

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8111 Dep
0030 Oslo

Vår ref.:2012/15808

Deres ref.:

Saksbeh.: RL

Dato: 16.01.2013

Oppgis ved all henvendelse

Høringsuttalelse fra Oslo universitetssykehus HF til forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev datert 16. oktober 2012 vedlagt høringsnotat med forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet. Oslo universitetssykehus HF gir først en generell uttalelse til departementets forslag, og deretter en uttalelse til de enkelte forslag om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet.

I Generell uttalelse

Oslo universitetssykehus HF støtter Helse- og omsorgsdepartementet (heretter departementet) i at det er behov for å forenkle og forbedre regelverket som gjelder for håndtering av henvisninger, og at regelverket på en bedre måte enn i dag må understøtte et godt pasientforløp. Oslo universitetssykehus støtter i all hovedsak departementets forslag til endringer, men mener at de foreslåtte endringene vil være ressurskrevende å gjennomføre, blant annet med tanke på behov for oppdaterte prioriteringsveiledere, tilpasninger i de pasientadministrative systemene, opplæring og kostnader ved ytelse av helsetjenester. Dette tilsier at det må vurderes om man oppnår de ønskede effekter ved endringsforslagene. Oslo universitetssykehus mener at det i denne vurderingen også bør vektlegges at det hovedsakelig er helsepersonell som skal forholde seg til regelverket, og at det er krevende stadig å sette seg inn i nytt regelverk.

Oslo universitetssykehus ser at enkelte forutsetninger må innfris for at de foreslåtte endringene skal få de ønskede virkningene, og disse vil bli omtalt nærmere nedenfor. I tillegg vil Oslo universitetssykehus benytte anledningen til å peke på ytterligere tiltak som kan vurderes for å bidra til å understøtte likeverdige tjenester og pasienters rettssikkerhet.

II Uttalelse til forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften

Vedrørende foreslåtte endringer i § 2-1 b Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Departementet foreslår at skillet mellom rettighetspasienter og pasienter med behov for spesialisthelsetjenester oppheves og at alle pasienter som skal ha helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal få en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og at fristen skal settes i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet.

Oslo universitetssykehus støtter departementet i at det er behov for å forenkle regelverket som gjelder for håndtering av henvisninger fra 1. linjetjenesten til spesialisthelsetjenesten, og at departementet med dette forslaget bidrar til en forenkling av regelverket. For de pasientene som i dag ikke får en frist for start av helsehjelpen, vil dette innebære en styrking av pasientrettighetene og bedring av rettssikkerhet. Ventelistedata fra Norsk Pasientregister viser at det fortsatt er relativt store forskjeller i rettighetstildelingen mellom de regionale helseforetakene, og at det er til dels betydelige forskjeller på helseforetaksnivå og innenfor de enkelte pasientgrupper. Opphevelsen av skillet vil også bedre understøtte likeverdig tilbud for befolkningen fra spesialisthelsetjenesten siden alle pasienter nå får en juridisk bindende frist for start helsehjelp.

Riksrevisjonens bemerkning i Dokument 3:2 (2012-2013) om at det for rettighetspasienter er en vesentlig forskjell om retten til helsehjelp er knyttet til utredning eller behandling, gir grunn til å stille spørsmål ved om ikke alle pasienter som skal ha behandling i spesialisthelsetjenesten bør få en frist for start av behandling. Dette vil i så fall innebære at pasienter som i dag får frist knyttet til utredning og hvor utredningen viser at pasienten skal ha behandling, også får en frist for start av behandling. Oslo universitetssykehus mener at dette vil bedre pasientenes rettigheter og være mer forståelig for pasientene. Dette vil også være med på å sikre at de føringer som er kommet knyttet til forløpstider for kreftdiagnoser følges. Oslo universitetssykehus savner for øvrig en vurdering fra departementet om opphevelse av skillet vil innebære at en større andel pasienter enn i dag vil få rett til utredning enn til behandling. Uavhengig av om alle pasienter som skal ha behandling får en juridisk frist for dette, så mener Oslo universitetssykehus at departementet med sitt forslag om at alle skal ha en juridisk frist styrker rettighetene til pasienter som i dag ikke får en slik frist.

