter- og lungesyke
Universitets- og høyskoleutdannedes forbund	Landsforeningen for Nyrepasienterog Transplanterte
Utdanningsforbundet	
Veiledningssenteret for pårørende til stoffmisbrukere og innsatte	M.E. Nettverket i Norge
Vestlandske Blindeforbund	MS Senteret Hakadal/MS forbundet
Voksne for Barn	N.K.S. Kløverinstitusjoner AS
Volvat Medisinske Senter AS	Narvik kommune
We shall overcome	Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)	Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser
Yngre legers forening	NHO Service
Ønskebarn – Norsk forening for fertilitet og barnløshet	Nordland fylkeskommune
Følgende høringsinstanser har avgitt merknader:	Nord-Trøndelag fylkeskommune
Anne Britt Stapelfeldt	Norsk Arbeidsmedisinsk forening
Arbeiderbevegelsens Rus- og Sosialpolitiske Forbund	Norsk Epilepsiforbund
Arbeidsgiverforeningen Spekter	Norsk Ergoterapeutforbund
Asker kommune	Norsk forbund for psykoterapi (NFP)
Bergen kommune	Norsk Forbund for Utviklingshemmede
Brita Pernille Simonsen	Norsk Fysioterapeutforbund
Buskerud fylkeskommune	Norsk Kiropraktorforening
Den norske legeforening	Norsk Manuellterapeutforening
Eidsvoll kommune	Norsk Revmatikerforbund
Eldrerådet i Nord-Trøndelag	Norsk Sykepleierforbund
Fagforbundet	Oslo universitetssykehus
Fellesorganisasjonen (FO)	Pensjonistforbundet
Finnmarkssykehuset HF	Personskadeforbundet LTN
Forbrukerrådet	Privatsykehuset Haugesund AS
Forbundet Mot Rusgift	Psoriasis- og eksemforbundet
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)	Regionalt brukerutvalg Helse Midt-Norge
Gatejuristen	Ryggforeningen i Norge
Geir Arne Fredriksen	Røros kommune
Helse Midt-Norge RHF	Råd for likestilling av funksjonshemmede
Helse Nord RHF	Råd for likestilling av funksjonshemmede i Buskerud
Helse Sør-Øst RHF	Rådet for likestilling av funksjonshemmede i Nord-Trøndelag
Helse Sør-Øst RHF – Brukerutvalget	Statens helsetilsyn
Helse Vest RHF	Steinkjer kommune
Helsedirektoratet	Sykehuset Innlandet HF
Hovedorganisasjonen Virke	Sykehuset Telemark
	Sørlandet sykehus Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering
	Sørlandet sykehus HF klinikk for psykisk helse

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (utvidelse av retten til fritt behandlingsvalg til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner m.m.)

Trondheim kommune
Unge funksjonshemmede
Unicare Friskvernklinikken
Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Vestre Viken

Følgende høringsinstanser har uttalt at det ikke har merknader eller innvendinger til høringsfor-
slaget eller at de ikke ønsker å avgi høringsut-
talelse:

Arbeids- og sosialdepartementet
Datatilsynet
Den rettsmedisinske kommisjon

Justis- og beredskapsdepartementet
Klima- og miljøverndepartementet
Landbruks- og matdepartementet
Landsorganisasjonen i Norge
Nasjonalt Folkehelseinstitutt
Norges forskningsråd
Norsk Arbeidsmedisinsk forening
Norske ortoptisters forening
Regionsenter for barn og unges psykiske helse
Helseregion Øst og Sør
Samferdselsdepartementet
Statens legemiddelverk
Trondheim kommune
Utenriksdepartementet

3 Gjeldende rett

3.1 Rett til vurdering

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

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

Pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten skal innen 10 virkedager få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke. Det innebærer at spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager skal ha foretatt en vurdering basert på henvisningen av om pasienten har behov for videre utredning eller behandling. Retten til vurdering gjelder enhver pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten. Rett til utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten avhenger av utfallet av vurderingen.

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

Dersom vurderingen tilsier at pasienten har behov for helsehjelp, og dermed rett til nødvendig helsehjelp, skal pasienten samtidig informeres om tidspunktet for når utredning eller behandling skal settes i gang. Det innebærer at når spesialisthelsetjenesten skal svare på en henvisning, er det to muligheter. Den ene muligheten er at pasienten får beskjed om at vedkommende er vurdert til ikke å ha rett til nødvendig helsehjelp i spesialist-

helsetjenesten. I et slikt tilfelle skal pasienten i svarbrevet informeres om sine klagemuligheter etter § 7-2, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 om pasientens og brukerens rett til informasjon. Den andre muligheten er at pasienten få beskjed om at vedkommende er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. I brevet til pasienten skal det da opplyses om tidspunktet for når pasienten skal møte opp, og innen hvilken frist pasienten senest skal få helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd. Tidspunktet for oppmøte skal i de tilfellene hvor det er mulig, være en dato og klokkeslett (time). Tidspunktet det informeres om bør i alle tilfeller ikke overskride et tidsintervall på en uke.

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

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd at tidspunktet for oppstart av utredning eller behandling skal settes før fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis. Dersom spesialisthelsetjenesten må endre tidspunktet for oppmøte som er formidlet til pasienten, skal det umiddelbart gis et nytt tidspunkt til pasienten. Også ved et endret tidspunkt kan dette naturligvis heller ikke settes etter at fristen for når helsehjelp skal mottas er gått ut.

3.2 Rett til nødvendig helsehjelp

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Begrepet «nødvendig helsehjelp» tilsier at pasienter har krav på nødvendig helsehjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell vurdering av behov. Det er vanskelig å angi presist hva som er

nødvendig helsehjelp. Omfang og nivå må derfor vurderes konkret. Det avgjørende må være pasientens behov ut fra en helsefaglig vurdering.

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

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

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

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

Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal settes i løpet av vurderingsperioden, dvs. innen 10 virkedager. Den juridiske fristen skal settes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever. Det innebærer at alle pasienter skal få en konkret juridisk frist for når helsehjelpen senest skal settes i gang. Det er viktig å understreke at fristen ikke bare gjelder behandling, men også utredning. Hvorvidt man har krav på

frist til utredning eller behandling avhenger av om pasientens tilstand er avklart eller uavklart. Det må derfor skilles mellom pasienter med avklart og uavklart helsetilstand. Dersom man i løpet av vurderingsperioden kommer frem til hva slags behandling pasienten har behov for, vil pasientens tilstand anses som avklart. Fristen skal da settes til når behandling senest skal gis, og den individuelle fristen vil være oppfylt når helsehjelp i form av behandling er påbegynt. I de tilfellene hvor pasientens helsetilstand ikke avklares i løpet av vurderingsperioden, vil aktuell helsehjelp være utredning. Fristen skal da settes til når utredning senest skal igangsettes, og fristen vil være oppfylt når helsehjelp i form av utredning er igangsatt før fristen er gått ut.

For at fristen skal anses som oppfylt, må en reell utredning eller behandling være påbegynt. Fristen oppfylles for eksempel ikke ved å sette opp en time for dialog med pasienten.

