



DET KONGELIGE
HELSEDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 63

(2002–2003)

Om lov om endringer i lov 2. juli 1999
nr. 63 om pasientrettigheter
(pasientrettighetsloven) m.m.

Innhold

1	Proposisjonens hovedinnhold	5	
2	Bakgrunn for forslagene i proposisjonen	8	
3	Forholdet til EØS-avtalen	12	
4	Fritt sykehusvalg	14	
4.1	Innledning	14	
4.1.1	Formålet med fritt sykehusvalg etter gjeldende rett	14	
4.1.2	Formålet med forslaget om å utvide fritt sykehusvalg til å omfatte private sykehus	14	
4.2	Gjeldende rett og praksis	14	
4.2.1	Den lovbestemte ordningen med fritt sykehusvalg	14	
4.2.2	Den avtalebaserte ordningen med fritt sykehusvalg	15	
4.2.3	Organiseringen av ordningen med fritt sykehusvalg	16	
4.2.4	Pasientenes utøvelse av retten til fritt sykehusvalg	16	
4.3	Forslaget i høringsnotatet	17	
4.4	Høringsinstansenes syn	17	
4.5	Departementets vurdering	20	
4.5.1	Departementets vurdering av unntaket i pasientrettighetsloven § 2–4 for barne- og ungdoms- psykiatrien	20	
4.5.2	Departementets vurdering av å utvide retten til fritt sykehusvalg til å omfatte private sykehus som har avtale med de regionale helsefore- takene om fritt sykehusvalg	20	
4.5.3	Private sykehus som kan bli omfattet av ordningen med fritt sykehusvalg etter forslaget til endring av bestemmelsene i pasientrettighets- loven § 2–4	24	
5	Retten til nødvendig helsehjelp innenfor spesialisthelsetjenesten ..	26	
5.1	Innledning	26	
5.1.1	Formålet med retten til nødvendig helsehjelp etter gjeldende rett	26	
5.1.2	Formålet med forslaget om å utvide den materielle rettigheten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	26	
5.2	Gjeldende rett og praksis	26	
5.2.1	Helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	26	
5.2.2	Prioriteringsforskriften	27	
5.2.3	Tidsfrist for oppfyllelse av retten til nødvendig helsehjelp	28	
5.2.4	Begrensninger i retten til nødvendig helsehjelp	29	
5.2.5	Erfaringer med praktiseringen av ordningen med retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	29	
5.3	Forslaget i høringsnotatet	30	
5.3.1	Høringsnotatets forslag om individuelt fastsatt, konkret frist for å yte nødvendig helsehjelp	30	
5.3.2	Høringsnotatets forslag om en subsidiær rett til helsehjelp ved brudd på fristen	30	
5.3.3	Høringsnotatets vurdering av begrensninger i forslaget om subsidiær rett til nødvendig helsehjelp	30	
5.3.4	Høringsnotatets forslag om organisering av det subsidiære tilbudet om nødvendig helsehjelp	30	
5.4	Høringsinstansenes syn	31	
5.4.1	Høringsinstansenes uttalelser til forslaget om fastsettelse av individuell, konkret behandlingsfrist ..	31	
5.4.2	Høringsinstansenes uttalelser til forslaget om subsidiær rett til helsehjelp ved oversittelse av fastsatt frist	33	
5.4.3	Høringsinstansenes uttalelser til forslaget om organisering av det subsidiære tilbudet om nødvendig helsehjelp	34	
5.5	Departementets vurdering	35	
5.5.1	Departementet vurdering av spørsmål om å lovfeste en særskilt rett til nødvendig helsehjelp for barn og unge med tiltak fra barnevernet	35	



DET KONGELIGE
HELSEDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 63

(2002–2003)

Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.

*Tilråding fra Helsedepartementet av 11. april 2003,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Bondevik II)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

Regjeringen legger med dette fram forslag til en styrking av pasientenes lovfestede rettigheter bl.a. i forhold til fritt sykehusvalg og individuelle frister for behandling. Forslagene er en oppfølging av regjeringens tiltredelseserklæring og forpliktelser i Sem-erklæringen.

I proposisjonen fremmer Helsedepartementet forslag om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) og lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven). Det foreslås endringer i pasientrettighetsloven §§ 2–1, 2–2, 2–4, 7–2 og 7–6. Videre foreslås det endring i folketrygdloven § 5–22. Som en konsekvens av disse forslagene foreslås det også noen mindre endringer i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven).

Bestemmelsen som gir pasientene rett til å velge sykehus, og som fremgår av pasientrettighetsloven § 2–4, unntar behandling innen barne- og ungdomspsykiatrien. På bakgrunn av blant andre Barneombudets høringsuttalelse, foreslår departementet at pasientrettighetsloven § 2–4 endres slik at barn og ungdom også får rett til å utøve fritt sykehusvalg innen psykiatrien. Det vil si at de får den samme rett til å velge på hvilket sykehus eller distriktpsikiatriske senter behandlingen skal foretas, som den som gjelder innen psykiatrien for øvrig.

Retten til fritt sykehusvalg omfatter etter gjeldende rett kun offentlige sykehus. Utvidelse av retten til fritt sykehusvalg til også å omfatte de private sykehusene som ikke er omfattet av ordningen etter gjeldende rett, vil kunne bidra til en bedre utnyttelse av den samlede kapasiteten i sykehussektoren. Dersom det er ledig behandlingsskapasitet i et privat sykehus på et område der det er ventelister innen den offentlig sykehussektoren, vil det bedre velferdstilbudet dersom pasienten får rett til å velge å benytte denne ledige kapasiteten fremfor å vente på et tilbud fra et offentlige sykehus. Dette vil på en bedre måte realisere pasientrettighetslovens målsetting om å gi befolkningen lik tilgang til helsetjenester på tvers av geografisk og administrativ inndeling. Hvis pasientene får flere sykehus og flere grupper sykehus å velge mellom, vil dette øke pasientenes opplevelse av å ha rett til medbestemmelse når det gjelder egen helse.

Den delen av det private tilbudet som ikke allerede omfattes av den lovfestede ordningen med fritt sykehusvalg, er ikke særlig stort i forhold til den totale sykehussektoren i Norge. Dersom det innlemmes i ordningen med fritt sykehusvalg, vil det allikevel kunne medføre en bedring av helsetilbudet for et ikke uvesentlig antall enkeltpasienter. Departementet mener at deres velferd må veie tungt i vurderingen. Det foreslås derfor at pasien-

rettighetsloven § 2–4 endres slik at ordningen med fritt sykehusvalg kan omfatte alle privat eide og drevne sykehus.

I høringsnotatet er det foreslått at pasientenes rett til fritt å velge private sykehus skal knyttes til de sykehusene de regionale helseforetakene inngår avtale med om fritt sykehusvalg. Dette er i samsvar med formålet med fritt sykehusvalg, som særlig er å utnytte den samlede kapasiteten i sykehussektoren på en bedre måte til pasientenes beste. Forslaget følges opp i lovforslaget ved at pasientrettighetsloven § 2–4 endres slik at ordningen med fritt sykehusvalg omfatter alle private sykehus som inngår avtale med de regionale helseforetakene om fritt sykehusvalg.

Dersom lovfesting av retten til å velge private sykehus skal medføre at pasientene får samme rett til å velge å bli behandlet på et privat sykehus uansett hvor i landet de bor, forutsetter det at det etableres et avtalesystem som ivaretar likebehandling av pasientene. Departementet mener at hensynet til pasientene tilsier at de regionale helseforetakene, så langt kapasitetsbehovet tilsier, bør vurdere en modell for samarbeid om inngåelse av avtaler med de samme sykehusene.

Retten til fritt sykehusvalg omfatter etter gjeldende rett poliklinisk virksomhet som drives i organisatorisk tilknytning til offentlige sykehus. Forslaget om at pasientrettighetsloven § 2–4 også skal omfatte private sykehus som har avtale med de regionale helseforetakene, vil i prinsippet si at den også vil omfatte poliklinisk virksomhet som drives i organisatorisk tilknytning til det enkelte private sykehuset. Poliklinisk virksomhet knyttet til private sykehus som ikke får driftstilskudd, finansieres imidlertid fullt ut ved pasientens egenandel. Virksomheten finansieres ikke ved statlig takstrefusjon. Det vil derfor neppe få noen særlig praktisk betydning for pasientene at retten til fritt sykehusvalg også omfatter poliklinisk virksomhet ved disse sykehusene.

Noen høringsinstanser som har pekt på at de private avtalespesialistene driver mye av samme type virksomhet som de offentlige poliklinikkene, har uttalt at det bør være aktuelt å gi pasientene en lovfestet rett til å velge avtalespesialist. Pasienten kan imidlertid selv velge hvilken privatpraktiserende avtalespesialist han ønsker å oppsøke. Sett fra et pasientståsted er det derfor vanskelig å se noen grunn til å innlemme avtalespesialistene i ordningen med fritt sykehusvalg.

De ti private virksomhetene som er godkjent som sykehus, men som ikke omfattes av ordningen med fritt sykehusvalg etter gjeldende rett, har pr. 15. mars 2003 tilsammen 96 senger.

Selv om det foreløpig er usikkert hvor stor pasientgruppe som får rett til nødvendig helsehjelp i samsvar med pasientrettighetsloven § 2–1, tyder foreliggende tall på at det er betydelige ulikheter både på regionalt nivå, mellom fylker og mellom sykehus. Ulik praktisering av prioriteringsforskriften fra helseregion til helseregion medfører at pasienter får ulik rettslig stilling overfor helsetjenesten avhengig av hvor i landet de bor. Etter departementets oppfatning er dette ikke i samsvar med målsettingen med vedtakelsen av pasientrettighetsloven. Dersom pasientrettighetsloven ikke virker etter sin hensikt, er det også en fare for at man ikke fullt ut oppnår målsettingen om å styrke pasientenes stilling overfor helsevesenet og gi svake grupper et maktmiddel til å oppnå grunnleggende helsetjenester. Dersom helsetjenesten ikke følger prioriteringsforskriften og praktiserer kriteriene for prioritering i tilstrekkelig grad, har ikke lovfesting av rett til nødvendig helsehjelp vært det bidraget til riktig prioritering av pasientene som var hensikten. Etter departementets oppfatning er det derfor en sentral utfordring å sørge for at prioriteringsforskriften praktiseres slik som forutsatt.

For å kunne nå målsettingen om at pasientenes stilling overfor helsetjenesten skal styrkes gjennom ordningen med rett til nødvendig helsehjelp, må pasienten kunne hevde sin rett overfor helsetjenesten. Etter departementets oppfatning forutsetter dette at pasienten er kjent med innholdet av rettigheten. Pasienten må både vite at han har rett til nødvendig helsehjelp og når retten kan kreves oppfylt. Formålet med lovfesting av pasientrettighetene var dels å øke pasientenes rettssikkerhet ved å gi dem bedre kunnskap om egne rettigheter gjennom klare og lettere tilgjengelige lovregler. I samsvar med dette bør pasientene enkelt kunne vurdere om de får en rettighet oppfylt eller ikke. Slik departementet ser det vil det være lettere å oppnå dette, dersom pasienten selv og henvisende lege får beskjed om innholdet av rettigheten, herunder når pasienten har krav på oppfyllelse.

Dersom fristen for helsevesenet til å oppfylle pasientens rett til nødvendig helsehjelp blir knyttet til et bestemt tidspunkt, vil pasientene ha et bedre utgangspunkt for å ivareta sine rettigheter. De vil ha et bedre grunnlag både når det gjelder å kreve oppfyllelse overfor helsevesenet og eventuelt ta kontakt med tilsynsmyndighetene eller fremme sak for domstolene for å få fastslått retten. Dermed vil retten til nødvendig helsehjelp kunne fungere som et virkemiddel som forsterker helsetjenestens motivasjon til å oppfylle pasientenes rettighet og bidrar til riktigere prioritering av pasienter innenfor gitte ressurser slik at de alvorligst syke får hjelp.

For å sikre oppfyllelse av pasientens rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten på en bedre måte, har departementet derfor foreslått å endre pasientrettighetsloven § 2–1 slik at spesialisthelsetjenesten pålegges å fastsette en konkret, individuelt vurdert frist for når retten til nødvendig helsehjelp senest skal være oppfylt. Fristen skal fastsettes på grunnlag av en skjønnsmessig medisinsk-faglig vurdering av pasientens tilstand med utgangspunkt i de vurderingskriterier som følger av prioriteringsforskriften.

Dersom pasientens rettighet ikke oppfylles innen utløpet av fristen, foreslår departementet at fristoverskridelsen skal ha som konsekvens at pasienten får en subsidiær rett til spesialisthelsetjeneste privat eller i utlandet. Gjennom endring av pasientrettighetsloven § 2–2 foreslås det at pasienten skal få informasjon om den fastsatte fristen. Det fo-

reslås at Rikstrygdeverket skal få som oppgave å fremskaffe det subsidiære tilbudet om spesialisthelsetjeneste.

Den utvidelsen av retten til nødvendig helsehjelp som foreslås, åpner for forenkling av regelverket for offentlig finansiering av behandling i utlandet. Det foreslås at bestemmelsen i folketrygdloven § 5–22 om bidrag til behandling i utlandet oppheves og at pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, men som det ikke finnes et adekvat behandlingstilbud for i Norge, skal få rett til spesialisthelsetjeneste i utlandet. Dessuten foreslås det også en administrativ forenkling ved at pasientbro til utlandet videreføres innenfor de regionale helseforetakenes generelle ansvar for å sørge for spesialisthelsetjeneste til befolkningen i helseregionen.

2 Bakgrunn for forslagene i proposisjonen

De forslagene som fremmes i odelstingsproposisjonen er en oppfølging av det som står i regjeringens tiltredelseserklæring om pasientenes rett til fritt sykehusvalg. I regjeringens tiltredelseserklæring står følgende om dette:

«Det frie sykehusvalg og den innsatsstyrte finansiering av sykehus skal utvides til også å omfatte private sykehus som har avtale med regionale helseforetak.»

Både forslaget om å lovfeste en utvidelse av pasientenes rett til fritt sykehusvalg og forslaget om å lovfeste at det skal fastsettes en konkret, individuell behandlingsfrist for pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp og å lovfeste hvilke rettigheter pasientene får dersom denne behandlingsfristen ikke overholdes av spesialisthelsetjenesten, er dessuten en oppfølging av ett av de velferdspolitiske målene som stilles opp i Sem-erklæringen. I Sem-erklæringen uttaler samarbeidsregjeringen at den vil:

- «la det frie sykehusvalg omfatte alle godkjente sykehus, også private,
- lovfeste pasienters rett til behandling innen individuelle frister fastsatt på medisinsk grunnlag. Dersom fristen ikke overholdes, skal pasienten tilbys behandling ved private institusjoner eller i utlandet for det offentliges regning, videreføre pasientbroen til utlandet.»

I Dokument nr. 8:24 (2001–2002) foreslo stortingsrepresentantene John I. Alvheim og Harald T. Nesvik å endre i pasientrettighetsloven § 2–1 slik at den fikk følgende ordlyd:

«Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten som skal gis innen en individuelt fastsatt medisinsk begrunnet frist. Dersom pasienten ikke får behandling fra spesialisthelsetjenesten innen fristens utløp, har pasienten, innen samme kostnadsramme, rett til behandling ved annen offentlig eller godkjent privat helseinstitusjon i riket eller i utlandet på det offentliges regning.

Helsetjenesten skal gi den som søker eller

trenger helsehjelp, de helse- og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.»

I Innst.O. nr. 23 (2001–2002) tilrådte sosialkomiteen at forslaget i Dok. nr. 8:24 ble vedlagt protokollen. I møte 21. februar 2002 vedtok Odelstinget at forslaget skulle vedlegges protokollen.

Ved høringsnotat 6. november 2002 sendte Helsedepartementet på høring forslag til endringer i pasientrettighetsloven. Det ble også foreslått endringer i folketrygdloven og spesialisthelsetjenesteloven. Høringsnotatet behandlet for det første utvidelse av pasientenes rett til fritt sykehusvalg, jf. pasientrettighetsloven § 2–4. For det andre behandlet høringsnotatet retten til å få helsehjelp privat og i utlandet for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, jf. pasientrettighetsloven § 2–1 og folketrygdloven § 5–22.

I høringsnotatet foreslo departementet at pasientenes rett til fritt sykehusvalg skal utvides til også å gjelde private sykehus som har avtale med de regionale helseforetakene om fritt sykehusvalg.

Videre foreslo departementet i høringsnotatet at det skal settes en individuell og konkret frist for når den enkelte pasient med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (rettighetspasient) skal få helsehjelp. Dersom fristen brytes, ble det foreslått at pasienten skal få en subsidiær rett til helsehjelp i privat spesialisthelsetjeneste innenlands eller til helsehjelp i utlandet.

I høringsnotatet foreslås det videre at et sentralt, statlig organ skal få som oppgave å skaffe pasienten et tilbud om oppfyllelse av den subsidiære retten til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det er holdt åpent for om det bør opprettes et nytt, statlig organ, eller om oppgaven skal legges til et eksisterende organ. Dersom man velger å legge oppgaven til et eksisterende organ, er Rikstrygdeverket og Sosial- og helsedirektoratet nevnt som aktuelle organer, men det er ikke konkretisert et forslag.

De foreslåtte lovendringene åpner også for samordning og forenkling av annet regelverk og andre ordninger som regulerer offentlig utgiftsdekning av behandling i utlandet. I høringsnotatet foreslås det at vurderingen av om en pasient har rett til behand-

ling i utlandet fordi det ikke finnes et adekvat behandlingstilbud i Norge, skal foretas etter pasientrettighetsloven. Videre foreslås det at ansvaret for pasientbroen til utlandet skal overføres til de regionale helseforetakene.

Høringsnotatet ble sendt til følgende adressater:

Afasiforbundet i Norge
 Akademikerne
 Ananke – Støtteforening for mennesker med tvangslidelser
 Angstringen
 Anorexia/Bulimia Foreningen
 Arbeidsgiverforeningen NAVO
 Aurora – Støtteforening for mennesker med psykiatrisk helseproblem
 Autismeforeningen i Norge
 Axess-klinikken
 Barneombudet
 Cerebral Parese foreningen
 Colosseum Klinikken
 Datatilsynet
 Den norske advokatforening
 Den norske jordmorforening
 Den Norske Krefttforening
 Den norske lægeforening
 Den norske tannlegeforening
 Departementene
 Drammen private sykehus
 Dysleksiforbundet
 Familieterapi Institutt
 FarmasiForbundet
 Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere
 Fellesorganisasjonen for små og sjeldne diagnosegrupper
 Forbundet mot stoffmisbruk
 Foreningen for Blødere i Norge
 Foreningen for hjertesyke barn
 Foreningen for Kroniske Smertepasienter
 Foreningen for Muskelsyke
 Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
 Huntingtons Sykdom
 Hørselshemmedes Landsforbund
 Interesseforeningen for LMBB syndrom
 Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser
 Kommunalansattes fellesorganisasjon (KFO)
 Kommunenes Sentralforbund
 Konkurransetilsynet
 Landets fylkeskommuner
 Landets fylkesleger
 Landets fylkesmenn
 Landets helseforetak
 Landets høyskoler
 Landets pasientombud

Landets regionale helseforetak
 Landets universiteter
 Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende
 Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
 Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte
 Landsforeningen for Pårørende innen psykiatri
 Landsforeningen for trafikkskadde i Norge
 Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer
 Landsorganisasjonen (LO)
 MBD og Tourette foreningen
 Medi 3
 Mental Helse Norge
 Multipel Sklerose Forbundet i Norge
 Norges Astma- og Allergiforbund
 Norges Blindeforbund
 Norges Diabetesforbund
 Norges Døveforbund
 Norges Fibromyalgiforbund
 Norges Handikapforbund
 Norges Parkinsonforbund
 Norges Røde Kors Landsforening
 Norsk Audiografforbund
 Norsk Bioingeniørforbund
 Norsk cøliakiforening
 Norsk Epilepsiforbund
 Norsk Ergoterapeutforbund
 Norsk Forbund for Psykisk Utviklingshemmede
 Norsk Forening for Analtresi
 Norsk Forening for Cystisk Fibrose
 Norsk forening for kliniske ernæringsfysiologer
 Norsk Forening for Nevrofibromatose
 Norsk Forening for Osteogenesis Imperfecta
 Norsk forening for Stomi- og Reservoaropererte
 Norsk Forening for Tuberas sklerose
 Norsk forskerforbund
 Norsk Helse- og Sosialforbund
 Norsk helsesekretærforbund
 Norsk Homeopatisk pasientforening
 Norsk Hypothyreoseforening
 Norsk interesseforening for kortvokste
 Norsk interesseforening for stamme
 Norsk kommuneforbund
 Norsk landsforening for Laryngectomerte
 Norsk Narkolepsiforening
 Norsk Osteopatforbund
 Norsk pasientforening
 Norsk pasientskadeerstatning
 Norsk psoriasisforbund
 Norsk psykoanalytisk forening
 Norsk Radiografforbund
 Norsk Revmatikerforbund
 Norsk Sykepleierforbund
 Norsk Tourette Forening

Norske Foterapeuters forbund	Klagenemnda for bidrag til behandling i utlandet
Norske Fysioterapeuters forbund	Konkurransetilsynet
Norske Kvinners Sanitetsforening	Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke
Omnia sykehus	Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri
Private helseinstitusjoners landsforbund	Landsforeningen for trafikkskadde
Psykisk helse	Landsorganisasjonen i Norge
Pårørendeforeningene for aldersdemente	Norges Blindeforbund
Rikstrygdeverket	Norges Handikapforbund
Ringvollklinikken	Norges Ingeniørorganisasjon
Ryggforeningen i Norge	Norsk Forbund for Utviklingshemmede
Ryggmargsbrokk foreningen	Norsk Kommuneforbund
Rådet for funksjonshemmede	Norsk Pasientforening
Sametinget	Norsk psykologforening
Servicenæringens hovedorganisasjon	Norsk Sykepleierforbund
SINTEF Unimed	Norsk Thyreoideaforbund
Sosial- og helsedirektoratet	Omnia Sykehus
Spesialist Helse Senteret	Oppland fylkeskommune
Statens eldreråd	Oslo kommune
Statens helsetilsyn	Pasientombudet i Akershus
Stiftelsen for helsetjenesteforskning (HELTEF)	Pasientombudet i Nord-Trøndelag
Støtteforeningen for kreftsyke barn	Psykiatrien i Vestfold
Turner Syndromforeningen Norge	Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag HF
Vestlandske Blindeforbund	Psykisk helsevern Østfold HF
Volvat Medisinske Senter as	Rikstrygdeverket
We shall overcome	Røntgeninstituttens Fellesorganisasjon
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund	Sametinget
	Sanderud sykehus HF
Høringsfristen ble satt til 6. januar 2003. Følgende instanser avga realitetsuttalelse:	Sosial- og helsedirektoratet
Arbeids- og administrasjonsdepartementet	Sosialdepartementet
Autismeforeningen i Norge	Statens helsetilsyn
Barneombudet	Sunnaas sykehus HF
Buskerud fylkeskommune	Sykehuset Buskerud HF
Den norske lægeforening	Sykehuset Østfold HF
Det norske radiumhospital HF	Ullevål universitetssykehus HF
Farmasiforbundet	Universitetet i Bergen
Foreningen for Kroniske Smertepasienter	Universitetssykehuset Nord-Norge
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon	Utenriksdepartementet
Fylkeslegen i Akershus	Vest-Agder sentralsykehus
Fylkeslegen i Buskerud	Volvat medisinske senter
Fylkeslegen i Nordland	Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund
Fylkeslegen i Rogaland	Østfold fylkeskommune
Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon	
Helse Bergen HF	Følgende instanser uttalte at de ikke hadde merknader, eller meldte tilbake at de ikke ville gi uttalelse om saken:
Helse Finnmark	Barne- og familiedepartementet
Helse Nord RHF	Datatilsynet
Helse Sør RHF	Forsvarsdepartementet
Helse Øst RHF	Fylkesmannen i Oslo og Akershus
Helse-Nord-Trøndelag HF	Fylkesmannen i Vestfold
Helsetilsynet i Hedmark	Kommunal- og regionaldepartementet
Helsetilsynet i Hordaland	Landbruksdepartementet
Helsetilsynet i Møre og Romsdal	Miljøverndepartementet
Helsetilsynet i Oslo	NAVO
Hålogalandssykehuset	Norsk Presseforbund
Justis- og politidepartementet	

Nærings- og handelsdepartementet
Samferdselsdepartementet
Utdannings- og forskningsdepartementet

De aller fleste høringsinstansene er meget positive til forslagene. Mange peker på at forslagene styrker pasientenes stilling og at lovfesting av individuelle rettigheter er et viktig virkemiddel til å sikre pasientene en rimelig forutsigbarhet i forhold til behandling. Noen peker på forslagene som en logisk konsekvens av statens overtakelse av ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Andre peker på at forslagene vil gjøre det enklere for både pasienter og leger å forholde seg til lovverket på dette området. Mange høringsinstanser peker på at det er problematisk at prioriteringsforskriften ikke følges tilstrekkelig opp i praksis. Men en del høringsinstanser hadde i tillegg merknader til enkelte detaljer i forslagene, som er nærmere omtalt nedenfor.

I høringsnotatet er det presisert at forslagene bygger på gjeldende finansieringsordning. Det samme gjelder forslagene i denne odelstingsproposisjonen. I den grad oppfølgingen av Hagenutvalgets utredning i NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten, medfører at finansieringsordningen endres på en slik måte at dersom noen av forutsetningene for forslagene i denne odelstingsproposisjonen endres, må dette tas opp i forbindelse med oppfølgingen av utvalgets utredning.

Ved behandlingen av St.meld. nr. 31 (2000–2001) Kommune, fylke, stat – en bedre oppgavefordeling, besluttet Stortinget at regional statsforvaltning skulle omorganiseres, jf. Innst. S. nr. 307 (2000–2001). Dette innebærer blant annet at fylkeslegeembetene og Statens utdanningskontorer fra 1. januar 2003 er integrert i fylkesmannsembetene. Fylkeslegene som egne forvaltningsorganer består derfor ikke lenger. Som embetsmenn og ledere av de nye helseavdelingene hos fylkesmennene, skal imidlertid fylkeslegene fortsatt ha betegnelsen «fylkeslege».

Den omforente myndighetsfordelingen mellom fylkeslegen som tilsynsmyndighet underlagt Statens helsetilsyn og som leder for den nye helseavdelingen hos fylkesmannen, fremgår av Ot. prp. nr. 105 (2001–2002) Om lov om endringer i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover, jf. Innst. O. nr. 18 (2002–2003) og Besl. O. nr. 20 (2002–2003). Endringene ble vedtatt i Stortinget 5. desember 2002 og trådte i kraft 1. januar 2003.

Regional tilsynsmyndighet etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30. mars 1984 nr. 15 (tilsynsloven) skal fortsatt ligge direkte til fylkeslegen. Det er på denne bakgrunn behov for å tydeliggjøre i alt regelverk som omhandler fylkeslegens oppgaver, hvilke oppgaver som skal tilligge fylkeslegen som tilsynsmyndighet underlagt Statens helsetilsyn, og hvilke oppgaver som skal ligge til fylkesmannen. For at gjeldende regelverk skal bli i overensstemmelse med den vedtatte myndighetsfordelingen, må det foretas endringer i diverse lover og forskrifter hvor «fylkeslegen» er benyttet som myndighetsbetegnelse, og hvor dette må endres enten til «fylkesmannen» eller til «Helsetilsynet i fylket», alt avhengig av hvilken del av helseavdelingens myndighetsområde det skal vises til i den aktuelle bestemmelse. Departementet har derfor i dag fremlagt en egen odelstingsproposisjon med forslag til slike lovendringer. De foreslåtte lovendringer får ikke betydning for lovforslaget i her-værende odelstingsproposisjon.

Departementet viser imidlertid til at enkelte fylkesleger i sine høringsuttalelser til det høringsnotat som ligger til grunn for herværende proposisjon, har benyttet de nye betegnelsene som redegjort for ovenfor. Ved gjengivelse av disse høringsuttalelsene i proposisjonen har departementet for oversiktens skyld valgt å videreføre den betegnelse som fylkeslegen selv har benyttet. For øvrig har imidlertid departementet benyttet den betegnelse som pr. i dag følger av gjeldende lovverk, altså henholdsvis betegnelsen fylkeslegen eller Fylkeslegen i X-fylke.

3 Forholdet til EØS-avtalen

EØS-avtalen begrenser i utgangspunktet ikke statenes kompetanse til å organisere sine helsevesen og utforme lovgivning knyttet til dette. Staten kan altså fritt bestemme hvem som skal motta helsetjenester, hvilke ytelser som skal gis og på hvilke vilkår de skal ytes. Denne kompetansen må imidlertid utøves i overensstemmelse med EØS-avtalens regler. De senere årene har det kommet flere avgjørelser fra EF-domstolen som bidrar til å avklare hvordan reglene om fri bevegelighet skal anvendes på helse-tjenester finansiert av offentlige ordninger. Disse avgjørelsene har også betydning for hvordan de tilsvarende reglene i EØS-avtalen skal forstås, jf. EØS-avtalen artikkel 6. Bestemmelser i EØS-avtalen som tilsvarer bestemmelser i fellesskapsretten, tolkes i samsvar med relevante rettsavgjørelser fra EF-domstolen.

EF-domstolen fant i Kohll-avgjørelsen og Decker-avgjørelsen i 1998 at krav til forhåndsgodkjen-nelse for dekning av utgifter til tannbehandling i utlandet, var i strid med reglene om fri bevegelighet for tjenester, og at forhåndsgodkjen-nelse for dekning av utgifter til kjøp av briller i utlandet, var i strid med reglene om fritt varebytte. De to avgjørel-sene angår direkte bare krav på ytelser i form av pengestønad. Det ble i avgjørelsene holdt åpent for at krav til forhåndsgodkjen-nelse kunne være tillatt i andre sammenhenger. Det var derfor uklart hvil-ken betydning disse avgjørelsene hadde for ytelse av sykehus-tjenester og for dekning av utgifter til slike tjenester i helsevesen hvor pasienten har krav på helsetjenester som sådan og ikke pengestønad til å dekke utgifter til slike tjenester. Smith og Peer-booms avgjørelsen fra 2001 bidro til å avklare dette. I tillegg bidrar Vanbraekel-avgjørelsen til å avklare enkelte spørsmål knyttet til Rådsforordning 1408/71 (EØF) artikkel 22 og dens forhold til reglene om fri bevegelighet av tjenester.

EØS-avtalens regler har innflytelse på hvordan norsk helselovgivning kan utformes. Innholdet i disse reglene vil i praksis kunne sette grenser for lovgivers og bevilgende myndighets muligheter til å utforme systemer og regelverk for helsevesenet. Nedenfor knyttes det noen kommentarer til de rammene som disse reglene setter for utforming av reglene om spesialisthelsetjenesten. Avgjørelsene fra EF-domstolen angår systemer som avviker fra norsk helsevesen på flere punkter. Videre reiser

EØS-avtalen flere spørsmål som ikke kan sies å være endelig avklart. Den senere tidens avgjørelser fra EF-domstolen kan også sies å reise nye spørsmål uten å besvare dem. Det er derfor vanskelig å gi en fullstendig oversikt over EØS-avtalens innflytelse på dette området, og det er nødvendig å være varsom med å trekke konklusjoner da dette området fortsatt er i utvikling.

Sykehus-tjenester er å betrakte som tjenester underlagt EØS- og fellesskapsretten selv om de fullt ut finansieres og drives av det offentlige. EF-domstolen går i Smith og Peerbooms-saken langt i å akseptere restriksjoner i nasjonal lovgivning når det gjelder fri bevegelighet av sykehus-tjenester. Det er flere hensyn som kan begrunne slike restriksjoner. Blant disse finner vi hensynet til økonomisk likevekt i finansiering av helsetjenestene, herunder behovet for kostnadskontroll og hensynet til å opprettholde kompetanse og tjenestetilbud i helsevesenet med tilbud til alle. Forutsetningen for at restriksjoner kan aksepteres, er at de er egnet til å ivareta det aktuelle hensynet og at de ikke er mer tyngende enn nødvendig. Dette vil måtte vurderes konkret for den enkelte restriksjon. På bakgrunn av Smith og Peerbooms-avgjørelsen er det imidlertid mulig å peke på noen forhold som trolig ikke vil kunne aksepteres under unntakene som kan begrunne restriksjoner i den frie bevegeligheten av tjenester.

Det er lite sannsynlig at restriksjoner som diskriminerer mellom tjenesteytere på bakgrunn av nasjonalitet vil kunne forsvares. De hensynene som domstolen påpeker som mulige begrunnelser for restriksjoner synes i de fleste tilfeller å kunne forsvare systemer som forutsetter forhåndsgodkjen-nelse før det offentlige dekker utgifter til behandling i utlandet utenfor det etablerte helsevesenet. Det settes imidlertid rammer for hvordan slike systemer kan utformes. Vilråene for å få forhåndsgodkjen-nelse må bygge på ikke-diskriminerende objektive kriterier som er kjent på forhånd og setter rammer for det offentliges skjønnsutøvelse slik at vilkårlig saksbehandling hindres. Systemet som behandler søknader om forhåndsgodkjen-nelse må administreres slik at det er lett tilgjengelig for søkerne og sikrer objektiv og upartisk behandling innen rimelig tid. Avslag må kunne prøves for retten.

I tillegg til disse generelle kravene til systemet, synes to grenser for det materielle innholdet i reglene for forhåndsgodkjennelse å være aktuelle. Dersom det settes krav til dokumentasjon av behandlingens nytte etter mønster av det krav som settes i nederlandsk rett, nemlig at behandlingen er sedvanlig i legekretser, vil man trolig ikke kunne bygge på nasjonal praksis. Et slikt krav må trolig vise til hva som er dokumentert i internasjonal medisin. Det andre forholdet som vel kan sies å utgjøre en materiell grense for når avslag på søknad om forhåndsgodkjennelse kan gis, knytter seg til pasientens ventetid. Dersom behandlingen ikke kan ytes rettidig i det etablerte systemet, må forhåndsgodkjennelse gis. Hva som nærmere ligger i dette kravet er noe usikkert, men det er nok en forutsetning at pasienten i utgangspunktet har rett til behandling etter nasjonale regler.

I Vanbraekel-avgjørelsen er det i hovedsak tre forhold som bør fremheves. For det første vil godkjennelser til å reise til utlandet for å motta behandling kunne være godkjennelser i Rådsforordning 1408/71 artikkel 22 sin forstand, selvom godkjennelsen er gitt etter en regel i nasjonal rett som ikke bygger på eller implementerer rådsforordningen.

For det annet fastslår domstolen i Vanbraekel-avgjørelsen at pasienter som urettmessig får avslag på søknad om godkjennelse etter artikkel 22 har krav på dekning av sine utgifter til behandling i utlandet som om godkjennelse var gitt, dersom det senere fastslås at godkjennelse skulle vært gitt.