Oslo universitetssykehus bemerker at det vil by på utfordringer å sette en juridisk frist ut fra faglig forsvarlighet for alle pasienter som skal ha helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dette fordi det for noen pasientgrupper ikke vil inntreffe et spesielt tidspunkt for når det går over til å bli uforsvarlig at pasienten ikke får helsehjelp, og/eller at dette er så langt frem i tid at en dato vanskelig kan settes. I slike tilfeller er det i dag sykehusets kapasitet som er avgjørende for når disse pasientene tilbys helsehjelp. Forslaget innebærer at det ikke skal legges vekt på kapasitet. Oslo universitetssykehus mener at den juridiske fristen i disse tilfellene ikke nødvendigvis vil bidra til å sikre pasienter likeverdige tjenester, og at de foreslåtte endringene ikke vil innebære en forenkling for håndtering av henvisninger for disse pasientgruppene. Oslo universitetssykehus etterlyser en vurdering fra departementet på hvilke kriterier som skal brukes for å fastsette en frist for slike pasientgrupper. En mulig løsning er at departementet vurderer hvorvidt det er hensiktsmessig om det innføres en maksimal frist for når pasienter i spesialisthelsetjenesten senest skal ha start helsehjelp (maksimal ventetid). Oslo universitetssykehus mener at en slik løsning må utredes nærmere med hensyn på blant annet konsekvenser for tilbudet til de sykeste pasientene, pasientforløpene i spesialisthelsetjenesten, kapasitetsutfordringer i spesialisthelsetjenesten, samt økonomiske og administrative konsekvenser for tjenesten.

En annen problemstilling som Oslo universitetssykehus ønsker å belyse er knyttet til viderehenviste pasienter fra andre sykehus som allerede har rettighetsvurdert og satt en juridisk bindende frist for start helsehjelp. Dette kan innebære at pasienter som skal ha lik prioritet vurderes ulikt når det gjelder frist for start helsehjelp. Oslo universitetssykehus har eksempler på at pasienter som rettighetsvurderes av Oslo universitetssykehus får en senere frist for start helsehjelp, enn pasienter som rettighetsvurderes av sykehus som henviser pasienter til Oslo universitetssykehus, og det er eksempler på det motsatte. Slik det er i dag vil det i flere tilfeller være slik at rettighetsvurderingen utføres av helsepersonell som ikke har kompetanse innenfor det aktuelle fagfeltet, da dette er spesialkompetanse som for eksempel kun

finnes på regionsykehusene. Oslo universitetssykehus mener at hensynet til likeverdige tjenester for pasienter taler for at sykehus som får viderehenvist pasienter fra andre sykehus, spesielt der pasienter viderehenvises til et mer spesialisert behandlingstilbud, skal vurdere fristen for start helsehjelp på nytt. Oslo universitetssykehus mener også at det bør vurderes om henvisninger til regionsykehusfunksjoner bør komme fra spesialisthelsetjenesten, og ikke direkte fra 1. linjetjenesten. I tillegg bør det vurderes hvordan rettighetsvurderingen for pasienter hvor utredningen foregår hos avtalespesialister skal ivaretas.

Oslo universitetssykehus vil understreke at viktige forutsetninger for at formålene med forslagene skal kunne nås er at prioriteringsveilederne oppdateres. I tillegg vil det være en ytterligere styrking dersom myndighetene blir tydeligere på hva som skal behandles i spesialisthelsetjenesten og hva som ikke skal behandles her. Oslo universitetssykehus ser at endringen knyttet til at alle som skal få helsehjelp i spesialisthelsetjenesten skal få en juridisk bindende frist, kan innebære at det vil variere mellom helseforetak hvilke pasientgrupper som får rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og hvilke som avvises. En tydeliggjøring fra myndighetene gjennom en revisjon av prioriteringsveilederne om hva som skal behandles/ikke behandles i spesialisthelsetjenesten blir derfor viktig for bedre å understøtte et likeverdig tilbud til pasientene.

Den foreslåtte endringen vil også kreve tilpasninger i våre pasientadministrative systemer. Av hensyn til tidspunktet for ikrafttredelse anmoder Oslo universitetssykehus om at det tas høyde for at det for foretaket vil ta minst 18 måneder å foreta endringer i de pasientadministrative systemene. Som tidligere påpekt mener Oslo universitetssykehus at en endring som innebærer at alle skal ha en frist, også vil kreve at prioriteringsveilederne oppdateres før endringene trer i kraft. Dette er også et arbeid som vil ta tid. Dersom forslaget fremmes for Stortinget mener Oslo universitetssykehus det i tillegg er nødvendig at departementet vurderer en overgangsordning for pasienter som forut for lovendringens ikrafttredelse ikke er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp innen en juridisk bindende frist. Dette for å forhindre at disse pasientene aldri når frem i køen i og med at alle nyhenviste pasienter etter en eventuell lovendring vil ha en juridisk bindende frist.