Når helsehjelpen igangsettes skal pasienten, selv om det ikke settes juridiske frister for det videre forløp, ha et forsvarlig pasientforløp. Forsvarlighetskravet gjelder hele pasientforløpet, og pasienten skal utredes og behandles innen forsvarlig tid selv om det ikke er lovregulerte frister for forløpet etter oppstart.

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

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

3.3 Rett til fritt behandlingsvalg

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 gir pasienter rett til fritt behandlingsvalg. Bestemmelsen regulerer både pasientenes rett til å velge hvor henvisningen skal sendes og hvor helsehjelpen skal finne sted. Retten til å velge gjelder alle pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten, og gjelder i utgangspunktet hele landet. Retten skiller ikke på institusjonstype, og i utgangspunkt

tet gjelder rettigheten alle typer virksomheter. Et grunnleggende vilkår for valget er at virksomheten som velges kan gi pasienten det tilbudet som pasienten har behov for. Informasjon om hvilke virksomheter pasientene kan velge fremgår på nettsiden helsenorge.no.

Retten til fritt behandlingsvalg gjelder i forbindelse med planlagt undersøkelse og/eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Pasienten kan bruke retten på de forskjellige trinnene i helsehjelpen. Vurderingen av pasientens helsetilstand kan skje ved en virksomhet, og behandlingen ved en annen. Pasienten kan også velge ulike behandlinger i et helseforetak. Hvis et helseforetak består av flere geografisk atskilte behandlingssteder/sykehus, kan pasienten velge behandlingssted innenfor helseforetaket.

I øyeblikkelig hjelp-situasjoner har pasienten ikke rett til å velge. Når øyeblikkelig hjelp-situasjonen er opphørt, har imidlertid pasienten rett til fritt behandlingsvalg på vanlig måte.

Utgangspunktet og hovedregelen er at pasienter skal prioriteres likt, uavhengig av bosted. Det er ett unntak fra dette utgangspunktet. De regionale helseforetakene har plikt til å sørge for et tilbud til innbyggerne i egen helseregion, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Hvis et helseforetak må prioritere rettighetspasienter fra egen helseregion for å oppfylle sitt sørge-for-ansvar, kan helseforetaket nedprioritere og/eller avvise pasienter fra andre helseregioner. For å benytte denne unntaksregelen må helseforetaket sannsynliggjøre at det ved å motta den aktuelle pasienten vil stå i fare for ikke kunne oppfylle sin forpliktelse til å yte behandling innen fristen til rettighetspasienter fra egen region.

Det fremgår av § 2-4 første ledd at pasienter gis rett til å velge hvilken offentlig eller privat virksomhet henvisningen skal sendes til og vurderes ved. Valget omfatter bare virksomheter som har rett til å tildele pasient- og brukerrettigheter. Det vil si at virksomheten kan vurdere henvisningen og gi pasienten rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og en individuell juridisk frist dersom en helsefaglig vurdering tilsier at pasienten har behov for spesialisthelsetjeneste og vilkårene for dette er oppfylt, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd.

Dersom virksomheten pasienten ønsker å få behandling hos, ikke har kompetanse til å tildele pasient- og brukerrettigheter, kan ikke henvisningen sendes dit. Det er altså et krav om at virksomheten kan vurdere henvisningen og gi pasienten rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og individuell frist for når helsehjelpen skal gis. Alle offent-

lige virksomheter har i utgangspunktet denne kompetansen. For private virksomheter må kompetansen til å tildele pasient- og brukerrettigheter være delegert fra et regionalt helseforetak, eller virksomheten må være gitt slik kompetanse i forskrift, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b åttende og niende ledd. Dersom en privat virksomhet som har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift 29. oktober 2015 nr. 1232 om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 4-3, ikke har vurderingskompetanse, kan pasienten først velge en slik virksomhet etter at pasienten er rettighetsvurdert, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 andre ledd.

Det er ett unntak fra hovedregelen om at virksomheten som velges må ha vurderingskompetanse. For private radiologiske virksomheter vil det ikke være aktuelt å vurdere pasientens behov for spesialisthelsetjeneste og gi individuell juridisk frist. Disse virksomhetene gir svar på prøver, bildediagnostikk osv. som skal brukes for å vurdere forløp. Slike virksomheter kan derfor velges på ethvert tidspunkt i forløpet dersom pasienten har en henvisning til radiologiske tjenester. Det er imidlertid et krav om at den private radiologiske virksomheten har en avtale med et regionalt helseforetak. Private radiologiske virksomheter som ikke har avtale med et regionalt helseforetak kan ikke velges dersom pasienten ikke ønsker å betale full pris for tjenesten.

Det følger av § 2-4 andre ledd at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten har rett til å velge ved hvilken offentlig eller privat virksomhet helsehjelpen skal ytes. Retten gjelder alle offentlige virksomheter, og private virksomheter som enten har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift 29. oktober 2015 nr. 1232 om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten. Etter at pasienten er vurdert til å ha rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og har fått tildelt en individuell juridisk frist, har pasienten dermed rett til å velge blant flere private virksomheter enn på henvisningstidspunktet, jf. første ledd.

Når pasienten er rettighetsvurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, kan pasienten altså velge å motta helsehjelpen ved private virksomheter som ikke har vurderingskompetanse. Vilket for å velge disse er at virksomheten enten har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift gitt med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3.

Det fremgår av § 2-4 tredje ledd at pasienten ikke kan velge behandlingsnivå. Retten til fritt behandlingsvalg innebærer altså ikke en rett til å velge mer spesialisert behandling enn det pasienten er henvist for. Det er virksomheten som vurderer henvisningen som avgjør hvilket behandlingsnivå pasienten har behov for, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 b og 2-2.

I femte ledd unntas private rehabiliteringsinstitusjoner fra valget etter første og andre ledd.

3.4 Fristbrudd

Pasienten har rett til å få et tidspunkt for oppmøte i spesialisthelsetjenesten og en juridisk frist for når helsehjelpen senest skal settes i gang. Tidspunktet for oppmøte skal settes før den juridiske fristen er gått ut. Spesialisthelsetjenesten kan selvfølgelig ikke planlegge uforsvarlige pasientforløp. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke klarer å finne et tilbud til pasienten innenfor den juridiske fristen for når helsehjelp senest skal gis, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte HELFO. Denne meldeplikten gjelder altså ikke bare ved fristbrudd, men allerede når sykehuset ser at fristen ikke kan overholdes.

Dersom spesialisthelsetjenesten må kontakte HELFO, skal deretter HELFO kontakte pasienten for å høre om vedkommende er interessert i å få et alternativt tilbud gjennom HELFO. I de tilfellene hvor HELFO ikke får tak i pasienten, må HELFO likevel starte arbeidet. Det er imidlertid pasienten som skal ta stilling til om han eller hun ønsker å benytte seg av det tilbudet HELFO fremkaffer. Det innebærer at HELFO på et eller annet tidspunkt må etablere en kontakt med pasienten, slik at pasienten kan gi uttrykk for hva han eller hun ønsker.