Det tredje forholdet som bør nevnes er at personer som får forhåndsgodkjennelse til dekning av utgifter til behandling i utlandet, skal ha supplerende ytelse etter takstene i bostedslandet dersom disse er høyere enn det som dekkes etter reglene i staten hvor behandlingen ytes (gitt at pasienten har måttet dekke utgifter selv på behandlingsstedet, for eksempel egenandel). Grunnlaget for dette er ikke Rådsforordning 1408/71 artikkel 22, men reglene om fri bevegelighet av tjenester. Vanbraekel angår en så spesifikk situasjon at det muligens kan knyttes noe usikkerhet til om dette siste momentet har generell anvendelse.

Norske myndigheter står etter dette relativt fritt til å utforme sine regler om tilgang til spesialisthelsetjenester i utlandet, men EØS-retten vil i enkelte tilfeller sette skranker for nasjonale myndigheters kompetanse også her.

4 Fritt sykehusvalg

4.1 Innledning

4.1.1 Formålet med fritt sykehusvalg etter gjeldende rett

Pasientrettighetsloven har som formål å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helse-tjenesten. Formålet er videre å øke pasientenes rettssikkerhet ved å gi dem bedre kunnskap om egne rettigheter gjennom klare og lett tilgjengelige lovregler. Dessuten er rettighetsfestingen ment å styrke behandlingstilbudet gjennom å være et virkemiddel for styring og god ressursbruk som sikrer at nasjonale prioriteringer blir fulgt.

En av disse rettighetene er retten til fritt sykehusvalg. Bakgrunnen for forslaget om innføring av fritt sykehusvalg i Ot. prp. nr. 12 (1998–99) var blant annet køene i spesialisthelsetjenesten og ventetiden for pasientene. I tillegg kunne pasientens bostedsfylke være avgjørende for hvor lang ventetiden ble for den enkelte pasient.

Ordningen med rett til fritt sykehusvalg skal for det første bidra til å utjevne ventetiden og optimalisere ressursutnyttelsen i sykehussektoren. Ved å gi pasientene en rett til å etterspørre sykehustjenester i hele riket, på tvers av helseregionene, motvirker man at geografisk og administrativ inndeling og organisatorisk ansvarsfordeling fører til at ledige ressurser ikke blir utnyttet. Pasientrettighetsloven § 2–4 skal bidra til å fjerne geografiske grenser som barriere for en hensiktsmessig og god ressursutnyttelse. Ledig kapasitet ved sykehus i en del av landet kan utnyttes av pasienter fra andre landsdeler.

For det andre er formålet med å gi pasientene rett til å velge hvilket sykehus de skal behandles på, å øke deres mulighet til medbestemmelse på helseområdet. Det å gi pasientene rettigheter overfor sykehusene, er ett av elementene i styringen av sykehusene. Når pasientene kan velge bort sykehus, må sykehusene over tid tilpasse seg etterspørselen fra pasientene og de endringene som skjer i etterspørselen. Det vil si at sykehus blir bedre til å etterkomme pasientenes ønsker og behov, både når det gjelder kvalitet og effektivitet i tjenesteytingen for øvrig. Pasientrettighetslovens bestemmel-

ser om fritt sykehusvalg i § 2–4 har således som mål å forene likhetsverdiene med økt valgfrihet og samtidig ivareta hensynet til geografisk fordeling og behovet for å planlegge tjenestetilbudet.

4.1.2 Formålet med forslaget om å utvide fritt sykehusvalg til å omfatte private sykehus

Forslaget om å utvide pasientenes rett til fritt sykehusvalg til å omfatte en rett til å velge private sykehus, vil støtte opp om det generelle formålet i pasientrettighetsloven og formålet med bestemmelsen om rett til fritt sykehusvalg som omtalt over.

Det spesifikke formålet med utvidelsen er for det første en bedre utnyttelse av kapasitet i den samlede sykehussektoren. Ledig kapasitet i den private delen av sykehussektoren skal kunne komme pasientene til gode. Dersom det finnes ledig kapasitet i en privat sykehusvirksomhet, som de kan ha nytte av, skal pasientene ved å velge dette tilbudet kunne få behandling raskere. For det andre er formålet med forslaget å øke pasientenes valgmuligheter og dermed øke retten til medbestemmelse når det gjelder hvor behandlingen skal foregå. Pasienter som ønsker det, skal kunne velge mellom offentlig og privat helsetjeneste der det finnes et aktuelt privat tilbud.

4.2 Gjeldende rett og praksis

4.2.1 Den lovbestemte ordningen med fritt sykehusvalg

Etter pasientrettighetsloven § 2–4 har pasientene en selvstendig rett til å velge hvilket offentlige sykehus eller distriktpsykiatriske senter i Norge som skal undersøke og behandle dem. Helsedepartementet har lagt til grunn at offentlige poliklinikker som er en organisatorisk del av et sykehus, også er omfattet av bestemmelsen om fritt sykehusvalg. Retten til fritt sykehusvalg omfatter derimot ikke øyeblikkelig hjelp.

Ordningen gjelder fullt ut innen somatikken og er uavhengig av diagnose eller hva slags behandling som er aktuell for pasienten. Ordningen gjel-

der likeledes innen psykiatrien, dog med unntak av barne- og ungdomspsykiatrien.

Valgretten foreligger allerede når henvisningen foretas av primærlegen og gjelder både undersøkelse, behandling og opphold. Pasientene kan velge sykehus på alle trinn av behandlingen. Det vil si at de f.eks. kan la seg undersøke ved ett sykehus, få utført en operasjon ved et annet sykehus og motta rehabilitering ved et tredje sykehus. Pasienten kan også utøve valgretten mens behandlingen pågår. Det vil si at pasienten har rett til å skifte sykehus. I slike tilfeller må helsepersonell kunne vurdere om det er medisinsk forsvarlig å avbryte behandlingen. Pasienter som benytter retten til fritt sykehusvalg, kan bestemme hvor behandlingen skal skje men ikke nivået på behandlingen.

Pasientenes valgrett omfatter etter gjeldende rett kun offentlige sykehus. For å komme inn under begrepet «sykehus» må institusjonen være godkjent som sykehus av nasjonale helsemyndigheter med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven eller den tidligere gjeldende lov 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus m.v. (sykehusloven).

Etter at staten overtok sektoransvaret for spesialisthelsetjenesten og eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene, eies sykehusene av de regionale helseforetakene. Sykehusene er omdannet til helseforetak. Et helseforetak kan eie ett eller flere sykehus. Det rettslige begrepet «sykehus» er derfor ikke identisk med det rettslige begrepet «helseforetak». Et sykehus i pasientrettighetslovens forstand vil, etter departementets vurdering, være den fysiske og organisatoriske enheten som etter sykehuseierens beslutning er ett sykehus.

Da pasientrettighetslovens bestemmelser om fritt sykehusvalg ble vedtatt, ble det forutsatt i forarbeidene at begrepet «offentlig sykehus» omfattet mer enn sykehus eid og drevet av det offentlige. Det ble forutsatt at det i tillegg omfattet privateide sykehus som inngikk i regionale helseplaner og fikk driftsutgiftene helt eller delvis dekket av fylkeskommunen. Disse sykehusene inngikk i fylkeskommunens samlede helsetilbudet til befolkningen og har i lang tid vært en del av det offentlig finansierte helsetilbudet og har bidratt til å oppfylle det offentliges ansvar for å yte helsetjenester til befolkningen. Pasientene ble innlagt og behandlet ved disse sykehusene uten selv å betale for behandlingen, på samme måte som om de ble innlagt ved fylkeskommunalt eller statlig eide sykehus. I og med at disse sykehusene etter pasientrettighetsloven ble definert som «offentlige sykehus», hadde pasientene også rett til å velge å bli undersøkt og behandlet der etter ordningen med fritt sykehusvalg.

De overfor omtalte private sykehusene eies og drives av organisasjoner som har en ideell målset-

ting og som derfor ikke har drevet sykehusvirksomhet på kommersiell basis. Eksempler på slike sykehus er Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmets sykehus, Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus, Lillehammer sanitetsforenings revmatismesykehus, Hospitalet Betanien og Haraldsplass diakonale sykehus. Den offentlige finansieringen av disse sykehusene baserte seg på avtaler mellom fylkeskommunen og sykehusets eier om driftstilskudd. Etter den statlige overtakelsen av sykehusene har de regionale helseforetakene trått inn i fylkeskommunenes avtaler med de private sykehusene.

Pasientrettighetsloven ble ikke ansett å være til hinder for at andre private sykehus som ble omfattet av regionale helseplaner også inngikk i ordningen fritt sykehusvalg. Dette er nærmere omtalt i rundskriv I-53/2000 fra Helsedepartementet.

Med hjemmel i den tidligere gjeldende § 5–3 tredje ledd i spesialisthelsetjenesteloven vedtok departementet at Feiringklinikken og Hjertesenteret skulle være inkludert i det frie sykehusvalget.

Den lovpålagte ordningen med fritt sykehusvalg medfører at de sykehusene som er omfattet av ordningen, er forpliktet til å ta imot alle pasienter som velger seg til sykehuset. Det gjelder selv om det regionale helseforetaket, som eier eller har avtale med sykehuset, ikke har ansvar for å sørge for spesialisthelsetjeneste til den aktuelle pasienten.

I forbindelse med statlig overtagelse av de fylkeskommunale sykehusene ble bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven om regionale helseplaner opphevet. Likeledes ble bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven om offentlig finansiering av privateide sykehus gjennom driftstilskudd opphevet. Disse lovendringene hadde ikke til hensikt å innskrenke pasientenes rett til fritt sykehusvalg. I og med at det ikke lenger finnes en lovforankret definisjon av begrepet «offentlig sykehus», er det imidlertid etter gjeldende rett mer uklart hvordan bestemmelsen om fritt sykehusvalg i pasientrettighetsloven er å forstå i forhold til hvilke privateide sykehus pasientene har rett til å velge. Når bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 2–4 nå foreslås endret slik at pasientene kan velge alle private sykehus som har avtale om fritt sykehusvalg med de regionale helseforetakene, vil denne uklarheten forsvinne.

4.2.2 Den avtalebaserte ordningen med fritt sykehusvalg

I tillegg til den lovpålagte ordningen med fritt sykehusvalg som er omtalt over, har enkelte regionale helseforetak inngått avtaler med private sykehus, som ikke inngår i det offentlige tjenestetilbudet, om

at pasienter i vedkommende helseregion kan velge å bli behandlet ved vedkommende private sykehus. Pasientene har imidlertid ikke et lovhjemlet krav på å kunne velge ett av disse sykehusene. De er avhengige av at det regionale helseforetaket opprettholder tilbudet om at pasientene fritt kan velge kommersielle sykehus.

Helse Vest RHF og Helse Øst RHF hadde i 2002 avtaler med Axess, Omnia og Volvat. Sykehuset Østfold HF har i tillegg en avtale med Ringvoll-klinikken. Helse Sør RHF har avtaler med Drammen Private sykehus, Axess, Omnia og Volvat. Helse Midt-Norge RHF har avtaler med Medi 3, Axess, Omnia og Volvat. Helse Nord RHF har ingen avtaler med private sykehus. Disse avtalene gir pasientene i de ulike regionene ulik rett til å velge et privat sykehus.

4.2.3 Organiseringen av ordningen med fritt sykehusvalg

I forbindelse med at bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 2–4 om rett til fritt sykehusvalg trådte i kraft, etablerte departementet, i samarbeid med Sintef-Unimed, et eget nettsted for fritt sykehusvalg (www.sykehusvalg.net). Her vises de historiske ventetidene for et utvalg av de vanligste inngrepene ved landets sykehus. Det er pr. i dag angitt ventetider for 35 prosedyrer. Leger og pasienter kan selv gå inn på nettet og finne ventetider. Leger som ikke er tilknyttet Internett får i dag en papirversjon som oppdateres tre ganger i året. Det er allikevel et problem at mange primærleger ikke har tilgang til Internett, og at de derfor ikke får oppdatert informasjon. Det er også mulig å ringe et grønt nummer som er betjent av regionale koordinatorene for å få informasjon om ordningen med fritt sykehusvalg og ventetider.

Departementet har et arbeid i gang med å profesjonalisere nettstedet. I St.prp. nr. 1 (2001–2002) varsles opprettelsen av en nasjonal enhet for fritt sykehusvalg. Hovedmålsettingen er todelt. For det første skal enheten bidra til at pasienter og henvisende leger enkelt får tilstrekkelig informasjon til å kunne benytte seg av retten til fritt sykehusvalg. For det andre skal dette bidra til samlet å bedre ressursutnyttelsen i helsevesenet. Sosial- og helsedirektoratet arbeider med å etablere en nasjonal enhet for fritt sykehusvalg hvor siktemålet er at pasienter på venteliste skal kunne ivareta sin rett til å velge behandlingssted ut fra både kvalitet og ventetid. Skal pasientene reelt kunne benytte rettigheten, må de ha tilgang til kvalitetsikrede data om erfarne (historiske) ventetider og forventet fremtidig ventetid. Informasjonstelefonen som betjenes av de

regionale helseforetakene, vil være helt sentrale i videre drift og utvikling av tjenesten. De regionale koordinatorene har både helsefaglig bakgrunn og kjennskap til regionenes behandlingssteder. Den nye enheten skal supplere dette arbeidet, sørge for nasjonal koordinering og bedre integrasjon med alle relevante data gjennom ulike kanaler. Den elektroniske formidlingen gjennom Internettstedet vil være sentral her. Sosial- og helsedirektoratet arbeider også sammen med departementet og de regionale helseforetakene med utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer. En tenker seg en trinnvis utvikling, hvor antall indikatorer og omfanget av registreringer øker gradvis.

Den nasjonale enheten skal ha det operative ansvaret for å formidle og koordinere informasjon som er nødvendig for at ventelistepasienter og henvisende leger skal kunne benytte retten til fritt sykehusvalg.

Enheten planlegges lansert i mai 2003. Nettstedet vil blant annet inneholde følgende informasjon:

- Veiledere, både om retten til fritt sykehusvalg, bruk av tjenesten og nærmere opplysninger om informasjonsgrunnlaget.
- Ventetider på elektiv behandling ved offentlige sykehus for et utvalg av behandlinger,
 - historiske ventetider basert på materiale fra Norsk Pasientregister
 - forventet fremtidig ventetid basert på data som samles inn av de regionale koordinatorene.
- Kvalitetsindikatorer for sykehus etter hvert som disse blir gjort tilgjengelige.

Nettstedet vil foreløpig ikke inneholde data om psykiatri eller private behandlingssteder.

4.2.4 Pasientenes utøvelse av retten til fritt sykehusvalg

Det er registrert ca. 3.600 pasienter i Norsk Pasientregister som fritt sykehusvalgspasienter. Registrering av slike pasienter er ikke obligatorisk. Vi må derfor kunne regne med at det reelle antallet ligger høyere. Selv om man ikke kan fastslå at ordningen med fritt sykehusvalg har ført til betydelige endringer av pasientstrømmene på tvers av de geografiske og administrative grensene, har endringene med høy grad av sannsynlighet ført til bedre kapasitetsutnyttelse og antagelig forbedret helsesituasjonen for et betydelig antall enkeltpersoner.

Departementet har innhentet opplysninger fra SINTEF som har analysert pasientstrømmer for planlagte opphold på tvers av regiongrenser til regionsykehus og på tvers av fylkesgrenser til andre

sykehus. I denne sammenheng brukes begrepet «grensepasientopphold» om planlagte sykehusopphold hvor pasienten enten er hjemmehørende i annet fylke dersom oppholdet er registrert ved et sentral- eller lokalsykehus, eller er hjemmehørende i en annen helseregion dersom oppholdet er registrert ved et regionsykehus.

Det er en økning på 9.504 grensepasientopphold fra 2000 til 2001. Dette er en økning på 26.4% og dermed godt over den generelle veksten i antall planlagte opphold. I 2001 er det registrert til sammen 45.545 grensepasientopphold. Det tilsvarende tallet for 2000 er 36.041.

Blant regionsykehusene er det Rikshospitalet og Radiumhospitalet som har størst økning av pasienter utenfra egen region. Denne økningen kan ha sammenheng med sykehusenes nasjonale funksjoner. Blant de mindre sykehusene, er det noen få sykehus som ser ut til å være aktive for å skaffe flere pasienter. Dette gjelder bl.a. Diakonhjemmet, Bærum sykehus og Ringerike sykehus.

Økningen i antallet grensepasientopphold kan således ha flere årsaker enn fritt sykehusvalg, men det kan antas at ordningen har medført økt pasientflyt som indikerer en bedre samlet kapasitetsutnyttelse og dermed bedre tilgjengelighet for pasientene. Det er grunnlag for å anta at fritt sykehusvalg, sammen med tiltak for å bedre kapasitetsutnyttelsen initiert fra sektoren, har ført til at sykehus som av beredskapsgrunner har ledig kapasitet, avlaster de større sykehusene i behandling av enkelte pasientgrupper.

De foreliggende opplysningene viser at den økte kapasitetsutnyttelsen har en sentraliserende effekt. En stor del av økningen skjer i tilknytning til de private sykehusene i Oslo-området og St. Olavs hospital (tidligere Regionsykehuset i Trondheim). Det er imidlertid også andre sykehus som behandler flere pasienter utenfra enn tidligere. En viktig del av økningen i pasientflyt knytter seg til de private sykehusene som omfattes av ordningen med fritt sykehusvalg. Særlig gjelder dette for HDG sykdommer i sirkulasjonsorganene (hjerne/karlidelser m.v.). På dette området kan vi regne med at kombinasjonen fritt sykehusvalg og private behandlingstilbud har ført til bedre tilgjengelighet.

Lovfesting av fritt sykehusvalg har gitt pasientene større valgfrihet og bedre rettigheter overfor sykehus. Skal valgfriheten bli en realitet, er det nødvendig at forholdene legges til rette for at alle pasienter får anledning til å benytte den rettigheten de har fått. Her har primærlegene et ansvar for å legge til rette for at deres pasienter blir oppmerksomme på muligheten for å forkorte ventetiden gjennom å velge et annet sykehus og for å hjelpe dem med å

undersøke hvilke muligheter som finnes og hvor ventetiden er kortest. Som nevnt foran, er det både et potensiale for økt bruk av tilgjengelig informasjon og for bedring av informasjonen. Det antas derfor at ordningen med fritt sykehusvalg har et større potensiale for å utnytte ledig kapasitet i sykehussektoren enn det den foreløpig har ført til.

4.3 Forslaget i høringsnotatet

Selvom det ikke kunne påvises at noe stort antall pasienter hadde benyttet seg av sin rett til fritt å velge sykehus det første året etter at ordningen trådte i kraft, påpekte departementet i høringsnotatet at ordningen hadde hatt en påviselig effekt. For det første må man kunne regne med at ordningen førte til noe bedre utnyttelse av kapasiteten på tvers av de geografiske og administrative grensene i den offentlige sykehussektoren. Dessuten må man kunne regne at ventetiden har blitt forkortet for de pasientene som har benyttet valget. Selvom det ikke dreier seg om et stort antall pasienter sett i forhold til det antall som mottar behandling på sykehus hvert år, pekte departementet på betydningen av at helsesituasjonen ventelig var blitt forbedret for et betydelig antall enkeltpersoner.

Departementet kom til at man kan fastslå at ordningen virket allerede det første året og at den ventelig vil få større betydning ettersom den blir bedre kjent og ventetidsinformasjonen blir bedre, slik at pasienter og primærlegene i større grad tar den i bruk. På denne bakgrunn foreslo departementet i høringsnotatet at ordningen utvides til også å omfatte private sykehus. Nærmere bestemt at den utvides til å omfatte private sykehus som ikke allerede er omfattet av ordningen, gitt at de inngår avtale om fritt sykehusvalg med de regionale helseforetakene. De sykehusene som ikke er omfattet av ordningen etter gjeldende rett, vil i praksis si de sykehus som drives kommersielt, og som ikke er eid av ideelle organisasjoner. Disse sykehusene og det behandlingstilbudet de har, er nærmere omtalt i slutten av dette kapitlet.

4.4 Høringsinstansenes syn

I høringsnotat foreslås det at det ikke skal foretas andre endringer i den gjeldende ordningen med fritt sykehusvalg enn at private, kommersielle sykehus skal innlemmes. Av pasientrettighetsloven § 2–4 første ledd fremgår det at fritt sykehusvalg ikke gjelder behandling innen barne- og ungdomsp-

sykiatrien. I høringen har *Barneombudet* uttalt at fritt sykehusvalg også bør gjelde innenfor barne- og ungdomspsykiatrien.

Barneombudet har tidligere tatt opp med Helsedepartementet ventelistesituasjonen for barn og unge innen psykisk helsevern og behovet for å ta i bruk virkemidler. Blant annet uttaler Barneombudet at det ikke er akseptabelt at barn og unge ikke har rett til fritt sykehusvalg og dermed ikke kan utnytte ledig kapasitet der den måtte finnes. Barneombudet mener at barn og unge bør ha samme rettigheter som andre, med mindre begrensninger er nødvendig for å beskytte barn og unge. Barn og unge, representert ved foreldrene, må selv kunne velge om de vil vente på behandlingstilbud i nærmiljøet eller motta mindre omfattende tilbud som er tilgjengelig raskere andre steder.

Barneombudet har pekt på at enkelte steder vil pasienten bo nærmere en annen poliklinikk enn den som har ansvaret for bostedsområdet. Her vil begrunnelsen om at behandling i nærmiljøet er til hindre for fritt sykehusvalg, ikke slå igjennom, tvert om. I andre tilfeller vil foreldrenes arbeidssted eller beliggenhet av barnehage ha vesentlig betydning for hvilken poliklinikk det er hensiktsmessig å motta behandlingen fra. Poliklinikkene bygger opp ulik kompetanse. Små poliklinikker vil dessuten ha mindre bredde i behandlingstilbudet. Uten fritt sykehusvalg vil ikke bredden i tilbudet være tilgjengelig for alle uansett bosted.

I høringsuttalelsen peker Barneombudet på at med den kapasitetsmangelen som er i dag på dette området, må man åpne for muligheten til å velge behandlingssted selvom det skulle vise seg at rettigheten vil bli lite brukt. Selv mener Barneombudet at det store udekkede behovet tilsier at valgretten kan bli benyttet i større grad på dette området enn i andre deler av sykehussektoren. Derfor er det viktig å åpne for fritt sykehusvalg innenfor barne- og ungdomspsykiatrien når fritt sykehusvalg utvides til å omfatte private sykehus. Barneombudet fremholder at begrensningen i § 2–4 er en alvorlig og uberettiget innskrenkning av barns og unges pasientrettigheter, og kommer i høringsbrevet med en sterk oppfordring om å utvide retten til fritt sykehusvalg til også å gjelde i barne- og ungdomspsykiatrien.

Helse Nord RHF uttaler også at barne- og ungdomspsykiatrien bør omfattes av ordningen med fritt sykehusvalg.

Når det gjelder det generelle spørsmålet om å innlemme private, kommersielle sykehus i ordningen med fritt sykehusvalg, støtter hovedtyngden av de høringsinstansene som uttaler seg, forslaget i høringsnotatet fullt ut eller i hovedsak. Det gjelder

også de regionale helseforetakene og helseforetakene.

Selvom forslaget i hovedsak støttes, har en del av høringsinstansene merknader til detaljene i forslaget og noen har gitt uttrykk for betenkeligheter. Et sammendrag av disse generelle merknadene refereres nedenfor.

Helse Øst RHF uttaler at forslagene om å styrke pasientenes rettigheter er en nødvendig oppfølging av statlig overtakelse og av pasientrettighetsloven, og at forslaget er et virkemiddel som vil støtte foretakenes arbeid med å bedre helsetjenesten.

De fylkeskommunene som uttaler seg, er generelt positive til forslaget og fremhever som positivt at pasientenes rettsstilling styrkes. En av de fylkeskommunene som er negative til privat vekst i sykehussektoren, uttaler at man ser at ressursene må nyttes maksimalt. Det påpekes at forslaget kan bidra til sentralisering fordi de aller fleste av de aktuelle, private sykehusene ligger sentralt.

Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon mener det er viktig at ideelle og kommersielle sykehus behandles likt når fritt sykehusvalg utvides. De kommersielle sykehusene må også pålegges å ta i mot tunge «offentlige pasienter» som velger deres sykehus.

Fylkeslegen i Akershus har liten tro på at ordningen fungerer som styringsredskap overfor sykehusene og er dermed også skeptisk til at utvidelsen har noen hensikt. Fylkeslegen tror det vil bli vanskelig for de regionale helseforetakene å oppnå avtaler med de private sykehusene til akseptable vilkår, fordi disse vil forsøke «å prise seg ut». *Fylkeslegen i Nordland* mener at det ikke er noen god grunnelse for å innlemme private sykehus i ordningen med fritt sykehusvalg når ventetiden ikke er lang. Fylkeslegen mener at ressursene kan brukes bedre i det offentlige helsevesen og påpeker at det krever ressurser å inngå avtaler og informere pasienter om avtalene. *Helsetilsynet* støtter forslaget om at fritt sykehusvalg skal omfatte private sykehus.

Landsforeningen for Pårørende innen psykiatri er engstelig for at retten til fritt sykehusvalg og den foreslåtte utvidelsen kan føre til en enda sterkere prioritering av ressurssterke pasientgrupper med et høyt funksjonsnivå når det gjelder å orientere seg i systemet. På grunn av at behovet for geografisk nærhet, kontinuitet, sammenhengende behandlingsskjede og et fungerende nærmiljø er grunnstolper i psykiatrisk behandling, mener foreningen at retten til fritt sykehusvalg ikke er et tiltak av særlig betydning for pasienter innen psykiatrien.

Norsk Sykepleierforbund og Den norske lægeforeningen støtter i hovedsak forslaget.

De eneste høringsinstansene som fullt ut går imot utvidelsen av fritt sykehusvalg, er *Landsorga- nisasjonen (LO)*, *Norsk kommuneforbund (Kommune- forbundet)* og *Norsk Helse- og Sosialforbund (NHS)*. Disse høringsinstansene går imot forslaget fordi det fører til kommersialisering og økt markedstilpassing. Økt kommersialisering av sykehus vil undergrave pasientrettighetsloven når det gjelder å sikre befolkningen lik tilgang på god helsehjelp av god kvalitet. Et todelt helsevesen vil svekke gode fagmiljøer, utdanning, forskning og riktig prioritering. NHS og Kommuneforbundet går i mot forslaget fordi de ikke ser behov for ytterligere valgmuligheter for pasientene når de kan velge mellom nesten alle offentlige sykehus.

NHS og Kommuneforbundet mener også at avtaleinngåelse mellom de regionale helseforetakene og private sykehus kan føre til byråkrati og uklar eierstyring. Videre ser de det som uønsket at det også kan være aktuelt å inngå avtaler med sykehus eid av utenlandske kapitalinteresser og sykehus i utlandet som deltar i og vinner anbuskonkurranse. Det advares mot at private sykehus «trekkes inn i varmen». NHS og Kommuneforbundet peker på at de to forslagene sett under ett kan medføre at kommersielle sykehus innen EØS, og på sikt i hele GATS-området, delegeres myndighet til å fastsette individuelle tidsfrister.

Blant de høringsinstansene som støtter forslaget om å utvide retten til fritt sykehusvalg til å omfatte de kommersielle sykehusene, er det en del som påpeker at ordningen ikke fungerer tilfredsstillende fordi det er for vanskelig å få tilgang til ventelistedata og fordi dataene er for dårlig oppdatert. *Volvat Medisinske Senter AS (Volvat)* uttaler at det forhold at ventelistedataene ikke er representative, har mye av skylden for at få pasienter benytter valgetten. De er derfor meget fornøyd med at det arbeides med utvikling av nasjonal kvalitetsindikatorer og bedre ventelisteinformasjon. *Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)* mener at retten til fritt sykehusvalg i dag er illusorisk fordi ventetidsinformasjonen er mangelfull og lite oppdatert. *Norges Handikapforbund* og *Funksjonshemmedes felle- organisasjon* mener at ordningen med fritt sykehusvalg ikke fungerer som forventet fordi sykehusene ikke oppdaterer informasjonen om ventetider og ledig kapasitet godt nok. Begge støtter og ser frem til det nye systemet. *Fylkeslegen i Akershus* mener at innføring av kvalitetsindikatorer ikke vil gjøre fritt sykehusvalg til noe egnet styringsredskap overfor sykehusene og at legene ikke bør bruke tiden sin til å veilede pasientene om ventetider og valg av sykehus. Legeforeningen peker på at dersom fastlegene skal hjelpe pasientene med fritt sykehusvalg,

må det tilrettelegges for systemer som gjør det mulig å ivareta en slik oppgave med et minimum av ressursforbruk.

Nesten alle høringsinstansene som uttaler seg om spørsmålet, mener at det må være en forutsetning for å bli omfattet av ordningen med fritt sykehusvalg, at det enkelte private sykehuset har avtale med de regionale helseforetakene om fritt sykehusvalg. Volvat mener imidlertid at en utvidelse av fritt sykehusvalgordningen som omfattet alle private sykehus, uansett om de har avtale med regionale helseforetak, kombinert med normerte priser, ville være langt mer i samsvar med pasientenes interesser. Volvat påpeker at det i alle fall må være en forutsetning at avtalene med de regionale helseforetakene er forutsigbare, langsiktige og ikke bare omfatte sykehusfunksjoner. *Omnia sykehus* derimot har forståelse for at valgetten blir begrenset til sykehus som har avtale med de regionale helseforetakene og uttaler at avtaleinngåelsen, herunder prisen, må skje på grunnlag av konkurranse. Også LHL, som eier Feiringklinikken, støtter at utvidelsen av fritt sykehusvalg begrenses til private sykehus som har inngått avtale om fritt sykehusvalg med de regionale helseforetakene.

I høringsnotatet uttaler departementet at lovfesting av retten til å velge private sykehus vil medføre den fordel at pasientene får samme rett til å velge uansett hvor de bor i landet. Dette forutsetter at det etableres et avtalesystem som ivaretar likebehandling av pasientene. I høringsnotatet omtales den løsningen at de regionale helseforetakene inngår felles avtaler med de private sykehusene som ikke får driftstilskudd fra de regionale helseforetakene. Flere høringsinstanser støtter dette, men noen høringsinstanser har motforestillinger mot et slikt avtalesystem. *Omnia* er kritisk til fellesavtaler i den form at de regionale helseforetakene gjennomfører felles forhandlinger med hvert enkelt privat sykehus, mens Volvat mener at det kan være av interesse å inngå felles avtaler. LHL går inn for fellesavtaler fordi det sikrer alle pasienter samme rett. De mener pålegg om fellesavtaler kan foretas gjennom eierstyring. *Norsk Forbund for Psykisk Utviklingshemmede* er positive til forslaget fordi det fremmer likebehandling. Helse Øst RHF ønsker ikke at de regionale helseforetakene skal inngå felles avtaler med de private sykehusene fordi foretakene kan miste kontrollen med hvorledes den private kapasiteten blir brukt. Derimot mener Helse Øst RHF at det kan etableres en ordning der de regionale helseforetakene inngår egne avtaler som tillater at pasienter fra andre regioner behandles innenfor rammen av andre regioners avtaler.

Etter at høringsnotatet ble sendt ut, har departe-

mentet fått henvendelser som stiller spørsmål ved hvorfor det ikke er foreslått at avtalespesialistene skal omfattes av ordningen med fritt sykehusvalg. I sin høringsuttalelse uttaler Legeforeningen at med den økende grad av poliklinisk behandling som i stor grad også kan ivaretas av privatpraktiserende spesialister, må det være mulig for pasientene også å kunne velge hvilken avtalespesialist de ønsker behandling hos. Det samme uttaler *Pasientombudet i Nord-Trøndelag*.

4.5 Departementets vurdering

4.5.1 Departementets vurdering av unntaket i pasientrettighetsloven § 2–4 for barne- og ungdomspsykiatrien

Bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 2–4 som gir pasientene rett til å velge sykehus, unntar behandling innen barne- og ungdomspsykiatrien. Som omtalt foran, har Barneombudet i sin høringsuttalelse gått inn for at retten til fritt sykehusvalg også bør gjelde innenfor barne- og ungdomspsykiatrien.

I Ot.prp. nr. 12 (1998–99) om lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) omtales den særstilling som psykiatrien står i i forhold til fritt sykehusvalg. Det pekes på at fritt sykehusvalg er mindre hensiktsmessig og praktisk gjennomførbart innenfor psykiatrien. For det første pga kapasitetsproblemer. For det andre fordi samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten er så viktig for å oppnå gode resultater at det ikke er heldig om valgretten fører til manglende kontinuitet i behandlingsskjeden. På den annen side pekes det i odelstingsproposisjonen på at tillit mellom pasient og behandler er svært viktig. Hvis pasienten mister tilliten, bør han ha rett til å velge en annen institusjon. Departementet konkluderer derfor med at fritt sykehusvalg bør omfatte psykiatrien.

I odelstingsproposisjonen til pasientrettighetsloven omtales deretter de særlige forhold som gjør at barne- og ungdomspsykiatrien ikke bør omfattes av ordningen med fritt sykehusvalg. I tillegg til de motforestillinger som gjøres gjeldende for psykiatrien generelt, pekes det på at det er en bærende ide innen behandlingsapparatet at barn må behandles i sitt nærmiljø og i forhold til sitt eget nettverk. Dersom det ikke ligger til rette for nært samarbeid med berørt nettverk, vil det i mange tilfeller være meningsløst å sette i gang behandlingstiltak. Det vil også medføre en belastning for lokalapparatet dersom det må foreta reiser til den behandlende BUP-institusjonen.

Som omtalt foran, imøtegår Barneombudet denne argumentasjonen i sin høringsuttalelse og fremkommer med flere synspunkter på problemstillingen. Departementet har foretatt en ny vurdering av om pasienter innen barne- og ungdomspsykiatrien bør ha rett til å utøve fritt sykehusvalg. I denne vurderingen er det lagt vekt på de synspunkter som fremkommer i Barneombudets uttalelse og at fritt sykehusvalg kan bidra til bedre utnyttelse av kapasitet innen barne- og ungdomspsykiatrien. I tillegg er det lagt vekt på at det forekommer tilfeller der det av hensyn til et godt resultatet av behandlingen, vil være hensiktsmessig å velge et annet tilbud om utredning og behandling. Det vil for eksempel kunne være aktuelt i tilfeller hvor det har skåret seg mellom barnet/familien og den lokale helsetjenesten, og når den lokale helsetjenesten mangler nødvendig kompetanse og tilbud.

På grunnlag av en ny, samlet vurdering, foreslår departementet at pasientrettighetsloven § 2–4 endres slik at barn og unge som mottar psykiatrisk behandling, får den samme rett til å velge på hvilket sykehus eller distriktspsykiatriske senter behandlingen skal foretas, som den som gjelder innen psykiatrien for øvrig.