Departementet mener at forslaget ikke vil ha økonomiske konsekvenser. Ved at alle pasienter får en juridisk bindende frist blir det mindre fleksibilitet til å flytte på pasienter dersom sykehuset får henvist pasienter som skal prioriteres høyere enn de som allerede står på venteliste. Dette vil kunne føre til at pasienter med mindre alvorlige lidelser må behandles foran pasienter med alvorligere lidelser fordi kapasiteten er brukt opp. En venteliste er dynamisk, og fleksibilitet er viktig for å legge til rette for at pasienter med høyest prioritet skal behandles først. Oslo universitetssykehus har dessverre per tidspunkt noe ventetider. I den grad det er flere pasienter som får rett til en juridisk bindende frist for helsehjelp er det ikke usannsynlig at dette vil kunne medføre at Oslo universitetssykehus vil få økonomiske forpliktelser til å tilby behandling enten ved private eller utenlandske institusjoner. I denne sammenhengen nevnes det at Oslo universitetssykehus har en særskilt utfordring ved at sykehuset får viderehenvist pasienter fra andre sykehus som allerede har satt en juridisk bindende frist for start helsehjelp og hvor Oslo universitetssykehus som omtalt foran mener at man ved henvisning til mer spesialisert behandling bør gis mulighet til å vurdere fristen på nytt. De økonomiske konsekvensene og problemstillinger rundt viderehenvisninger er lite belyst i høringsnotatet. Kostnader knyttet til implementering av lov- og forskriftsendringer herunder endring i pasientadministrative systemer og opplæring er også lite belyst i høringsnotatet.

Oppsummering:

Oslo universitetssykehus støtter departementets forslag om at alle pasienter skal gis en frist for start helsehjelp.

Oslo universitetssykehus mener det bør vurderes om alle pasienter som skal ha behandling, skal få en egen frist knyttet til behandling. Dette innebærer at pasienter som i dag får knyttet frist til utredning og hvor utredningen viser at de skal ha behandling, også får en frist for start av behandling.

Oslo universitetssykehus mener det er svakheter ved at fristen for start helsehjelp kun skal settes ut fra faglig forsvarlighet siden det for noen pasienter ikke vil inntreffe et slikt tidspunkt eller at dette tidspunktet er langt frem i tid. Oslo universitetssykehus mener en mulig løsning som kan vurderes er innføring av maksimal frist for start helsehjelp. I tillegg mener Oslo universitetssykehus at problemstillinger rundt viderehenvisninger og behov for fornyet vurdering er lite belyst.

Oslo universitetssykehus mener at det er en forutsetning at prioriteringsveilederne er oppdatert, og at det er satt av tid til implementering av disse før endringene trer i kraft. Videre må det tas hensyn til den tid det tar å gjøre nødvendige endringer i de pasientadministrative systemene og implementering av disse.

Oslo universitetssykehus etterlyser en nærmere utredning av de økonomiske konsekvensene av lovforslaget.

Vedrørende foreslåtte endringer i § 2-2 Rett til vurdering – endringer i vurderingstiden

Departementet foreslår at pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten skal få vurdert henvisningen innen ti virkedager fra henvisningen er mottatt. Dersom vurderingen av henvisningen viser at pasienten har behov for helsehjelp, skal spesialisthelsetjenesten innen disse ti dagene, gi informasjon om pasienten får en juridisk bindende frist for utredning (ved uavklarte tilstander) eller behandling (ved avklarte tilstander) og gi informasjon om tidspunktet for når utredningen eller behandlingen skal starte (timeinnkalling evt. tidspunkt). Departementet foreslår at det i forskrift kan gis nærmere bestemmelser om frist for vurdering, og at visse pasientgrupper skal ha rett til en kortere vurderingstid enn ti virkedager.