Pasienten står altså fritt til å velge om han eller hun ønsker å benytte seg av det tilbudet HELFO fremkaffer eller bli stående på venteliste hos det opprinnelige sykehuset. Sykehuset må imidlertid informere pasienten om konsekvensene av å bli stående på venteliste, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. En pasient som velger ikke å benytte seg av HELFO sitt tilbud, vil kunne oppleve å få uforsvarlig helsehjelp da fristen for når helsehjelp senest skal gis i disse tilfellene vil være gått ut. Det er ikke dermed sagt at det vil være helsefaglig uforsvarlig å bli stående på venteliste i alle tilfeller. Den juridiske fristen settes på et tidlig tidspunkt i pasientforløpet, og ut fra et «verste-fall-scenario». Det kan derfor tenkes at situasjonen

har endret seg i løpet av pasientforløpet slik at det ikke nødvendigvis er helsefaglig uforsvarlig å få helsehjelp etter at fristen er gått ut.

3.5 Dagens system for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

3.5.1 Innledning

I dette avsnittet redegjøres det for hvordan forvaltningen av tilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjonene er i dag, med fokus på:

- Rutiner for henvisning av pasienter til de private rehabiliteringsinstitusjonene
- Dagens muligheter for valg av rehabiliteringsinstitusjon utenfor egen region
- Dagens pasientstrømmer på tvers av regionene
- Dekning av reiseutgifter
- Betaling av egenandeler
- Gjestepasientoppgjørsordningen

Fremstillingen i dette avsnittet er basert på rapport IS-2178 Fritt valg av rehabiliteringsinstitusjon fra Helsedirektoratet som ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet i april 2013.

3.5.2 Vurdering av henvisninger

Litt i underkant av halvparten av pasientene som får rehabilitering på en privat rehabiliteringsinstitusjon er henvist fra fastlegen. Disse henvisningene må vurderes i løpet av maksimalt 30 dager (etter ny lovbestemmelse – 10 dager) fra henvisningen er mottatt.

Rapport IS-1947 Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet gir i del to også en indikasjon på hvilke rehabiliteringsoppgaver som naturlig hører inn under henholdsvis kommune og de private rehabiliteringsinstitusjonene.

Det er også mulig å få rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner ved henvisning fra øvrig spesialisthelsetjeneste. Litt over halvparten av den totale pasientmassen i disse institusjonene kommer inn på denne måten. Som hovedregel skal det da ikke foretas noen ny rettighetsvurdering eller fristfastsettelse. Pasienten anses å være i et forløp i spesialisthelsetjenesten der rettighetsvurdering allerede er utført og der videre henvisninger og ventetider behandles ut fra kravet om medisinsk forsvarlighet. Svaret på rettighetsvurderingen skal sendes både pasient og pasientens fastlege/henviser.

3.5.3 Vurderingsenheter

Vurderingen av henvisningen utføres av regionale vurderingsenheter når henvisning sendes fra fastlege/andre henvisere enn et offentlig sykehus til en privat rehabiliteringsinstitusjon. Navnet på disse enhetene er som følger:

Helse Nord RHF:

- Regionalt vurderingsenhet for somatisk rehabilitering i Nord-Norge (RVE Nord)

Helse Midt-Norge RHF:

- Regionalt henvisningsmottak for private rehabiliteringsinstitusjoner Midt-Norge (ReHR)

Helse Vest RHF:

- Regional vurderingseining for rehabilitering (forkortet Vurderingseininga)

Helse Sør-Øst RHF:

- Regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

3.5.4 Henvisninger fra helseforetak til private rehabiliteringsinstitusjoner

I Helse Nord RHF går i utgangspunktet alle henvisninger fra helseforetakene gjennom vurderingsenheten. Unntaket er for henvisninger etter hofte-/kneprotese hvor det er direkte overføringsrutiner mellom sykehusene og institusjonene. Det foretas ikke ny vurdering for pasienter som er innlagt på sykehus og som skal overføres direkte. Sykehusavdelingen tar direkte kontakt med institusjonen for nærmere avtale.

RVE Nord vurderer ytelse, finner best egnet institusjon, angir gjennomsnittlig ventetid og det vurderes om pasienten er i et forløp. Hvis pasienten ikke er i et forløp, rettighetsvurderes henvisningen på samme som om den var fra primærhelsetjenesten. Dette gjelder de fleste pasienter som ikke er i et akutt forløp og som for eksempel er henvist ved en rutinekontroll hos spesialist. Hvis pasienten er i et forløp, vurderes det innen hvilken frist pasienten bør få tilbudet når spesialist ikke har angitt tidspunkt for når behandling skal iverksettes. Grunnlag er hvilken ventetid som anses som medisinsk faglig forsvarlig.

I Helse Midt-Norge RHF går henvisninger fra Helse Nord-Trøndelag HF via ReHR. Dette for at ReHR skal ha oversikt, rettighetsvurderingene fra helseforetaket overprøves ikke. Henvisninger fra Helse Møre og Romsdal og fra St. Olavs Hospital

HF går direkte til de private rehabiliteringsinstitusjonene. Helseforetakene benytter rådgivning fra ReHR for valg av plass på bakgrunn av kapasitet, ventetid og informasjon om tilbud.

Både i Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF går henvisningene direkte til rehabiliteringsinstitusjonene.

I alle de regionale helseforetakene er det egne prosedyrer ved henvisning for sykelig overvekt.

3.5.5 Dagens praksis hva gjelder valg av rehabiliteringsinstitusjon i en annen region

I Helse Nord RHF prioriteres bruk av plassene på de institusjonene man har inngått avtale med i regionen. Pasientens ønske om institusjon imøtekomes så langt det er mulig. Pasienten kan få innvilget tilbud utenfor regionen dersom aktuelt tilbud for pasienten ikke finnes i regionen. Dette gjelder også når ventetid på relevant tilbud i egen region anses å være for lang.

I Helse Midt-Norge RHF forsøkes det først å finne et egnet tilbud i egen region. Det åpnes for at pasienten kan benytte tilbud i annen region.

I mandatet til Vurderingseininga i Helse Vest RHF fremgår det at enheten skal *«etablere tilvisingrutinar i samarbeid med tilvisande instansar og rehabiliteringsinstitusjonane, som så langt som mogleg ivaretek pasientens val»*. I følge Vurderingseiningas rutiner tildeles pasienten tilbud utenfor regionen dersom aktuelt tilbud ikke finnes i egen region, dersom pasienten eller fastlegen oppgir særlige grunner til at pasienten må ha tilbud ved institusjon utenfor egen region, eller dersom ventetid på relevant tilbud i egen region skulle være for lang.

I Helse Sør-Øst RHF oppgis det at det praktiseres fritt rehabiliteringsvalg.

3.5.6 Reiseutgifter

Pasienter som får innvilget opphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionalt helseforetak, har rett til dekning av reiseutgifter etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6. Det er gitt nærmere regler i forskrift om rett til dekning ved reise for undersøkelse eller behandling (syketransportforskriften). Pasienten betaler en egenandel som i 2015 er 135 kr. hver vei. Egenandelen regnes med i oppsamlingen for å nå egenandelstak 1.