4.5.2 Departementets vurdering av å utvide retten til fritt sykehusvalg til å omfatte private sykehus som har avtale med de regionale helseforetakene om fritt sykehusvalg

En rekke høringsinstanser har pekt på at retten til fritt sykehusvalg ikke fungerer etter forutsetningene fordi det ikke er lagt tilstrekkelig godt til rette for at pasienter og leger skal kunne finne frem til informasjon om ventelistedata. Når den nasjonale enheten for fritt sykehusvalg trer i funksjon i mai 2003, vil det ligge vesentlig bedre til rette for å bruke ordningen med fritt sykehusvalg og forutsetningen for å utvide den vil, etter departementets vurdering, være til stede.

Utvidelse av retten til fritt sykehusvalg til å omfatte også de private sykehusene som ikke er omfattet av ordningen etter gjeldende rett, vil bidra til en bedre utnyttelse av den samlede kapasiteten i sykehussektoren. Dersom det er ledig behandlingsskapasitet i et privat sykehus på et område der det er ventelister innen den offentlige sykehussektoren, vil det bedre velferdstilbudet dersom pasienten får rett til å velge å benytte denne ledige kapasiteten fremfor å vente på et tilbud fra et offentlig sykehus. Dersom pasienten foretrekker å vente på ledig kapasitet i et offentlig sykehus, for eksempel fordi det offentlige sykehuset er lokalisert i pasientens

nærmiljø, eller fordi pasienten ønsker å bli behandlet i et sykehus der han har vært innlagt tidligere og er fortrolig med helsepersonellet, vil det være opp til pasientens eget, frie valg.

Som nevnt foran, har ordningen med fritt sykehusvalg siden den trådte i kraft mest sannsynlig ført til bedre utnyttelse av ledig kapasitet. Samtidig viser erfaringen at kapasitetsutnyttelsen dels har skjedd innenfor privat sykehussektor. Når denne utviklingen har hatt en viss sentraliserende effekt, skyldes det at de private sykehusene i hovedsak er lokalisert sentralt. Dersom dette tilbudet innlemmes i den lovfestede ordningen, vil flere pasienter få et lovfestet krav på å nyttiggjøre seg denne kapasiteten, ikke bare de pasientene som bor i de helse-regionene som har slik avtale i dag. Dette vil på en bedre måte realisere pasientrettighetslovens målsetting om å gi befolkningen lik tilgang til helsetjenester på tvers av geografisk og administrativ inndeling.

Den delen av det private tilbudet som ikke allerede omfattes av den lovfestede ordningen med fritt sykehusvalg, er ikke særlig stort i forhold til den totale sykehussektoren i Norge. Dersom det innlemmes i ordningen med fritt sykehusvalg, vil det allikevel kunne medføre en bedring av helsetilbudet for et ikke uvesentlig antall enkeltpasienter. Departementet mener at deres velferd må veie tungt i vurderingen.

Hvis pasientene får flere sykehus og flere grupper sykehus å velge mellom, vil dette øke pasientenes opplevelse av å ha rett til medbestemmelse når det gjelder egen helse. En utvidelse vil dessuten være et bidrag til generelt mer brukerstyring i helsesektoren.

Etter departementets vurdering, bør derfor pasientrettighetsloven § 2–4 endres slik at ordningen med fritt sykehusvalg kan omfatte alle privat eide og drevne sykehus som inngår avtaler med de regionale helseforetakene om fritt sykehusvalg.

Dette forslaget vil støtte opp om det generelle formålet med pasientrettighetslovens bestemmelser om fritt sykehusvalg. Det spesifikke formålet med utvidelsen er for det første en bedre utnyttelse av kapasiteten i den samlede sykehussektoren. For det andre er det et formål å øke pasientenes valgmuligheter og øke retten til å medvirke til beslutninger som gjelder egen helse. Forslaget gir pasienter mulighet til å velge mellom offentlig og privat helsetjeneste der det finnes et aktuelt privat tilbud. Forslaget endrer ikke, slik enkelte høringsinstanser anfører, den overordnede helsepolitiske målsettingen om at det offentlige skal ha ansvaret for å sørge for lik tilgang til helsetjenester av god kvalitet til befolkningen uavhengig av pasientens bo-

sted. Det vil heller ikke føre til kommersialisering og privatisering av helsevesenet. Vi har en lang tradisjon for at pasienter også skal kunne dra nytte av helsetjenester som drives i privat regi, for eksempel helsetjenester som ytes av sykehus drevet av private organisasjoner. Pasientenes rett til fritt sykehusvalg omfatter allerede i dag disse private sykehusene. Det som er nytt i lovforslaget, er at også private sykehusvirksomheter som det ikke står ideelle organisasjoner bak, skal omfattes av ordningen. Dersom forslaget fører til at det offentlige helsevesenet får noe økt konkurranse fra privat sektor, kan det være sunt. Med konkurranse menes da ikke først og fremst konkurranse i et økonomisk marked, men konkurranse når det gjelder å dekke pasientenes medisinske behov på en måte som pasientene er fornøyd med. Det vil si konkurranse om kvalitet og pasienttilfredshet.

I departementets styringsdokument til de regionale helseforetakene for 2003 blir det imidlertid minnet om at foretakene i forbindelse med avtaleinngåelse med private virksomheter må være bevisste på at partene får klarere roller. Et supplerende element i klargjøringsarbeidet er hvordan ansatte som har sitt hovedarbeidsforhold i foretakene, eventuelt tillates å ha bierverv i private virksomheter eller drive virksomhet i egen regi som kan komme i en konkurransesituasjon i forhold til foretakene. Det forutsettes at foretakene, med utgangspunkt i sin arbeidsgiverposisjon, vurderer retningslinjer for slike biervervsforhold. Vurderingene forutsettes gjort i samsvar med blant annet helsepersonelloven § 19 og annet relevant regelverk. Det må legges vekt på hva som beste tjener realiseringen av de helsepolitiske målene, at forutsetningene for god drift i helseforetakene ikke svekkes, og at det heller ikke etableres rollemessige uklarheter som er egnet til å svekke helsetjenestens legitimitet. De regionale helseforetakene skal legge til rette for og påse at helsepersonell utfører arbeidet i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet, jf. helsepersonelloven § 4. I dette ligger at den helsehjelpen som ytes, ikke skal påføre pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift. For å sikre nødvendig tillit til at helsetjenester leveres på et faglig grunnlag, må de regionale helseforetakene påse at personell verken på egne eller andres vegne mottar gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som kan være egnet til å påvirke handlinger på en utilbørlig måte, eller som kan gi grunnlag for tvil om handlinger påvirkes, jf. helsepersonelloven §§ 6 og 9. Slik tvil kan også oppstå dersom arbeidstaker har bierverv eller annen tilknytning til leverandører eller tjenesteytere i forhold til foretaket.

De private sykehusene som ikke er eid av ideelle organisasjoner – det dreier seg om ca 96 senger – ligger i hovedsak i Østlandsområdet. Hensikten med forslaget om at ordningen med fritt sykehusvalg skal utvides til å omfatte disse sykehusene, er at den delen av befolkningen som ikke bor i Østlandsområdet, i større grad skal kunne velge å bli behandlet ved disse sykehusene.

I høringsnotatet til endringer i pasientrettighetsloven er det foreslått at pasientenes rett til fritt å velge private sykehus skal begrenses til de sykehusene de regionale helseforetakene inngår avtale med om fritt sykehusvalg og at disse avtalene må inngås på grunnlag av konkurranse. Dette er i samsvar med det ene formålet med fritt sykehusvalg, å utnytte den samlede kapasiteten på en bedre måte, fordi det legger til rette for at de regionale helseforetakene kan planlegge og styre ressursbruken på en slik måte at de får mer ut av ressursene til pasientenes beste. Alle høringsinstansene, på en nær, støtter forslaget. Det gjelder også høringsinstanser som eier private sykehus. Departementet foreslår derfor å videreføre forslaget fra høringsnotatet om at det er et vilkår for å foreta fritt sykehusvalg av private sykehus, at sykehuset har avtale med regionale helseforetak om fritt sykehusvalg.

Det regionale helseforetaket i den helseregionen pasient bor, har ansvaret for å sørge for nødvendig spesialisthelsetjeneste til pasienten. Dette ansvaret omfatter også ansvaret for å finansiere helsetjenesten. Når en pasient etter gjeldende ordning benytter sin rett til å velge å bli behandlet på et sykehus som det regionale helseforetaket ikke eier, er det regionale helseforetak allikevel forpliktet til å dekke utgiftene overfor tjenesteyter, enten tjenesteyter er et annet regionalt helseforetak eller et privat eid sykehus som tidligere sto på en fylkeskommunes helseplan. Det vil si at det regionale helseforetaket i den helseregionen pasienten har sitt bosted, kjøper sykehustjenesten av tjenesteyter.

Forslaget om å utvide bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 2–4, forutsetter at de regionale helseforetakene også skal være forpliktet til å dekke utgiftene for «sine» pasienter når pasienten velger et av de private sykehusene som forslaget innlemmer. Det vil si at det regionale helseforetaket, må kjøpe sykehustjenesten av det private sykehuset. Det forutsetter igjen at det inngås en rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og det private sykehus om fritt sykehusvalg som blant annet regulerer refusjonsoppgjøret. Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion mottar ISF-refusjon for behandlingen av pasienten, selv om det ikke yter helsetjenesten selv. Forslaget forutsetter at det regionale helseforetaket fortsatt mottar be-

vilgning fra staten også for helsetjenester som kjøpes av privat eid, kommersielt sykehus utløst av pasientens valg av sykehus.

De avtalene som foretakene inngår med private sykehus, omfattes i utgangspunktet av regelverket for offentlig støtte og anskaffelser. Det innebærer at avtalene må inngås i samsvar med de prosedyrer som er nedfelt i lov om offentlige anskaffelser med tilhørende forskrifter, og at kompensasjonen for tjenestene ikke innebærer elementer av konkurransevridende støtte, jf. EØS-avtalen art 61. Det vil si at disse avtalene skal baseres på anbud eller forhandlinger som etablerer konkurranse. Når de regionale helseforetakene inngår avtaler med private sykehus etter konkurranse, vil det være mulig for dem å forhandle seg frem til «riktig» pris på det volumet helsetjenester som de avtaler å kjøpe. De vil kunne unnlate å inngå avtaler med private sykehus som overpriser sine ytelser eller som holder et unødig høyt nivå på ytelsene og dermed påfører de regionale helseforetak unødige kostnader. Hvis ikke dette var mulig, ville ordningen med utvidelse av fritt sykehusvalg til å omfatte private sykehus, kunne medføre en unødig belastning på de offentlige helsebudsjettenes. Dersom de private sykehusene utvikler et høyere og mer spesialisert tilbud enn det som er «god praksis» ved offentlige institusjoner, vil dette få prioriteringsmessige konsekvenser hvis de regionale helseforetakene ikke kunne styre dette gjennom avtaleinngåelsene. Det samme gjelder i forhold til at det private tilbudet i større grad kan bli rettet mot pasientgrupper som ikke er høyt prioritert i forhold til de overordnede nasjonale helsepolitiske målene. Dersom de regionale helseforetakene ikke kunne unnlate å inngå avtaler om private tilbud som ikke er i samsvar med de overordnede prioriteringer og målsettinger som er satt for den offentlige helsetjenesten, vil det kunne øke presset på etterspørsel etter lavere prioriterte helsetjenester og føre til et mindre solidarisk helsevesen.

Likeledes må de regionale helseforetakene kunne unnlate å inngå avtaler med private sykehus som ikke holder tilfredsstillende medisinskfaglig nivå. Selvom tjenesten ikke er så utilfredsstillende at den er uforsvarlig og i strid med spesialisthelsetjenesteloven, og således vil bli håndtert av det offentlige tilsynet, kan den være i strid med de kvalitetsmål som det regionale helseforetaket har satt seg.

Skal det etableres reell konkurranse, må de regionale helseforetakene kunne velge de beste tilbudene, og ikke være forpliktet til å benytte alle tilbudene. Med det beste tilbudet menes ikke nødvendigvis det billigste. Foruten pris må foretakene legges vekt på tjenestetilbudets kvalitet, effektivitet,

fleksibilitet, tilgjengelighet for pasientene, om det private sykehuset tilrettelegger samarbeid på en tilfredsstillende måte, om det erfaringsmessig bryter behandlingsfristen for rettighetspasienter, den samlede nasjonale behandlingsskapasitet innenfor de ulike tiltaksområdene mv. De regionale helseforetak må derfor gjennom reelle forhandlinger med de private sykehusene kunne velge bort de tilbudene som de ikke trenger for å oppfylle «sørge for ansvaret» etter spesialisthelsetjenesteloven. For eksempel må de regionale helseforetakene kunne velge å ikke kjøpe kosmetisk kirurgi og andre tjenester som ikke er prioritert i det offentlige tjenestetilbudet. Målsettingen med å utvide fritt sykehusvalg til å omfatte både det offentlige og private helsetilbudet, er å utnytte den samlede kapasiteten i helsetjenesten slik at pasienter som har behov for helsehjelp ikke skal behøve å vente i «offentlige køer» dersom det er ledig kapasitet i den private helsetjenesten. Hensikten er imidlertid ikke å skape overkapasitet i den samlede helsetjenesten finansiert av offentlige midler. Både den offentlige og private helsetjenesten må være forberedt på å tilpasse seg dersom det oppstår overkapasitet på enkelte områder.

Når de regionale helseforetakene inngår avtaler om kjøp av helsetjenester med privateide sykehus gjennom konkurranse, vil det si at også sykehus i utlandet kan delta i konkurransen. Om de vinner frem i konkurransen, vil avhenge av om de kan oppfylle de kravene som etterspørres fra de regionale helseforetakene.

Lovfesting av retten til å velge private sykehus vil medføre den fordel at pasientene kan få samme rett til å velge å bli behandlet på et privat, kommersielt sykehus uansett hvor i landet de bor. Dette forutsetter at det etableres et avtalesystem som ivaretar likebehandling av pasientene. I høringsnotatet omtales den løsningen at de regionale helseforetakene inngår felles avtaler med de private sykehusene som ikke får driftstilskudd fra de regionale helseforetakene. Flest høringsinstanser støtter dette, men noen høringsinstanser har motforestillinger mot et slikt avtalesystem. Departementet mener imidlertid at hensynet til pasientene tilsier at de regionale helseforetakene, så langt kapasitetsbehovet tilsier, bør vurdere en modell for samarbeid om inngåelse av avtaler med de samme sykehusene. Departementet vil, gjennom de årlige meldingene fra foretakene, følge med i utviklingen på dette området. I fall det skulle vise seg nødvendig å foreta styringsmessige beslutninger, foreslås det en forskriftshjemmel som gir departementet adgang til å gi nærmere forskrifter om samarbeid mellom foretakene og private sykehus når det gjelder inngåelse

av slike avtaler. Dersom det viser seg vanskelig å håndtere avtaler med felles volumbegrensning, må adgangen til separate tak reguleres i forskrift.

I styringsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2003 har departementet understreket betydningen av å gi de private tjenesteleverandørene rimelige forutsetninger for langsiktig planlegging og at de gis rammebetingelser som gir mulighet for rasjonell medvirkning i den samlede helsetjenesten. I tillegg til rammeavtaler om fritt sykehusvalg, som må inngås for en fastsatt periode eller med oppsigelsestid, kan det enkelte regionale helseforetaket eller et helseforetak inngå avtaler som begrenser seg til kjøp av enkelttjenester, for eksempel for å behandle enkeltpasienter som de selv mangler kompetanse til å behandle, eller som de ikke har kapasitet til å behandle selv innen den fristen som er satt for en pasient med rett til nødvendig helsehjelp. Forslaget medfører ikke at de sist nevnte avtalene utløser en rett for pasienten til å velge dette sykehuset.

Dersom pasientenes rett til å velge sykehus skal være reell, må pasientens rettighet «speiles» av at sykehuset har en tilsvarende plikt til å ta imot alle pasienter som ønsker det. Når et privat sykehus inngår avtale med regionale helseforetak om å motta fritt sykehusvalg-pasienter, må de innenfor rammen av denne avtalen følge prioriteringskriteriene som er nedfelt i prioriteringsforskriften. De kan ikke la selvbetalende pasienter gå foran fritt sykehusvalg-pasienter. Dessuten må de private sykehus på linje med de offentlige, vurdere om pasientene har rett til nødvendig helsehjelp, og eventuelt treffe vedtak om når nødvendig helsehjelp senest skal ytes. Se nærmere om dette i kapittel 5, punkt 5.5.3. For at ordningen med fritt sykehusvalg skal fungere, må de private sykehusene også kunne pålegges plikt til å føre ventelister og rapportere aktivitetstall. Det foreslås derfor en endring i spesialisthelsetjenesteloven § 2–4 som ivaretar dette behovet.

Forslaget om at den lovfestede ordningen med fritt sykehusvalg skal omfatte alle de private sykehusene som har avtale om fritt sykehusvalg med de regionale helseforetakene, bygger på den strukturen som finnes i privat sykehussektor i dag. Dersom denne sektoren endrer seg vesentlig, kan det medføre at det blir vanskelig å håndtere den foreslåtte ordningen avtaleteknisk.

Retten til fritt sykehusvalg etter gjeldende rett omfatter kun offentlige sykehus. I tillegg omfattes poliklinisk virksomhet som drives i organisatorisk tilknytning til offentlige sykehus. Det siste er ikke sagt uttrykkelig i pasientrettighetsloven § 2–4, men er en tolkning av bestemmelsen. Forslaget om at

pasientrettighetsloven § 2–4 også skal omfatte private sykehus som har avtale med de regionale helseforetakene, vil i prinsippet si at den også vil omfatte poliklinisk virksomhet som drives i organisatorisk tilknytning til det enkelte private sykehuset. Det vil si at poliklinisk virksomhet som drives av personell som er ansatt ved private sykehus uten driftstilskudd, i prinsippet også vil bli omfattet av retten til fritt sykehusvalg. Poliklinisk virksomhet knyttet til private sykehus som ikke får driftstilskudd, – det vil si de kommersielle sykehusene – finansieres imidlertid fullt ut ved pasientens egenandel. Virksomheten finansieres ikke ved statlig takstrefusjon. Det vil derfor neppe få noen særlig praktisk betydning for pasientene at retten til fritt sykehusvalg også omfatter poliklinisk virksomhet ved disse sykehusene, fordi de må betale fullt ut for behandlingen selv. Dette er ikke til hinder for at de regionale helseforetakene som inngår avtale med disse private sykehusene om fritt sykehusvalg, kan vurdere om de skulle ha behov for å inngå avtaler om kjøp av polikliniske tjenester.

Noen høringsinstanser som har pekt på at de private avtalespesialistene driver mye av samme type virksomhet som de offentlige poliklinikkene, har uttalt at det bør være aktuelt å gi pasientene en lovfestet rett til å velge avtalespesialist. Pasienten kan imidlertid selv velge hvilken privatpraktiserende avtalespesialist han ønsker å oppsøke. Den offentlige finansieringen av avtalespesialistenes virksomhet, gjennom folketrygdens takstrefusjon og avtalene om driftstilskudd, begrenser ikke avtalespesialistens adgang til å behandle pasienter ut fra hvilken helseregion pasienten har sitt bosted. Sett fra et pasientståsted er det derfor vanskelig å se noen grunn til å innlemme avtalespesialistene i ordningen med fritt sykehusvalg.

Fra 2002 har de regionale helseforetakene fått ISF-refusjon for kjøp av visse dagkirurgisk tjenester fra privatpraktiserende avtalespesialister. Hensikten er å legge bedre til rette for at de regionale helseforetakene skal kunne utnytte ledig kapasitet i privat sektor til fordel for prioriterte pasientgrupper. Behandling som foretas av privatpraktiserende avtalespesialister og på private sykehus etter avtale med et regionalt helseforetak, utløser således statlig ISF-refusjon, som blir utbetalt til det regionale helseforetaket. Hvis helseforetakssystemets etterspørsel innenfor denne ordningen er mindre enn avtalespesialistenes tilbud, kunne det tenkes at det å kanalisere pasienter til avtalespesialistene gjennom en frittsykehusvalgordning, ville bidra til bedre utnyttelse av eventuell ledig kapasitet hos avtalespesialistene. En slik ordning ville imidlertid bryte med hensikten med denne finansieringsordnin-

gen, som er å legge bedre til rette for at de regionale helseforetakene skal kunne utnytte ledig kapasitet i privat sektor. Helseforetak skal kunne vurdere om de skal etablere et mer omfattende tjenestetilbud i helseforetakene eller om de skal kjøpe tjenestene privat, for eksempel for å løse uforutsette behov. Hensikten er å gi helseforetakssystemet bedre styringsmuligheter. Spørsmålet om finansiering av de regionale helseforetakenes kjøp av spesialisthelsetjenester er for øvrig vurdert av Hagen-utvalget og vil bli vurdert i forbindelse med oppfølgingen av utvalgets forslag. Departementet finner derfor ikke grunn til å vurdere dette spørsmålet ytterligere i forbindelse med endring av pasientrettighetsloven.

4.5.3 Private sykehus som kan bli omfattet av ordningen med fritt sykehusvalg etter forslaget til endring av bestemmelsene i pasientrettighetsloven § 2–4

Det er ti private virksomheter som pr. 15. mars 2003 er godkjent som sykehus, men som ikke var å anse som offentlige sykehus etter de tidligere gjeldende bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven og som derfor ikke har vært omfattet av ordningen med fritt sykehusvalg etter gjeldende rett. Disse virksomhetene har tilsammen 96 senger. De fleste er lokalisert i Østlandsområdet:

Omnia sykehus i Oslo er godkjent med 30 senger. Sykehuset utfører ortopedi, plastikkirurgi, gastro, gynekologi, urologi, øre-nese-hals og generell kirurgi og utførte i 2001 1650 operasjoner.

Volvat Medisinske Senter i Oslo er godkjent med 8 senger. Sykehuset utfører ortopedi, plastikkirurgi, gastro, gynekologi, urologi, øre-nese-hals, øye og generell kirurgi og utførte i 2001 ca. 6000 operasjoner.

Axessklinikken i Oslo er godkjent med 11 senger. Sykehuset utfører ortopedi, plastikkirurgi, gynekologi, øre-nese-hals og generell kirurgi og utførte i 2001 ca. 1300 operasjoner.

Ringvoldklinikken i Fredrikstad er godkjent med 5 senger. Sykehuset utfører ortopedi, plastikkirurgi og generell kirurgi og utførte i 2001 ca. 1000 operasjoner.

Drammen private sykehus i Drammen er godkjent med 4 senger. Sykehuset utfører ortopedi, plastikkirurgi, urologi, øre-nese-hals, øye og generell kirurgi og utførte i 2001 ca. 2000 operasjoner.

Colosseum Klinikken Legeavdeling er godkjent med 4 senger og utfører plastikkirurgi og øre-nese-hals.

Spesialist-Helse-Senteret Mosse-Akuten er godkjent med 8 senger og utfører ortopedi, nevrologi og generell kirurgi.

Medi3 i Ålesund er godkjent med 5 senger. Sykehuset utfører ortopedi, urologi, øre-nese-hals og generell kirurgi og utførte i 2001 ca 250 til 500 operasjoner.

Klinikk Stokkan i Trondheim er godkjent med 13 senger. Sykehuset utfører ortopedi, plastikkirurgi og nevrokirurgi.

Mjøs-Kirurgene er godkjent med 6–8 senger. Sykehuset utfører ortopedi, plastikkirurgi og generell kirurgi.

I tillegg har flesteparten av sykehusene også tilbud om ikke operative tjenester innen generell indremedisin, øye, hud, nevrologi, barnløshet og bedriftshelsetjeneste.

Av det totale antall heldøgnsopphold ved samtlige sykehus i Norge i første tertial i 2002, som var

251 342, representerer Volvat medisinske senter, Axessklinikken og Ringvoldklinikken tilsammen 1123. Omnia skiller seg fra de andre private sykehusene ved at ca. 90 pst av virksomheten er basert på offentlige avtaler. Omnia utfører dessuten tyngre kirurgi, hvor der er behov for flere overnatningsdøgn. De andre private sykehusene baserer seg i stor grad på dagkirurgisk virksomhet.

Data for 2001 viser at av om lag 877 000 DRG-poeng totalt, kjøpte det offentlige behandling tilsvarende om lag 3200 DRG-poeng ved Volvat Medisinske senter, Omnia sykehus og Axess-klinikken. Dette tilsvarer om lag 51,8 mill. kroner i DRG-refusjoner i 2002. Ved Hjertesenteret i Oslo og Feiringklinikken i Akershus kjøpte det offentlige behandling tilsvarende 15 525 DRG-poeng i 2001. Dette tilsvarer om lag 250 mill. kroner i DRG-refusjoner for 2002. Totalt utgjorde denne aktiviteten om lag 2 pst av den totale ISF-finansierte aktiviteten i 2001.

5 Rett til nødvendig helsehjelp innenfor spesialisthelsetjenesten

5.1 Innledning

5.1.1 Formålet med rett til nødvendig helsehjelp etter gjeldende rett

Som omtalt i kapittel 4, har pasientrettighetsloven som formål å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang til helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten, jf. § 1–1.

Formålet med å lovfeste rettigheter er videre å øke pasientenes rettssikkerhet ved å gi dem bedre kunnskap om egne rettigheter gjennom klare og lett tilgjengelige lovregler. Dessuten er rettighetsfestingen ment å styrke behandlingstilbudet gjennom å være et virkemiddel for styring og god ressursbruk som sikrer at nasjonale prioriteringer blir fulgt. En av de rettighetene som ble lovfestet i pasientrettighetsloven, er retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. pasientrettighetsloven § 2–1.

Spørsmålet om å lovfeste en rett til helsehjelp som gir den enkelte pasient et rettsbeskyttet krav på visse helsetjenester, og helsevesenet en tilsvarende plikt til å yte denne helsetjenesten, er tidligere omtalt i flere stortingsdokumenter. Spørsmålet gis en bred omtale i Innst.O. nr. 91 (1998–99) der sosialkomiteen foreslo å lovfeste rettigheten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Komiteen begrunnet blant annet forslaget med at pasientenes maktstilling overfor helsevesenet ble styrket og at rettigheten kunne bidra til riktig prioritering av pasienter, herunder at svake grupper kan få et maktmiddel til å oppnå grunnleggende helsetjenester. I tillegg ble lovfestingen av rettigheten begrunnet med at det ville skape større trygghet hos pasienten for å få nødvendig helsehjelp ved sykdom og at dette kunne styrke tilliten til det offentlige helsevesenet. Ordningen har som formål å prioritere pasienter innenfor gitte ressurser slik at de alvorligst syke skal få hjelp.

5.1.2 Formålet med forslaget om å utvide den materielle rettigheten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Forslaget omfatter ingen endring av formålet med rett til nødvendig helsehjelp etter gjeldende rett,

men det foreslås å lovfeste en utvidelse av rettigheten som har som formål å sikre at den oppfylles av spesialisthelsetjenesten. Forslaget legger således pasientens gjeldende rettssituasjon til grunn for utvidelsen.

5.2 Gjeldende rett og praksis

5.2.1 Helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Pasientenes rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten slik den er lovfestet i pasientrettighetsloven § 2–1 annet ledd, omfatter mer enn en rett til behandling ved sykehus.

Hva spesialisthelsetjeneste er, er ikke definert i helselovgivningen. I Ot.prp. nr. 10 (1998–99) Om lov om spesialisthelsetjeneste m.m. fremgår det på side 119 at:

«Spesialisthelsetjeneste er en samlebetegnelse på den type helsetjenester man har funnet det hensiktsmessig ikke å legge ansvaret for på det kommunale nivå».

I praksis omfatter spesialisthelsetjenesten de kategorier helsetjenester som de regionale helseforetakene har plikt til å sørge for både i og utenfor institusjon. Helsehjelp omfatter ikke bare behandling, men også helsetjenester som har forebyggende, diagnostisk, helsebevarende, rehabiliterende, pleiende og omsorgsgivende formål. Ordningen med rett til helsehjelp gjelder også innenfor psykiatrien. Ordningen bidrar til å motvirke faren for at den delvis aktivitetsbaserte finansieringen av somatisk virksomhet gir en vridning mot prioritering av somatisk virksomhet til foretrekkelig for eksempel psykiatrisk virksomhet.

Retten til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven omfatter således helsetjenester som ytes av helsepersonell og som har forebyggende, diagnostisk, helsebevarende, rehabiliterende og pleiende og omsorgsgivende formål og som de regionale helseforetakene har plikt til å sørge for. Pasientenes rettighet etter pasientrettighetsloven er ikke like omfattende som de regionale helseforetakenes ansvar for å tilby spesialisthelsetjeneste etter spesialisthelsetjenesteloven § 2–1a. De regionale helseforetakene skal yte spesialisthelsetjeneste og-

så til pasienter som ikke omfattes av bestemmelsen om *rett* til nødvendig helsehjelp, innen rammen av de ressurser som er stilt til disposisjon. Pasienter som har en rettighet overfor spesialisthelsetjenesten, skal imidlertid prioriteres først. Hvilken helsehjelp pasienten har rett til, er nærmere definert i en egen prioriteringsforskrift. Denne forskriften er nærmere omtalt under.

Sosialkomiteen har, på side 17 i Innst.O. nr. 91 (1998–99), beskrevet retten til nødvendig helsehjelp som en materiell rettighet som gir et rettsbeskyttet krav. En materiell rettighet innebærer at den enkelte pasient har krav på visse ytelser og at det offentlige har en tilsvarende plikt til å yte. En materiell rettighet kan prøves for domstolene. Domstolen kan fastslå innholdet av pasientens rettighet, hvilke plikter helsevesenet har, og eventuelt pålegge helsevesenet å treffe nytt vedtak med et bestemt innhold.

5.2.2 Prioriteringsforskriften

Om en pasient skal ha en materiell rettighet til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, må avgjøres etter en forsvarlig medisinsk faglig vurdering. Det skal foretas en individuell og konkret vurdering av vedkommende pasients tilstand basert på alvorlighetsgrad, pasientens lidelse, utsikt til bedring og behandlingens effekt. Dessuten skal de forventede resultatene stå i et akseptabelt forhold til kostnadene.

De materielle vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp er nærmere fastlagt i Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp. Forskriften er fastsatt av Kongen i statsråd 1. desember 2000 med hjemmel i pasientrettighetsloven § 2–1 femte ledd.¹

I forbindelse med behandlingen av pasientrettighetsloven fremholdt flertallet i sosialkomiteen (Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti) at hva som skal legges i begrepet «rett til nødvendig helsehjelp», på en god måte illustreres i Lønning II-utvalgets forslag til prioriteringsgrupper.² Utvalgets forslag til prioriteringsgruppe 1 og 2 er søkt nedfelt i kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp i § 2 i prioriteringsforskriften. Hvorvidt de kriteriene som er tatt inn i bestemmelsen, lykkes i å implementere prioriteringsgruppe 1 og 2 på en god måte, og hvorvidt de ivaretar behovene for å foreta prioriteringer i helsetjenesten, bør evalueres når forskriften har virket en stund.

¹ FOR 2000–12-01 nr 1208.

² NOU 1997: 18 Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste

Prioriteringsforskriftens § 2 lyder:

«Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2–1 annet ledd, når:

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Med ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet menes at pasientens livskvalitet uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse, problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak, eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå.

Med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen.»

Alle de tre vilkårene i første ledd må være oppfylt for at pasienten skal ha rett til nødvendig helsehjelp. Det første vilkåret knytter seg til tilstandens alvorlighet. Det sentrale er hvilken utvikling pasientens tilstand vil ha dersom behandlingen utsettes. For at vilkåret skal være oppfylt må utsettelsen føre til redusert livslengde eller nedsatt livskvalitet. Det skal ikke mye til for at vilkåret om reduksjon i forventet livslengde er oppfylt, men enhver forventet reduksjon vil ikke kunne gi rett til nødvendig helsehjelp.

Hva som menes med nedsatt livskvalitet, er presisert i bestemmelsens annet ledd. Årsaken til at livskvaliteten nedsettes, må være knyttet til de konsekvenser det vil ha for pasientens helsetilstand å utsette behandlingen. De momenter som er oppregnet i bestemmelsen er ikke ment å være uttømmende, men antas å dekke de fleste situasjoner hvor vilkåret er oppfylt. Nedsettelsen av pasientens livskvalitet må være ikke ubetydelig. I vurderingen skal det tas hensyn både til nedsettelsens omfang og varighet. Livslengde og livskvalitet er i utgangspunktet alternative kriterier. Det er tilstrekkelig at ett av kriteriene er oppfylt. De kan likevel sees i sammenheng. Dersom reduksjon av livslengde og livskvalitet hver for seg ikke er tilstrekkelig, kan de to kriteriene sees i sammenheng slik at vilkåret likevel kan være oppfylt. I tvilstilfeller kan det legges vekt på begge kriteriene, slik at de til sammen oppfyller vilkåret.

Det andre vilkåret etter bestemmelsens første

ledd er at pasienten må ha forventet nytte av helsehjelpen. Dette er presisert i bestemmelsens tredje ledd. Helsehjelpen skal være dokumentert effektiv. Det skal foreligge god vitenskapelig dokumentasjon innenfor norsk eller internasjonal medisin for at forholdene kan forandres til det bedre ved aktiv medisinsk behandling. Retten til nødvendig helsehjelp omfatter ikke eksperimentell eller utprøvende behandling.

Det tredje vilkåret etter bestemmelsens første ledd er at det foreligger et rimelig forhold mellom kostnadene ved behandlingen og den forbedringen av pasientens helsetilstand som behandlingen forventes å gi.

Vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp bygges altså på sammenhengen mellom tilstandens alvorlighet, muligheten for å forbedre den ved helsehjelp og helsehjelpens kostnadseffektivitet. Vilråene er relative i forhold til hverandre. Er pasientens prognose meget dårlig, vil kravet til behandlingens forventede nytte kunne være lavere enn om prognosen er mer usikker. Tilsvarende vil det kunne kreves mindre med hensyn til tilstandens alvorlighet dersom nytten med høy grad av sikkerhet er stor i forhold til om den er moderat eller mindre sikker. Pasientens diagnose er ikke avgjørende for retten til nødvendig helsehjelp. Innenfor samme diagnose vil noen pasienter kunne ha rett til helsehjelp og andre ikke.

Etter pasientrettighetsloven § 2–2 har en pasient som henvises til offentlig sykehus eller spesialistpoliklinikk, rett til å få helsetilstanden vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Denne vurderingsretten innebærer ikke noen absolutt rett til å få stilt en diagnose innen 30 virkedager, men pasienten vil ha rett til en vurdering med hensyn til videre undersøkelse og behandling. § 2–2 har ikke innarbeidet en ressurs- eller kapasitetsbegrensning i forhold til pasientens vurderingsrett, og vurderingsretten gjelder uavhengig av om det antas å foreligge alvorlig/livstruende sykdom eller ikke. Dersom det foreligger alvorlig/livstruende sykdom, kan imidlertid dette tilsi at vurderingen må gjøres raskere enn innen 30 virkedager.