Oslo universitetssykehus støtter i all hovedsak forslaget om vurderingsfrist på ti virkedager. Oslo universitetssykehus ser imidlertid at det kan være store utfordringer med å overholde denne vurderingsfristen i de tilfellene henvisningene fra 1. linjen gir for lite informasjon til å vurdere om pasienten skal få helsehjelp av spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det en utfordring i de tilfellene pasienter viderehenvises fra andre sykehus, uten at det henvisende sykehus har vurdert henvisningen eller det ikke går frem av viderehenvisningen om den er vurdert herunder eventuelt utfall av vurderingen. Vurderingstiden starter da allerede når det henvisende sykehuset mottok henvisningen, og sykehuset som mottar viderehenvisningen kan da få for kort tid til å vurdere henvisningen. Tilsvarende vil det være utfordringer med overholdelse av vurderingsfristen dersom henvisningen blir feilsendt. Når det gjelder utfordringene med viderehenvisninger og feilsendte henvisninger vil disse bli vesentlig mindre når henvisninger sendes elektronisk. Dette forutsetter selvsagt at det blir satt av nok midler til anskaffelse og implementering av elektroniske systemer som legger til rette for elektroniske henvisninger. I tillegg mener Oslo universitetssykehus at vurderingsfristen først bør løpe fra når det sykehuset det henvises til mottar viderehenvisningen.

Kvaliteten på henvisningen kan være utslagsgivende for om en pasient får rett til utredning eller rett til behandling. Et eksempel kan være at en pasient blir henvist fra en privat avtalespesialist hvor utredning av en spesifikk problemstilling har vist at pasienten må få gjennomført en behandling, mens en annen pasient henvises fra sin fastlege på grunn av samme problemstilling. Den førstnevnte pasienten vil da få rett til behandling, mens den sistnevnte vil få sin rett til utredning. Dersom det etter

utredning for sistnevnte pasient viser seg at denne pasienten også skal ha samme behandling som førstnevnte pasient, vil ikke sistnevnte pasient få en frist knyttet til behandlingen. Pasientforløpene kan derfor bli svært ulike for disse pasientene. Hvordan henvisninger vurderes kan også variere. Oslo universitetssykehus mener derfor at det er viktig at det vurderes ytterligere tiltak for å bedre kvaliteten på henvisninger. Oslo universitetssykehus ser at endringene i den reviderte fastlegeforskriften, som departementet viser til i høringsnotatet, er et virkemiddel. Dette vil trolig ikke være tilstrekkelig. Oslo universitetssykehus ser at det er flere måter å bidra til bedre henvisninger fra 1. linjen.

Spesialisthelsetjenesten har også her et ansvar for å veilede 1. linjen til å skrive bedre henvisninger. En mulig måte å bidra til dette på er spesialisthelsetjenesten får anledning til å sende mangelfulle henvisninger tilbake til 1.linjetjenesten, og at 1. linjetjenesten får en plikt til å besvare innen en frist på for eksempel ti virkedager i de tilfeller der spesialisthelsetjenesten ber om ytterligere opplysninger grunnet dårlig henvisning. I slike tilfeller bør spesialisthelsetjenesten veilede 1. linjetjenesten med tanke på hvilke opplysninger som må foreligge for å foreta vurderingen.