Ved rehabiliteringsopphold dekkes reiseutgifter til de institusjonene innenfor egen helseregion som regionalt helseforetak har avtale med. Helse-

regionene dekker reise til rehabiliteringsinstitusjon utenfor egen region dersom det ikke finnes relevant tilbud i egen region.

Dersom pasienten velger å reise til en institusjon utenfor egen helseregion som det regionale helseforetaket ikke har avtale med, må pasienten selv organisere reisen og betale hele kostnaden selv. I ettertid kan pasienten søke om å få refundert tilsvarende det ville kostet å reise til nærmeste rehabiliteringsinstitusjon i egen helseregion.

3.5.7 Egenandeler ved rehabiliteringsopphold

Private rehabiliteringsinstitusjoner kan med hjemmel i forskrift om pasienters betaling for opphold i opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner kreve en egenandel som fastsettes av Helse- og omsorgsdepartementet. I 2015 er egenandelen 128 kr. pr. døgn. Denne egenande-

len inngår i ordningen med egenandelstak 2 som i 2015 er 2670 kr. Retten til å kreve egenandel gjelder både for døgnopphold og dagopphold.

Det er ulik praksis med hensyn til innkreving av egenandeler. Dette har historiske årsaker knyttet til det tidligere systemet med refusjon over folketrygdens budsjett.

3.5.8 Ordningen med gjestepasientoppgjør

Hver region inngår driftsavtaler med de private rehabiliteringsinstitusjonene som ligger i egen region. Når vertsregionen får pasienter til sine rehabiliteringsinstitusjoner fra andre regioner betaler de andre regionene et gjestepasientoppgjør til vertsregionen. Det ligger en prisdifferensiering i ordningen ved at vertsregionen viderefakturerer en gjennomsnittspris per døgn per institusjon. Det faktureres ut fra pasientstrømrapporter fra Norsk Pasientregister.

4 Departementets vurderinger og forslag

4.1 Innledning

I høringsnotatet omtalte departementet forslaget om å endre pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 som fritt rehabiliteringsvalg. Det er dekkende i den forstand at forslaget gir pasienter som har behov for spesialisert rehabilitering, rett til å velge hvor den skal finne sted under gitte forutsetninger. Nå som pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 om fritt behandlingsvalg har trådt i kraft, blir det imidlertid forvirrende å bruke begrepet fritt rehabiliteringsvalg. Forslaget i denne proposisjonen handler om å utvide virkeområdet til fritt behandlingsvalg ved å åpne for at valgretten også skal omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale. Departementet vil derfor i det følgende omtale forslaget som «*utvide retten til fritt behandlingsvalg til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner*».

Departementet vil presisere at selv om man i dette lovforslaget i prinsippet åpner for at private rehabiliteringsinstitusjoner også kan inngå i den nye godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg, så handler ikke denne proposisjonen om en slik eventuell utvidelse. Endringer i godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg gjøres gjennom eventuelle endringer i forskrift 29. oktober 2015 nr. 1232 om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten. På nåværende tidspunkt er ikke rehabilitering en del av denne forskriften.

I det følgende vil departementet i punkt 4.2 redegjøre for selve forslaget om å endre pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4. I punkt 4.3 redegjøres det for hvordan retten til å benytte seg av private rehabiliteringsinstitusjoner vil påvirke reiseutgifter og egenandeler.

4.2 Private rehabiliteringsinstitusjoner – fritt behandlingsvalg

4.2.1 Forslag i høringsnotatet

I Prop. 56 L (2014–2015) om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg) ble det lagt til

grunn at det skal sendes på høring et forslag om at private rehabiliteringsinstitusjoner også skal omfattes av retten til fritt behandlingsvalg. Det ble uttalt i denne proposisjonen at det skulle gjennomføres en høring hvor man tok sikte på å oppheve unntaket som gjør at private rehabiliteringsinstitusjoner ikke er omfattet av fritt behandlingsvalg. I høringsnotatet foreslo derfor departementet en endring i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 slik at rehabilitering ble en del av fritt behandlingsvalg.

4.2.2 Høringsinstansenes syn

Det er bred støtte fra høringsinstansenes til å utvide retten til fritt behandlingsvalg til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner. Blant annet uttaler *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)* at de:

«vurderer forslaget som svært bra, og i tråd med de viktigste innspillene vi har hatt i arbeidsgruppen. (...) FFO tror en ordning med fritt rehabiliteringsvalg vil gi raskere og riktige rehabilitering, noe som også vil ha samfunnsøkonomisk effekt ved at flere kommer raskere tilbake i jobb.»

Og *NHO Service*:

«er positive til at departementet anerkjenner de private aktørenes kompetanse og kapasitet inn i dette feltet og at fritt rehabiliteringsvalg legges inn under ordningen fritt rehabiliteringsvalg. Vi støtter dermed hovedinnretningen på de vurderinger og anbefalinger departementet gjør i høringsnotatet fra side 21-23. Private rehabiliteringsinstitusjoner inkludert i ordningen, kan sikre større brukermidvirkning, og konkurranse gi et godt incitament for å øke kvaliteten på tilbudet totalt sett.»

Og *Unge funksjonshemmede*:

«er derfor svært positive til at pasienter med rehabiliteringsbehov får fritt rehabiliterings-

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (utvidelse av retten til fritt behandlingsvalg til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner m.m.)

valg. Det vil bidra til å sikre likeverdige helse-tjenester uansett geografisk tilhørighet, og styrke unge funksjonshemmedes muligheter til å få spesialisert og tilpasset oppfølging for sin diagnose og livssituasjon.»

Og *Norsk Epilepsiforbund*:

«støtter forslaget om at private rehabiliteringsinstitusjoner skal omfattes av fritt behandlingsvalg. (...) For Norsk Epilepsiforbund er det derfor et viktig prinsipp at man kan velge rehabilitering på tvers av helseregionene, slik at alle mennesker med behov for epilepsispesialisert rehabilitering kan få dette, uavhengig av om de bor i Helse Sør-Øst eller i andre helseregioner.»

Og *Spekter*:

«er tilfreds med at det foreslås at retten til fritt behandlingsvalg også skal omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner. Vi ser endringen som et bidrag i å involvere brukere og pasienter på en bedre måte, gi dem innflytelse i sin egen rehabilitering og et godt tiltak for å sikre likere tilgang på rehabilitering uavhengig av bosted. Det er også et godt virkemiddel for å få en bedre utnyttelse av den totale rehabiliteringskapasiteten i landet.»

De fleste helseforetakene er også positive til forslaget. Blant annet uttaler *Helse Vest RHF* at:

«er positiv til prinsippet om at same regler skal gjelde for private rehabiliteringsinstitusjoner med avtale med et regionalt helseforetak, som for andre spesialisthelsetjenester.»

Det er noen svært få høringsinstanser som er negative eller skeptiske til departementets forslag om å utvide retten til fritt behandlingsvalg til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner. *Fellesorganisasjonen (FO)* uttaler at de er:

«kritisk til departementets forslag om at retten til fritt behandlingsvalg også skal omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak, fordi vi frykter at det vil føre til økt bruk av private kommersielle aktører. FO mener gode rehabiliteringstjenester og tilstrekkelig kapasitet er et offentlig ansvar som skal finansieres og driftes av det offentlige.»