Legen som foretar vurderingen etter § 2–2, skal samtidig avgjøre om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter § 2–1. Som nevnt foran, omfatter ikke rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten kun rett til behandling i snever forstand. Rettigheten kan blant annet også omfatte handlinger som har diagnostiserende formål, jf. pasientrettighetsloven § 1–3 bokstav c) hvor helsehjelp defineres. Det vil si at i de tilfellene det ikke er medisinsk forsvarlig eller mulig å stille en diagnose innen 30 virkedager,

vil en rettighetspasient ha krav på at spesialisthelsetjenesten yter diagnostiske tiltak innen den fristen som er fastsatt i prioriteringsforskriften. Se nærmere om denne fristen under.

Etter gjeldende rett er det bare offentlige sykehus, og herunder spesialistpoliklinikker, som har plikt til å ta imot pasienter for vurdering i henhold til pasientrettighetsloven § 2–2. Private sykehus og privatpraktiserende spesialister er ikke pålagt en slik plikt i pasientrettighetsloven. Det er imidlertid intet til hinder for at det regionale helseforetaket inngår avtale med private tjenesteytere om slik virksomhet. Det må i såfall eksplisitt fastsettes i avtalen at virksomheten skal foreta vurdering etter § 2–2, og at denne vurderingen forplikter det regionale helseforetaket, blant annet til å oppfylle rettighetene til pasienter som er blitt innrømmet rett til nødvendig helsehjelp i samsvar med pasientrettighetsloven § 2–1.

5.2.3 Tidsfrist for oppfyllelse av retten til nødvendig helsehjelp

Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten oppstår ikke i og med at pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten. Pasientrettighetsloven forutsetter en vurdering fra spesialisthelsetjenesten og at det i den forbindelse settes en frist for å oppfylle pasientens rettighet.

Ved vedtakelsen av bestemmelsen, forutsatte flertallet i sosialkomiteen (Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti) at pasienten skal få nødvendig helsehjelp innenfor en tidsfrist knyttet til forsvarlig medisinsk faglig skjønn.

I prioriteringsforskriften § 3 er det fastsatt at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp innen den tid medisinsk forsvarlighet krever. Det er ikke satt en generell frist for å oppfylle rettigheten. Tidspunktet for når fristen er brutt, må vurderes ut fra situasjonen til den enkelte pasienten og må bero på en konkret helhetsvurdering basert på medisinsk skjønn. Helsehjelpen må ytes på et tidspunkt hvor man ved aktiv medisinsk behandling oppnår forbedring av pasientens helsetilstand, unngår at tilstanden forverres eller at behandlingsmuligheter går til spille.

Etter pasientrettighetsloven § 2–2 skal pasienten få beskjed om når man planlegger å yte helsehjelpen. Dette tidspunktet er ikke ensbetydende med når fristen til å yte nødvendig helsehjelp er brutt. Pasienten vil ofte bli tilbudt behandling før den tid medisinsk forsvarlighet krever det. Det er først når grensen for det forsvarlige overtres, at fristen for å yte nødvendig helsehjelp er brutt. Det

fastsettes altså ikke en konkret frist for den enkelte pasient, og pasientene får ikke opplyst når fristen utløper.

5.2.4 Begrensninger i retten til nødvendig helsehjelp

Etter gjeldende rett er retten til nødvendig helsehjelp begrenset til å gjelde innenfor den offentlig finansierte delen av spesialisthelsetjenesten i riket. Dessuten gjelder retten også overfor andre tjenesteytere i den utstrekning regionale helseforetak har inngått avtale med disse om tjenesteyting, for eksempel privatpraktiserende spesialister som skal yte helsetjenester etter avtale med det regionale helseforetaket.

Pasientrettighetsloven fastsetter at retten til nødvendig helsehjelp er begrenset til å gjelde innenfor den kapasiteten og de økonomiske ressursene som finnes i den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten i riket og hos andre tjenesteytere som det regionale helseforetaket har inngått avtale med, jf. § 2–1 fjerde ledd. Begrensningen gjelder ikke kapasiteten innen helseregionen eller ved den enkelte institusjon. Det er kapasiteten i den samlede offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten i Norge som er avgjørende. Brudd på retten til nødvendig helsehjelp kan ikke begrunnes med at bostedsregionen ikke har tilstrekkelig kapasitet til å yte helsehjelp til vedkommende, dersom det er tilgjengelig kapasitet et annet sted i Norge. Det regionale helseforetaket har i såfall plikt til å skaffe pasienten tilbud om helsehjelp et annet sted innenfor den offentlig finansierte helsetjenesten.

5.2.5 Erfaringer med praktiseringen av ordningen med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Det er usikkert hvor stor pasientgruppe som blir innvilget rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. I tredje tertial i 2001 er det registrert ca. 38 pst. rettighetspasienter blant nyhenviste pasienter i hele landet. I helseregion Sør er prosentandelen ca. 29. I helseregion Øst er prosentandelen ca. 32. I helseregion Nord er prosentandelen ca. 35. I helseregion Vest er prosentandelen ca. 46. I helseregion Midt-Norge er prosentandelen ca. 64.

Vurderingen av om en pasient har rett til helsehjelp skal bero på en medisinskfaglig vurdering. En slik vurdering vil være skjønnsmessig og avgjørelsene vil derfor ikke kunne realisere likhetsprinsippet fullt ut. Imidlertid burde ulikheter som følge av slik skjønnsutøvelse, statistisk jevne seg noenlunde

ut når avgjørelsene gjelder så store grupper av pasienter som innenfor hele helseregionen. Disse ulikhetene synes heller ikke å ha grunnlag i ulikheter i pasientsammensetningen i helseregionene.

Det må derfor legges til grunn at ventelisterapporteringen ikke sikrer god nok oversikt over om retten til nødvendig helsehjelp oppfylles og hvor mange som gis rett til nødvendig helsehjelp. Om ulikhetene skyldes betydelig ulik praksis når det gjelder registrering av disse pasientene, eller om det skyldes betydelig ulik praksis når det gjelder å tildele pasientene rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven, er noe usikkert. Innføringen av nytt felles venteliste- og pasientadministrativt system (ny NPR-record) i spesialisthelsetjenesten fra 1. januar 2003 vil imidlertid kunne gi bedre mulighet for slik oppfølging og forbedre informasjonen om ventetider, analyse av pasientstrømmer mellom institusjoner mv.

En del av årsaken til den ulike praktiseringen kan være at kriterier som for eksempel «prognose-tap» og «tap av livskvalitet» kan oppfattes som vage, og at rett til nødvendig helsehjelp ikke gjenspeiles i kliniske retningslinjer. Det nylig oppnevnte Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet skal blant annet skaffe et informert og dokumentert grunnlag for beslutninger om prioritering og skape forståelse for prioriteringskriteriene. Rådets arbeid fremover vil således kunne bidra til at tildelingen av rett til helsehjelp blir mer ensartet og i samsvar med intensjonene med ordningen. For øvrig har pasientrettighetsloven virket i kort tid, og det tar erfaringsmessig tid å implementere nytt regelverk i helsetjenesten.

De data som foreligger, tyder på at regelverket praktiseres ulikt, det gjelder både på regionalt nivå, mellom fylker og mellom sykehus. I så fall kan man ikke se bort fra at prioriteringen mellom pasientgrupper og innbyrdes mellom enkeltpasienter heller ikke skjer i samsvar med de allment anerkjente prioriteringsprinsippene som er nedfelt i forskriften. Dette kan føre til at grupper av pasienter eller enkeltstående pasienter ikke får behandling til den tid de har krav på. Ulik praktisering av prioriteringsforskriften fra helseregion til helseregion, vil medføre at pasienter får ulik rettslig stilling overfor helsetjenesten avhengig av hvor i landet de bor.

Etter departementets oppfatning er det derfor en sentral utfordring å sørge for at prioriteringsforskriften praktiseres slik som forutsatt. Etter departementets vurdering vil først og fremst arbeidet med å oppnå større grad av felles forståelse for og oppfatning av hvordan prioriteringsforskriften skal vektlegges i det kliniske arbeidet, være avgjørende. Slikt konsensusarbeid kan blant annet skje i fag-

grupper som uttaler seg om prinsipielle spørsmål, gjerne i tilknytning til enkeltsaker slik Lønning II-utvalget anbefalte.

5.3 Forslaget i høringsnotatet

5.3.1 Høringsnotatets forslag om individuelt fastsatt, konkret frist for å yte nødvendig helsehjelp

I høringsnotatet foreslås det ikke at kriteriene som skal legges til grunn for vurderingen av om en pasient skal ha et materiellrettslig krav på helsehjelp, skal endres i forbindelse med dette lovforslaget. Forslaget forutsetter således at kriteriene i nåværende § 2–1, som bygger på konklusjonene i Lønning II, fortsatt skal legges til grunn.

Etter gjeldende rett har pasienten krav på behandling innen den tid medisinsk forsvarlighet krever, men verken pasienten eller henvisende lege får konkretisert tidspunktet nærmere. Departementet uttaler i høringsnotatet at dersom pasientenes stilling overfor helsevesenet skal styrkes gjennom ordningen med rett til nødvendig helsehjelp, forutsetter det at pasienten er kjent med innholdet av sine rettigheter.

På denne bakgrunn foreslår departementet i høringsnotatet at spesialisthelsetjenesten skal fastsette en konkret, individuelt vurdert frist for når retten til nødvendig helsehjelp skal oppfylles. Fastsettelse av fristen skal ta utgangspunkt i pasientens individuelle behov og gi rom for klinisk skjønn. I tillegg er det foreslått at den tjenesteyter som foretar vurdering av pasienten, skal være forpliktet til å konkretisere når medisinsk forsvarlighet senest krever at helsehjelpen skal ytes, og at konkretiseringen skal bestå i å fastsette et eksakt tidspunkt for når den enkelte pasient skal ha mottatt den nødvendige helsehjelpen.

I høringsnotatet foreslås det at den som foretar vurdering av pasientenes helsetilstand etter pasientrettighetsloven § 2–2, skal pålegges å informere pasienten og primærlegen både om beslutningen om rett til nødvendig helsehjelp og den fastsatte fristen. Det foreslås også at pasienten og/eller primærlegen skal informeres om hvor man kan henvende seg for å få oppfylt rettigheten, dersom fristen overskrides.

Det ble videre vist til at pasienter som ikke innrømmes rett til nødvendig helsehjelp og dermed heller ikke får en rett til å kreve helsehjelp innen et bestemt tidspunkt, må få informasjon om klageadgang, klagefrist og klageinstans.

5.3.2 Høringsnotatets forslag om en subsidiær rett til helsehjelp ved brudd på fristen

I høringsnotatet ble det vist til at fastsettelse av et konkret tidspunkt for når pasienten senest skal ha mottatt nødvendig helsehjelp, ikke vil føre til at den enkelte pasient automatisk får oppfylt sitt primære behov, som er helsehjelp. Pasientens behov vil bare bli ivaretatt på en tilfredsstillende måte dersom brudd på den individuelle fristen utløser et umiddelbart krav på helsehjelp. Departementet foreslo derfor å lovfeste en ordning som skal sikre rettighetspasienter helsehjelp umiddelbart etter fristbrudd.

I høringsnotatet er det lagt til grunn at dersom en subsidiær rett til nødvendig helsehjelp skal medføre en reell forbedring av pasientenes situasjon, er det ikke tilstrekkelig at den subsidiære retten omfatter det offentlige tilbudet innenlands. Departementet foreslo derfor at plikten til å tilby nødvendig helsehjelp etter at fristen er overskredet, utvides til å omfatte private tjenesteytere innenlands som ikke er inkludert i det offentlige tjenestetilbudet gjennom avtaler. I tillegg ble det foreslått at plikten til å tilby nødvendig helsehjelp etter at fristen er overskredet, utvides til også å omfatte tjenesteytere utenlands.

5.3.3 Høringsnotatets vurdering av begrensninger i forslaget om subsidiær rett til nødvendig helsehjelp

Etter gjeldende ordning er pasientens rett til nødvendig helsehjelp ressursmessig begrenset, både til det tilgjengelige, offentlig finansierte tjenestetilbudet i riket og til den kapasitet det har.

Når det i høringsnotatet er foreslått at pasienten skal få et subsidiært tilbud om nødvendig helsehjelp som, om nødvendig, ytes av privat tjenesteyter innenlands eller i utlandet, ligger det i dette at pasientens subsidiære rett ikke kan være begrenset av kapasiteten i det offentlige tjenestetilbudet i riket. Forslaget i høringsnotatet innebærer derfor at begrensningene i pasientrettighetsloven § 2–1 fjerde ledd oppheves.

5.3.4 Høringsnotatets forslag om organisering av det subsidiære tilbudet om nødvendig helsehjelp

I høringsnotatet har departementet drøftet ulike organisatoriske løsninger når det gjelder det subsidiære tilbudet om nødvendig helsehjelp.

Det vurderes om oppgaven med å finne et sub-

sidiært tilbud om nødvendig helsehjelp kan legges til de regionale helseforetakene. Av legitimitetsmessige hensyn og for å sikre likebehandling av pasientene uansett bosted, foreslås det at oppgaven legges til et sentralt, statlig organ.

5.4 Høringsinstansenes syn

5.4.1 Høringsinstansenes uttalelser til forslaget om fastsettelse av individuell, konkret behandlingsfrist

Departementet viser innledningsvis til at så og si alle høringsinstanser som har uttalt seg på dette punkt, fullt ut eller i hovedsak støtter forslaget om en individuelt fastsatt, konkret frist for å yte nødvendig helsehjelp. En rekke høringsinstanser har imidlertid hatt ulike kommentarer til forslaget, eller påpekt problemstillinger som oppstår som følge av forslaget. I det videre vil derfor de mest relevante merknadene eller problemstillingene bli redegjort for.

Sosial- og helsedirektoratet har påpekt det uheldige ved ulik praktisering av prioriteringsforskriften. For å motvirke dette vil det etter direktoratets oppfatning være behov for mer kunnskap om dagens praksis ved tildeling av rett til nødvendig helsehjelp, samt styrket veiledning om kriteriene for tildeling.

Det vises til at forslaget om individuelt fastsatt frist, vil stille store krav til tjenesteapparatet. Fristfastsettelse skal skje etter en konkret medisinsk faglig vurdering, og det må konkretiseres når nødvendig helsehjelp senest skal gis. Etter direktoratets oppfatning kan dette bidra til økt fokus på sykehusenes primærfunksjoner, og dermed et bedre tjenestetilbud til pasienten.

Direktoratet har imidlertid påpekt enkelte utfordringer ved forslaget og viser blant annet til at dersom pasienten ikke får nødvendig helsehjelp innen forsvarlig tid, *kan* dette skyldes at det regionale helseforetaket ikke klarer å skaffe ledig kapasitet innenfor den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten. Direktoratet påpeker imidlertid at dette også kan ha andre årsaker, og viser blant annet til at valg av annet offentlig sykehus normalt ikke skjer på initiativ fra sykehusene selv, samt at det heller ikke finnes noe apparat eller tradisjon i det enkelte helseforetak/regionale helseforetak for å ha oversikt over ledig kapasitet i egen region eller nasjonalt. En subsidiær rett som medfører at private eller utenlandske sykehus kan behandle disse pasientene ved oversittelse av tidsfristen, kan dermed

åpne for en ikke-optimal utnyttelse av ledig nasjonal kapasitet innenfor offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste.

Videre har direktoratet vist til at når pasienten gis en individuell frist som det er knyttet sanksjoner til å ikke overholde, vil dette kunne føre til at pasienter uten frist blir skjøvet ut av den «prioriterete» listen. Det påpekes at det vil være behov for å overvåke dette, og man vil derfor måtte operere med to ventelistestatistikker. Det må også sikres at de pasientene som ikke har rett til nødvendig helsehjelp, uansett får beskjed om hvorvidt de har behov for behandling og når de eventuelt kan forvente å få den.

Direktoratet er enig i at kostnaden forbundet ved å oppfylle retten til nødvendig helsehjelp skal dekkes av det enkelte regionale helseforetaket, uavhengig av hvem som faktisk utfører behandlingen og hvem som er ansvarlig for fristbruddet. Det påpekes imidlertid at frykten for at den enkelte lege kan bli identifisert som ansvarlig for at det regionale helseforetaket påføres økte utgifter (fordi legen ikke har klart å fastsette frister som kunne overholdes), vil kunne medføre at legen «for sikkerhets skyld» skyver tidsfristen noe frem i tid. Det vises også til at dårlig økonomi i det regionale helseforetaket vil kunne utvikle føringer som gjør at fristene utvides for å være på den sikre siden. Økonomiske konsekvenser av fristbrudd kan også tenkes å medvirke til at lidelser som i dag gis rett til behandling innen en viss tid, i fremtiden vil havne i den uprioriterte køen. I så måte påpekes det at man kan oppleve at det som var ment som en styrking av pasientrettigheter, får som konsekvens at færre pasienter anses å oppfylle vilkårene for å ha rett til nødvendig helsehjelp etter bestemmelsen.

Statens helsetilsyn har i sin høringsuttalelse påpekt det uheldige ved at det i liten grad er kartlagt og evaluert i hvilken utstrekning den någjeldende ordningen eller reguleringsformen som er valgt i pasientrettighetsloven § 2–1, er et hensiktsmessig virkemiddel for å sikre riktige prioriteringer, rettferdig fordeling og effektiv ressursbruk i helsetjenesten. Helsetilsynet støtter forslaget om fastsettelse av frist for rett til nødvendig helsehjelp etter § 2–1, men påpeker uklarhet når det gjelder forholdet mellom § 2–1 og § 2–2, nærmere bestemt hvordan retten til vurdering hos spesialisthelsetjenesten innen 30 virkedager etter § 2–2 skal forstås i forhold til forslaget til ny § 2–1. Helsetilsynet anbefaler at forholdet mellom disse bestemmelsene bør presiseres i odelstingsproposisjonen.

Helsetilsynet påpeker videre at dersom fristen for rett til nødvendig helsehjelp fastsettes slik det er skissert, – altså som en siste frist for hva forsvar-

lighet tilsier, vil senere oppfyllelse gjennom det subsidiære tilbudet på grunn av tidsaspektet kunne bli å anse som uforsvarlig. Helsetilsynet anbefaler derfor at det i lovforslaget eller merknadene bør fremgå at fristen ikke må fastsettes slik at det ikke vil være mulig å gi subsidiært tilbud på en forsvarlig måte.

Helse Nord RHF har påpekt at dersom retten til nødvendig helsehjelp skal kunne ivaretas uten at budsjettammene overskrides, er det viktig at denne rettigheten avgrenses. For eksempel må pasienter med mindre alvorlige sykdommer ikke uten videre tilstås en slik rett, og det bør foretas en grundig gjennomgang av praktiseringen av begrepet «rett til nødvendig helsehjelp». *Helse Sør RHF* mener forslagene vil virke skjerpene på helseforetakene og de ansatte når det gjelder å fokusere på brukernes behov for gode helsetjenester innenfor akseptabel ventetid. Det påpekes imidlertid at dette vil medføre behov for økte ressurser, og at ytterligere effektivisering for å kunne finansiere sterkere pasientrettigheter synes lite realistisk.

I tillegg til ovennevnte høringsinstanser har flere sykehus påpekt svakheter eller uklarheter knyttet til prioriteringsforskriften og de vurderingskriteriene som der fremgår. *Vest-Agder sykehus HF* er positive til at det skal meddeles et tidspunkt, men er skeptisk til om de foreslåtte vurderingskriteriene for å fastslå om noen har rett til nødvendig helsehjelp er presise nok, og at det derfor fortsatt vil bli tilfeldigheter. Av samme grunn er de skeptiske til fastsettelse av tidsfrist, idet forslaget hevdes å gi rom for store variasjoner. *Helse Nord-Trøndelag HF* påpeker at kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp åpner for skjønn, noe som resulterer i forskjellsbehandling. Det hevdes derfor at det vil være behov for å tydeliggjøre rettighetsgrunnlaget. Dette støttes av *Sykehuset Buskerud HF* som mener det vil være nødvendig med en strammere definisjon av begrepet «rett til nødvendig helsehjelp» før en utvider denne rettigheten. Det vises til at begrepet i dag er gjenstand for skjønn, noe som kan forklare de store variasjonene i hvor stor andel som gis slik rett. Også *Universitetssykehuset Nord-Norge* påpeker at det vil være en utfordring å definere et innhold i begrepet rett til nødvendig helsehjelp som blir enhetlig, samt at det for enkelte enheter kan være vanskelig å overholde de individuelt fastsatte fristene. *Ullevål universitetssykehus HF* påpeker at utvidelse av pasientrettigheter vil gi mulighet for større bruk av private sykehus og/eller helseinstitusjoner. Dette kan igjen medføre fare for konkurransevridning ved at private sykehus selekterer hvilke pasientgrupper de vil opprette tilbud for, og slik at den offentlige spesialisthelsetjenesten dermed er

den eneste som har et tilbud til såkalt «tunge» eller «ulønnsomme» pasientgrupper.

Psykisk helsevern Østfold HF har påpekt at det i liten grad er utredet hvordan effekten av forslaget i realiteten vil være for pasienter med psykiske lidelser. Det vises blant annet til vansker med å planlegge når behandling for en pasient er ferdig, noe som vil gjøre det vanskelig å fastsette når det blir ledig behandlingsskapasitet for nye pasienter. Videre vises det til at det for denne pasientgruppen er få private alternativer å velge mellom. *Psykiatrien i Vestfold HF* viser til at endringene i § 2–1 av prinsipielle grunner også bør aksepteres for psykiatriens område, men det erkjennes at dette forutsetter en rekke avklaringer, og at behandling utenlands ofte ikke vil være særlig aktuelt for denne pasientgruppen.

Rikstrykdeverket har i sin høringsuttalelse påpekt at prioriteringsforskriften fortsatt vil bli sentral ved vurderingen av hvem som skal få rett til nødvendig helsehjelp. Under henvisning til dagens store forskjeller når det gjelder praktisering av forskriften, anbefales det derfor en gjennomgang og konkretisering av vilkårene i prioriteringsforskriften. Det bør i såfall presiseres at den fristen som fastsettes er den ytre grense med hensyn til medisinsk forsvarlighet, og at helsehjelp uansett må ytes så raskt som mulig, uavhengig av den fristen som fastsettes.

Røntgeninstituttene Fellesorganisasjon mener at høringsnotatet ikke i tilstrekkelig grad problematiserer og tar stilling til retten til å få utredet sin tilstand, dvs. retten til å få kommet til utredning og å få utført diagnostikk. Det vises til at så lenge pasienten har uavklarte symptomer og tegn kan han vanskelig bli gjenstand for prioritering. Det savnes en problematisering av dette, idet de foreslåtte endringene ikke gir fastlege eller privat spesialist noen rett til å forplikte regionale helseforetak til å yte pasienten en materiell rett til helsehjelp. *Den norske lægeforening* har i sin høringsuttalelse anbefalt at det søkes utarbeidet en felles mal for hvordan de ulike lidelsene skal forsøkes rubrisert med hensyn til tidsfrister. I tillegg til forslaget om at pasient og henvisende lege skal informeres om fristen, foreslås det at også fastlegen bør informeres.

Barneombudet har påpekt at ved fastsettelse av fristen for rett til nødvendig helsehjelp i forhold til barn/unge, bør begrensninger i forhold til skolegang og deltagelse i vanlige aktiviteter med venner tillegges særskilt vekt.

Norges Handikapforbund har understreket viktigheten av at forslaget om utvidet rett til nødvendig helsehjelp, ikke må gå på bekostning av det offentlige helsetilbud. Forslaget om utvidede rettigheter må ikke føre til en nedbygging av spesialist-

helsetjenesten eller til en delprivatisering som ikke har vært oppe til bred politisk debatt. *Norsk Forbund for Utviklingshemmede* har vist til at de foreslåtte tiltakene vil fremme en mer rettferdig og lik praktisering av de rettigheter og prioriteringer som er nedfelt i lovverket. Imidlertid vises det til at fristfastsettelsen og vurdering av om vedkommende oppfyller vilkårene for å ha krav på rett til nødvendig helsehjelp, vil bero på skjønn. Det vil derfor være viktig å kontrollere at prioriteringsforskriften praktiseres som forutsatt. *Landsforeningen for Pårende innen Psykiatri* frykter at den subsidiære retten som oppstår ved fristbrudd, vil kunne føre til ytterligere ansvarsfraskrivelse og svekkelse av tilbudet for tunge pasientgrupper eller svake grupper, ved at disse blir prioritert ned. Det vises til at svake grupper lettere rammes av nedprioritering, og ikke nødvendigvis bare av manglende kapasitet. Det fryktes derfor en forverring av behandlingstilbudet for pasienter med alvorlige psykiske lidelser gjennom mindre satsing på forbedringer innenfor det eksisterende systemet. I den forbindelse vises det til at det for denne pasientgruppen finnes få private løsninger og at utenlandsopphold vil være mindre egnet.

Av høringsinstansene er det bare *Norsk Kommuneforbund* (og *Norsk Helse- og sosialforbund* som har avgitt fellesuttalelse) som prinsipielt har tatt avstand fra forslaget om fastsettelse av konkret, individuell frist for når rett til nødvendig helsehjelp senest skal være oppfylt. Det vises til at det først vil være nødvendig med en gjennomgang og evaluering av prioriteringsforskriftens praktisering før nye endringer/tiltak innføres. Det vises videre til at først må geografiske skjevheter og utilsiktede vridninger av tilbud i forhold til ulike pasientgrupper undersøkes, og Nasjonalt råd for prioritering må gis tid til å sikre at prioriteringsforskriften virker etter hensikten, før det foretas utvidelse av rettighetene. Det påpekes at en utvikling mot privatisering av sykehustjenester er helt uakseptabelt, og at økt omfang av kommersielle sykehus vil undergrave pasientrettighetslovens formål om lik tilgang på god helsehjelp av god kvalitet. Økt privatisering på dette området vil også være uheldig i et kjønnsperspektiv.

Landsorganisasjonen i Norge har i sin høringsuttalelse vist til at økt omfang av kommersielle sykehus vil undergrave pasientrettighetslovens hovedformål om å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på god helsehjelp av god kvalitet. Imidlertid kan de som en prøveordning støtte at pasienter får en subsidiær rett til offentlig betalt behandling privat/i utlandet etter at den individuelt fastsatte fristen er overskredet. Det forutsettes imidlertid at

ordningen må være av begrenset omfang, at den utformes slik at regionale helseforetak ikke kan skyve fra seg pasienter eller pasientgrupper de ikke ønsker eller klarer å behandle, at fristen bør kunne endres dersom det er klart medisinsk forsvarlig og at ordningen overvåkes nøye slik at man ikke stimulerer til behandling privat eller i utlandet. Det påpekes at en utvikling mot privatisering av sykehustjenester er helt uakseptabelt.

5.4.2 Høringsinstansenes uttalelser til forslaget om subsidiær rett til helsehjelp ved oversittelse av fastsatt frist

Som nevnt under punkt 5.4.1 har så å si alle høringsinstanser som har uttalt seg, fullt ut eller i hovedsak støttet forslaget om en individuelt fastsatt konkret frist for å yte nødvendig helsehjelp. I forlengelsen av dette har de også direkte eller underforstått støttet forslaget om at oversittelse av denne fristen skal ha som konsekvens at pasienten får rett til behandling ved privat sykehus/i utlandet, og at utgiftene til dette skal dekkes av det regionale helseforetaket.

En rekke høringsinstanser har imidlertid hatt kommentarer til forslaget, eller påpekt problemstillinger som oppstår som følge av forslaget. Disse er i all hovedsak knyttet til bekymring for at private sykehus vil foreta en bevisst «sortering» i forhold til hva slags helsehjelp de ønsker å tilby, samt mer generelle betraktninger rundt uheldige konsekvenser av at ordningen med fristfastsettelse og subsidiær rett vil kunne medføre økt privat tilbud. Det vises blant annet til at dette vil kunne trekke kvalifisert personell fra den offentlige spesialisthelsetjenesten. Disse høringsuttalelsene er i all hovedsak gjengitt ovenfor under punkt 5.4.1, og i det videre vil det derfor bare bli gjengitt enkelte tilleggsmerknader utover dette.

Statens helsetilsyn har i sin høringsuttalelse etterlyst en drøftelse av hvordan pasientrettigheter i praksis skal ivaretas ved kontraktsinngåelser om behandling i utlandet, og hvordan pasient og/eller det sentrale organet som skal skaffe behandlingsplass i utlandet, skal kunne påberope seg slike rettigheter under og etter behandlingen.

Helse Nord RHF har påpekt at dersom pasientene ikke får nødvendig helsehjelp innenfor den fastsatte fristen, bør den subsidiære retten til helsehjelp også kunne oppfylles ved et annet helseforetak/regionalt helseforetak dersom det ønskes, og ikke bare gjennom tilbud om behandling privat eller i utlandet. *Helse Sør RHF* har påpekt at økt bruk av private sykehus vil innebære en fare for tapping

av spesialister fra offentlige sykehus, spesielt fra Universitetssykehusene.

Norsk Forbund for Utviklingshemmede er positive til en subsidiær rett til helsehjelp, men har uttrykt bekymring for at det i de offentlige sykehuse- ne da vil satses mest på tjenester/områder hvor etterspørselen er størst eller hvor behandling gir størst prestisje og profitt. I såfall vil dette innebære en risiko for at pasienter innenfor andre fagområder vil bli sendt ut av landet. I tillegg påpekes problemstillinger i forhold til rett til informasjon og representasjon foreldre/hjelpeverge ved behandling i utlandet.

Den norske lægeforening støtter i utgangspunktet forslaget om at pasienten skal ha subsidiær rett til behandling hos privat/i utlandet ved oversittelse av den fastsatte fristen. Legeforeningen er imidlertid bekymret for at forslaget kan medføre uønskede vridninger av tjenestetilbudene, og frykter spesielt at pasienter med psykiske lidelser, pasienter med kroniske sammensatte lidelser og pasienter med behov for krevende habilitering og rehabilitering vil bli taperne. Disse vil i mindre grad kunne nyttiggjøre seg utenlandstilbud og tilbud i private sykehus. Legeforeningen ber derfor om at det gjøres en konsekvensanalyse av dette, og at det særlig sikres at de ressursene som medgår til utenlandsopphold for operative inngrep ikke går på bekostning av tjenestetilbudet til de svake gruppene.

Som nevnt ovenfor er *Norsk Kommuneforbund* (og *Norsk Helse- og sosialforbund*) prinsipielt motstander av lovforslaget. Det fremgår at dette særlig skyldes den subsidiære retten til behandling hos privat sykehus eller i utlandet. Dette hevdes å være en utvikling mot privatisering av sykehustjenester, samtidig som det vil understøtte økt omfang av kommersielle sykehus, noe som igjen vil undergrave pasientrettighetslovens formål. Som nevnt er også *Landsorganisasjonen i Norge* enig i denne argumentasjonen, men de støtter allikevel en prøveordning på visse vilkår, blant annet påpekes det at det må være adgang til å forlenge den fastsatte frist dersom dette er klart medisinsk forsvarlig.

5.4.3 Høringsinstansenes uttalelser til forslaget om organisering av det subsidiære tilbudet om nødvendig helsehjelp

I høringsnotatet er det foreslått at et sentralt statlig organ skal ha som oppgave å fremskaffe tilbud om helsetjenester privat eller i utlandet til pasienter som ikke har fått oppfylt retten til nødvendig helsehjelp innenfor den fastsatte fristen. Departementet har i høringsnotatet ikke konkludert i forhold til

valg av organ, men har vist til at man kan opprette et nytt organ for formålet eller legge denne oppgaven til et allerede eksisterende organ. I den forbindelse trekkes Sosial- og helsedirektoratet eller Rikstrygdeverket frem som aktuelle organer.

Blant høringsinstansene har det vært varierende tilbakemeldinger i forhold til dette punktet, men de fleste høringsinstansene støtter at oppgaven skal ivaretas av et sentralt statlig organ. Når det gjelder finansieringsansvaret for det subsidiære tilbudet, har de aller fleste høringsinstanser som konkret har uttalt seg til spørsmålet, støttet at dette skal tillegges det aktuelle regionale helseforetaket, selv om helsetjenesten ytes av privat spesialisthelsetjeneste eller i utlandet.

Videre er det bred støtte for at det statlige organet som skal ivareta denne oppgaven, i såfall bør være et eksisterende organ fremfor at det opprettes et nytt organ utelukkende for dette formålet. Mange høringsinstanser trekker i den forbindelse frem enten Rikstrygdeverket eller Sosial- og helsedirektoratet, mens mange andre instanser ikke konkretiserer dette utover at det som nevnt bør være et statlig organ. Av denne grunn er det på bakgrunn av høringsuttalelsene vanskelig å si at det ene alternativet har klart mer støtte enn det andre, selv om Rikstrygdeverket synes å være mest foretrukket blant de som har uttalt seg eksplisitt til dette spørsmålet. I det videre skal departementet kort gjengi hva enkelte sentrale aktører har ment, samt gjengi enkelte alternative forslag.

Rikstrygdeverket mener at ansvaret for å organisere og skaffe til veie et slikt subsidiært tilbud, må gis til et sentralt statlig organ utenfor de regionale helseforetakene. De viser videre til at de gjennom forvaltningen av ordningen med kjøp av helsetjenester i utlandet (den såkalte pasientbroen) har opparbeidet erfaring, kunnskap og kompetanse på alle de områder som departementet har fremhevet som viktig å ivareta for et slikt sentralt statlig organ. Rikstrygdeverket påpeker at de således har et godt grunnlag for, og at de er rede til å påta seg, en slik oppgave.

Også *Sosial- og helsedirektoratet* mener at oppgaven med å skaffe et subsidiært tilbud om helsehjelp bør legges utenfor de regionale helseforetakene, og til et statlig organ. Det vises til at et slikt felles statlig organ vil sikre enhetlig praksis uavhengig av hvor den enkelte bor, og det vil i større grad enn de regionale helseforetakene kunne få en samlet oversikt over tilbud i og utenfor landet og kvalitetssikre disse. Det påpekes at det bør være et rent administrativt organ som ikke skal ta stilling til hvilken behandling som skal gis eller grunnlaget for selve behandlingen, og direktoratet støtter at den enkelte pasient skal kunne henvende seg direkte til

dette organet, og ikke behøve å gå via det regionale helseforetaket.

Direktoratet har deretter vist til det arbeidet som de har i gang for å etablere en informasjonstjeneste («Nasjonal enhet for fritt sykehusvalg») som skal gi nasjonal oversikt over fremtidige og historiske ventetider i spesialisthelsetjenesten, samt det pågående arbeidet med utvikling av kvalitetsindikatorer for tjenester innenfor spesialisthelsetjenesten. Under henvisning til dette arbeidet, samt den kompetanse og uavhengighet enheten har i forhold til de regionale helseforetakene og spesialisthelsetjenesten, mener direktoratet det bør vurderes å videreutvikle Nasjonal enhet for fritt sykehusvalg til også å påta seg ansvaret med å skaffe subsidiært behandlingstilbud. Det foreslås derfor at Sosial- og helsedirektoratet gis oppgaven med å etablere en enhet som kan tilby subsidiær helsehjelp når den individuelle fristen er oversittet.