Oslo universitetssykehus mener at det er viktig at pasienter så raskt som mulig får melding om når de får time til oppmøte i spesialisthelsetjenesten. Dette er det dessverre ikke mulig å gi i alle situasjoner. For pasienter som skal ha utredning eller behandling på poliklinikken vil dette stort sett være mulig. For pasienter som skal ha en operasjon vil ikke dette alltid være mulig fordi flere avdelinger ofte skal sette opp operasjonsprogrammet som skal dekke pasienter som har lidelser av forskjellig alvorlighetsgrad, og da må det foretas prioritering av operasjonstidspunkt i forhold til medisinsk forvarlighet. Dette kan gjøre det vanskelig å tildele alle pasienter med "mindre alvorlige" lidelser tid til operasjon direkte fordi man alltid må ha noe reservert plass på operasjonsprogrammet til dem med alvorligere lidelser. I de tilfeller hvor det skal foretas forundersøkelser og hvor samordning er nødvendig og/eller flere spesialister skal delta, vil det også i enkelte tilfeller være behov for å bruke noe mer tid enn ti dager på å koordinere dette. I tillegg er det i dag en rekke timeavtaler og operasjoner som strykes fordi pasienten ikke møter eller at pasienter avbestiller eller utsetter utredning eller behandling. Oslo universitetssykehus antar at manglende oppmøte vil øke dersom alle pasienter skal gis timeinnkalling innen vurderingsfristen, i og med at noen pasienter vil få time langt frem i tid. Dette vil innebære økte logistikkmessige og administrative konsekvenser for helseforetakene. Helseforetakene må dessuten ha mulighet til å utnytte ledige timer som oppstår ved avbestilling eller utsettelse, og dette gjøres enklest dersom ikke alle pasienter alt har fått en time. På bakgrunn av dette støtter ikke Oslo universitetssykehus at alle pasienter skal få melding om et tidspunkt for oppstart helsehjelp innen vurderingsfristen. Oslo universitetssykehus understreker imidlertid at der det er mulig å gi pasienter informasjon om tidspunkt for oppmøte i spesialisthelsetjenesten innen vurderingsfristen, så skal dette gis, og dette bør være førende for pasienter som skal til utredning. Der det ikke er mulig å gi et tidspunkt for oppmøte innen vurderingstiden, så bør pasienter gis informasjon om tidspunkt så snart som mulig etter dette. Oslo universitetssykehus mener at målet om at flest mulig pasienter gis tidspunkt for oppmøte så snart som mulig, kan nås uten at en slik rettighet fastsettes i lov.

Når det gjelder at fristen for helsehjelp skal knyttes til enten behandling (avklarte tilstander) eller utredning (uavklarte tilstander) så ser Oslo universitetssykehus svakheter ved at ikke alle pasienter som skal ha behandling får en frist for dette. Vi viser her til vår uttalelse ovenfor til foreslåtte endringer i § 2-1 b.

Oppsummering:

Oslo universitetssykehus støtter forslaget om at vurderingstiden generelt skal kortes ned til ti virkedager.

Oslo universitetssykehus mener at vurderingsfristen først må begynne å løpe fra det tidspunktet et

sykehus mottar en viderehenvisning fra andre sykehus som ikke har vurdert henvisningen.

Oslo universitetssykehus etterlyser en nærmere regulering av handlingsrommet for spesialisthelsetjenesten når en henvisning er så mangelfull at den ikke kan vurderes, og etterlyser også flere tiltak for å bedre kvaliteten på henvisningene. Oslo universitetssykehus mener at 1. linjetjenesten bør få en plikt til å besvare spørsmål om ytterligere opplysninger innen en frist på for eksempel 10 dager i de tilfeller der spesialisthelsetjenesten returnerer mangelfulle henvisninger.

Oslo universitetssykehus støtter ikke at pasienter skal få melding om et tidspunkt for time for oppstart helsehjelp innen vurderingsfristen på generell basis, men mener at dette kan være førende for alle pasienter som får rett til en utredning.

Vedrørende foreslåtte endringer § 2-2 Rett til vurdering – endringer i HELFO-ordningen

Departementet foreslår at helseforetaket (spesialisthelsetjenesten) selv skal ta kontakt med HELFO dersom foretaket ved vurderingen av henvisningen ser at de ikke vil ha kapasitet til å oppfylle pasientens rettigheter innen forsvarlig tid. HELFO skal deretter ta kontakt med pasienten for å gi et tilbud om helsehjelp et annet sted. Dersom pasienten ikke ønsker å ta imot dette tilbudet, kan pasienten takke nei. Dersom vedkommende pasient velger å stå på venteliste hos det opprinnelige sykehus, må vedkommende akseptere at ventetiden kan overskride den juridiske fristen for når helsehjelp skal gis. Departementet foreslår videre at spesialisthelsetjenesten uten hinder av taushetsplikten kan gi nødvendig informasjon til HELFO.

Oslo universitetssykehus mener at dette forslaget bedrer rettssikkerheten til pasienter, og støtter derfor i hovedsak forslaget om at helseforetaket selv skal ta kontakt med HELFO når de ser at de ikke kan oppfylle pasienters rettigheter. Oslo universitetssykehus har imidlertid enkelte merknader. Først og fremst vil dette forslaget stille økt krav til logistikk, og våre pasientadministrative systemer og rutiner må da tilpasses dette, hvilket vil ta noe tid. I tillegg vil dette føre til økte administrative utgifter for helseforetakene.