Og *Sykehuset Telemark HF*:

«Fritt rehabiliteringsvalg vil også gjøre det utfordrende å få til den nødvendige samhandlingen med sykehus, kommune og fastlege. Sykehuset Telemark mener derfor det er uheldig å formalisere et fritt rehabiliteringsvalg.»

Noen høringsinstanser problematiserer skillet mellom rehabilitering som foregår på sykehus og rehabilitering i private institusjoner. Blant annet uttaler *Sykehuset Innlandet HF* at:

«Fritt rehabiliteringsvalg bør gjelde mellom institusjoner på samme nivå. Vi mener rehabiliteringsavdelinger i helseforetak er et annet nivå enn private rehabiliteringsinstitusjoner og derfor bør være unntatt ordningen.»

En del høringsinstanser tar opp en del problemstillinger som er knyttet til pasient- og brukerrettighetslovgivningen generelt, men som ikke går konkret på selve forslaget til å utvide fritt behandlingsvalg til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner. For eksempel uttaler Kreftforeningen at det i høringsnotatet ikke er beskrevet nærmere hvilke kriterier som skal legges til grunn, slik at det blir uklart om det er pasientens diagnose, funksjon eller behov for rehabilitering som er avgjørende for hvilke tilbud pasienten kan velge mellom. Kreftforeningen er av den oppfatningen at dette bør utdypes nærmere i regelverket som skal regulere tilbudet.

Når det gjelder spørsmålet om rehabilitering på sikt skal innføres i den nye godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg, er det en del høringsinstanser som har kommentarer. Blant annet uttaler *Helsedirektoratet* at de:

«vurderer at det først må innhentes erfaring fra en eventuell innlemming av rehabilitering i Fritt valg (tidligere Fritt sykehusvalg), før man utvider valgmuligheten til å gjelde FBV. Det er videre hensiktsmessig å avvente innføring av rehabilitering i godkjenningsordningen FBV, til det foreligger erfaringer fra innføringen av somatikk, psykisk helse og rus.»

4.2.3 Departementets vurderinger og forslag

Retten til fritt behandlingsvalg skal bidra til bedre utnyttelse av den totale kapasiteten i spesialisthelsetjenesten, redusere ventetider og øke valgfriheten for pasientene. Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal

selv kunne velge hvor han eller hun vil behandles blant godkjente virksomheter – på det offentlige regning.

I dag er det slik at rehabilitering *i offentlige sykehus* er omfattet av fritt behandlingsvalg, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 første og andre ledd. Det er imidlertid ikke en rettighet for pasientene å velge fritt blant de private rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 femte ledd. Det er likevel slik at de ulike regionene opererer med ulik grad av valgfrihet selv om pasienten rettslig sett ikke har krav på å velge hvor rehabiliteringen skal foregå. For eksempel opererer Helse Sør-Øst RHF med valgfrihet for pasienten, jf. omtale under punkt 3.5.5.

Fritt behandlingsvalg også for private rehabiliteringsinstitusjoner kan gi større utfordringer for noen institusjoner ved at færre pasienter benytter det tilbudet institusjonen har. Konkurransen mellom institusjonene vil imidlertid kunne gi bedre kvalitet på tilbudet totalt sett. Det kan også være en utfordring å få til god samhandling med den kommunale helse- og omsorgstjenesten dersom rehabiliteringen foregår på en annen kant av landet enn der pasienten har sitt bosted.

På den annen side vil fritt behandlingsvalg som også omfatter private rehabiliteringsinstitusjoner, bidra til å involvere brukere og pasienter på en bedre måte og gi dem innflytelse i sin egen rehabilitering. Det vil også bidra til å sikre likere tilgang på rehabilitering uavhengig av bosted. Dersom det ikke er ledig plass eller lang ventetid i den regionen pasienten bor, kan pasienten oppsøke ledig kapasitet et annet sted i landet. Forslaget kan derfor også bidra til bedre utnyttelse av kapasiteten på rehabiliteringsfeltet.

I høringsen var det bred støtte fra høringsinstansene til forslaget om å utvide retten til fritt behandlingsvalg til å også å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner. Departementet vil på denne bakgrunn foreslå at pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 femte ledd oppheves, slik at fritt behandlingsvalg også skal omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift 29. oktober 2015 nr. 1232 om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten.

Det innebærer at pasienter som har en henvisning fritt kan velge mellom rehabilitering innenfor det offentlige helsevesenet og de private rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med et regionalt helseforetak og som er tildelt vurderingskom-

petanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 første ledd. Dersom den private rehabiliteringsinstitusjonen ikke har kompetanse til å tildele pasient- og brukerrettigheter, kan ikke henvisningen sendes dit. Det er altså et krav om at virksomheten kan vurdere henvisningen og gi pasienten rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og individuell frist for når helsehjelpen senest skal gis. For private virksomheter må kompetansen til å tildele pasient- og brukerrettigheter være delegert fra et regionalt helseforetak, eller virksomheten må være gitt slik kompetanse i forskrift, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b åttende og niende ledd.

Etter at pasienten har fått vurdert henvisningen og blitt tildelt nødvendig spesialisthelsetjeneste, kan pasienten velge virksomheter som ikke har vurderingskompetanse, men som enten har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift 29. oktober 2015 nr. 1232 om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 andre ledd. Retten kan benyttes på ethvert tidspunkt i pasientforløpet og gjelder så lenge pasienten har et behov for den aktuelle hjelpen.

Forslaget innebærer altså at pasienter på henvisningstidspunktet kan velge private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale og vurderingskompetanse. Dersom den private rehabiliteringsinstitusjon ikke har vurderingskompetanse, må henvisningen bli rettighetsvurdert før pasienten kan velge den private institusjonen. Som nevnt i kapittel 3 har alle de fire regionene opprettet vurderingsenheter som rettighetsvurderer henvisningen. Det normale vil derfor være at henvisningen sendes til vurderingsenheten før pasienten kan velge på hvilken rehabiliteringsinstitusjon helsehjelpen skal ytes.

Det er viktig å sikre at det tilbudet som pasienten velger er egnet og forsvarlig ut fra pasientens behov. En rett til å velge fritt blant rehabiliteringsinstitusjonene skal ikke innebære at pasienten får anledning til å velge tilbud som ikke er egnet til å gi den helsehjelpen pasienten trenger.

Det er en grunnleggende forutsetning for å kunne bruke det frie valget at leverandøren kan gi det tilbudet som pasienten har behov for. I tilfeller hvor pasienten kontakter rehabiliteringsinstitusjoner som ikke kan tilby den behandlingen pasienten har behov for, skal pasienten avvises. Rehabiliteringsinstitusjonene har ansvaret for å foreta vurderingen av om de kan gi et forsvarlig tilbud til pasienter som henvender seg til dem. Det blir viktig at de regionale helseforetakene i kontraktsopp-

følgingen påser at de private leverandørene ikke tilbyr tjenester til pasienter som de ikke har et forsvarlig og relevant tilbud til.