Statens helsetilsyn mener imidlertid at de regionale helseforetakene selv bør ha ansvaret for å skaffe subsidiært tilbud dersom fristen overskrides, og at pasienten i såfall må kunne henvende seg direkte dit når fristen er overskredet. Det vises til at en eventuell etablering av et statlig organ som skal tilby helsehjelp vil få en klar rolle i forhold til de regionale helseforetakene, og at dette vil innebære at de regionale helseforetakenes «sørge for ansvar» likevel ikke gjelder fullt ut. Det påpekes i den forbindelse at de fleste pasienter forholder seg til «sitt» sykehus, – ikke det regionale helseforetaket som sådan, og at det for pasientene dermed ikke vil være snakk om å måtte henvende seg til den instans som opprinnelig sviktet når det gjaldt oppfyllelse av retten til nødvendig helsehjelp. Også *Østfold fylkeskommune* synes å gå i mot opprettelse av et sentralt statlig organ, og mener at det enkelte regionale helseforetaket må ta ansvar for å finne behandling annet sted, eventuelt i utlandet. Også *Fylkeslegen i Nordland* mener de regionale helseforetakene selv bør ha den primære oppgaven med å finne subsidiære tilbud om helsehjelp, og med et sentralt statlig organ som klageinstans.

Helse Øst RHF mener det ikke bør etableres et sentralt statlig organ som skal ha ansvar for å skaffe subsidiært tilbud, men at dette bør ivaretas av en regional funksjon. Det vises i den forbindelse til at de regionale helseforetakene har «sørge for ansvar», men at det er det enkelte helseforetaket som skal yte helsehjelp. I likhet med hva *Helsetilsynet* har påpekt, vises det til at den pasient som ikke får nødvendig helsehjelp innen fristen, da vil måtte forholde seg til det regionale helseforetaket, og ikke det helseforetak som ikke overholdt fristen. Subsidiært støttes det at oppgaven legges til Rikstrygde-

verket. *Helse Nord RHF* mener at Rikstrygdeverket bør videreføre arbeidet med pasientbehandling i utlandet, herunder bli den sentrale instansen som skal ha ansvar for å følge opp de pasienter som ikke får retten sin iverksatt.

Norsk Pasientforening ønsker at oppgaven med å fremskaffe subsidiært behandlingstilbud legges til et sentralt statlig organ, og foreslår at dette organet i en prøveperiode bør legges under Rikstrygdeverket som allerede har en viss kompetanse gjennom ansvaret for pasientbroen til utlandet.

5.5 Departementets vurdering

5.5.1 Departementets vurdering av spørsmål om å lovfeste en særskilt rett til nødvendig helsehjelp for barn og unge med tiltak fra barnevernet

I forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 40 (2001–2002) Om barne- og ungdomsvernet, har familie-, kultur- og administrasjonskomiteen i Innst. S. nr. 121 (2002–2003) tilrådd at Stortinget vedtar følgende romertallsvedtak (III):

«Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om at barn og unge med tiltak fra barnevernet skal ha lovhjemlet rett til behandling for rus og psykiatri.»

Departementet viser i den forbindelse til at pasientrettighetsloven er en generell lov som prioriterer pasienter ut fra behov for behandling. Pasienter som har størst behov for behandling, skal få hjelp først. Dette gjelder i prinsippet uavhengig av diagnose, alder og kjønn, selv om dette er kriterier som kan spille inn i vurderingen av behandlingsbehov for den enkelte.

Etter pasientrettighetsloven § 2–1 vil pasienter under tiltak fra barnevernet, så vel som andre barn og unge innen psykiatrien og alle pasientgrupper for øvrig, kunne få rett til nødvendig helsehjelp. Om en pasient skal få en materiell rett til helsehjelp avgjøres som nevnt etter en forsvarlig medisinsk-faglig vurdering. I tråd med prioriteringsforskriften skal det foretas en individuell og konkret vurdering av pasientens tilstand basert på alvorlighetsgrad, pasientens lidelse, utsikt til bedring og behandlingens effekt.

Det å prioritere særskilte grupper i loven ville bryte med dette prioriteringsprinsippet som er nedfelt gjennom pasientrettighetsloven og nevnte forskrift. Det har i flere sammenhenger kommet opp spørsmål om å prioritere ulike pasientgrupper. Faren ved slik særbehandling er at alle pasienter in-

nen slike særgrupper da vil bli prioritert foran alle andre pasientgrupper, også pasienter med meget alvorlige sykdomstilstander og påtrengende behandlingsbehov.

Departementet viser for øvrig til at det i St. prp. nr. 63 (1997–98) Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006, er vedtatt at tjenestetilbudene innen psykisk helse skal styrkes betydelig. Betydningen av en sterkere fokusering på innsatsen for barn og unge er understreket, og det er foreslått at 20 pst. av innsatsen i kommunene bør rettes inn mot barn og unge, og at dette bør være et veiledende normtall ved fordeling av tilskuddene i kommunene. Barn og unge er således allerede en prioritert gruppe i opptrappingsplanen. I tillegg til utbygging av institusjonsplasser for barn og unge, bevilges det midler til økt kapasitet til konsultasjon til andre kommunale helse- og sosialtjenester.

Departementet viser til at det er bred faglig enighet om at barn og unge så langt som overhode mulig skal ha tilbud i sitt nærmiljø uten døgninnleggelse. 96% av barn og ungdom på venteliste venter på poliklinisk behandling. Dette er bakgrunnen for at det satses særskilt på dette feltet. I den forbindelse vises det til at opptrappingsplanen la opp til en økning på 400 nye årsverk innen den polikliniske virksomheten for barn og unge i perioden. Ved utgangen av 2001 var allerede 40% av dette oppnådd.

Denne satsningen viser seg å virke. Tjenestetilbudet innen psykisk helse til barn og unge har en positiv utvikling. Antall behandlede pasienter innenfor barne- og ungdomspsykiatri er økt med 26% fra 4. kvartal 2001 til 4. kvartal 2002. Dette kommer på toppen av økningen på 40% fra 1998 t.o.m. 2001. Departementet skal videre bemerke at ventetiden for barn og unge har gått ned i 2002 til tross for at antall nyhenvisninger har økt med 20%. Dette viser at regjeringens satsning på barn og unge innen det psykiske helsevernet medfører at flere ber om hjelp og flere får hjelp.

På bakgrunn av ovennevnte er det departementets oppfatning at en fortsatt bør styrke dette feltet etter linjene i opptrappingsplanen, fremfor primært å måtte bruke midlene på oppfyllelse av en lovhjemlet rettighet som i sin tur kan hindre at de med mest behov for hjelp får hjelp først.

Når det gjelder barn og unge under tiltak fra barnevernet kan disse behov bedre imøtekommes ved at denne gruppens særskilte behov systematiseres og organiseres bedre gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse. Ved å fokusere sterkere på denne gruppen, og på den måten bedre få organisert tjenestene gjennom opptrappingsplanen, vil dette kunne få en bedre effekt.

Departementet foreslår etter dette at pasientrettighetsloven § 2–1 ikke endres slik at barn og unge

med tiltak fra barnevernet skal ha en lovhjemlet rett til behandling for rus og psykiatri.

5.5.2 Departementets vurdering av om oppfyllelsen av rett til nødvendig helsehjelp kan bedres

Vurderingen av om pasientenes rett til nødvendig helsehjelp bør styrkes, må ses i lys av samarbeidsregjeringens målsetting for helsetjenesten i landet om at alle skal få et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av bosted og økonomi. Foruten nærhet og likhet er kvalitet et overordnet mål for helsetjenesten. Et sentralt kriterium for kvalitet er at pasienten settes i sentrum og at pasientens lidelser tas på alvor.

Departementet viser til at det å styrke pasientenes rettigheter og rettssikkerhet, både er et mål i seg selv og et virkemiddel for å oppnå økt kvalitet i helsetjenestene. At pasientens stilling styrkes og at satsingen på mer og bedre helsetjenester fortsetter, betyr imidlertid ikke at alle tilbud som den tekniske og medisinskfaglige utviklingen muliggjør, kan være umiddelbart tilgjengelige for alle som etterspør offentlige helsetjenester. Det er helt nødvendig å foreta en prioritering av hvilke behandlingstilbud det offentlige helsevesen skal sørge for, og hvordan det skal prioriteres mellom de pasientene som faller innenfor den offentlige helsetjenestens ansvar. Begge disse problemstillingene er behandlet av Lønning II, som gir grundig og god veiledning i hvorledes prioriteringer bør foretas for å være etisk holdbare og gjennomførbare.

Som omtalt foran, er de prioriteringskriteriene som Lønning II anbefaler, nedfelt i prioriteringsforskriften. Bevissthet på og oppfølging av prioriteringsforskriften er etter departementets oppfatning viktig og nødvendig i kvalitetssammenheng og for å bedre pasientenes rettssikkerhet gjennom å sikre oppfyllelse av retten til nødvendig helsehjelp. Det er viktig å bedre etterlevelse av prioriteringsforskriften ved utvikling av faglig konsensus og en felles prioriteringskultur. Departementet har imidlertid kommet til at det også vil være hensiktsmessig å sette iverk virkemidler som kan forsterke helsetjenestens motivasjon til å oppfylle pasientenes rett til nødvendig helsehjelp.

5.5.3 Departementets vurdering av fastsettelse av individuell frist for å yte nødvendig helsehjelp

Dersom man skal nå målsettingen om at pasientenes stilling overfor helsetjenesten skal styrkes gjennom ordningen med rett til nødvendig helsehjelp, må pasienten kunne hevde sin rett overfor

helsetjenesten. Etter departementets oppfatning forutsetter dette at rettighetspasienten er kjent med innholdet av rettigheten. Pasienten må både vite at han har rett til nødvendig helsehjelp og når retten kan kreves oppfylt. Som tidligere nevnt, er formålet med lovfesting av pasientrettighetene å øke pasientenes rettssikkerhet ved å gi dem bedre kunnskap om egne rettigheter gjennom klare og lettere tilgjengelige lovregler. I samsvar med dette bør pasientene enkelt kunne vurdere om de får en rettighet oppfylt eller ikke. Slik departementet ser det, vil det være lettere å oppnå dette dersom pasienten selv og henvisende lege får beskjed om innholdet av rettigheten, herunder når pasienten har krav på oppfyllelse.

Etter gjeldende rett har pasienten kun krav på å få informasjon om når behandlingen planlegges gjennomført. Selv om pasienten har rett til behandling innen den tid medisinsk forsvarlighet krever, vil spørsmålet om hva som er medisinsk forsvarlig, bero på en medisinskfaglig vurdering som de færreste pasienter vil være i stand til å foreta. Pasienten vet ikke når det er tid for å ta initiativ overfor helsetjenesten. Det er derfor vanskelig for pasienten å opptre aktivt for å oppnå oppfyllelse av rettigheten. Departementet antar at uklarhet og usikkerhet i forhold til når helsevesenet er forpliktet til å yte den helsetjenesten som rettighetspasienter har krav på, høyst sannsynlig er en medvirkende årsak til at få pasienter har hevdet sin rettighet, for eksempel gjennom klage til fylkeslegen.

Dersom fristen for helsevesenet til å oppfylle pasientens rett til nødvendig helsehjelp blir knyttet til et bestemt tidspunkt, vil pasientene få et bedre utgangspunkt for å ivareta sine rettigheter. De vil få et bedre grunnlag både når det gjelder å kreve oppfyllelse overfor helsevesenet, og for eventuelt å ta kontakt med tilsynsmyndighetene eller fremme sak for domstolene for å få fastslått retten.

Som redegjort for i punkt 5.4.1 støtter så og si alle høringsinstanser som har uttalt seg på dette punktet, forslaget om en individuelt fastsatt, konkret frist for å yte nødvendig helsehjelp. En rekke høringsinstanser har imidlertid merknader til forslaget som dreier seg om svakheter eller uklarheter knyttet til ulik praktisering av prioriteringsforskriften. Dette gjelder blant andre Statens helsetilsyn, Sosial- og helsedirektoratet og flere sykehus. Som nevnt, vil innføringen av nytt felles venteliste- og pasientadministrativt system (ny NPR-record) i spesialisthelsetjenesten fra 1. januar 2003 kunne gi bedre mulighet for slik oppfølging og forbedre informasjonen om ventetider, analyse av pasientstrømmer mellom institusjoner mv.

Som enkelte høringsinstanser peker på, tar det

erfaringsmessig tid å implementere nytt regelverk i helsetjenesten, og pasientrettighetsloven har kun virket i ca to år. Det vil derfor være nødvendig å følge utviklingen over noe tid før man kan si sikkert i hvilken utstrekning regelverket anvendes i tråd med intensjonen. Departementet vil i den forbindelse også vurdere om det kan være hensiktsmessig med økt informasjon om pasientrettighetslovens bestemmelser på dette området, eventuelt om det også vil være behov for revisjon av rundskriv på området.

På denne bakgrunn foreslår departementet at pasientrettighetsloven § 2–1 endres slik at spesialisthelsetjenesten pålegges å fastsette en konkret, individuelt vurdert frist for når en pasient skal få oppfylt retten til nødvendig helsehjelp. Endringen foreslås inntatt i bestemmelsens annet ledd.

Etter den nåværende pasientrettighetsloven § 2–2 har en pasient som henvises til offentlig sykehus eller spesialistpoliklinikk, rett til å få helsetilstanden vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Dersom formålet med forslaget skal oppnås, må den legen som foretar denne vurderingen, pålegges å vurdere om en pasient har en rettighet til nødvendig helsehjelp, og samtidig pålegges å fastsette fristen og informere pasienten og primærlegen om begge avgjørelsene. Departementet foreslår derfor et nytt tredje ledd i pasientrettighetsloven § 2–2 hvor dette presiseres.

Likeledes må det informeres om hvor pasienten og/eller primærlegen kan henvende seg for å mota det subsidiære tilbudet om nødvendig helsehjelp, som foreslås nedenfor i punkt 5.5.5. Pasienter som ikke innrømmes rett til nødvendig helsehjelp og dermed heller ikke får en rett til å kreve helsehjelp innen et på forhånd bestemt tidspunkt, må få informasjon om adgangen til å klage over avgjørelsen, klagefristen og hvem som er klageinstans. Spørsmålet om klageorgan omtales nærmere i kapittel 7.

Når et privat sykehus har inngått avtale med de regionale helseforetakene om at det skal inngå i ordningen med fritt sykehusvalg, må dette sykehuset etter departementets vurdering, også være forpliktet til å prioritere pasientene sine i samsvar med de alminnelig anerkjente prioriteringsprinsippene. Likeledes må det private sykehuset være forpliktet til å fastsette en frist for når det skal behandle rettighetspasienter. Det foreslås derfor en endring i pasientrettighetsloven § 2–2 som gir private sykehus, som inngår i ordningen med fritt sykehusvalg, en plikt til å foreta vurdering av sine pasienter i samsvar med kravene i § 2–2. Hvorvidt denne vurderingen blir bindende for et regionalt helseforetak dersom pasienten eventuelt senere velger å bli be-

handlet innenfor den offentlige helsetjenesten, vil avhenge av om det private sykehuset har avtale med det regionale helseforetaket om at det skal forta slike vurderinger på vegne av det regionale helseforetaket, se om dette under punkt 5.2.2.

5.5.4 Departementets vurdering av grunnlaget for fastsettelse av den individuelle fristen

Etter gjeldende rett har pasientene rett til nødvendig helsehjelp innen den tid medisinsk forsvarlighet krever. Dette er en individuelt basert og medisinsk begrunnet fristfastsettelse. Etter departementets oppfatning må fristfastsettelsen fortsatt ta utgangspunkt i pasientens individuelle behov og gi rom for klinisk skjønn.

Når fastsettelsen baseres på en individuell medisinsk faglig vurdering, må man akseptere at de fristene som settes, vil kunne variere noe, også for likeartede tilfeller, fordi fastsettelsen vil måtte baseres på den enkelte legens skjønn. Det vil imidlertid ikke være akseptabelt at praksis fortsetter å være så ulik helseregionene i mellom som det som er regjort for under punkt 5.2.5.

Departementet forutsetter at kriteriene i prioriteringsforskriften, som bygger på konklusjonene i Lønning II, skal legges til grunn ved vurderingen av om en pasient skal ha et materielt, rettslig krav på helsehjelp. Som nevnt foran, bør det etter at prioriteringsforskriften har virket en stund, evalueres om man i forskriften har lykket i å implementere Lønning II-utvalgets prioriteringsgruppe 1 og 2 på en god måte.

Forslaget om at helsetjenesten skal være forpliktet til å fastsette et konkret tidspunkt for når den enkelte pasient senest skal ha mottatt nødvendige helsehjelp, forhindrer ikke at helsetjenesten kan tilby pasienten behandling tidligere dersom den har ledig kapasitet før fristen går ut. Det presiseres også at forslaget ikke fritar helsetjenesten for ansvaret for å yte nødvendig helsehjelp tidligere, dersom pasientens tilstand endrer seg slik at det ikke ville være forsvarlig å vente til fristen går ut. Dette må gjelde selvom tilstanden ikke endrer seg så dramatisk at det er behov for øyeblikkelig hjelp. Departementet forutsetter imidlertid at tidligere fastsatt frist ikke kan skyves frem i tid selvom det viser seg at pasienten kan vente lenger på nødvendig helsehjelp uten at forlengelse av ventetiden vil le vært i strid med forsvarlighetskravet.

At det skal fastsettes en konkret frist for når en pasient har krav på oppfyllelse av retten til nødvendig helsehjelp, vil ikke medføre endring når det gjelder ansvaret for å oppfylle dette kravet. Det re-

gionale helseforetaket som er pålagt å sørge for spesialisthelsetjenesten til en konkret pasient, har plikt til å sørge for at retten til nødvendig helsehjelp ytes innen fristen. Det regionale helseforetaket kan oppfylle sitt ansvar ved å sørge for at helsehjelpen ytes av ett av de helseforetakene det selv eier, eller det kan kjøpe ytelsen av et helseforetak som eies av et annet regionalt helseforetak eller av en privat tjenesteyter innenlands eller utenlands.

5.5.5 Departementets vurdering av en subsidiær rett til helsehjelp ved brudd på fristen for å yte nødvendig helsehjelp

Etter departementets vurdering vil fastsettelse av et konkret tidspunkt for når pasienten senest skal ha mottatt nødvendig helsehjelp, styrke pasientens rettsstilling ved å gjøre det mulig for pasienten å hevde sin rett overfor helsetjenesten gjennom en klage- eller rettssak. Dette vil imidlertid ikke automatisk føre til at den enkelte pasienten får oppfylt sitt primære behov, som er helsehjelp. Pasientens behov blir bare ivaretatt på en tilfredsstillende måte dersom brudd på den individuelle fristen utløser et umiddelbart krav på helsehjelp. Departementet mener derfor at det bør etableres en ordning som sikrer pasienten nødvendig helsehjelp umiddelbart etter fristbrudd. Det vil si at det lovfestes at en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp, får en subsidiær rett når den individuelle fristen er overskredet.

Regionale helseforetak har plikt til å sørge for at rettighetspasienter får nødvendig helsehjelp, enten ved at helsehjelpen ytes av et helseforetak som det regionale helseforetaket selv eier, av offentlig helsetjeneste i andre helseregioner eller av privat tjenesteyter som det regionale helseforetaket har inngått avtale med. Dersom fristen brytes, er det derfor i utgangspunktet grunn til å regne med at det regionale helseforetaket ikke kan skaffe ledig kapasitet hos nevnte tjenesteytere. Dette kan skyldes generelt utilstrekkelig kapasitet innenfor den aktuelle behandlingsformen, uforutsett stort behov i en gitt periode eller eventuelt manglende oversikt over ledig kapasitet hos de nevnte tjenesteyterne.

Dersom det regionale helseforetaket ikke klarer å skaffe ledig kapasitet hos disse tjenesteyterne før fristen går ut, er det etter departementets vurdering, ikke tilstrekkelig at den subsidiære retten til nødvendig helsehjelp omfatter det offentlige tilbudet innenlands. Skal forslaget sikre en reell forbedring av pasientenes situasjon, er det for det første nødvendig at plikten til å tilby nødvendig helsehjelp utvides til å omfatte andre private tjenesteytere in-

nenlands enn de som allerede i dag er inkludert i det offentlige tjenestetilbudet gjennom avtaler. Dette tilbudet er imidlertid forholdsvis begrenset både i omfang og når det gjelder typer behandling som utføres. Dette er omtalt nærmere i kapittel 4 om fritt sykehusvalg. Plikten til å sørge for nødvendig helsehjelp etter fristbrudd må derfor, etter departementets vurdering, i tillegg utvides til å omfatte tjenesteytere utenlands.

Som det fremgår foran, har de aller fleste høringsinstansene støttet forslaget om at oversittelse av fastsatt frist for nødvendig helsehjelp skal gi pasienten en rett til å få behandling ved privat sykehus eller i utlandet.

Departementet foreslår at det i pasientrettighetsloven § 2–1 inntas et nytt fjerde ledd hvor det presiseres at dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, får slik nødvendig helsehjelp innen det fastsatte tidspunktet, får pasienten rett til et subsidiært tilbud om nødvendig helsehjelp uten opphold. Om nødvendig skal pasienten ha rett til å motta slik helsehjelp fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter i utlandet.

Departementet antar at forslaget vil være et vesentlig bidrag til å nå den opprinnelige målsettingen med å lovfeste retten til nødvendig helsehjelp, nemlig redusert ventetid, riktigere prioritering og, sammen med fritt sykehusvalg, utjevning av ventetiden mellom norske sykehus.

Dersom en rettighetspasient har valgt et privat sykehus gjennom ordningen med fritt sykehusvalg, og det private sykehuset bryter en frist som er fastsatt av en privatpraktiserende spesialist eller av det private sykehuset etter avtale med det regionale helseforetaket, forutsetter forslaget at pasienten får en subsidiær rett til et tilbud om behandling, for eksempel i utlandet for det offentliges regning.

5.5.6 Departementets vurdering av begrensninger i forslaget om subsidiær rett til nødvendig helsehjelp

Etter gjeldende rett er pasientens rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten begrenset både til det tilgjengelige, offentlig finansierte tjenestetilbudet og til den kapasiteten det har.

Når det i punkt 5.5.5 er foreslått at pasienten skal få et subsidiært tilbud om nødvendig helsehjelp som, om nødvendig, ytes av privat tjenesteyter innenlands eller i utlandet, ligger det i dette at pasientens subsidiære rett ikke kan være begrenset av kapasiteten i det offentlige tjenestetilbudet i riket eller av de kapasitetsmessige prioriteringer.

Forslaget innebærer derfor at begrensningene i den gjeldende pasientrettighetsloven § 2–1 fjerde ledd må oppheves.

At en pasient får krav på et subsidiært tilbud, forutsetter at han har rett til nødvendig helsehjelp. Det vil si at det allerede ved avgjørelsen av om den pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, ble foretatt en vurdering av om kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets forventede effekt. Kostnadene ved det subsidiære tilbudet kan imidlertid bli høyere enn om pasienten ble behandlet innenfor bostedsregionen, fordi utgifter til reise, opphold og eventuell ledsagelse kan komme i tillegg til behandlingsutgiftene. I og med at de økte kostnadene skyldes at det regionale helseforetaket ikke har oppfylt sitt ansvar etter pasientrettighetsloven, kan ikke økte kostnader føre til at pasienten ikke får oppfylt sin rettighet. Dersom flere ulike tiltak kan gi adekvat og forsvarlig helsehjelp ut fra en medisinsk faglig vurdering, er det imidlertid tilstrekkelig å tilby pasienten det tiltaket som medfører lavest kostnader.

Forslaget forutsetter at det regionale helseforetaket i bostedsregionen vil kunne oppfylle sitt ansvar for å sørge for nødvendig helsehjelp gjennom et tilbud fra den offentlige helsetjenesten også etter at fristen er overskredet, forutsatt at helsehjelpen ytes like snart som et subsidiært tilbud privat eller i utlandet. Det kan tenkes at et helseforetak har fått ledig kapasitet og kan yte nødvendig helsehjelp umiddelbart. Det er ikke noe mål i seg selv å sende pasienter utenlands og mange pasienter vil foretrekke at helsetjenesten ytes i nærområdet slik at de spares for lang reise og kan ha familie i nærheten.

Departementet foreslår at den begrensning som følger av den gjeldende bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 2–1 fjerde ledd, oppheves.

5.5.7 Departementets vurdering av organisering av det subsidiære tilbudet om nødvendig helsehjelp

I høringsnotatet har departementet drøftet ulike måter å organisere det subsidiære tilbudet om nødvendig helsehjelp på. Det foreslås at oppgaven med å finne et subsidiært tilbud legges til et sentralt, statlig organ. Det konkluderes ikke med hensyn til hvilket organ som bør tillegges oppgaven, men Sosial- og helsedirektoratet og Rikstrykdeverket nevnes som aktuelle organer, samtidig som det åpnes for at også andre organer vil kunne være aktuelle.

Dersom oppgaven med å finne et subsidiært tilbud om nødvendig helsehjelp legges til det regionale helseforetaket, vil det ha den fordel at både det

generelle ansvaret for å sørge for og organisere tilbud om helsehjelp i helseregionen og ansvaret for å organisere et subsidiært tilbud om nødvendig helsehjelp etter fristoverskridelsen, legges til det organet som skal bære kostnadene. Det ville antagelig øke det regionale helseforetakets oversikt over hvorledes ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjeneste avvikles i helseregionen og lette den regionale budsjettstyringen. En slik ordning ville også gi muligheter for å samordne kjøp av helsetjenester på regionalt nivå. For de regionale helseforetakene ville antagelig en slik organisering være mest hensiktsmessig og kunne gi regionale helseforetak muligheten til å gå sammen om å organisere kjøp av helsetjenester fra andre helseregioner og fra private tjenesteyter innenlands og utenlands.

Enkelte høringsinstanser uttaler at oppgaven med å finne et subsidiært tilbud om nødvendig helsehjelp bør legges til de regionale helseforetakene. Blant andre Statens helsetilsyn og Helse Øst RHF mener at de regionale helseforetakene selv bør ha ansvaret for å skaffe subsidiært tilbud dersom fristen overskrides, og at pasienten i såfall må kunne henvende seg direkte dit når fristen er overskredet. Disse høringsinstansene viser til at et sentralt, statlig organ som skal tilby helsehjelp, vil få en uklar rolle i forhold til de regionale helseforetakene, og at de regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for helsehjelp ikke vil gjelde fullt ut i disse tilfellene.

Etter departementets vurdering vil det, sett fra de fleste pasienters ståsted, ikke gi tilstrekkelig følelse av økt trygghet for å få hjelp ved sykdom dersom pasienten blir avhengig av at den institusjonen, eller eier av den institusjonen, som har overskredet fristen, skal oppfylle den subsidiære retten til nødvendig helsehjelp. Denne vurderingen har fått bred tilslutning fra pasientorganisasjonene i høringen. I en situasjon der det regionale helseforetaket ikke har sørget for nødvendig helsehjelp til en rettighetspasient innen den fastsatte fristen, mener departementet at det er riktig å etablere en ordning som legger større vekt på hensynet til pasientene enn på hensynet til foretakene.

Ved å legge oppgaven til et sentralt organ, vil en i større grad sikre likebehandling, uansett bosted, av de pasientene som ikke har fått oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp innen fristen. Et sentralt organ vil antagelig også lettere enn et regionalt organ kunne skaffe seg en samlet oversikt over behovet for kjøp av helsetjenester fra private innenlands og i utlandet og over ledig kapasitet. Et sentralt organ vil lettere kunne koordinere informasjon og fungere som et informasjonsknutepunkt.

Et sentralt organ vil også kunne sikre økono-

misk sett gunstigst mulig avtaler fordi det vil forhandle om kjøp av et større volum tjenester enn det som vil være aktuelt for et regionalt organ. Dette gjelder både behandling, reise og opphold. Ett sentralt organ vil, i motsetning til flere regionale, kunne utnytte større etterspørsel og samordning og det vil medføre lavere administrative utgifter. Dette vil medføre en økonomisk fordel for de regionale helseforetakene som i siste instans skal dekke utgifterne.

Et sentralt organ vil også lettere kunne bygge opp nødvendig kompetanse og nettverk når det gjelder å forhandle om og inngå kontrakter om kjøp av helsetjenester. Det vil også være mindre sårbart når det gjelder å beholde, vedlikeholde og utvikle slik kompetanse. At det legges til rette for at et best mulig kvalifisert og mest mulig effektivt organ skal ha ansvaret for å skaffe subsidiært tilbudet om nødvendig helsehjelp, vil også være en stor fordel for de aktuelle pasientene.

Dersom oppgaven med å skaffe et subsidiært tilbud legges til de regionale helseforetakene, vil det lette deres styring av tilbudet. På den annen side er det et viktig formål med den foreslåtte ordningen å legge et press på de regionale helseforetakene slik at behandlingsfristene blir overholdt. Det skjer antagelig best ved å legge oppgaven med å skaffe et subsidiært tilbud utenfor helseforetaks-systemet.

Departementet har etter dette kommet til at oppgaven med å skaffe pasientene et subsidiært tilbud om nødvendig helsehjelp, bør legges til et sentralt, statlig organ.

Det foreslås ikke å endre ansvarsbestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 2–1a. Det vil si at det regionale helseforetaket også vil ha ansvaret for å sørge for nødvendig helsehjelp etter at fristen er gått ut. Dette ansvaret kan det regionale helseforetaket oppfylle ved å fremsette et tilbud overfor det statlige organet om helsehjelp fra et helseforetak umiddelbart. Dessuten vil det regionale helseforetakets ansvar etter et fristbrudd realiseres seg ved forpliktelsen til å oppfylle et krav om utgiftsrefusjon fra det sentrale, statlige organet. Det foreslås at refusjonskravet hjemles i et nytt tredje ledd i spesialisthelsetjenesteloven § 5–2.

Departementet mener at forenklingmessige og ressursmessige hensyn tilsier at det ikke etableres et nytt organ i og med at det finnes egnede, eksisterende organer å legge oppgaven til.

Sosial- og helsedirektoratet er tillagt å utøve styring innenfor sosial- og helseområdet gjennom myndighets- og regelverksstyring. Det å kjøpe helsetjenester privat og i utlandet ligger mye nærmere opp til tjenesteyting enn myndighetsutøvelse. Etter

departementets mening er det derfor mindre nærliggende å legge denne oppgaven til Sosial- og helsedirektoratet.

Rikstrygdeverket derimot skaffer helsetjenester enten gjennom kontantstønad eller ved å skaffe og stille helsetjenesten til disposisjon for de trygdede. Flere tilsvarende oppgaver med kjøp av tjenester er allerede lagt til Rikstrygdeverket, som kjøp av behandling til sykemeldte og kjøp av behandling ved gjennomføring av Pasientbroen. Det vil derfor ikke bryte med noe organisatorisk prinsipp å legge også denne oppgaven til Rikstrygdeverket. Departementet viser også til at Rikstrygdeverket allerede har bygget opp kompetanse og tilegnet seg en del erfaring på dette området gjennom å administrere Pasientbroen til utlandet.

Departementet vil derfor legge oppgaven med å skaffe subsidiært behandlingstilbud om nødvendig helsehjelp til Rikstrygdeverket. Det foreslås en ny forskriftshjemmel i pasientrettighetsloven § 2–1 nytt syvende ledd som gir departementet adgang til å gi nærmere bestemmelser om organisering av og oppgjør for det tilbudet Rikstrygdeverket skal tilby.

Rikstrygdeverket må tilstrebe at de pasientene som blir behandlet i utlandet, så langt som mulig får de samme pasientrettighetene og de samme rettighetene overfor sykehus og helsepersonell som om de ble behandlet i Norge, for eksempel er det viktig å sikre innsyn i pasientjournaler på linje med den innsynsrett pasientene har i Norge. Dette må ivaretas gjennom de avtalene Rikstrygdeverket inngår med tjenesteytere i utlandet.

De avtalene som Rikstrygdeverket etter forslaget skal inngå, må også ivareta kvalitetssikring av helsehjelpen. Kvalitetssikring av tjenester som kjøpes i utlandet må omfatte dokumentasjon av avvik og avvikshåndtering. Gjennom forvaltningen av Pasientbroen høstet Rikstrygdeverket erfaringer med denne typen kvalitetssikringsarbeid.

I forbindelse med utarbeidelsen av tilbudsgrunnlag for utvelgelse av sykehus, nedsatte Rikstrygdeverket et panel av medisinske rådgivere. Tilbyderne ble blant annet bedt om å gi opplysninger om komplikasjonsrater, medisinsk teknologi/diagnostisk utstyr, informasjon om pleiestandard, informasjon om kvalitetssikringstiltak/- programmer,

herunder spesielt infeksjonskontroll, informasjon om ansvarlig legepersonale, m.m. Informasjonen ble gjennomgått og vurdert av det medisinske panelet. De beste tilbyderne ble besøkt og det ble gjennomført inspeksjoner.

Det ble også foretatt en løpende oppfølging av sykehusene. Denne kvalitetsvurderingen ble basert på de tilbakemeldingene som ble gitt av pasientene og pasientenes fastleger. Det ble utarbeidet et spesielt skjema til dette formålet. Tilbakemeldingene ble fulgt opp overfor det utenlandske sykehuset som redegjorde for behandlingen av pasienten og forklarte mulige årsaker til komplikasjoner. Avtalene sikret at Rikstrygdeverket kan be om utfyllende opplysninger om kvalitet mv. på et hvilket som helst tidspunkt og gjennomføre besøk på sykehuset. Departementet forutsetter at Rikstrygdeverket i nødvendig grad arbeider videre med å utvikle avtaler og rutiner for kvalitetssikring.

Videre må pasientene sikres erstatningsrettslig under reise og opphold. Lov om erstatning ved pasientskader vil gjelde for skade voldt ved helsetjenester i utlandet som det offentlige helt eller delvis bekoster.

Departementet mener at det bør formaliseres en fast kontakt mellom Rikstrygdeverket og de regionale helseforetakene til gjensidig informasjon og meningsutveksling om aktuelle saksområder og problemstillinger. For eksempel kan det opprettes et rådgivende organ bestående av en eller to representanter fra hvert regionalt helseforetak, samt representanter fra Rikstrygdeverket.

Den subsidiære retten til nødvendig helsehjelp ytt av private eller utenlandske institusjoner, oppstår i og med fristbruddet. I forbindelse med vurderingen av om de aktuelle pasientene har rett til nødvendig helsehjelp, er det foretatt en medisinskfaglig behovsprøving i henhold til de allment aksepterte prioriteringsprinsippene. Departementets forslag forutsetter derfor at når fristbruddet er et faktum, kan pasienten, eventuelt ved hjelp av primærlegen, henvende seg direkte til Rikstrygdeverket og kreve å få et tilbud om helsehjelp uten først å måtte henvende seg til den institusjonen der pasienten står på venteliste for å bli vurdert og henvist videre.