Forslaget vil også innebære at HELFO må styrkes. Oslo universitetssykehus mener at det kan stilles spørsmål ved om det er en hensiktsmessig utnyttelse av samfunnets ressurser å styrke HELFO fremfor å styrke spesialisthelsetjenesten. Oslo universitetssykehus mener det bør vurderes å se tjenestene fra kontoret for fritt sykehusvalg og HELFO i sammenheng for å utnytte dagens ressurser på en best mulig måte.

Man kan også stille spørsmål ved om retten til fritt sykehusvalg uthules hvis valgte sykehus ved kapasitetsmangel går direkte til HELFO og evt sørger for behandling av en pasient ved et annet helseforetak. Dette kan medføre at pasienten blir tilbudt behandling ved det helseforetak vedkommende ønsket å velge seg bort fra.

Oslo universitetssykehus vil for øvrig bemerke at det er et paradoks at pasienter pga retten til fritt sykehusvalg, kan velge å vente på behandling i stedet for å ta imot det tilbudet HELFO gir. Bestemmelsen om retten til fritt sykehusvalg kan virke slik at pasienter ikke får behandling innen forsvarlig tid uavhengig av om de får et annet tilbud eller ikke. Tilgjengelighet til informasjon om en pasient, som er blitt behandlet ved flere ulike sykehus, kan også by på utfordring. Dette vil imidlertid bedre seg når det blir adgang til elektronisk tilgang på helseopplysninger på tvers av virksomheter.

Dersom en pasient velger å bli henvist til et helseforetak som ligger i en annen helseregion enn vedkommende har fast bopel eller oppholdssted ("fritt sykehusvalg pasient"), mener Oslo

universitetssykehus at det bør revurderes hvilken helseregion som skal dekke utgifter i forbindelse ved fristbrudd. Oslo universitetssykehus mener at kostnadene i forbindelse med fristbrudd må dekkes av helseregionen som pasienten er bosatt i. Helse Sør-Øst RHF må på tilsvarende måte lage interne regler som sørger for at kostnadene fordeles til det helseforetaket som har pasientens bosted innenfor sitt opptaksområdet (sykehusområde).

Oslo universitetssykehus har dessverre per i dag en del pasienter på venteliste som opplever fristbrudd. Foretaket har en rekke tiltak for å unngå dette og for å gi helsehjelp raskest mulig til de pasientene som i dag opplever fristbrudd. Hittil har det kun vært en liten andel av fristbruddpasientene som har henvendt seg til HELFO for å få behandling et annet sted. Oslo universitetssykehus støtter forslaget om at spesialisthelsetjenesten kan gi HELFO opplysninger om pasienten uten hinder av taushetsplikt. I en slik situasjon vil det være lite hensiktsmessig å innhente pasientens samtykke. Oslo universitetssykehus mener at for å få en mer hensiktsmessig kontakt med HELFO bør det vurderes å legges til rette for elektronisk sending av helseopplysninger fra helseforetak til HELFO, men ser at dette reiser personvernmessige problemer. Oslo universitetssykehus anmoder departementet om å vurdere dette nærmere.

Departementet skriver på side 62 i høringsnotatet at forslaget vil innebære at de regionale helseforetakene må ha oversikt over områder med kapasitetsutfordringer i egen region. Til dette vil Oslo universitetssykehus bemerke at det tar tid å bygge opp kapasitet. Oslo universitetssykehus har også erfart at når det opprettes nye gode tilbud om behandling ved et sykehus medfører dette at etterspørsel av dette tilbudet økes, som da igjen vil føre til kapasitetsutfordringer.

Vedrørende forslag til endringer i § 2-4 Rett til fritt sykehusvalg

Departementet foreslår at retten til fritt sykehusvalg skal utvides til å omfatte private radiologiske institusjoner.

Oslo universitetssykehus støtter ikke dette forslaget. Oslo universitetssykehus er uenig med departementet når det gjelder at forslaget ikke vil ha økonomiske konsekvenser, og mener at dette må utredes nærmere. I tillegg må andre konsekvenser vurderes nærmere.