For å unngå situasjoner hvor pasienter ønsker seg til institusjoner som ikke har det riktige tilbudet for dem, er det helt sentralt at pasientene får god informasjon før valget foretas. Helsedirektoratet arbeider med å videreutvikle helsenorge.no, og i det arbeidet må det hensyntas at private rehabiliteringsinstitusjoner vil bli omfattet av ordningen. Departementet mener at den modellen som anbefales i rapport IS-2178 «Fritt valg av rehabiliteringsinstitusjon» med en relativt detaljert nedtrekkmeny, er en god løsning. Dersom en slik løsning gjennomføres vil situasjoner hvor pasienten oppsøker institusjoner som ikke har det tilbudet som vedkommende har behov for, minimeres.

Departementet vil understreke at forslaget ikke innebærer at pasienter kan kreve å få velge behandlingsnivå. Retten til fritt å velge sted for rehabilitering vil følgelig ikke innebære en rett til å velge mer spesialisert behandling enn det pasienten er henvist for. Dermed vil pasienter som har rett til rehabilitering, men som ikke har fått tildelt en rehabiliteringsplass i et helseforetak, i de fleste tilfeller ikke kunne velge seg til et slikt tilbud fordi det tilbudet er mer spesialisert enn det pasienten har behov for. Det understrekes også at alle rehabiliteringsinstitusjoner, både offentlige helseforetak og private institusjoner, skal prioritere pasienter i samsvar med prioriteringsforskriften.

Når det gjelder spørsmålet om å utvide godkjenningsordningen som er etablert i forskrift 29. oktober 2015 nr. 1232 om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten til å gjelde også rehabilitering som en del høringsinstanser tar opp, vil departementet vise til innledningen. Det presiseres at selv om man i dette lovforslaget i prinsippet åpner for at private rehabiliteringsinstitusjoner også kan inngå i den nye godkjenningsordningen, så handler ikke denne proposisjonen om en slik eventuell utvidelse. Utvidelse av den godkjenningsordningen gjøres gjennom eventuelle endringer i forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten. På nåværende tidspunkt er ikke rehabilitering en del av denne forskriften. Se også nærmere omtale av dette temaet i kapittel 6 om økonomiske og administrative konsekvenser.

4.3 Reiseutgifter og egenandeler

4.3.1 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet presiserte departementet at pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 første ledd endres slik at fritt behandlingsvalg også skal omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak. Det innebærer at dekning av reiseutgifter vil bli dekket etter reglene for fritt behandlingsvalg.

Når det gjelder spørsmålet om egenandel foreslo departementet ikke endringer i forskrift om pasientbetaling ved rehabilitering. Det innebærer at det er opp til den enkelte institusjon å vurdere hvorvidt de ønsker å kreve egenandel. Departementet understreket i høringsnotatet at det ikke er en plikt til å kreve egenandel ved opphold i rehabiliteringsinstitusjon.

4.3.2 Høringsinstansenes syn

Det er få av høringsinstansene som kommenterer forslaget om reiseutgifter. Det har nok sammenheng med at forslaget innebærer at reiseutgifter vil bli dekket på lik linje som for andre type tjenester innen fritt behandlingsvalg. Det er ingen god grunn for å særbehandle pasienter med behov for rehabilitering med tanke på reiseutgifter.

Derimot er det mange av høringsinstansene som kommenterer forslaget om å ikke gjøre endringer i forskrift om pasientbetaling ved rehabilitering, og er negative til at departementet ikke foreslår endringer. For eksempel uttaler *Spekter* at:

«Vi mener det er uheldig at departementet foreslår videreføring av ulik praksis når det gjelder å innkreve egenandel for behandlingen, og tillegger den enkelte virksomhet eller regionale helseforetak å gjøre eventuelle endringer i det. Det er fare for både konkurransevridning og omdømmeutfordringer dersom det forsettes slik som i dag. En avvikling av ordningen med egenandeler vil ha relativt store økonomiske konsekvenser. Departementet bør på nytt vurdere å harmonisere og etablere lik praksis.»

Og *NHO Service*:

«Det foreslås at det ikke skal gjøres noen endringer i ordningen med egenandeler. Dette innebærer i så fall en videreføring av en situasjon hvor noen få private og alle offentlige reha-

biliteringstilbud fortsatt skal kunne drives uten egenandeler, noe som skaper ulik konkurranse situasjon ved at brukere selvfølgelig tenderer til å velge tilbud som ikke betyr egenandeler.»

Også pasient- og brukerorganisasjonene er negative til at departementet ikke foreslår endringer. For eksempel uttaler *Brukerutvalget til Helse Sør-Øst RHF* følgende:

«Dagens ordning hvor en del private virksomheter av historiske årsaker tar egenandeler, og en del virksomheter ikke gjør, er ikke holdbar. Departementet fremhever at det er opp til den enkelte institusjon å vurdere hvorvidt de ønsker å kreve egenandel. Egenandeler har historisk inngått som en del av finansieringsgrunnlaget for mange av de private rehabiliteringsinstitusjonene. Dersom de slutter å kreve egenandeler vil det svekke inntektsgrunnlaget, og derved trolig også tilbudet til pasientene. Ved eventuelt krav av reforhandling med sikte på høyere døgnpris fra regionale helseforetak pga bortfall av egenandeler, vil kvalitet eller antallet plasser måtte reduseres dersom ikke den økonomiske rammen økes. Disse alternativene er ikke ønskelig. Brukerutvalget mener

derfor det f.eks. i forbindelse med opptrappingsplanen for rehabilitering legges inn friske midler for å kompensere for egenandeler.»

4.3.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår at pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 femte ledd oppheves slik at fritt behandlingsvalg også skal omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak. Det innebærer at dekning av reiseutgifter vil bli dekket etter reglene for fritt behandlingsvalg, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6.

Flere av høringsinstanstene har også uttalt seg om dagens system for pasientbetaling ved rehabilitering. Eventuelle endringer i dagens system vil måtte føre til endringer i forskrift om pasienters betaling for opphold i opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner. Dette forholdet er imidlertid ikke utredet og forskriften er bl.a. av denne årsak heller ikke foreslått endret i forbindelse med forslaget om å innføre fritt rehabiliteringsvalg. Forslaget i denne proposisjonen om å utvide fritt behandlingsvalg til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner er ikke betinget av at det gjøres endringer i forskriften.

5 Enkelte tekniske endringer i andre lover

5.1 Endring i spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 første ledd nr. 1 og 2

5.1.1 Gjeldende rett og gjeldende praksis

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 nr. 1 kan departementet gi forskrifter om «*pasienters betaling for poliklinisk behandling ved institusjon, hos legespesialist og spesialist i klinisk psykologi, herunder fritak for betaling ved forsinket behandling/undersøkelse eller kontroll.*».

Denne bestemmelsen er delvis en videreføring av bestemmelsen i sykehusloven § 12 ellefte ledd om adgangen til å kreve betaling for behandling i institusjon. I tillegg er bestemmelsen utvidet til å omfatte betaling for helsehjelp mottatt hos legespesialister og spesialister i klinisk psykologi som har inngått driftsavtale med regionalt helseforetak (avtalespesialister). I bestemmelsen er det dessuten presisert at departementet har adgang til å gi forskrift om fritak for betaling ved forsinkelser.