6 Ordninger for dekning av utgifter til sykebehandling i utlandet

6.1 Innledning

Det kan være ulike årsaker til at pasienter søker seg til utlandet for å få undersøkelse og/eller behandling på sykehus der. Årsaken kan være at det innenfor norsk helsevesen ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud, for eksempel på grunn av manglende kompetanse eller fordi tilstanden er så sjelden at det ikke er forsvarlig å etablere et medisinsk tilbud i et land med liten befolkning. Eller årsaken kan være at ventetiden på behandling innenlands gjør at pasienten ønsker et raskere behandlingstilbud, og at det er mulig å få i utlandet. For de fleste av de pasientene som søker seg til utlandet for å få helsehjelp der, vil det være nærliggende å forsøke å få dekket utgiftene av det offentlige. Det finnes flere ordninger for offentlig finansiering av helsehjelp utført i utlandet.

Dersom årsaken til at en pasient ikke får tilbud om helsehjelp i Norge, er at den aktuelle behandlingen ikke utføres på sykehus i Norge pga. manglende kompetanse, kan behandling og reise på gitte vilkår dekkes fullt ut i en samfinansiering mellom det regionale helseforetaket og folketrygden. Søknader om å få dekket utgiftene til behandling i utlandet i disse tilfellene behandles av Rikstrygdeverket med hjemmel i folketrygdloven § 5–22 og tilhørende forskrift. Forskriften om bidrag til behandling i utlandet og om klagenemnd for bidrag til behandling i utlandet er fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 14. januar 1999 med hjemmel i lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd §§ 5–22, 20–7, 20–9 og 21–17. Klager over Rikstrygdeverkets avgjørelser i bidragssaker behandles av den klagenemnda som er omtalt i forskriften (Klagenemnda).

Dersom årsaken til at en pasient ikke får tilbud i Norge er at behandling ikke kan gis innen de frister som gjelder for å oppnå den aktuelle behandlingen i bostedslandet, har pasienten etter EØS-forordning 1408/71 art. 22 nr. 1 c rett til å få dekket utgiftene til behandling i et annet EØS-land av folketrygden etter de reglene og takstene som gjelder i det landet der behandlingen ytes. Reiseutgiftene dekkes ikke. Søknader behandles av Rikstrygdeverket. Klager over Rikstrygdeverkets avgjørelser i slike saker behandles ikke av Klagenemnda, men av Trykderetten.

I november 2000 ble det opprettet en pasientbro til utlandet ved at Stortinget bevilget en ekstra milliard for å forkorte ventelistene og ventetidene for pasienter. Ordningen er blitt videreført til 2001, 2002 og 2003. Etter denne ordningen kjøper Rikstrygdeverket helsetjenester i utlandet både ved uakseptabelt lange ventetider i Norge og ved behov for såvidt spesialisert behandling at det ikke finnes kompetanse i Norge.

Disse ordningene som gir pasienter mulighet til å få finansiert behandling i utlandet, har blitt til med forskjellige begrunnelser til forskjellige tider. Under beslutningsprosessene ble ordningene ikke vurdert opp mot hverandre eller sett under en helhetlig synsvinkel. Ordningene er delvis overlappende både når det gjelder formål, kriterier for innvilgelse og hvilke rettigheter de gir pasientene. Ulikhetene er ikke begrunnet i hensynet til pasientene, men har sin årsak i ulik tilblivelse. Ordningene reguleres dessuten av forskjellig regelverk. Resultatet er at pasientene må forholde seg til et unødvendig komplisert system som det er vanskelig å orientere seg i. Disse forskjellene er problematiske også for leger og medisinske miljøer.

Denne situasjonen er lite tilfredsstillende. Departementet har derfor vurdert hvorledes man kan foreta en samordning og forenkling av reglene for sykebehandling i utlandet med sikte på at det etableres et enhetlig system hvor alle pasienter vurderes etter mest mulig enhetlige regler etter de generelle prinsippene for prioritering i helsetjenesten.

Foruten de ordningene for offentlig finansiering og kjøp av helsetjenester som er nevnt over, finnes det ordninger som har fellestrekk med disse, men som departementet har kommet til at det ikke er hensiktsmessig å vurdere i denne forbindelse, blant annet fordi det ikke er naturlig å regulere disse ordningene i pasientrettighetsloven. Dette gjelder ordningen med behandlingsreiser til utlandet som er et supplement til tilbud i Norge, og der tørt og varmt klima er hovedelementet i opplegget. Ordningen omfatter tilbud til pasienter med revmatiske lidelser, psoriasis, astma og lungesykdommer, samt atopisk eksem. Behandlingen foregår i Tyrkia, Jugoslavia, Spania og på Kanariøyene. Daglig administrasjon og faglig ansvar for ordningen ligger hos Rikshospitalet. Tilbudet omfatter medi-

sinsk og/eller fysikalsk behandling og/eller tilrettelagt fysisk aktivitet, ultrafiolett stråling og/eller allergisanering, samt undervisning. Det er mindre sannsynlig at man kan oppnå en administrativ forenkling i forhold til denne ordningen.

I tilfeller der en person har store kostnader p.g.a. sykdom, kan det gis særfradrag etter skatte- loven. Vilkårene for særfradrag i slike tilfeller fremgår av forskrift av 14. april 1988 nr. 295 om Særfradrag i forbindelse med store sykdomsutgifter ved behandling m.v. i institusjon eller hos privatpraktiserende helsepersonell utenfor offentlig norsk helse- og sosialvesen. Ordningen med skattefradrag fungerer som en indirekte form for delvis finansiering av utgiftene, blant annet i de tilfellene pasienten selv finansierer behandling ved fullt ut privat finansiert helseinstitusjon eller i utlandet. Fylkeslegen vurderer om vilkår i forskriften er oppfylt. Klage over fylkeslegens avgjørelse behandles av Sosial- og helsedirektoratet. Forutsatt at forslaget om samordning og forenkling av finansieringsordningene for behandling i utlandet, som omtales nedenfor, blir vedtatt, mener departementet at man bør se nærmere på om denne fradragsordningen fremdeles har praktisk betydning for pasientene. Dersom det viser seg at den bør opprettholdes, bør det vurderes om ordningen, som administrativt er svært ressurskrevende, kan forenkles.

6.2 Gjeldende rett og praksis

6.2.1 Bidrag fra folketrygden til behandling i utlandet

I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) er bidrag til sykebehandling i utlandet regulert i § 5–22 annet ledd som lyder som følger:

«Det kan ytes bidrag til dekning av utgifter også når et medlem reiser til utlandet for å få behandling i sykehus når dette er en følge av manglende kompetanse i Norge.»

Bestemmelsen gir ikke den trygdede noen rettighet til å få dekket sykebehandling i utlandet. Trygden er ikke forpliktet til å yte bidrag selv om vilkårene er oppfylt. Trygden kan foreta en skjønnsmessig vurdering av om det skal innvilges bidrag.

I forskrift om bidrag til behandling i utlandet og om klagenemnd for bidrag til behandling i utlandet (bidragsforskriften) fastsatt av Sosial- og helsedepartementet den 14. januar 1999 er det fastsatt følgende vilkår for at det kan ytes bidrag til sykebehandling i utlandet:

- Det må foreligge en livstruende eller sterkt belastende langvarig sykdom eller tilstand.
- Det forutsettes at behandling ikke kan utføres forsvarlig i Norge etter akseptert metode.
- Det skal foreligge en uttalelse fra norsk region-sykehus eller sykehus med regionfunksjon innen angjeldende område. Uttalelse skal være ved spesialavdeling innen sykdommens fagfelt. Dette kan likevel unnlates dersom det foreligger uttalelse fra et sykehus med kompetansesenter for sjeldne medisinske tilstander.

Vilkårene er kumulative. Det vil si at alle vilkårene må være oppfylt for at trygden skal kunne yte bidrag. Forskriften bygger på og viderefører i store trekk de retningslinjene som Rikstrygdeverket hadde gitt for praktisering av ordningen etter den tidligere gjeldende folketrygdloven.

Rikstrygdeverket treffer vedtak om å yte bidrag i første instans. Søknadene blir fremsatt av pasienter, via lokalt trygdekontor, og direkte fra sykehus, som regel regionsykehus eller tilsvarende.

Manglende medisinsk kompetanse ved norske sykehus er et grunnleggende vilkår for bidragsytelse. Hovedregelen er således at man skal benytte det behandlingstilbudet som finnes i Norge, selv om det kan være utviklet et mulig mer avansert behandlingstilbud i utlandet. Det ytes som hovedregel ikke bidrag til eksperimentell eller utprøvende behandling.

Det ytes i praksis bidrag til behandling av sjeldne og kompliserte sykdomstilfeller og sjeldne medfødte syndrom og misdannelser, som det ikke er bygget opp behandlingstilbud for i Norge pga. utilstrekkelig pasientgrunnlag. Det har vært betydelig variasjon når det gjelder diagnoser og behandlingstiltak, både over tid og innen de enkelte årene. Det er imidlertid noen pasientgrupper som går igjen, som alvorlig syke hjertepasienter (både barn og voksne) og utredning ved hjelp av PET-scan. De fleste behandlingene som det er innvilget bidrag til, er utført i Sverige, ved de største universitetssykehusene som Karolinska, Sahlgrenska og Akademiska. Et mindre antall pasienter har blitt behandlet i England, Tyskland, Nederland og USA.

Søknader om bidrag til avanserte og kostbare behandlingsopplegg, som etter norsk indikasjonstillingsstilling har blitt betraktet som eksperimentell eller utprøvende medisin, har vært økende de siste 20 årene. Det har unntaksvis blitt innvilget bidrag til slike formål. Eksempel på dette er bidrag til stamcelletransplantasjoner og behandling av barn med hypoplastisk venstre hjertesyndrom. Dette er behandlingsformer som senere er tatt i bruk i Norge.

Felles for mange av de søknadene som har blitt

avslått, er at behandlingsbehovet ikke er begrunnet med manglende kompetanse, men med manglende kapasitet og lang ventetid. Et typisk eksempel er behovet for ryggkirurgi. En annen relativt stor søkergruppe som har fått avslag, er kreftpasienter som søker om bidrag til eksperimentell/utprøvede behandling og som ikke kommer inn under unn-taksbestemmelsen i forskriften. Det samme gjelder pasienter som ønsker rehabilitering eller rekreasjon ved klinikker som benytter seg av alternativ medisin. En økende gruppe de senere år er pasienter med ulike typer nakkesmerter som ønsker å få utført avstivningsoperasjoner i utlandet. Det er på dette området betydelig faglig uenighet både når det gjelder diagnostisering og indikasjonstilling for operativt inngrep.

En vanlig avslagsgrunn er at det ikke foreligger uttalelse fra regionsykehus eller tilsvarende. Dette gjelder pasienter som på eget initiativ har funnet frem til og oppsøkt behandlingstilbud i utlandet.

I de tilfellene bidrag til dekning av utgiftene innvilges, ytes det bidrag til full dekning av behandlingsutgifter og reise- og oppholdsutgifter for pasienten. Det innkreves ikke noen form for egenandel. Dersom det blir dokumentert at dette er medisinsk nødvendig, ytes det også bidrag til reise- og oppholdsutgifter for ledsager(e). Om nødvendig også til medisinsk kvalifisert ledsager.

Antall søknader om bidrag til behandling i utlandet har vært jevnt stigende fra 1990 og frem til i dag, men med en naturlig variasjon fra år til år. Rikstrygdeverket mottok rundt 1990 ca 200 søknader i året, mens tilsvarende tall for 2001 var 430 søknader. Det antas at økningen i antall søknader om bidrag i 2001 var en følge av at pasientbroen økte fokus på behandling i utlandet. I 1999 og 2000 mottok Rikstrygdeverket mellom 300 og 350 søknader. Ca halvparten av søknadene blir innvilget. De senere år har andelen innvilgelser øket til mellom 55 og 60 prosent.

Med hjemmel i folketrygdloven § 20–7 er det, som nevnt foran, opprettet en særskilt klagenemnd som avgjør klager på Rikstrygdeverkets avgjørelser av søknader om bidrag til behandling i sykehus i utlandet. Klagenemnda avgjør klager fra hele landet. Klagenemnda er et uavhengig forvaltningsorgan som ble opprettet for å styrke klagernes rettssikkerhet og ivareta likhetsprinsippet, og som ikke kan instrueres av noe annet organ når det gjelder behandlingen av de enkelte klagesakene. Klagenemnda har fem faste medlemmer med personlige varamedlemmer. Disse er oppnevnt av departementet for fire år av gangen. Nemnda har en tverrfaglig sammensetning hvor lederen og hans personlige varamedlem skal være jurist. For øvrig be-

står nemnda av tre leger og en representant for sykehuseierne. Klagenemnda har vært i virksomhet fra 1. januar 1999. Klagenemndas vedtak er endelige, men kan bringes inn for de alminnelige domstolene. Klagenemnda omgjør ca. 10 % av klagene.

6.2.2 Pasientbroen til utlandet

Stortinget bevilget den 14. november 2000 én mrd. kroner til kjøp av helsetjenester i utlandet (Pasientbroen) jf. Innst.S. nr. 24 (2000–2001). Formålet med ordningen er å redusere ventelistene for pasienter som av kapasitetsmessige årsaker har ventet uakseptabelt lenge på å få behandling i Norge. Et annet sentralt moment i stortingsdebatten var at kjøp av tjenester i utlandet er en måte å skape økt behandlingsskapasitet på uten at dette virket inflasjonsdrivende på den innenlandske økonomien. I 2001 ble i underkant av 300 millioner av bevilgningen disponert. Den opprinnelige bevilgning ble redusert med 250 millioner kroner i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2002. I forbindelse med RNB i 2002 ble den redusert med ytterligere 125 mill. For 2003 bevilget Stortinget ytterligere 70 millioner kroner til videreføring av igangsatte kompetanseprosjekter innen områdene alvorlige spiseforstyrrelser, prostatakreft, kompliserte rygg- og nakkelidelser, Parkinson, hjertelidelser og til cochleaimplantater.

Det ble ikke fastsatt vilkår for utvelgelse og prioritering av pasienter som skulle få tilbud om behandling i utlandet gjennom Pasientbroen. På bakgrunn av stortingsvedtaket og debatten i Stortinget har Rikstrygdeverket lagt til grunn at ingen diagnoser/prosedyrer i utgangspunktet er utelukket fra ordningen. Men Rikstrygdeverket har likevel lagt vekt på medisinsk egnethet i vid forstand ved utvelgelsen av individuelle pasienter. I dette ligger både at det aktuelle inngrepet bør være av en viss størrelse, at pasienten må ha nytte av behandlingen og at pasienten er relativt mobil, til tross for sykdommen. Pasientenes alder har man ikke lagt vekt på.

Rikstrygdeverket har lagt til grunn at det enkelte helseforetaket må vurdere hvordan ordningen med kjøp av tjenester i utlandet kan benyttes på best mulig måte, men har allikevel forutsatt at utgangspunktet bør være foretakets ventelistesituasjon og overordnede strategiske vurderinger av hvordan foretaket skal prioritere. Rikstrygdeverket gikk tidlig ut og bad om tilbakemelding om hvilke diagnoser/prosedyrer sykehusene ønsket å benytte ordningen til å få utført. Det kom få konkrete tilbakemeldinger på denne forespørselen. Rikstrygdeverket inngikk derfor kontrakter med utenlandske sykehus innenfor de kirurgiske disipliner hvor

statistikken fra Norsk Pasientregister viste at antall ventende pasienter var stort og hvor ventetidene var lange. Dette var i første rekke innenfor ortopedi, generell kirurgi, plastikk-kirurgi og øre-nese-hals. Ved ny etterspørsel fra helseforetakene har Rikstrygdeverket fortløpende fremforhandlet behandlingstilbud og kapasitet innen nye kirurgiske disipliner, eksempelvis hjertesykdommer, øyensykdommer og nevrokirurgi. Foretakene har forespurt relevante pasienter om de ønsker utredning/behandling i utlandet. De pasientene som ønsker det, henvises til Rikstrygdeverket for utenlandsbehandling.

Rikstrygdeverket har fremforhandlet avtaler med om lag 20 sykehus, beliggende i Sverige, Danmark, Tyskland, Finland og Frankrike. Rikstrygdeverket organiserer, i samarbeid med reisebyrå, reise fra pasientens bosted til behandlingssted i utlandet og tilbake. Reisebyrået og de utenlandske sykehusene fakturerer Rikstrygdeverket direkte. Pasientene betaler kun egenandel for reiseutgiftene, tilsvarende egenandelen ved fritt sykehusvalg. Det vil si kr. 400,- for en tur-retur reise. Det ble lagt til grunn for ordningen at nødvendig etterkontroll/oppfølging etter behandlingen i utlandet skal følges opp av pasientens fastlege og/eller det henvisende sykehuset i Norge.

Rikstrygdeverket måtte bruke mye tid og ressurser på å orientere om ordningen og motivere sykehusene til å benytte den, og det tok noe tid før ordningen fikk nevneverdig omfang. Dette må nok i noen grad tilskrives det faktum at sykehusene er store og komplekse organisasjoner med betydelig institusjonell treghet knyttet til informasjonsflyt og implementering av nye ordninger. Gjennom media ble det til å begynne med uttrykt både skepsis og aktiv motstand mot ordningen fra utøvende medisinske miljøer i sykehusene.

Sintef Unimed har evaluert ulike fylkeskommuners tilnærming til ordningen og offentliggjorde i oktober 2001 rapporten «*Pasientbro til utlandet: fire fylker – fire utfall*» (Johnsen og Paulsen, 2001). Rapporten avdekker stor variasjon i tilnæringsmåte til ordningen i ulike fylker og hvordan dette igjen gir seg store utslag når det gjelder forskjeller i antallet pasienthenvisninger. Rapporten dokumenterer også at sykehusets måte å presentere behandling i utlandet på, har stor betydning for hvorvidt den enkelte pasienten tar imot tilbudet. Aktiviteten fra de ulike fylkeskommunene i år 2001 gjenspeiler i noen grad de faktiske forskjellene i ventelistesituasjonen, men potensialet for utnyttelse av ordningen burde være langt større i alle fylker.

Sykehusene ble oppfordret til å velge ut pasienter med behov for inngrep av en slik størrelse at det

ville være kost/nytte-effektivt å behandle disse i utlandet. Da ville det enkelte sykehus få frigjort tid og ressurser til å ta unna ventelistene på de mindre inngrepene selv. Likeledes ville man ved en slik fremgangsmåte kunne frigjøre tid og ressurser til å foreta polikliniske vurderinger av pasienter, som er det området hvor ventelistene er lengst. Det viste seg at få sykehus evnet å ta i bruk ordningen på en slik strategisk måte.

Senter for Helseadministrasjon ble blant annet engasjert for å foreta en holdningsundersøkelse blant norske sykehusleger. Senter for Helseadministrasjon offentliggjorde i november 2001 rapporten «*Sykehuslegenes holdninger til kjøp av helsetjenester i utlandet (Botten, Nerland og Hagen, 2001)*». 81 % av de spurte sykehuslegene som arbeidet i relevante avdelinger (røntgen-, anesthesi- og laboratorieavdelinger ekskludert), svarte i august 2001 at de arbeidet ved en avdeling som ikke hadde satt i gang tiltak for å benytte denne ordningen. De som arbeidet ved en avdeling hvor ordningen ikke var tatt i bruk, ble fulgt opp med et spørsmål om aktuelle begrunnelser for at ordningen ikke var tatt i bruk. 53 prosent svarte at de ikke hadde relevante pasienter, 46 prosent at ventelistene var for korte, 44 prosent at midlene kunne vært brukt til å styrke behandlingstilbudet i Norge.

Den forståelsen av ventelistesituasjonen som de to mest benyttede begrunnelsene tar utgangspunkt i, står i motstrid til det som fremgår av ventelistene i Norsk Pasientregister. Dette funnet kan også sees i sammenheng med funn i rapporten fra SintefUnimed hvor det fremkommer at det i enkelte fylker var en betydelig uenighet mellom helseadministrasjonen og sykehusledelse/utøvende medisinsk miljø i forståelsen av ventelistesituasjonen og hvorvidt denne utgjorde et problem for fylket. Det er også verdt å merke seg at en relativt begrenset andel av de som har svart, trekker frem kvalitetsvurderinger og administrativt merarbeid som viktige begrunnelser for at ordningen ikke er tatt i bruk.

6.2.3 Dekning av behandlingsutgifter etter EØS-avtalens trygdeforordning 1407/71

EØS-avtalens Rådsforordning (EØF) 1408/71 (Trygdeforordningen) regulerer anvendelsen av trygdeordninger for arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende og deres familiemedlemmer innenfor EØS-området. Tilhørende Rådsforordning (EØF) 574/72 regulerer anvendelsen og gjennomføringen av trygdeforordningen. EØS-avtalens trygdebestemmelser tar sikte på å koordinere anvendelsen av de enkelte avtalelandenes trygdelovgiv-

ning i forhold til yrkesaktive personer som er eller har vært omfattet av ordningene i flere land. Trygdeforordningen er gjort til gjeldende norsk rett ved kongelig resolusjon.

Bestemmelsene om naturalytelser i form av helsetjenester ved sykdom, svangerskap og fødsel fremgår av trygdeforordningens artikler 18–36. Trygdeforordningens artikkel 22 inneholder en bestemmelse som gir personer som bor i sin hjemstat og ikke har noen relasjon til utenlandske trygde- og helsesystemer, anledning til å få dekket utgifter til behandling i utlandet. Det forutsettes forhåndsgodkjennelse. Når slik godkjennelse er gitt, mottar pasienten helsetjenester i det landet han reiser til, etter lovgivningen der. Det vil for eksempel si at en nordmann som reiser til Hellas for å få behandling, behandles som om han var omfattet av gresk helselovgivning. Han får tilgang til helsetjenester på samme vilkår som personer bosatt i Hellas, må betale de samme egenandelene osv. De greske myndighetene har krav på å få dekket sine utgifter av norske myndigheter.

Retten til å få dekket utgiftene til helsehjelp etter EØS-avtalens trygdeforordning for pasienter som reiser til et annet EØS-land i den hensikt å motta planlagt helsehjelp fremgår av trygdeforordningens artikkel 22 nr. 1 bokstav c. Det fremgår at arbeidstaker eller selvstendig næringsdrivende:

«som får tillatelse av den kompetente institusjon til å reise til en annen medlemsstats territorium for der å motta hensiktsmessig behandling for sin helsetilstand, skal ha rett til:

i) naturalytelser gitt av institusjonen på oppholds- eller bostedet for den kompetente institusjonens regning i samsvar med bestemmelsene i lovgivningen den anvender, som om vedkommende var trygdet der; tidsrommet det skal gis ytelse for, skal imidlertid reguleres av den kompetente stats lovgivning.»

Videre fremgår det av artikkel 22 nr. 2 andre ledd:

«Tillatelsen som kreves i henhold til nr 1 bokstav c), kan ikke nektes når den aktuelle behandlingen er oppført blant de ytelse som er fastsatt i lovgivningen i den medlemsstat hvis territorium vedkommende er bosatt, og dersom det, etter at det er tatt hensyn til vedkommendes aktuelle helsetilstand og sykdommens mulige utvikling, ikke gis behandling innen den frist som vanligvis gjelder for å oppnå den aktuelle behandlingen i bostedsstaten.»

Det er en forutsetning for å kunne benytte denne ordningen at man har krav på den aktuelle helsehjelpen etter lovgivningen i det landet man bor.

Man har ikke noe rettslig krav på å få forhåndsgodkjennelse. Myndighetene i de forskjellige EØS-statene står relativt fritt til å vurdere om de skal dekke behandlingsutgiftene etter denne ordningen. Det fremgår imidlertid av det som er nevnt ovenfor, at tillatelse til å reise til et annet EØS-land for å motta planlagt helsehjelp ikke kan nektes dersom behandlingen i bostedslandet ikke kan gis innen de frister som vanligvis gjelder for å oppnå den aktuelle behandlingen i bostedslandet. Det blir lagt til grunn at retten bare gjelder tilfeller hvor ventetiden blir markert lenger enn det som er vanlig for vedkommende sykdom. Det er de faktiske ventetidene som er avgjørende for vurderingen. Ved vurdering av om tillatelse skal gis, tas det hensyn til pasientenes aktuelle helsetilstand og sykdommens mulige utvikling. Reiseutgifter dekkes ikke.

I Norge er det Rikstrygdeverket som er kompetent institusjon til å behandle søknader om å få dekket behandling i utlandet gjennom denne ordningen. Rett til ytelsen dokumenteres ved hjelp av blankett E112 som Rikstrygdeverket utsteder til pasienter som har fått søknaden innvilget. Klage over avslag på søknader om E112 behandles av Trygderetten i samsvar med hovedregelen i folketrygdloven § 21–12 annet ledd.

Frem til ca. 1997–98 var antall søknader om E112 svært begrenset. Etter dette har antallet søknader øket noe, men det er fortsatt riktig å si at dette er en svært begrenset ordning. Siden EØS-avtalen trådte i kraft og til og med år 2001, har Rikstrygdeverket utstedt ca 50 E112 blanketter. Utgiftene til ordningen har variert noe fra år til år, men har ligget på om lag 100.000 kroner pr. år.

6.3 Forslagene i høringsnotatet

6.3.1 Bidrag fra folketrygden til behandling i utlandet

I høringsnotatet har departementet foreslått at pasienter som etter gjeldende rett kan få bidrag til behandling i utlandet, skal vurderes etter pasientrettighetsloven § 2–1 og prioriteringsforskriften. Dersom de etter denne vurderingen får rett til nødvendig helsehjelp, foreslås det at de skal få samme rett til behandling i utlandet som de øvrige rettighetspasientene får etter brudd på behandlingsfristen. Det vil si at det foreslås at rettighetspasienter, når det ikke finnes et adekvat behandlingstilbud i Norge, for eksempel på grunn av manglende kompetanse, skal få rett til helsehjelp i utlandet. Det foreslås videre at det skal settes en frist for når behandlingen i utlandet senest skal ytes. Det foreslås at fylkesle-

gen skal være klageinstans når det gjelder pasientens klage over spesialisthelsetjenestens avgjørelse av om pasientene skal få rett til nødvendig helsehjelp i utlandet og over fastsettelse av behandlingsfristen. Dersom behandlingsfristen brytes, foreslås det at også disse pasientene skal ha en subsidiær rett til behandling i utlandet, og at de skal kunne henvende seg til Rikstrygdeverket for å få et behandlingstilbud i utlandet.

Forslaget er basert på den forutsetning at de foreslåtte endringene i pasientrettighetsloven § 2–1 vedtas. Det vil si at kapasitetsbegrensningen i § 2–1 oppheves og at rettighetspasienter får rett til behandling privat eller i utlandet ved brudd på behandlingsfristen.

Som en konsekvens av dette forslaget foreslås det at folketrygdloven § 5–22 annet ledd oppheves og at forskriften om bidrag til behandling i utlandet oppheves.

Det foreslås at bevilgningen til bidrag til sykebehandling i utlandet overføres til de regionale helseforetakene.

6.3.2 Pasientbroen til utlandet

I høringsnotatet har departementet foreslått at ansvaret for å videreføre en pasientbro til utlandet skal ligge hos de regionale helseforetakene.

6.3.3 Dekning av behandlingsutgifter etter EØS-avtalens trygdeforordning 1407/71

I høringsnotatet foreslås det ingen endringer når det gjelder retten til dekning av behandlingsutgifter i utlandet etter dette regelverket. Det foreslås heller ingen endringer når det gjelder organisering og finansiering av ordningen.

6.4 Høringsinstansenes syn

Et mindretall av høringsinstansene har uttalt seg eksplisitt til forslagene om endring og forenkling av ordningene for finansiering av behandling i utlandet. Det vil si bidragsordningen og Pasientbroen. Imidlertid har, som nevnt, en rekke høringsinstanser støttet forslagene i høringsnotatet generelt, eventuelt støttet forslagene men med enkelte kommentarer til nærmere bestemte problemstillinger. Det legges derfor til grunn at disse høringsinstansene også støtter forslagene om forenkling av ordningene med utenlandsbehandling. Fra de høringsuttalelsene som eksplisitt omtaler disse forslagene, siteres uttalelsene nedenfor.

Omnia sykehus støtter eksplisitt forslagene og uttaler blant annet:

«Omnia har ved flere tidligere anledninger protestert mot at ikke private sykehus i Norge har hatt anledning til å konkurrere om å utføre de behandlinger som har vært gjennomført utenlands under den såkalte «utenlandsmilliarden». Derfor gir vi vår fulle støtte til den foreslåtte endringen, som i større grad vil likstille oss med utenlandske tjenesteytere.»

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) uttaler blant annet følgende:

«LHL støtter departementets forslag om å samordne utvidet rett til nødvendig helsehjelp og andre ordninger som gir pasienter rett til eller tilbud om helsehjelp i utlandet. LHL mener det er en forbedring at § 2–1 vil gi rett til behandling i utlandet når det ikke foreligger et adekvat tilbud i Norge. LHL mener dette er en forbedring i forhold til dagens regler og vil være en betydelig forenkling av dagens rutiner.

Det må være en forutsetning at forenklingen ikke medfører at rettigheter og muligheter som pasienter i dag har, blir redusert. Derfor mener LHL det er viktig at det fortsatt må være mulighet til å få bidrag til utprøvende og eksperimentell behandling. Slik vi forstår endringene i § 2–1 blir denne muligheten innsnevret. Vi mener for øvrig det er viktig at i forhold til utprøvende og eksperimentell behandling skal det nå legges avgjørende vekt på hva som er internasjonalt dokumentert – og ikke bare vurderinger i norske medisinske miljøer.»

Norges Handikapforbund (NHF) uttaler blant annet følgende:

«NHF støtter forslaget om samordning av utvidet rett til helsehjelp og aktuelle ordninger (pasientbro, bidrag til behandling i utlandet) som gir noen pasientgrupper rett til behandling i utlandet. Forslaget innebærer administrative grep og forenklinger av regelverket. Vi støtter også forslaget om at retten til behandling i utlandet når det ikke finnes noe aktuelt tilbud i Norge, tas inn i pasientrettighetsloven, og at lovhjemmel i folketrygdloven oppheves. Denne lovendringen blir en naturlig konsekvens av den utvidete retten til nødvendig helsehjelp for alle pasienter kommer inn under denne kategorien.

NHF er mer i tvil om hva som er best å gjøre når det gjelder finansieringen og den administrative samordningen av forslaget om behandling i utlandet.

Men vårt prinsipielle standpunkt er at myndighetene må sikre høy faglig og etisk kompetanse for de som skal ha ansvaret for avtaler med private helseaktører i utlandet. Samtidig

må pasienten sikres kvalitet på det helsetilbudet de vil få i utlandet.»

Norsk Sykepleierforbund (NSF) uttaler blant annet følgende:

«NSF støtter videre høringsnotatets forslag om å samordne retten til nødvendig helsehjelp med andre ordninger som gir pasienter rett til eller tilbud om helsehjelp fra utlandet. Dette innebærer blant annet at de regionale helseforetakene sørger for videreføring av pasientbroen til utlandet og at finansieringen av pasientbroen til utlandet blir lagt til de ordinære bevilgningen til de regionale helseforetakene.»

Sosial- og helsedirektoratet uttaler følgende om dette:

«Direktoratet støtter departementets forslag om å samordne og forenkle reglene for behandling i utlandet. Vi er enig i at det vil være hensiktsmessig å oppheve folketrygdloven § 5–22 annet ledd samt forskriften om bidrag til behandling i utlandet og i stedet for regulerer dette i pasientrettighetsloven.»

Rikstrygdeverket uttaler blant annet følgende:

«Høringsnotatet foreslår at den nåværende ordningen med finansiering av helsehjelp i utlandet, gjennom den såkalte pasientbroen, opphører og ordningen sees i sammenheng med den foreslåtte subsidiære retten til behandling som etter forslaget vil åpne for behandling i utlandet ved fristbrudd. (.) Dette ifølge forslaget ut fra hensyn til å unngå prioriteringsvridninger og for å koble finansieringen til de ordinære finansieringsstrømmene for helseforetakene. Rikstrygdeverket har forståelse for disse begrunnelsene, men vi beklager visse aspekter ved at pasientbroen nå evt opphører. Dette gjelder bl. a. det forhold at det norske medisinske miljø er tilført betydelig kompetanse gjennom deltakelse i utenlandsk pasientbehandling. Rikstrygdeverket har gjennom forvaltningen av ordningen bygget opp en betydelig kompetanse og et betydelig nettverk både innenlands og utenlands.

.....

I høringsnotatet foreslås det at retten til behandling i utlandet som følge av manglende medisinsk kompetanse i Norge tas inn i pasientrettighetsloven som del av den subsidiære retten til helsehjelp (.). Denne ordningen er i dag hjemlet i Folketrygdloven § 5–22 andre ledd og denne hjemmel foreslås som følge av dette opphevet. Rikstrygdeverket har forståelse for den administrative forenklingen dette medfører og støtter i utgangspunktet dette, men oppfordrer departementet til å følge nøye med hvilke praktiske konsekvenser dette evt gir.

....

Når det gjelder forholdet mellom gjeldende rett etter EØS-avtalens trygdeforordning og en subsidiær rett til behandling i utlandet, er Rikstrygdeverket enig i de konklusjoner departementet trekker i notatet angående konsekvensene av dette.»

Klagenemnda for bidrag til behandling i utlandet uttaler blant annet følgende:

«Klagenemnda stiller seg positiv til at det finner sted en gjennomgang av reglene om utenlandsbehandling og at departementet nå foreslår en samordning av reglene. Nemnda har i sin praksis sett at det blant pasientene hersker en stor grad av forvirring og usikkerhet med hensyn til de forskjellige ordningene for utenlandsbehandling.

Nemnda er enig med departementet i at ordningen med pasientbro til utlandet, den såkalte «utenlandsmilliarden», kan ha medført uheldige prioritetsvridninger ved at det har vært gitt behandling i utlandet til pasienter som har ventet lenge på behandling fordi de ikke har vært prioritert i det norske helsevesenet. Klagenemnda har i sin praksis fått tilbakemeldinger fra klagere som har pekt på det de har oppfattet som urettferdigheter i forhold til hvilke pasienter/pasientgrupper som har fått anledning til å få dekket utgiftene til behandling i utlandet.

Når det gjelder forholdet mellom prioriteringsforskriften og bidragsforskriften er det klart at bidragsforskriften er streng. De som oppfyller kravet om å få bidrag til behandling i utlandet vil også være pasienter som etter prioriteringsforskriften vil ha rett til nødvendig helsehjelp.»

6.5 Departementets vurderinger

6.5.1 Bidrag fra folketrygden til behandling i utlandet

Rett til nødvendig helsehjelp etter gjeldende rett forutsetter at kriteriene i prioriteringsforskriften § 2 er oppfylt. Bevilgning av bidrag til behandling i utlandet etter gjeldende ordning forutsetter likeledes at kriteriene i § 2 i bidragsforskriften er oppfylt. Etter dagens ordning er vilkårene i de to forskriftene i stor grad bygget på de samme vurderingskriteriene.

Begge de gjeldende forskriftsbestemmelsene krever at pasientens tilstand er av en viss alvorlighetsgrad og at behandlingen har forventet nytteverdi. Likeledes er forholdet mellom kostnader og effekt av behandlingen av betydning etter begge forskriftene. Etter bidragsforskriften ytes det ikke bi-

drag til eksperimentell eller utprøvende behandling i utlandet. Retten til nødvendig helsehjelp omfatter heller ikke eksperimentell behandling. Etter departementets vurdering er vilkårene for bidrag til behandling i utlandet strengere enn de som gjelder for rett til nødvendig helsehjelp. Særlig er kravet til sykdommens alvorlighet, strengere når det gjelder bidrag til behandling i utlandet enn når det gjelder rett til nødvendig helsehjelp. Denne vurderingen støttes av den høringsinstansen som uttaler seg om dette. Ettersom vilkårene for å få bidrag til behandling i utlandet er strengere, er det vanskelig å tenke seg at pasienter som oppfyller vilkårene, ikke skulle ha rett til nødvendig helsehjelp. Det vil si at disse pasientene har rett til nødvendig helsehjelp, men at det p.g.a. manglende medisinsk kompetanse, ikke finnes et tilbud til dem i Norge.

Søknad om bidrag til behandling i utlandet skal vurderes ut fra representativ norsk medisin, det vil si hva som er dokumentert i norsk medisin. Som omtalt foran, har rettspraksis fra EF-domstolen vist at det kan tenkes å komme i strid med reglene om fri bevegelse av tjenester å knytte bestemmelser om tilgang til helsehjelp i utlandet til hva som er nasjonal behandlingspraksis. Dette gjelder selv om man ikke har kompetanse til å yte denne behandlingen i Norge. Når det nå foreslås at retten til nødvendig helsehjelp ikke lenger skal være begrenset til tilbudet innen den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten i Norge etter at behandlingsfristen er gått ut, vil det medføre at vurderingen av rett til nødvendig helsehjelp i forhold til vilkåret om dokumentert nytte, ikke lenger indirekte vil være begrenset til norsk medisin. Det vil si at vilkåret om dokumentert nytte for å få rett til nødvendig helsehjelp, vil knytte seg til hva som er dokumentert i internasjonal medisin. Dette vil være i samsvar med den nevnte praksis ved EF-domstolen.

At det er så stor grad av likhet mellom kriteriene i reglene om rett til nødvendig helsehjelp og bidrag til behandling i utlandet, tilsier, etter departementets vurdering, at man ikke bør opprettholde to parallelle regelverk dersom også reglene om rett til nødvendig helsehjelp, som foreslått, utvides til å regulere rett til behandling i utlandet etter fristbrudd. Den pasientgruppen som etter gjeldende rett vurderes etter bidragsforskriften fordi det, p.g.a. manglende kompetanse, ikke finnes et tilbud til dem i Norge, ville stå sterkere dersom de ble vurdert etter reglene om rett til nødvendig helsehjelp. De vil da få en materiell rettighet til behandling i utlandet, forutsatt at de fyller kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp.

Etter den gjeldende bidragsforskriften har pasientene ikke noen rettighet til utprøvende eller eks-

perimentell behandling ved sykehus i utlandet. Rikstrygdeverket har i visse tilfeller adgang til å bevilge bidrag til slik behandling. Hvis disse pasientene vurderes etter prioriteringsforskriften, vil de heller ikke få en *rettighet* til slik behandling. De regionale helseforetakene vil imidlertid ha full anledning, etter egen medisinsk vurdering, til å sende pasienter til et utenlandsk sykehus for utprøvende eller eksperimentell behandling. Dersom bidragsforskriften oppheves, vil det derfor ikke medføre en innskrenkning av pasientens rettigheter og muligheter på dette området, tvert om.

Departementet har kommet til at også adgangen til å få offentlig finansiert helsehjelp i utlandet ved kompetansemangel i Norge bør reguleres av pasientrettighetsloven, gitt de øvrige foreslåtte endringene i denne loven. Dette vil innebære en klar regelverksforenkling som vil gjøre regelverket lettere tilgjengelig og mer informativt for pasientene og dermed oppfylle pasientrettighetslovens intensjoner på en bedre måte og samsvare med praksis ved EF-domstolen.

I de tilfellene pasientene har rett til nødvendig helsehjelp, mens det ikke finnes noe adekvat tilbud om helsehjelp til dem i Norge, ville det ikke tjene noe fornuftig formål om retten til nødvendig helsehjelp i utlandet først skulle foreligge etter en frist. Retten til nødvendig helsehjelp i utlandet foreslås derfor i disse tilfellene å foreligge fra og med innvilgelsen av rett til nødvendig helsehjelp. Det foreslås imidlertid at det skal settes en frist for når behandlingen i utlandet senest skal ytes, slik at disse pasientene får samme klare rettsstilling i forhold til helsetjenesten som pasienter som kan få helsehjelp i Norge. Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for et tilbud i utlandet innen fristen, foreslås det at også disse pasientene skal ha et subsidiært krav på helsehjelp og at de skal kunne henvende seg til Rikstrygdeverket for å få et tilbud i utlandet. Målet er selvfølgelig at foretaket skal sørge for et tilbud før fristen går ut. Departementet mener derfor at foretakene bør kunne benytte seg av Rikstrygdeverkets kompetanse og kontaktnett til å få formidlet et tilbud på vegne av foretaket før fristen går ut.

Departementet legger til grunn for ordningen at nødvendig etterkontroll/oppfølging etter behandlingen i utlandet skal følges opp av pasientens fastlege og/eller det henvisende sykehuset i Norge.

Departementet foreslår at retten til behandling i utlandet når det ikke finnes noe adekvat medisinsk tilbud om helsehjelp i Norge, tas inn i pasientrettighetsloven, at folketrygdloven § 5–22 annet ledd oppheves og at forskriften om bidrag til behandling i utlandet oppheves. Opphevelse av denne forskrif-

ten forutsetter endring av prioriteringsforskriften slik at den også regulerer disse tilfellene.

Når det gjelder behandlingen av klager over avgjørelser truffet av foretak angående helsehjelp i utlandet, vises det til kapittel 7.

6.5.2 Pasientbroen til utlandet

Pasientbroen har blitt finansiert ved øremerkede midler og administrert av Rikstrygdeverket. Bruken av midlene og utvelgelse av pasienter som blir tilgodesett med behandling utenlands, har ikke vært underlagt samme krav til prioritering mellom pasientgrupper og mellom enkeltpasienter som det som kreves av de offentlige sykehusene. Ordningen har således ikke blitt styrt gjennom det prioriteringsregelverket som styrer de offentlige sykehusene, som pasientrettighetsloven § 2–1 og prioriteringsforskriften, men, utfra Stortingets intensjoner, anvendt for å avhjelpe uakseptabelt lange ventetider.

Innvilgelse av rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten i Norge forutsetter at kriteriene i prioriteringsforskriften § 2 er oppfylt for den enkelte pasientens vedkommende. For at en pasient skal få tilbud om behandling gjennom den gjeldende ordningen med pasientbro til utlandet stilles det ingen slike prioriteringsmessige krav. Kriteriene for å få tilbud om behandling i utlandet etter denne ordningen er at pasienten står på venteliste for utredning eller behandling ved et sykehus og at sykehuset henviser pasienten til Rikstrygdeverket for utenlandsbehandling. Pasientbroen har dermed fanget opp pasienter som har ventet lenge på behandling fordi de ikke er prioritert innenfor den offentlige helsetjenesten. Spesielt gjelder dette innenfor plastisk kirurgi. Pasientbroen har dermed ført til prioriteringsvridninger mellom pasientgrupper og mellom enkeltpasienter.

Siden finansieringen av den gjeldende ordningen med pasientbro skjer utenom de ordinære inntektsstrømmene til de regionale helseforetakene, vil det å henvise pasienter til behandling i utlandet ikke belaste helseforetakenes egne budsjetter. Hvis en finansieringsordning skal bidra til styring av spesialisthelsetjenesten på en god måte og til alle pasientenes beste, må den premiere de foretakene som organiserer virksomheten på en slik måte at man unngår pasientkøer og følger prioriteringsprinsippene, ikke premiere foretak som har køer.

Gitt de foreslåtte endringene i ordningen med rett til nødvendig helsehjelp som vil medføre at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp først skal få rett til behandling i utlandet når behandlingsfris-

ten er brutt, vil det føre til en mer likeartet behandling av pasientgruppene.

De regionale helseforetakene har ansvaret for å sørge for at det finnes et kvalitativt godt og tilgjengelig helsehjelpstilbud til helseregionens innbyggere. I dette arbeidet vil de regionale helseforetakene kunne produsere tjenestene selv, kjøpe tjenester fra andre regionale helseforetak, kjøpe tjenester fra private tilbydere i Norge eller i utlandet. De regionale helseforetakene må således som en del av «sørge for ansvaret» måtte vurdere behovet for å sende pasienter til utlandet. Hvorvidt det er aktuelt å kjøpe behandling i utlandet til pasienter som ikke har en rettighet til nødvendig helsehjelp og til rettighetspasienter som kan behandles innenlands innen behandlingsfristen, og hvilke pasienter som i tilfelle skal prioriteres, må foretakene selv vurdere i forhold til prioriteringsreglene, pasientenes behov og foretakets tilgjengelige ressurser. Enkelte tilstander vil det både ut fra en medisinsk og ressursmessig vurdering være riktig og hensiktsmessig å behandle i utlandet, som for eksempel de som det ikke er mulig å behandle innenlands pga. utilstrekkelig pasientgrunnlag. Departementet mener at det kan være hensiktsmessig at de regionale helseforetakene utnytter den kompetansen, de rammeavtalene og det nettverket som eksisterer i Rikstrygdeverket for kjøp av helsetjenester i utlandet. Dette for å sikre en best mulig koordinering av kjøp av helsetjenester i utlandet. Departementet vil vurdere hva som er en hensiktsmessig oppgjørsordning. Hensynet til å understøtte de regionale helseforetakenes «sørge for ansvar» tilsier at disse som hovedregel selv betaler for behandling som Rikstrygdeverket har formidlet.

Departementet foreslår at pasientbroen videreføres innenfor de regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for spesialisthelsetjeneste til befolkningen i helseregionen. Sammen med den ordningen som foreslås i kapittel 5, jf. punkt 5.5.5, og den ordningen som foreslås i punkt 6.5.1, vil de regionale helseforetakene videreføre pasientbroen på en slik måte at man sikrer at det er de pasientene som har størst behov for behandling som får tilgang til behandling i utlandet. Departementet vil komme tilbake til de budsjettmessige implikasjonene av dette i St.prp. nr. 1 (2003–2004).

Når det gjelder behandlingen av klager over avgjørelser truffet av foretak angående helsehjelp i utlandet, vises det til kapittel 7.

6.5.3 Dekning av behandlingsutgifter etter EØS-avtalens trygdeforordning 1407/71

Det ligger i forslaget om subsidiær rett til nødvendig helsehjelp i utlandet, at pasientene skal ha tilbud om behandling i utlandet dersom behandlingsfristen er overskredet. I de fleste tilfeller vil sannsynligvis fristen være overskredet før ventetiden blir markert lenger enn det som er vanlig for vedkommende sykdom. Det vil si at rettighetspasienter kan få et tilbud om behandling, eventuelt i utlandet, før myndighetenes plikt til å dekke utgiftene etter trygdeforordningen og utstede E 112 blankett oppstår. I og med at trygdeforordningen ikke nødvendigvis dekker utgifter til behandling fullt ut, og i alle fall ikke dekker reiseutgiftene, vil det lønne seg

for disse pasientene å ta i mot tilbudet om behandling som de etter forslaget blir berettiget til etter pasientrettighetsloven. Forslaget om utvidelse av retten til nødvendig helsehjelp vil dermed antagelig bidra til at trygdeforordningen på dette området får enda mindre praktisk betydning enn den allerede har.

Norge er gjennom EØS-avtalen forpliktet til å implementere trygdeforordningen. Etter artikkel 7 skal det skje på den måten som det er gjort i dag. I praksis vil ordningen antagelig først og fremst fortsette å fungere som en oppgjørsordning, ikke som en ordning som gir tilgang til helsetjenester i utlandet. Departementet foreslår derfor ingen endringer for så vidt angår organisering og administrasjon av denne ordningen.

7 Særlig om klageinstans

7.1 Innledning

Departementet har i punkt 5.5.4 foreslått å endre pasientrettighetsloven § 2–1 slik at spesialisthelsetjenesten pålegges å fastsette en konkret, individuelt vurdert frist for når rett til nødvendig helsehjelp skal oppfylles. Dette innebærer at det skal fastsettes et eksakt tidspunkt for når den enkelte pasient skal ha mottatt den nødvendige helsehjelpen. Videre har departementet i punkt 6.5.1 foreslått at retten til behandling i utlandet når det ikke finnes noe adekvat medisinsk tilbud om helsehjelp i Norge, tas inn i pasientrettighetsloven, at folketrygdloven § 5–22 andre ledd oppheves og at forskriften om bidrag til behandling i utlandet oppheves. Det følger av dette at det regionale helseforetaket allerede ved vurderingen av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, skal tilby rettighetspasienter behandling i utlandet dersom det ikke finnes noe adekvat tilbud i Norge. I det videre skal drøftes hvilke organer som skal behandle klager over nevnte avgjørelser.

7.2 Gjeldende rett

Vurderingen av og beslutningen om at en pasient etter pasientrettighetsloven § 2–1 og prioriteringsforskriften har rett til nødvendig helsehjelp, foretas etter gjeldende rett av den tjenesteyteren innen spesialisthelsetjenesten som pasienten er henvist til. Beslutningen om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp, kan påklages til fylkeslegen etter pasientrettighetsloven § 7–2.

Klage over Rikstrygdeverkets avgjørelser av om pasienter skal få bidrag til behandling i utlandet på grunn av *manglende kompetanse* i Norge, avgjøres etter gjeldende ordning av Klagenemnda for bidrag til behandling i utlandet. Klagenemnda er opprettet med hjemmel i folketrygdloven § 20–7. Nemnda er et uavhengig «domstolslignende» organ og kan ikke instrueres av departementet.

7.3 Forslagene i høringsnotatet

7.3.1 Klageorgan i forhold til fastsatt frist for nødvendig helsehjelp

I høringsnotatet har departementet foreslått at fylkeslegene skal behandle klager over beslutningen om fastsettelse av tidsfrist for rett til nødvendig helsehjelp.

Det er i den forbindelse vist til at denne type klager i stor grad vil innebære de samme vurderinger som fylkeslegen ellers må gjøre i forbindelse med klage- og tilsynssaker knyttet til om prioriteringsforskriften følges. Vurderingen av om den fastsatte fristen er forsvarlig, er også tilsvarende de vurderingene som fylkeslegen gjør i forbindelse med det generelle tilsynet med at virksomhetene drives i samsvar med forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven. Departementet har videre vist til at dersom denne type pasientklager skal legges til et annet organ enn fylkeslegen, vil dette bryte med resten av klage- og tilsynssystemet på området, og det ville i såfall bli nødvendig å opprette et nytt organ utelukkende for dette formålet.

7.3.2 Klageorgan i forhold til avgjørelse om behandling i utlandet

I høringsnotatet har departementet vist til at klage over Rikstrygdeverkets avgjørelser av om pasienter skal få bidrag til behandling i utlandet på grunn av *manglende kompetanse* i Norge, avgjøres, som nevnt i punkt 7.2, etter gjeldende ordning av Klagenemnda for bidrag til behandling i utlandet.

I høringsnotatet har departementet foreslått at avgjørelsene om eventuell behandling i utlandet i fremtiden skal treffes av tjenesteytere innenfor spesialisthelsetjenesten, – i praksis vil dette stort sett si helseforetakene. Departementet har i høringsnotatet ikke konkludert når det gjelder spørsmålet om hvilket organ som i fremtiden skal behandle klager over disse avgjørelsene. Imidlertid er det særlig drøftet om fylkeslegen også skal behandle disse klagenes eller om klagenes skal behandles av Klagenemnda for bidrag til behandling i utlandet.

7.4 Høringsinstansenes syn

7.4.1 Høringsinstansenes uttalelser vedrørende klageorgan når det gjelder fastsatt frist for rett til nødvendig helsehjelp

Som nevnt er det i høringsnotatet foreslått at fylkeslegen skal behandle klager over den fastsatte fristen for rett til nødvendig helsehjelp.

De aller fleste høringsinstanser som har uttalt seg om dette spørsmålet, har støttet forslaget om at fylkeslegen bør være klageorgan for klager over den fastsatte fristen for rett til nødvendig helsehjelp.

7.4.2 Høringsinstansenes uttalelser vedrørende klageorgan når det gjelder avgjørelse om behandling i utlandet

I høringsnotatet har departementet som nevnt vurdert hvilket organ som bør behandle klager over avgjørelser av om en pasient skal få nødvendig helsehjelp i utlandet fordi det ikke finnes noe tilbud i Norge, herunder på grunn av manglende kompetanse. Departementet har imidlertid ikke konkludert i forhold til hvilket organ som bør behandle disse klagen, men har særlig drøftet om enten fylkeslegen eller Klagenemnda for bidrag til behandling i utlandet bør behandle klagen.

Høringsinstansene har vært mer delte når det gjelder spørsmålet om hvilket organ som bør behandle klager over vedtak om at pasienten har rett til behandling i utlandet. Mange høringsinstanser har bare uttalt at denne type klager bør behandles av en uavhengig klagenemnd/-organ, uten at de konkret har uttalt hvem dette bør være. Gitt at det skal være et uavhengig organ, synes imidlertid flertallet av høringsinstansene å mene at Klagenemnda bør behandle denne type klager.

Klagenemnda for bidrag til behandling i utlandet er av den oppfatning at fylkeslegen bør behandle klager over rett til nødvendig helsehjelp, samt klage over tidsfristen. Nemnda er imidlertid mer uklar når det gjelder hvem som bør behandle klage over avgjørelse om rett til nødvendig helsehjelp i utlandet fordi det ikke finnes adekvat tilbud i Norge, herunder på grunn av manglende kompetanse. Det fremheves at dette bør tillegges et frittstående klageorgan, og at det i hvert fall ikke bør fordeles på 19 fylkesleger.

Rikstrykdeverket har anbefalt at fylkeslegene blir klageinstans, og at Klagenemnda oppløses. Det påpekes imidlertid at klageordningen bør sentraliseres til enkelte fylkesleger.

Sosial- og helsedirektoratet mener at fylkeslegen bør behandle klager over fristfastsettelse for rett til nødvendig helsehjelp. Direktoratet er videre av den oppfatning at fylkeslegen også bør behandle klager på avgjørelser av om en pasient skal få nødvendig helsehjelp i utlandet, og kan ikke se behov for et særskilt klageorgan.

Statens helsetilsyn støtter at fylkeslegen skal behandle klager på beslutning om pasientene har rett til nødvendig helsehjelp og også fastsettelse av frist for å yte nødvendig helsehjelp. Helsetilsynet har imidlertid ikke innvendinger mot at en egen klagenemnd behandler klager på avgjørelser om behandling i utlandet der det ikke finnes kompetanse i Norge.

Norsk Pasientforening støtter forslagene om at fylkeslegen skal behandle klager på beslutninger om fristens lengde, og at Klagenemnda skal behandle klage på vedtak om behandling i utlandet på grunn av manglende tilbud/kompetanse i Norge. *Pasientombudet i Akershus* støtter at klageinstans som hovedregel skal være fylkeslegen, men foreslår at Sintef Unimed skal være klageorgan for utenlandssakene

Norsk Sykepleierforbund mener det bør være en og samme klageinstans. Et generelt ønske om forenkling tilsier da at dette bør være fylkeslegen. Også *Den norske lægeforening* mener at fylkeslegen bør behandle begge typer klager, og det bør også vurderes om ikke en fylkeslege i hver region bør utpekes som klageinstans for denne type saker. Enhetlig praksis kan sikres ved at det gis retningslinjer for skjønn.

7.5 Departementets vurdering og forslag

7.5.1 Klage over fastsatt frist for rett til nødvendig helsehjelp – klageorgan

Vurderingen av og beslutningen om at en pasient etter pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften har krav på nødvendig helsehjelp, foretas etter gjeldende rett av den tjenesteyteren innen spesialisthelsetjenesten som pasienten er henvist til. Beslutningen om når pasienten senest har krav på nødvendig helsehjelp, skal etter forslaget foretas på grunnlag av en individuell vurdering på medisinsk grunnlag og må foretas av den samme tjenesteyteren.

Beslutningen om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp, kan påklages til fylkeslegen etter pasientrettighetsloven § 7–2. I og med at både retten til å få fastsatt en konkret frist for når nødvendig

helsehjelp skal ytes, og retten til nødvendig helsehjelp i utlandet ved mangelfulle tilbud i Norge foreslås tatt inn i pasientrettighetsloven, vil beslutningene om hvorvidt en pasient har disse rettighetene, også kunne påklages til fylkeslegen etter samme bestemmelser i pasientrettighetsloven, med mindre det fastsettes at et annet organ skal ha klagekompetansen. Som nevnt har departementet i høringsnotatet foreslått at fylkeslegene skal behandle klager over den fastsatte tidsfristen for rett til nødvendig helsehjelp.

Dersom klager på fristfastsettelsen skulle legges til et annet organ enn fylkeslegen, ville dette bryte med resten av klage- og tilsynssystemet på området. For å behandle denne type klager er det viktig med både generell og spesiell kjennskap til helsetjenesten. De vurderinger som klageorganet vil måtte gjøre, – dvs. om fristen er satt slik at pasienten vil få forsvarlig helsehjelp, – vil være de samme vurderingene som fylkeslegen ellers må gjøre i forbindelse med klage- og tilsynssaker knyttet til om prioriteringsforskriften følges. Dersom et annet organ bare skulle behandle klager over fristfastsettelse, ville organet neppe kunne opparbeide seg tilsvarende bred kompetanse som fylkeslegen har opparbeidet i klage- og tilsynssammenheng. Rent prinsipielt vil det også være uheldig dersom nært beslektede pasientklager skulle behandles av to forskjellige organer. Departementet viser også til at det i dag neppe eksisterer andre uavhengige organer som har den nødvendige kompetansen til å behandle denne type klagesaker. Det vil i såfall bli nødvendig å opprette et nytt organ utelukkende for dette formålet.

Som nevnt i punkt 7.4.1 har også de aller fleste høringsinstanser som har uttalt seg om dette spørsmålet, støttet forslaget om at fylkeslegen bør behandle klager over fastsatt frist for rett til nødvendig helsehjelp.

Etter departementets oppfatning er det vanskelig å se gode argumenter som taler mot at fylkeslegen skal behandle disse klagene, og dermed at et annet organ enn fylkeslegen bør være klageorgan. En mer generell innvending kan kanskje være at ressursituasjonen hos fylkeslegene kan tilsi at disse klagene bør legges til et annet organ slik at de kan prioriteres høyere. Dette forutsetter imidlertid at denne type klager fremheves som viktigere enn andre klager fylkeslegen vurderer, og følgelig at de derfor bør løftes vekk fra fylkeslegenes øvrige oppgaver. Etter departementets oppfatning er det imidlertid vanskelig å si at denne type klager fremstår som mer viktige enn andre pasientklager som fylkeslegen vurderer. Departementet antar også at det vil bli snakk om et begrenset antall klager, og at

disse sakene derfor ikke vil legge beslag på en stor del av fylkeslegens ressurser.

Etter departementets oppfatning vil det fremstå som unaturlig og uhensiktsmessig dersom denne type klagesaker skal være unntatt fra fylkeslegens øvrige klage- og tilsynsansvar. I den forbindelse vises det særlig til at fylkeslegen allerede behandler klagesaker på nært beslektede områder. Departementet foreslår derfor at fylkeslegen skal behandle klager over fastsatt frist for rett til nødvendig helsehjelp.

7.5.2 Klage over avgjørelse om behandling i utlandet – klageorgan

Klage over Rikstrygdeverkets avgjørelser av om pasienter skal få bidrag til behandling i utlandet på grunn av manglende kompetanse i Norge, avgjøres etter gjeldende ordning av Klagenemnda for bidrag til behandling i utlandet, jf. folketrygdloven § 20–7.

I høringsnotatet har departementet foreslått at avgjørelsene om eventuell behandling i utlandet i fremtiden skal treffes av tjenesteytere innenfor spesialisthelsetjenesten, – i praksis vil dette stort sett si helseforetakene. Som nevnt har departementet i høringsnotatet ikke konkludert når det gjelder spørsmålet om hvilket organ som i fremtiden skal behandle klager over disse avgjørelsene. Imidlertid er det særlig drøftet om fylkeslegen også skal behandle disse klagene eller om klagene skal behandles av Klagenemnda for bidrag til behandling i utlandet.

Som nevnt i punkt 7.4.2 har høringsinstansene vært delt når det gjelder spørsmålet om hvilket organ som bør behandle klager over vedtak om at det skal gis behandling i utlandet. Mange høringsinstanser har bare uttalt at denne type klager bør behandles av en uavhengig klagenemnd/-organ, uten at de konkret uttaler hvem dette bør være. Flertallet av høringsinstansene som eksplisitt har uttalt seg i forhold til valg av klageorgan, synes imidlertid å mene at Klagenemnda bør behandle denne type klager. På den annen side har enkelte sentrale høringsinstanser ment at klagene bør behandles av fylkeslegen, blant annet Rikstrygdeverket og Sosial- og helsedirektoratet.

Blant annet på bakgrunn av de innkomne høringsuttalelser har departementet foretatt en ny vurdering av aktuelle klageorganer. Departementet kan imidlertid ikke se andre organer som fremstår som mer aktuelle som klageorgan, enn enten fylkeslegen eller Klagenemnda.

Det som etter departementets oppfatning særlig taler for å velge fylkeslegen som klageorgan for disse sakene, er at det sett fra pasientens syns-

punkt vil være en fordel om alle typer klager på dette området kan fremsettes for samme organ. Som nevnt ovenfor i punkt 7.5.1 er det foreslått at fylkeslegen i tillegg til øvrig klage- og tilsynsarbeid, også skal behandle klager over fastsatt tidsfrist for rett til nødvendig helsehjelp. At fylkeslegen således får ytterligere oppgaver på området, taler for at fylkeslegen også bør være klageorgan for de sakene som dreier seg om utenlandsbehandling.

Også ressurs hensyn kan etter departementets oppfatning tale for en samkjøring og forenkling i form av at fylkeslegen blir klageorgan, idet det sannsynligvis vil være mer ressurskrevende å ha to parallelle organer som driver saksbehandling på slike nært beslektede saksområder. Overføring av disse klagesakene til fylkeslegen vil også innebære en administrativ forenkling, og de ressurser som Klagenemnda i dag blir tildelt, vil kunne overføres til fylkeslegen.

Vurderingen av om det finnes adekvat kompetanse i Norge, krever i mange saker medisinsk kompetanse på høyt og spesialisert nivå, samt god oversikt over den foreliggende kompetansen i hele landet. Departementet antar at fylkeslegen til en viss grad vil ha nødvendig egenkompetanse til å behandle klagen. Idet det her ofte vil kunne være snakk om høyspesialisert medisin på en lang rekke fagområder, er det imidlertid grunn til å tro at fylkeslegen i tillegg til egen kompetanse i stor grad vil måtte innhente spesialistvurderinger, bakgrunnsmateriale og lignende, i forbindelse med behandlingen av en rekke av klagesakene. Dette vil blant annet kunne innhentes fra relevante fagmiljøer i inn- og utland, fra Senter for medisinsk metodevurdering og andre.

Det som etter departementets oppfatning særlig taler for å velge Klagenemnda som klageorgan for disse sakene, er at Klagenemnda gjennom sin virksomhet har bygget opp kompetanse og saksbehandlingsrutiner i tilknytning denne type saker.

I likhet med hva som gjelder for fylkeslegen, vil Klagenemnda til en viss utstrekning ha nødvendig egenkompetanse til å vurdere hvorvidt det i aktuelle klagesaker skal sies å foreligge relevant kompetanse i Norge. Imidlertid vil også Klagenemnda være avhengig av å innhente spesialistvurderinger, bakgrunnsmateriale og lignende, i forbindelse med behandlingen av en rekke klagesaker.

Departementet viser videre til at valg av en sentralt organisert klagenemnd i større grad vil sikre ivaretagelse av prinsippet om likebehandling og behovet for rettssikkerhet, fremfor en klageordning som innebærer at klagen skal behandles av 18 ulike fylkesleger. Selv om både Sosial- og helsedirektoratet og Statens helsetilsyn vil kunne bidra til, el-

ler påse at, praksis blir lik i fylkene, viser imidlertid departementet til at det her antagelig vil være snakk om et begrenset antall klagesaker pr. år (ca 50–70 saker etter dagens ordning), og at det ofte vil gjelde høyt spesialisert medisin på forskjellige fagområder. Dersom dette arbeidet skal fordeles på 18 ulike fylkesleger, er departementet i tvil om dette vil kunne gi samme grad av ivaretagelse av prinsipper om rettssikkerhet, likebehandling og forutberegnelighet, fremfor en ordning med et sentralt klageorgan for hele landet.

Departementet viser også til at Klagenemnda vil kunne starte behandlingen av disse sakene raskere enn hva som vil være tilfellet dersom fylkeslegen skal være klageorgan. Som nevnt besitter Klagenemnda kompetanse som gjør at de allerede i dag vil kunne behandle denne type saker, mens fylkeslegene vil ha behov for noe tid for å opparbeide fagkompetanse til å behandle denne type klagesaker, samt utvikle nødvendige saksbehandlingsrutiner. Departementet viser videre til at Klagenemnda kun har vært operativ i drøyt fire år, og at det derfor kan synes noe tidlig å nedlegge nemnda uten at det er gjennomført en evaluering av om den har fungert etter intensjonen. Dersom det besluttes å evaluere Klagenemndas virksomhet på dette området, vil det være naturlig at man da også vurderer om klagesakene skal overføres til fylkeslegen, eventuelt også om Klagenemnda for eksempel skal videreføres som et rådgivende organ for fylkeslegen.

Departementet vil også påpeke at Klagenemnda er et frittstående domstolsliknende organ som ikke kan instrueres av departementet. Da Klagenemnda ble opprettet, ble oppnevnelsen begrunnet i Ot.prp. nr. 53 (1996–97):

«Mange av sakene vedrørende behandling i utlandet involverer vanskelige spørsmål både av medisinsk, etisk og prioriteringsmessig karakter. Erfaring har vist at adgangen til at Rikstrykdeverket vedtak i denne type enkeltsaker kan påklages til departementet, medfører flere prinsipielle svakheter.

Det er i utakt med den generelle forvaltningspolitiske utviklingen at et så stort antall vedtak i enkeltsaker som det her er tale om, treffes av et departement. I følge St.meld. nr. 35 (1991–92) om statens forvaltnings- og personalpolitikk skal departementene i hovedsak være sekretariater for politisk ledelse og utøve ledelse av sektorpolitikken på departementets ansvarsområde. Faglige spesialfunksjoner som enkeltsaksbehandling skal i hovedsak håndteres av forvaltningsorganer utenfor departementet.

Departementets behandling av denne type kompliserte klagesaker er tidkrevende, og hen-

synet til rettssikkerhet kan komme i konflikt med hensyn til behovet for rask saksbehandling.

For å sette disse sakene inn i en større forvaltningsrettslig og prioriteringsmessig sammenheng, ser departementet dessuten behov for klarer lovbestemmelser, og en klageordning som ikke kan overprøves av forvaltningen.»

I odelstingsproposisjonen er det også lagt vekt på at det er behov for en klageordning som i størst mulig grad ivaretar prinsippet om likebehandling og at klagenemnda vil bli et «domstolslignende» organ og derved den type organ som anses best skikket til å ivareta rettssikkerheten i enkeltsaker, herunder hensynet til likebehandling. Videre bemerker departementet i odelstingsproposisjonen:

«Departementet legger likevel vekt på at klagenemnda for bidrag til behandling i utlandet skal ha en uavhengig stilling. Det vil derfor ikke være aktuelt å instruere nemnda verken om lovtolkning, skjønnsutøvelse eller avgjørelse i enkeltsaker. Dette ligger dessuten implisitt i at det opprettes en egen nemnd ved siden av det ordinære apparatet for klage, dvs trygdeetatens interne klageordninger og anke til Trygderetten. Departementets generelle kontroll med utviklingen av området vil måtte ivaretas gjennom adgangen til å fastsette kriterier gjennom forskrift, (...). «

Under behandlingen i Stortinget sluttet komiteen seg til disse synspunktene i Innst. O. nr. 21 (1997–98).

Under henvisning til ovennevnte vil departementet påpeke at det i denne type saker vil være viktig med et klageorgan som fremstår som helt uavhengig fra tjenesteytende- og politisk nivå, og som ikke vil kunne instrueres av departementet, direktorat eller tilsynsmyndigheter.

Departementet ser at det finnes gode argumenter for begge løsninger. Det som særlig taler for å velge fylkeslegen som klageorgan, er at en overføring av oppgaven med å behandle klagesaker på dette området fra Klagenemnda til fylkeslegen, vil medføre en administrativ forenkling og for praktiske formål også medføre en fordel for pasienten. Videre kan det vises til at denne type klagesaker i stor grad ligner på andre klagesaker som fylkeslegen allerede behandler.

Det som etter departementet oppfatning særlig taler for å velge Klagenemnda, er at dette i større grad vil sikre uavhengighet og likebehandling av klagesakene. I tillegg vises det til at Klagenemnda allerede behandler denne type saker, mens fylkeslegen nødvendigvis vil måtte bygge opp kompetan-

se og saksbehandlingsrutiner før sakene kan behandles på en effektiv måte. Etter departementets vurdering må disse hensyn tillegges større vekt enn hensynet til administrativ forenkling.

Departementet foreslår derfor at Klagenemnda for bidrag til behandling i utlandet fortsatt skal behandle klager over avgjørelser om nødvendig helsehjelp i utlandet fordi det ikke finnes adekvat tilbud i Norge, herunder på grunn av manglende kompetanse.

For den nemnda som etter gjeldende rett er hjemlet i folketrygdloven § 20–7, gjelder etter folketrygdloven § 21–1 forvaltningsloven med de særlige bestemmelsene som er gitt i folketrygdloven kapittel 21.

I tillegg er det i forskrift om bidrag til behandling i utlandet og om klagenemnd for bidrag til behandling i utlandet, fastsatt regler om klagenemndas organisasjon og saksbehandling i kapittel III. Disse saksbehandlingsreglene er gitt med hjemmel i folketrygdloven §§ 20–9 og 21–17.