Med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 nr. 1 har departementet gitt flere forskrifter, herunder:

- Forskrift 26. juni 2015 nr. 796 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege
- Forskrift 26. juni 2015 nr. 794 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos psykolog
- Forskrift 27. juni 2003 nr. 959 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter
- 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 (Forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp)

Det er den sistnevnte forskrift (forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp) som inneholder bestemmelser om betaling for poliklinisk helsehjelp i den delen av spesialisthelsetjenesten som

omfatter helseforetak m.fl., men ikke avtalespesialister og private laboratorie- og røntgenvirksomheter.

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 nr. 2 kan departementet gi forskrifter om «*pasienters betaling for bestilt time som ikke benyttes ved poliklinikk, hos legespesialist og spesialist i klinisk psykologi.*». I forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp har departementet gitt bestemmelse om pasientgebyr for manglende oppmøte/avbestilling i kapittel 2.2, merknad 2F.

Etter gjeldende praksis betaler pasienter for polikliniske spesialisthelsetjenester som ytes for det offentliges regning uavhengig av eierskapet til virksomheten. Ikke bare offentlig eide, men også private helseinstitusjoner leverer spesialisthelsetjenester finansiert av det offentlige. Private virksomheter som yter helsehjelp etter avtale med regionalt helseforetak og private godkjente virksomheter som leverer helsetjenester etter forskrift 29. oktober 2015 nr. 1232 om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten er eksempler på virksomheter som yter offentlig finansierte helsetjenester.

Videre er det gjeldende praksis at alle helsetjenesteleverandører, også private kommersielle underleverandører, innrapporterer avkrevde egenandeler under egenandelstak 1-ordningen til HELFO. Innrapporteringen til HELFO er nødvendig for administrering av frikortordningen.

5.1.2 Departementets vurdering

Departementet foreslår at spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 nr. 1 og 2 endres slik:

1. *pasienters betaling for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten,*
2. *pasienters betaling for reservert time som ikke benyttes og som gjelder poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten,*

De foreslåtte lovendringene er av teknisk og begrepsmessig art og har ikke materiell betydning. Det er av den grunn ikke gjennomført offentlig høring av forslaget.

Departementet legger til grunn at den organisatoriske utviklingen i spesialisthelsetjenesten har vært stor siden bestemmelsen om pasienters betaling kom til, og at rettsutviklingen ikke har holdt tritt. Det kan derfor anføres at ordlyden i spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 nr. 1 og 2 ikke er helt presis. I dag er det de regionale helseforetakene som skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen enten gjennom egne helseforetak eller kjøp fra private. I tillegg yter godkjente private leverandører spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten, jf. *forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten*. Helsetjenesteleverandørene – både i offentlig og privat sektor – er organisert på mange ulike måter, og det er derfor ikke lenger treffende å bare omtale helsehjelp som ytes «ved institusjon» (§ 5-5 nr. 1) eller «ved poliklinikk» (§ 5-5 nr. 2).

Departementet mener at de foreslåtte endringene av spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 nr. 1 og nr. 2 på en bedre måte vil beskrive den virkelige situasjonen. I vurderingen har departementet sett hen til at det ikke har vært sentralt for bestemmelsens utforming om tjenester ytes ved en «institusjon» av en viss størrelse eller av et enkeltpersonforetak, eller om virksomheten som yter helsehjelpen er offentlig eller privat eid. Det er imidlertid et helt sentralt hensyn for myndighetene at eksistensen av og utforming av regler om pasienters betaling kan påvirke pasientenes etterspørsel av offentlig finansierte tjenester. Reglene om pasienters betaling kan til en viss grad brukes som et styringsmiddel for å begrense overforbruk av helsetjenester.¹ Dette hensynet henger nøye sammen med effektivitetshensynet dvs. hvordan samfunnet skal få mest mulig og best mulig helsehjelp for hver krone det koster å drive helsevesenet. Uansett gjelder ikke reglene om pasienters betaling for det hel-private markedet, og borgere som velger å kjøpe helsetjenester i dette markedet omfattes heller ikke av frikortordningen.

Bestemmelsen vil som før endringen omfatte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder forståelsen av begrepene «helsehjelp» og «spesialisthelsetjeneste» vises det til henholdsvis pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav c og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a.

Departementet legger til grunn at det er flytende overgang mellom helsetjenester gitt poliklinisk og helsetjenester som ytes pasienter som er innlagt. Teknologisk, medisinsk og organisatorisk utvikling tilsier at skillelinjene stadig er i endring.

Departementet legger til grunn at denne skillelinjen verken blir mer eller mindre klar ved foreslåtte lovendring. Begrepet «poliklinisk» omfatter og vil fortsatt omfatte helsehjelp som ytes ved poliklinikk på offentlig sykehus og helsehjelp som ytes hos privatpraktiserende lege- og psykologspesialister som har driftsavtale med regionalt helseforetak. Begrepet «poliklinisk» vil typisk ikke omfatte helsehjelp som innebærer at pasienten legges inn og overnatter ved sykehusavdeling.

Som en logisk konsekvens av den foreslåtte endring av § 5-5 nr. 1 er det også foreslått en endring i § 5-5 nr. 2 slik at denne bestemmelsen også gjelder «*poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten*». I tillegg er det foreslått at ordet «bestilt» erstattes med ordet «reservert». I praksis er det mest vanlig at pasienten mottar orientering fra spesialisthelsetjenesten om at helsetjenesteleverandøren har reservert en angitt tid for helsehjelpen.

5.2 Endring i helseberedskapsloven

Formålet med lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) er å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp, helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, jf. loven § 1-1.

Helseberedskapsloven pålegger de virksomheter den gjelder for en plikt til planlegging og krav til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid. I tillegg inneholder loven en rekke fullmaktsbestemmelser som kan utløses ved kriser eller katastrofer i fredstid, blant annet adgang til rekvisisjon av fast eiendom mv., tjenesteplikt og beordring.

Hvilke virksomheter loven gjelder for fremgår av loven § 1-3. Da loven ble vedtatt fremgikk det av denne bestemmelsens første ledd bokstav a) at loven blant annet skulle gjelde for «den offentlige helse- og sosialtjeneste». Bestemmelsen er imidlertid senere endret etter lovforslag i Prop. 90 L (2010–2011) Lov om folkehelsearbeid (folkehelse-loven). Etter denne endringen lyder bokstav a) i sin helhet slik:

«den offentlige helse- og omsorgstjeneste og kommunens folkehelsearbeid etter folkehelse-loven kapittel 2 og 3»

Endringen ble foreslått som følge av at det var nødvendig å foreta tekniske og begrepsmessige

¹ NOU 1992: 8 Lov om pasientrettigheter, punkt 2.9

endringer i en lang rekke lover når lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., skulle erstatte lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. Behovet for slike tekniske og begrepsmessige endringer er nærmere omtalt i Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., jf. blant annet punkt 7.4 og 7.5, samt kapittel 47 om spesielle merknader til lovforslagets § 13-3 om endringer i andre lover.