Når departementet foreslår at en klagenemnd med hovedsakelig de samme oppgavene skal hjemles i pasientrettighetsloven § 7–2, bør forvaltningsloven også gjelde for denne nemnda. Dette samsvarer også med at forvaltningslovens regler om behandling av saker om enkeltvedtak og klage, med de særlige bestemmelsene som er gitt i pasientrettighetsloven kapittel 7, gjelder så langt de passer for fylkeslegens behandling av klagesaker etter § 7–2. Det foreslås derfor et nytt annet ledd i pasientrettighetsloven § 7–6 som gjør forvaltningsloven gjeldende for klagenemnda på samme måte som den gjelder for fylkeslegen.

I den foreslåtte bestemmelsen i § 7–2 nytt annet ledd fastsettes hovedreglene for hvorledes nemnda skal organiseres, men det er behov for mer utfyllende bestemmelser om nemndas organisering. Fordi nemnda er et kollegialt organ, er det også behov for særlige saksbehandlingsregler ut over at forvaltningsloven gjøres gjeldende så langt den passer. Det foreslås derfor en forskriftshjemmel i § 7–6 annet ledd som gir departementet adgang til å fastsette bestemmelser om nemndas organisasjon og saksbehandling, tilsvarende bestemmelser om nemndas virksomhet som etter gjeldende rett er gitt i kapittel III i ovenfor nevnte forskrift. En slik hjemmel vil gi departementet adgang til å vurdere om de særlige bestemmelsene som gjelder for fylkeslegens virksomhet i kapittel 7 i pasientrettighetsloven også skal gjelde for nemndas virksomhet, og om de særlige bestemmelsene som er gitt i folketrygdloven kapittel 21 fortsatt bør gjøres gjeldende for nemndas virksomhet.

8 Økonomiske og administrative konsekvenser

8.1 Økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget om å innlemme private sykehus i ordningen med fritt sykehusvalg

Som omtalt nærmere foran, er det private tilbudet som ikke allerede er innlemmet i ordningen med fritt sykehusvalg via frivillige avtaler med de regionale helseforetakene, ikke av stort omfang. I forhold til den totale aktiviteten i offentlig helsesektor, er det minimalt. Forslaget om å styrke pasientens rettsstilling ved å utvide den lovfestede ordningen med fritt sykehusvalg til å omfatte de private sykehusene som ikke allerede er omfattet, antas derfor kun å medføre marginale økninger i kostnadene for den offentlige helsetjenesten.

Forslaget forutsetter at de regionale helseforetakene inngår avtaler med de private sykehus om fritt sykehusvalg og oppgjør for behandling av pasientene som velger et privat sykehus. Det antas at forhandlinger om og inngåelse av disse avtalene ikke vil representere betydelig merarbeid i forhold til de avtalene de regionale helseforetakene for øvrig vil inngå med private sykehus om kjøp av tjenester til enkeltpasienter eller grupper av pasienter.

8.2 Økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget om å utvide ordningen med rett til nødvendig helsehjelp og forenkling av ordningene som finansierer behandling i utlandet

8.2.1 Økonomiske konsekvenser

Det er foreslått at Rikstrygdeverket skal bli pålagt oppgaven med å gi rettighetspasienter et konkret tilbud om helsehjelp, privat eller i utlandet, dersom det regionale helseforetaket, eller den tjenesteyter, som på vegne av det regionale helseforetaket, skal sørge for at pasienten får nødvendig helsehjelp, ikke overholder behandlingsfristen. Når Rikstrygdeverket kjøper tjenester til pasientene, enten av privat tjenesteyter innenlands eller tjenesteytere utenlands, må Rikstrygdeverket i første omfang foreta

dekning overfor de tjenesteyterne de har inngått avtale med, til undersøkelse, behandling, reise, opphold, ledsagelse m.v.

Dersom kostnadene endelig skulle bli båret av staten, ville det regionale helseforetaket spare kostnader ved å oversitte fristen for å sørge for nødvendig helsehjelp til prioriterte pasienter. Dette ville undergrave de regionale helseforetakenes motivasjon til å oppfylle sitt ansvar overfor denne gruppen pasienter. Dessuten ville en slik ordning tilskynde feilprioriteringer fordi de regionale helseforetak ville bli økonomisk «belønnet» for å nedprioritere pasienter som har en så alvorlig sykdomstilstand at de har fått et materiellrettslig krav på helsehjelp og etter prioriteringsforskriften skal prioriteres høyere enn andre pasienter. En slik finansieringsordning ville representere et brudd på det alminnelige prinsippet som er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven om at det regionale helseforetak skal sørge for helsehjelp innen spesialisthelsetjenesten til de som bor i helseregionen, og herunder dekke utgiftene til den som yter helsehjelpen. At pasientene får en sterkere maktposisjon overfor helsetjenesten gjennom den foreslåtte subsidiære retten til nødvendig helsehjelp, og at det innføres en ordning som medfører at oversittelse av fristen får konsekvenser, tilsier ikke at dette alminnelige finansieringsprinsippet fravikes. Selv om det ikke er grunn til å tro at noen ledd i helsetjenesten ville tilpasse seg dette ved bevisst eller ubevisst å bryte pasientrettighetene, bør det ikke etableres en ordning som innebærer at man får frigiort midler ved ikke å løse oppgavene sine på en tilfredsstillende måte.

Det forhold at det regionale helseforetaket ikke oppfyller sin plikt overfor pasientene, kan ikke begrunne at de fritas for plikten til å finansiere behandlingen. Kostnadene ved kjøp av tjenester for å dekke pasientens subsidiære rett til nødvendig helsehjelp i utlandet eller hos private bør derfor, etter departementets vurdering, i sin helhet dekkes av det regionale helseforetaket. Det forutsettes at det regionale helseforetaket vil få dette finansieringsansvaret uansett om fristbruddet foretas av et helseforetak eller av en privat institusjon eller avtalespesialist som etter avtale med det regionale helseforetaket skal sørge for nødvendig helsehjelp på vegne av det regionale helseforetaket. Det vil si at

når Rikstrygdeverket kjøper helsetjenester til pasienter med subsidiær rett til nødvendig helsehjelp, får det et refusjonskrav overfor det regionale helseforetaket der de enkelte pasientene er bosatt. Dette refusjonskravet vil også omfatte utgifter til reise, opphold og ledsagelse når det er nødvendig, for eksempel for barn.

Det foreslås derfor ingen endring av finansieringsordningen for de regionale helseforetakene eller av bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven om ansvaret for finansiering av spesialisthelsetjenesten.

De pasientene som får økt sin retts- og maktstilling overfor helsetjenesten i og med dette forslaget, har allerede rett til nødvendig helsehjelp innen forsvarlig tid etter dagens regler. De er dermed allerede inne i systemet og står på «prioritert plass» på venteliste. Det foreslås ikke å endre kriterier for beslutningene om hvilke pasienter som har krav på nødvendig helsehjelp, med den følge at flere pasienter kommer inn i systemet og at behandlingsvolumet må økes.

Det foreslås heller ikke at den individuelle, konkrete fristen for når en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp skal behandles, skal være kortere enn etter gjeldende regler. Pasienten skal behandles innen den tid som er medisinsk faglig forsvarlig også etter gjeldende regler. Den foreslåtte endringen består i at fristen synliggjøres ved at den konkretiseres til et bestemt tidspunkt og ved at pasienten får informasjon om når fristen går ut. Det vil si at forslaget i seg selv ikke medfører at flere pasienter skal behandles på kortere tid slik at selve forslaget fører til aktivitetsøkning.

Departementet har heller ikke grunnlag for å anta at ikke de aller fleste pasientene får behandling innen medisinsk forsvarlig tid i dag. Det vil imidlertid ikke si at det ikke kan være ønskelig at det offentlige helsevesen yter bedre service ved at ventetiden kortes ned for en del pasientgrupper, slik at de blir behandlet i god tid før medisinsk forsvarlighet krever det. Men forslaget vil ikke i seg selv kreve at vesentlig flere pasienter skal behandles på kortere tid.

Som påpekt foran medfører den ulike praktiseringen av prioriteringsforskriften at pasienter får ulik rettslig stilling overfor helsetjenesten avhengig av hvor i landet de bor. Dersom helsetjenesten ikke følger prioriteringsforskriften og praktiserer kriteriene for prioritering i tilstrekkelig grad, kan man heller ikke se bort fra at prioriteringen mellom pasientgrupper og innbyrdes mellom enkeltpasienter ikke skjer i samsvar med de allment anerkjente prioriteringsprinsippene som er nedfelt i forskriften. Dette kan føre til at grupper av pasienter eller

enkelstående pasienter ikke får behandling til den tid de har krav på.

I og med at målsettingen med forslaget om fastsettelse av en konkret frist er at pasientene i større grad skal bli riktig og likt prioritert i samsvar med prioriteringsforskriften, vil forslaget sannsynligvis føre til omprioritering mellom og innen enkelte pasientgrupper. Dersom omprioriteringen fører til strengere prioritering av enkelte grupper pasienter enn det som viser seg å være ønskelig, vil forslaget indirekte kunne føre til en aktivitetsøkning, men dette ligger ikke i selve forslaget. De økonomiske konsekvensene av forslaget vil for øvrig avhenge av hvordan prioriteringsordningen blir praktisert etter gjeldende ordning og hvilke endringer i praksis som forslaget vil medføre. I og med at de aller fleste pasientene allerede får behandling innen forsvarlig tid, antar departementet at forslaget eventuelt vil kunne medføre en marginal aktivitetsøkning. Konklusjonen støtter seg på den faktiske ventelistesituasjonen. Gjennomsnittlig ventetid fra henvisning til behandling, herunder både somatisk og psykiatrisk behandling, for pasienter som ble behandlet i annet/tredje tertial 2002 var:

Helseregion Øst	73/92 dager
Helseregion Sør	79/82 dager
Helseregion Vest	100/93 dager
Helseregion Midt-Norge	109/120 dager
Helseregion Nord	89/97 dager

I denne oversikten skilles det ikke mellom pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp. Det vil si at også pasientgrupper som eventuelt vil bli omfattet av strengere prioritering ved en omprioritering, og bare skal behandles dersom det er tilstrekkelig kapasitet etter at de høyest prioriterte har fått behandling, inngår i tallmaterialet. Etter en eventuell omprioritering, ville de allikevel blitt behandlet gjennomsnittlig etter 82 til 120 dager.

Når pasienten får kunnskap om når fristen går ut, og dermed kan kreve sin rett overfor helsevesenet, vil det ikke lenger være mulig å «skyve» på fristen selv i tilfeller der det er medisinsk forsvarlig. Dette kan føre til mindre fleksibilitet i systemet og skape behov for noe mer beredskapskapasitet og dermed øke kapasitetsbehovet noe i helseforetakene.

Synliggjøringen av forsvarlighetsvurderingen gjennom fastsettelsen av en konkret frist, vil i større grad henlede oppmerksomheten på de beslutningene som treffes om rett til nødvendig helsehjelp og fastsettelse av frist. Synliggjøringen vil også gjøre det enklere å påstå at vurderingen har vært uaktsom i de tilfellene pasientens prognose forver-

res mens han står på venteliste. Dette kan medføre at fristene fastsettes med større margin og kan, i alle fall i en overgangsperiode, medføre et behov for en viss økning av kapasiteten.

Videre vil de økonomiske konsekvensene av forslaget være avhengig av om pasienter som får en subsidiær rett til nødvendig helsehjelp, får et helse-tilbud som totalt blir dyrere enn helsehjelp ytt av et helseforetak i den helseregionen pasienten er bosatt. Dersom mange pasienter får tilbud om behandling i utlandet, kan dette øke de totale kostnadene. Fordi det ikke bør «lønne seg» for de regionale helseforetakene å overskride fristen, må de økte kostnadene håndteres innenfor de økonomiske rammene som de regionale helseforetakene har til disposisjon.

Dersom den foreslåtte innføringen av en konkret fastsatt frist medfører at det settes vesentlig kortere frister enn etter gjeldende ordning, vil dette kunne kreve økt kapasitet for å kunne innfri pasientrettighetene. Dette vil medføre at de regionale helseforetakene for å holde budsjettene, må omdisponere ressursene. Dersom dette ikke håndteres ved strengere prioritering av pasienter som ikke har rett til nødvendig helsehjelp, kan det medføre at foretakene må håndtere de økte kostnadene ved å redusere kostnadene til andre oppgaver, for eksempel ved en reduksjon i forskning, undervisning og pasientopplæring. Budsjettrammene til de regionale helseforetakene er, med unntak av somatisk sykehusbehandling, rammefinansiert. Somatisk sykehusbehandling er delvis stykkprisfinansiert gjennom ordningen med innsatsstyrt finansiering. Stykkprisandelen gjør det relativt sett billigere for de regionale helseforetakene å øke den somatiske sykehusaktiviteten enn annen aktivitet. I dette ligger det en fare for at annen aktivitet de er pålagt å utføre, kan bli nedprioritert. Det er foreløpig ikke indikasjoner på at dette skjer.

Midler til å dekke kostnadene for behandlingen som oppfyller den subsidiære retten til nødvendig helsehjelp, forutsettes lagt til det regionale helseforetaket i den helseregionen pasienten er bosatt. På denne måten sikres det at ordningen ikke oppmuntrer til fastsettelse av individuell frist på strategisk grunnlag, enten for å velte kostnadene over på staten sentralt eller for å argumentere for økt ressurstilførsel til egne helseforetak. Det legges dermed inn en mekanisme som sikrer at de regionale helseforetakene følger opp hvordan helseforetakene praktiserer ordningen, siden det kan koste mer å sende pasientene til utlandet enn å tilby dem helse-tjenester i Norge.

Dersom forslaget får noen av de mulige konsekvensene som beskrevet over, vil det kunne legges

et økonomisk press på de regionale helseforetakene. Krav til omstilling og effektivisering vil måtte øke dersom det ikke legges inn midler i basisbevillingen til å håndtere eventuell kapasitetsøkning. Endringsforslagene er med på å øke de spesifiserte og prioriterte bestillingene til foretakene. Det foreligger en fare for at foretakene som følge av dette, må velge å oppfylle lovbeskyttede behov. Dette kan forsterke styringsutfordringene ytterligere, gitt en generelt krevende styringssituasjon. På den annen side indikerer det faktum at ventelister og ventetider er blitt redusert, at budsjettrammene kan være tilstrekkelige til å håndtere denne utfordringen.

Departementet vil i 2003 på bakgrunn av erfaringer med praktisering av den nåværende ordningen med rett til nødvendig helsehjelp, samt erfaringer fra andre land, blant annet England, vurdere nærmere de økonomiske og administrative konsekvensene av å innføre maksimale ventetider for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. De økonomiske konsekvensene vil være avhengig av hvor stor reduksjon i ventetidene som må til for at alle med rett til nødvendig helsehjelp skal få behandling innenfor fristen.

Den gjeldende bidragsordningen finansieres over statsbudsjettet kap 2790 post 72 Sykebehandling i utlandet. Utgiftene til bidrag til behandling i utlandet har variert relativt betydelig i årenes løp. Den generelle utviklingen har vært at utgiftene reduseres. I 1994 ble det innvilget bidrag for i overkant av 27 millioner kroner. For år 2001 og år 2002 ble det budsjettert med henholdsvis 16,5 og 11 millioner. Årsakene til den betydelig utgiftsreduksjonen er flere. Hovedårsaken er at stamcelletransplantasjoner, som er en svært kostnadskrevende behandlingsform, ble tatt opp i Norge slik at behovet for utenlandsbehandling falt bort. Fra 1. januar 1998 overtok dessuten Rikshospitalet ansvaret for behandling av barn med hypoplastisk venstre hjertesyndrom. Disse behandlingsformene alene kunne i enkelte år midt på 1990-tallet medføre 10–15 millioner i utgifter. I tillegg har den generelle medisinske og teknologiske utvikling medført at en stadig større andel behandlinger utføres dagkirurgisk og/eller ved kortere innleggelse i sykehus, noe som fører til reduserte behandlingsutgifter.

Fra 1984 ble fylkeskommunene gjort medansvarlig for utgiftene i samme utstrekning som om behandling hadde funnet sted i Norge. Fylkeskommunene ble ansvarlige for å dekke gjestepasientpris pr. døgn ved tilsvarende avdeling ved Rikshospitalet. Trygden skulle dekke differansen mellom faktiske utgifter og gjestepasientpris, samt reise-/oppholdsutgifter for pasient og evt. ledsager.

Merutgiftene for foretakene ved å overta ansvaret for å sørge for behandling i utlandet for denne pasientgruppen vil tilsvare de utgiftene som Rikstrygdeverket nå har. For 2002 vil det si 11 millioner. Disse midlene vil bli foreslått overført til bevilningene til de regionale helseforetakene.

8.2.2 Administrative konsekvenser

Spesialisthelsetjenesten er pålagt i pasientrettighetsloven § 2–1 å vurdere om den enkelte pasient har rett til nødvendig helsehjelp og når behandlingen senest må ytes. Forslaget om at det skal fastsettes en konkret frist, antas ikke å medføre merarbeid av betydning innenfor helseforetakene.

Rikstrygdeverket vil imidlertid få merarbeid på grunn av forslaget om at det skal skaffe behandlingstilbud i utlandet etter brudd på behandlings-

fristen. Etter det som er sagt over om dagens ventetidssituasjon, antas det at det vil dreie seg om et vesentlig mindre antall pasienter enn det Rikstrygdeverket har håndtert i forbindelse med Pasientbroen.

Av den opprinnelige bevilgningen til Pasientbroen ble 25 millioner kroner bevilget til investeringer og drift. For 2003 er det bevilget ytterligere 5 millioner kroner til drift av ordningen i Rikstrygdeverket. Prosjektet startet med en stab på 7 personer. Staben ble utvidet i takt med økningen i aktiviteten og ved årsskiftet 2001/2002 arbeidet i alt 12 personer på heltid med pasientbroen. Fra 1. mai 2003 er den igjen redusert til 5 personer. Av disse 5 har 2 ansatte også andre oppgaver. Det antas at merarbeidet med forslaget vil kreve en mindre utgiftsøkning fordi Rikstrygdeverket vil ha behov for flere personer til å utføre disse oppgavene.

9 Merknader til forslaget til lovendringer

9.1 Merknader til forslaget til endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Til § 2–1:

Nåværende tredje ledd blir *nytt annet punktum i annet ledd*. Dette er en teknisk endring uten innholdsmessige konsekvenser.

I forslaget til nytt *tredje punktum i annet ledd* pålegges spesialisthelsetjenesten å fastsette en konkret, individuell frist for når en rettighetspasient senest skal få oppfylt sin rettighet til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Fristen vil ikke bare gjelde behandling men også retten til tiltak som har for eksempel forebyggende, diagnostiserende og rehabiliterende formål, jf. pasientrettighetsloven § 1–3 bokstav c. Fristen skal fastsettes på grunnlag av en skjønsmessig medisinsk faglig vurdering av den enkelte pasienten. Pasienten får et rettslig krav på at det fastsettes en frist og spesialisthelsetjenesten får en korresponderende plikt til å fastsette fristen. Fristen kan ikke settes til et senere tidspunkt enn når medisinsk forsvarlighet krever at pasienten gis nødvendig helsehjelp. Fristen kan heller ikke settes så marginalt at det ikke blir mulig å skaffe pasienten et meningsfylt tilbud privat eller i utlandet, jf. forslaget i nytt fjerde ledd, i det fristen går ut. Dersom fristen brytes, og Rikstrygdeverket skaffer pasienten et behandlingstilbud i utlandet, vil det nødvendigvis ta noe tid før pasienten kan komme under behandling hos tjenesteyteren i utlandet. Fristen må derfor ikke settes så marginalt at slik behandling med nødvendighet vil bli uforsvarlig etter spesialisthelsetjenesteloven § 2–2.

Den fristen som fastsettes, vil være avgjørende for når pasienten kan kreve oppfyllelse av den materielle rettigheten til helsehjelp som pasienten har etter annet ledd første punktum. Utover de allerede gjeldende kriteriene for når pasienten har rett til helsehjelp, som fremgår av annet punktum i annet ledd i forslaget, fastsetter forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp fastsatt ved kgl. res. 1. desember 2000 nr. 1208, kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det foreslås ingen endringer med hensyn

til reguleringen av hvilke pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Nåværende annet ledd annet punktum blir nytt tredje ledd. Dette er en teknisk endring uten innholdsmessige konsekvenser.

Den kapasitetsbegrensningen som følger av nåværende fjerde ledd, foreslås opphevet.

I nytt *fjerde ledd* foreslås det å fastsette at dersom spesialisthelsetjenesten bryter behandlingsfristen, jf. annet ledd, blir pasientens rettighet overfor spesialisthelsetjenesten utvidet til også å omfatte en rett til å få spesialisthelsetjeneste privat eller i utlandet. Det er fremdeles det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion som har ansvaret for at pasienten får helsehjelp. Dette følger av at ansvarsreglene i spesialisthelsetjenesteloven ikke foreslås endret. Det regionale helseforetaket må derfor dekke kostnadene ved å tilby pasienten nødvendig helsehjelp privat eller i utlandet. For å sikre at pasientens rettighet oppfylles til tross for spesialisthelsetjenestens brudd på behandlingsfristen, vil pasienten som en konsekvens av fristbruddet, kunne henvende seg direkte til Rikstrygdeverket for å få et behandlingstilbud uten opphold.

I nytt *femte ledd* foreslås det at rettighetspasienter, det vil si pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp etter annet ledd, skal få rett til nødvendig helsehjelp i utlandet dersom det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud i Norge. Dette vil i praksis særlig gjelde de pasientene som, etter gjeldende rett, kan søke om bidrag til behandling ved sykehus i utlandet etter folketrygdloven § 5–22 annet ledd når det mangler kompetanse i Norge. Pasienten vil ikke få rett til nødvendig helsehjelp i utlandet dersom det finnes et anerkjent behandlingstilbud i Norge, selv om det kan være utviklet et mulig mer avansert behandlingstilbud i utlandet. At det er manglende kapasitet og lang ventetid, gir ikke rett til nødvendig helsehjelp i utlandet etter femte ledd.

Forslaget medfører at de ovenfor nevnte pasientene får et rettslig krav på at det regionale helseforetaket sørger for behandling i utlandet. Det vil si at pasientens behov vurderes av spesialisthelsetjenesten, for eksempel et sykehus, ikke av Rikstrygdeverket, som etter gjeldende ordning. Pasienten slipper dermed å skaffe seg en uttalelse fra norsk regionsykehus, slik den gjeldende forskriften om bi-

drag til behandling i utlandet krever. Forslaget gjelder pasienter som har en så alvorlig sykdom eller lidelse at de har en rettighet til spesialisthelsetjeneste etter prioriteringsforskriften. Forslaget medfører at folketrygdloven § 5–22 annet ledd må oppheves.

Det er foreslått en ny forskriftshjemmel i *syvende ledd*. Den gir departementet hjemmel til å legge oppgaven med å skaffe et subsidiært tilbud til Rikstrygdeverket. Det forventes at den legen som har henvist pasienten til spesialisthelsetjenesten, eventuelt fastlegen, om nødvendig hjelper pasienten med å henvende seg til Rikstrygdeverket for å få et subsidiært tilbud. Det foreslås at departementet skal kunne gi nærmere forskrifter om fastsettelse av tidsfristen og om det tilbudet som Rikstrygdeverket skal gi pasienten, herunder om forholdet mellom det regionale helseforetaket og Rikstrygdeverket.

Til § 2–2:

I *første ledd* foreslås det at plikten til å foreta vurdering også skal omfatte de private sykehusene som det foreslås at ordningen med fritt sykehusvalg skal utvides til å omfatte. De vurderingene som foretas av disse sykehusene, forplikter ikke andre sykehus eller spesialistpoliklinikker med mindre det følger av avtale.

Nåværende § 2–2 første ledd tredje og fjerde punktum blir *nytt tredje ledd*. Nåværende § 2–2 andre ledd blir *nytt fjerde ledd*. Dette er tekniske endringer uten innholdsmessige konsekvenser.

I nytt *annet ledd* foreslås det at den gjeldende retten til vurdering innen 30 virkedager også skal omfatte en vurdering av om pasienten har en rettighet overfor spesialisthelsetjenesten til helsehjelp. Pasienten har et krav på at den offentlige helsetjenesten foretar en slik vurdering, men det er ikke noen til hinder for at regionale helseforetak avtaler med et privat sykehus eller en avtalespesialist at de skal foreta vurderingen på vegne av den offentlige spesialisthelsetjenesten. I så fall vil vurderingen av pasientens rettigheter være bindende for den offentlige helsetjenesten dersom pasienten senere henvises dit.

Videre foreslås det at retten til vurdering også skal omfatte en rett for en pasient, som har rett til nødvendig helsehjelp, til å få fastsatt når medisinsk forsvarlighet krever at pasienten senest skal få oppfylt rettigheten. Videre foreslås det at rettighetspasienter skal få informasjon om at de har en rett til nødvendig helsehjelp og den fastsatte fristen for oppfyllelse av rettigheten. Hensikten med at henvissende lege skal informeres om at pasienten har rett

til nødvendig helsehjelp, er blant annet at vedkommende skal kunne hjelpe pasienten med å henvende seg til spesialisthelsetjenesten eller Rikstrygdeverket for å få et tilbud om helsehjelp, dersom spesialisthelsetjenesten ikke har gitt et slikt tilbud innen utløpet av fristen. I den grad fastlegen er en annen enn henvisende lege, bør sykehuset spørre pasienten hvem som er fastlege og orientere denne dersom pasienten ikke motsetter seg dette.

Til § 2–4:

Forslaget om endring av *første ledd* innebærer for det første at retten til fritt sykehusvalg utvides til også å omfatte pasienter innen barne- og ungdomspsykiatrien.

Videre medfører forslaget om endring av *første ledd* at pasientens valgfrett utvides fra bare å gjelde offentlige sykehus og distriktpspsykiatriske sentre etter gjeldende rett, til også å omfatte en rett til å velge private sykehus eller distriktpspsykiatriske sentre som har avtaler med regionale helseforetak om fritt sykehusvalg.

Den forskriftshjemmelen som foreslås i tredje ledd, vil gi adgang for helsemyndighetene til å regulere de regionale helseforetakenes plikt til å inngå fellesavtaler om fritt sykehusvalg med de private virksomhetene, herunder om det skal kunne inngås volumavtaler knyttet til det enkelte foretaket.

Til § 7–2:

Forslaget om nytt *annet ledd* er en konsekvens av forslaget om å oppheve folketrygdloven § 20–7. Etter gjeldende rett kan pasienter klage over Rikstrygdeverkets vedtak om bidrag til behandling i utlandet etter folketrygdloven § 5–22, til en klagenemnd som er hjemlet i folketrygdloven § 20–7. Når det foreslås at pasienter som ikke kan få et adekvat medisinsk tilbud i Norge på grunn av manglende kompetanse, skal vurderes og eventuelt gis rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2–1, og at folketrygdloven § 5–22 annet ledd som følge av dette forslaget skal oppheves, må klagenemnda for slike saker som en konsekvens hjemles i pasientrettighetsloven. Det foreslås at den perioden medlemmene velges for, settes til to år. Det vil være adgang til å gjenvelge medlemmer og varamedlemmer, om ønskelig flere ganger. Dette gjør det mulig å få til overlapping.

Til § 7–6:

Det er foreslått at klagenemnda for utenlandssaker, som etter gjeldende rett er hjemlet i folketrygdlo-

ven § 20–7, skal videreføres med hjemmel i pasientrettighetsloven § 7–2 nytt annet ledd. For at forvaltningsloven fortsatt skal gjelde for nemnda så langt den passer, foreslås dette tatt inn i et *nytt annet ledd* i § 7–6, tilsvarende den bestemmelsen som etter første ledd gjelder for fylkeslegens klagesaksbehandling. Tilsvarende foreslås en hjemmel til å gi forskrift om klagenemndas organisasjon og saksbehandling som gir mulighet til å fastsette tilsvarende regler som gjelder for klagenemndas virksomhet etter gjeldende rett.

9.2 Merknader til forslaget til endringer i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)

Til § 2–4:

Forslaget om å endre *nr. 3* er en konsekvens av at retten til fritt sykehusvalg foreslås utvidet til å omfatte private sykehus og distriktpspsykiatriske sentre. Dersom ordningen med fritt sykehusvalg skal fungere er det nødvendig at pasientene og henvisende lege har tilgang til ventelistedata. For å legge til rette for at det kan sikres at ventelistedata i fremtiden også skal kunne omfatte privat eide sykehus som omfattes av fritt sykehusvalg, foreslås det en hjemmel til å pålegge regionale helseforetak gjennom forskrift å skaffe slike data fra de private sykehusene og distriktpspsykiatriske sentre som de inngår avtale med om fritt sykehusvalg.

Til § 5–2:

Som en konsekvens av at folketrygdloven § 5–22 annet ledd foreslås opphevet, foreslås annet ledd nr. 2 opphevet. Annet ledd nr. 1 blir da *annet ledd*.

Forslaget om nytt *tredje ledd* er en konsekvens av forslaget om at Rikstrygdeverket etter nytt fjerde ledd i pasientrettighetsloven § 2–1 skal få som oppgave å skaffe rettighetspasienter et subsidiært tilbud om nødvendig helsehjelp privat eller i utlandet når det regionale helseforetaket ikke har sørget for nødvendig helsehjelp innen den foreslåtte fristen. I og med at det foreslås at det regionale helseforetaket fortsatt skal ha det økonomiske ansvaret, også for det subsidiære tilbudet, må det fastsettes en

hjemmel for refusjonskrav fra Rikstrygdeverket mot regionalt helseforetak for de utgiftene som disse har forskuttert på vegne av det regionale helseforetaket. Det samme gjelder dersom Rikstrygdeverket eller annen norsk myndighet, som utenriksstasjon, etter nytt femte ledd i pasientrettighetsloven § 2–1 formidler helsehjelp i utlandet når det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud i Norge.

Forslaget om endring av nåværende *tredje ledd* er en konsekvens av forslaget om nytt tredje ledd. Det samme er forslaget om at nåværende *fjerde ledd* blir nytt femte ledd.

9.3 Merknader til forslaget til endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven)

Til § 5–22:

Som en konsekvens av forslaget til nytt femte ledd i pasientrettighetsloven § 2–1, foreslås det at *annet ledd* oppheves. Det vises til merknaden til endringen i pasientrettighetsloven § 2–1.

Til § 20–7:

Som en konsekvens av forslaget til nytt annet ledd i pasientrettighetsloven § 7–2, foreslås det at § 20–7 oppheves. Det vises til merknaden til endringen i pasientrettighetsloven § 7–2.

9.4 Merknader til forslaget til ikraftsettingsbestemmelse

Det foreslås at loven skal gjelde fra den tid Kongen bestemmer, og at Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.

Helsedepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) 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 lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m. i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.

I

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) gjøres følgende endringer:

§ 2–1 skal lyde:

§ 2–1 Rett til nødvendig helsehjelp

Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. *Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet senest skal få nødvendig helsehjelp.*

Helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient som har en rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, får den nødvendige helsehjelpen innen det tidspunktet som er fastsatt i medhold av annet ledd, har pasienten rett til å motta nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket.

Dersom det regionale helseforetaket ikke kan yte helsehjelp til en pasient som har en rett til nødvendig helsehjelp, fordi det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud i riket, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra tjenesteyter utenfor riket innen den frist som er fastsatt etter annet ledd.

Kongen kan gi forskrifter om hva som skal anses som helsehjelp som pasienten kan ha rett til.

Departementet kan gi nærmere forskrifter for fast-

settelse av og informasjon om den tidsfristen som er omtalt i annet ledd, og for organisering av og oppgjør for det tjenestetilbudet pasienten har rett til å motta fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket etter fjerde ledd.

§ 2–2 skal lyde:

§ 2–2 Rett til vurdering

Pasient som henvises til sykehus eller spesialistpoliklinikk som omfattes av § 2–4, har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Det skal vurderes om det er nødvendig med helsehjelp og gis informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt.

Det skal vurderes om pasienten har en slik rett overfor spesialisthelsetjenesten som omtalt i § 2–1 annet ledd, og eventuelt fastsettes en slik frist som omtalt i samme ledd annet punktum. Pasienter som har en slik rett, skal informeres om dette og fristen. Henvissende lege skal også informeres.

Vurderingen skjer på grunnlag av henvisningen. Om nødvendig skal supplerende opplysninger innhentes eller pasienten innkalles til undersøkelse.

Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har pasienten rett til raskere vurdering.

§ 2–4 skal lyde:

§ 2–4 Rett til valg av sykehus

Pasienten har rett til å velge på hvilket sykehus eller distriktpspsykiatrisk senter behandlingen skal foretas, forutsatt at sykehuset eller det distriktpspsykiatriske senteret eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak som gir pasienten en slik valgrett.

Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om slike avtaler som er omtalt i første ledd.

§ 7–2 nytt annet ledd skal lyde:

Pasient eller representant for pasienten som mener at bestemmelsen i § 2–1 femte ledd ikke er overholdt, kan klage til en klagenemnd som oppnevnes av departementet. Klagenemnda skal ha fem medlemmer. Lederen skal være jurist. Departementet oppnevner medlemmer og deres personlige varamedlemmer for to år om gangen. Det er adgang til å gjenoppnevne medlemmer og varamedlemmer.

Nåværende § 7–2 annet ledd blir nytt tredje ledd.

§ 7–6 nytt annet ledd skal lyde:

Forvaltningslovens regler om behandling av klage gjelder så langt de passer for klagenemndas behandling av klagesaker, med de særlige bestemmelsene som er gitt i dette kapitlet. Departementet kan gi nærmere forskrift om klagenemndas organisasjon og saksbehandling.

II

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

§ 2–4 nr. 3 skal lyde:

plikt for regionale helseforetak til å rapportere aktivitetstall for de virksomhetene de eier og de private helsetjenestene de har avtaler med.

§ 5–2 annet ledd nr. 2 oppheves.

§ 5–2 annet ledd skal lyde:

Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion skal dekke utgifter til behandling og forpleining når det i henhold til internasjonal overenskomst

foreligger rett til å reise til utlandet for å få nødvendig behandling. Dette gjelder også når andre norske myndigheter har forskottet beløpet overfor utenlandsk tjenesteyter.

§ 5–2 nytt tredje ledd skal lyde:

Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion skal dekke utgifter til behandling, forpleining, reise og opphold og reise og opphold for nødvendig ledsager når en pasient har rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2–1 fjerde eller femte ledd og annen norsk myndighet har forskuttet beløpet overfor norske eller utenlandske tjenesteytere.

Nåværende § 5–2 tredje ledd blir nytt fjerde ledd.

Nåværende § 5–2 fjerde ledd blir nytt femte ledd.

III

I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) gjøres følgende endringer:

§ 5–22 annet ledd oppheves.

Nåværende tredje ledd blir annet ledd.

Syvende strekpunkt i innholdsfortegnelsen til kapittel 20 oppheves.

§ 20–7 oppheves.

IV

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