At det her kun var snakk om en begrepsmessig endring som ikke hadde til hensikt å innebære materielle endringer, støttes av at endringen ikke er omtalt i Prop. 90 L (2010–2011) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Dersom hensikten hadde vært å endre helseberedskapslovens virkeområde hva gjelder sosialtjenesten, ville vært naturlig å innta en drøftelse eller utredning av dette i lovens forarbeider.

Departementet viser også til at det fremgår av en rekke av lovens øvrige bestemmelser at det

ikke har vært meningen å avgrense virkeområdet mot sosialtjenesten, jf. §§ 1-1 første ledd, 1-3 andre ledd, 2-2 første ledd, 2-3, 3-1 første ledd, 5-1 og 6-2 første ledd.

Endelig viser departementet til at kommunene i henhold til § 16 første ledd i lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven), «plikter å utarbeide en beredskapsplan for kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap.»

Under henvisning til ovenstående foreslår derfor departementet at helseberedskapsloven § 1-3 første ledd bokstav a) endres ved at begrepet «sosialtjeneste» inntas i bestemmelsen. I forlengelsen av dette foreslår departementet også en teknisk endring av bestemmelsens andre ledd slik at nåværende begrep «helse- og sosialtjenesten» erstattes med «helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten».

6 Økonomiske og administrative konsekvenser

De regionale helseforetakenes kjøp fra private rehabiliteringsinstitusjoner utgjør om lag 1,5 mrd. kroner. Ut fra behov for tjenester inngås det avtaler innenfor den økonomiske rammen som det regionale helseforetaket har satt for kjøp fra private gjennom anbud.

Forslaget i denne proposisjonen endrer ikke dette prinsippet. Bevilgningene til pasientbehandling, herunder kjøp fra private rehabiliteringsinstitusjoner, inngår i de årlige statsbudsjettene.

Det er usikkerhet knyttet til hvilken effekt forslaget vil få for kostnader til reiseutgifter. De økonomiske konsekvensene antas imidlertid å bli små. Departementet legger derfor til grunn at eventuelle endringer i kostnader til reiseutgifter håndteres innenfor gjeldende budsjettammer.

Departementet foreslår ingen endring i egenandeler. Dersom institusjonene som i dag ikke krever egenandel endrer praksis, må disse institusjonene etablere rutiner for innkreving av egenandel, og innsending av krav til HELFO om refusjon av egenandeler for pasienter med frikort 2. Dette kan bety noe økte inntekter for disse institusjonene, dersom de regionale helseforetakene ikke tar hensyn til denne endringen i forbindelse med prisforhandlinger. Det må kunne antas at en slik endring vil bli tatt med i forhandlingene om kurpris.

Dersom rehabiliteringstjenester på et fremtidig tidspunkt eventuelt inkluderes i godkjenningssystemet for fritt behandlingsvalg, skal utgiftene budsjetteres realistisk og komme i tillegg til den aktivitetsveksten som ellers ville blitt lagt til grunn for bevilgningene til spesialisthelsetjenesten, jf. Prop. 56 L (2014–2015).

I 2014 ble det bevilget til sammen 17 mill. kroner til forberedelser av forvaltning av fritt behandlingsvalg og vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. I 2015 ble det bevilget 20 mill. kroner til forvaltning og IKT. Bevilgningen i 2015 vil også understøtte etablering av en ny felles informasjonsløsning for flere pasient- og brukerrettigheter i tillegg til fritt behandlingsvalg. Informasjonsløsningen til pasienter som ønsker å benytte seg av retten til å velge blant private rehabiliteringsinstitusjoner vil kunne inngå i den nye felles informasjonsløsningen på www.helse-norge.no.

De foreslåtte endringene i helseberedskapsloven er kun av begrepsmessig og teknisk art for å tydeliggjøre og videreføre gjeldende rett. Endringene innebærer ingen materiell endring og vil ikke ha økonomiske eller administrative konsekvenser.

7 Merknader til lovforslagene

*Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
(spesialisthelsetjenesteloven)*

Merknad til spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 nr. 1

Departementets forslag til endring av spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 nr. 1 er en språklig klargjøring og forenkling av bestemmelsen. Endringen skal ikke innebære noen materiell endring av gjeldende rett.

Bestemmelsen vil som før endringen omfatte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder forståelsen av begrepene «helsehjelp» og «spesialisthelsetjeneste» vises det til henholdsvis pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav c og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Begrepet «poliklinisk» omfatter for eksempel helsehjelp som ytes ved poliklinikk på offentlig sykehus og helsehjelp som ytes hos privatpraktiserende lege- og psykologspesialister som har driftsavtale med regionalt helseforetak. Begrepet «poliklinisk» omfatter typisk ikke helsehjelp som innebærer at pasienten legges inn og overnatter ved sykehusavdeling.

Spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 nr. 1 endres for å tydeliggjøre at departementet har adgang til i forskrift å bestemme at pasienter som mottar tjenester som er betalt av det offentlige skal kunne pålegges å betale for tjenestene. Hvorvidt helsetjenesten som betales av det offentlige ytes ved en

«institusjon» eller annen organisatorisk enhet (for eksempel som ambulans behandling), eller om virksomheten har en offentlig eller privat eier har ikke betydning for departementets adgang til å gi forskrift etter bestemmelsen.

Merknad til spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 nr. 2

Departementets forslag til endring av spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 nr. 2 er i likhet med endringen av nr. 1 en språklig klargjøring og forenkling av bestemmelsen. Endringen skal ikke innebære noen materiell endring av gjeldende rett.

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

Merknad til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 femte ledd

Endringen innebærer at retten til fritt behandlingsvalg skal omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak. Endringen innebærer også at rehabilitering senere kan fases inn i den nye godkjenningssystemet som er en del av fritt behandlingsvalg. Det er en forutsetning for å kunne bruke det frie valget at leverandøren kan gi det tilbudet som pasienten har behov for.

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (utvidelse av retten til fritt behandlingsvalg til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner m.m.)

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (utvidelse av retten til fritt behandlingsvalg til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner m.m.)

Vi **HARALD**, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (utvidelse av retten til fritt behandlingsvalg til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner m.m.) i samsvarende med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (utvidelse av retten til fritt behandlingsvalg til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner m.m.)

I

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. skal § 5-5 første ledd nr. 1 og nr. 2 lyde:

1. pasienters betaling for poliklinisk *helsehjelp i spesialisthelsetjenesten*,
2. pasienters betaling for *reservert* time som ikke benyttes og som gjelder poliklinisk *helsehjelp i spesialisthelsetjenesten*,

II

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter oppheves § 2-4 femte ledd.

III

I lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap gjøres følgende endringer:

§ 1-3 første ledd bokstav a skal lyde:

a) den offentlige helse- og omsorgstjeneste og sosialtjeneste og kommunens folkehelsearbeid etter folkehelseloven kapittel 2 og 3,

§ 1-3 andre ledd skal lyde:

Departementet kan i forskrift bestemme at også andre virksomheter som tilbyr materiell, utstyr og tjenester av betydning for helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten, skal omfattes av loven.

IV

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