Først og fremst mener Oslo universitetssykehus at det er uheldig hvis det tverrfaglige samarbeidet som er viktig for utredning og behandling av mange sykdommer faller bort, fordi noen av disse pasientene velger å få radiologiske tjenester utført på et privat institutt. For det andre er forslaget uheldig siden det er en fare for at andre hensyn enn hensynet til utredning og behandlingen kan bli styrende for hvilke radiologiske undersøkelser som tas. Fritt sykehusvalg mellom disse institusjonene kan også innebære at pasienter utsettes for flere radiologiske undersøkelser enn nødvendig. Styrking av radiologi bør heller skje i helseforetakene for å ivareta pasienter som behandles der best mulig. Disse problemstillingene bør belyses nærmere før en utvidelse av retten til fritt sykehusvalg innføres.

Når det gjelder vårt synspunkt om at de økonomiske konsekvensene må utredes nærmere vil Oslo universitetssykehus gjøre oppmerksom på at det har vært en vesentlig vekst i bruket av radiologiske tjenester de siste årene og minne om at takstene finansierer kun en del av denne aktiviteten. I dag bidrar forbruket av radiologiske tjenester (ved private aktører regionen har avtale med) til å redusere beløpet som fordeles til øvrige helseforetak gjennom Helse Sør-Øst RHF sin inntektsmodell. Med andre ord vil et økt forbruk hos private direkte redusere de øvrige helseforetakenes rammer. For at dette ikke skal ha noen økonomiske konsekvens forutsettes det at nivået på aktiviteten ved de private radiologiske virksomhetene ikke endres. Det vil kunne være krevende for et område i vekst å styre aktiviteten gitt pasienters rett fritt sykehusvalg. Det er ikke usannsynlig at private institusjoners

aktivitet vil påvirkes av en utvidelse av retten til fritt sykehusvalg. Andre viktig konsekvenser av forslaget er at en kan få en vridning fra de sykeste som trenger radiologisk diagnostikk mest til de mer ressurssterke som ikke nødvendigvis trenger sin undersøkelse så mye.

Når det gjelder forslaget om å utvide retten til fritt sykehusvalg til også å omfatte private radiologiske virksomheter påpekes det at dette vil innebære en endring i syketransportforskriften slik at pasienter kun får dekket reiseutgifter til "nærmeste sted". Det er presisert at dette vil kunne få økonomiske konsekvenser for helseforetakene i størrelsesorden 5-8 millioner kroner. Oslo universitetssykehus presiserer at en endring i denne forskriften vil få konsekvenser også for øvrige pasienter som benytter seg av fritt sykehusvalg for å få helsehjelp ved Oslo universitetssykehus og forutsetter at dette er inkludert i beregningene som presenteres.

III Uttalelse til forslag til endringer som følge av implementeringen av pasientrettighetsdirektivet

Departementet foreslår å implementere direktivet gjennom å utvide den såkalte refusjonsordningen som trådte i kraft 1. januar 2011 (forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land) til også å omfatte såkalt "sykehusbehandling". Refusjonsordningen som trådte i kraft 1. januar 2011 er begrenset til å omfatte såkalt "ikke-sykehusbehandling". Direktivet åpner for at medlemslandene kan kreve forhåndsgodkjenning for refusjon for "sykehusbehandling. Departementet foreslår at det skal etableres en forhåndsgodkjenningsordning for at pasienter som er trygdet i Norge kan få refusjon for "sykehusbehandling". Departementet foreslår at Helsedirektoratet ved HELFO får myndighet til å gi slike forhåndsgodkjenninger. Departementet foreslår videre at det nasjonale kontaktpunkt for informasjon både for pasienter som vil reise ut og pasienter som ønsker seg helsehjelp i Norge legges til Helsedirektoratet ved HELFO. Oslo universitetssykehus har merket seg at departementet skal lage en forskrift der "sykehusbehandling" defineres nærmere, og at det skal lages nærmere bestemmelser om prissetting av helsetjenester.

Oslo universitetssykehus støtter departementets forslag om at forhåndsgodkjenningsordningen og det nasjonale kontaktpunktet legges til Helsedirektoratet ved HELFO. Dette fordi pasientrettighetsdirektivet må sees i sammenheng med andre trygdeforordninger der kompetansen allerede ligger i HELFO og at refusjonsordningen allerede er plassert der. Oslo universitetssykehus vil imidlertid gjøre oppmerksom på at en utfordring med at dette legges til HELFO er å sikre at de regionale helseforetakene ikke selv kan skaffe seg en oversikt over andel pasienter som behandles i andre EØS-land og hva de behandles for. En annen utfordring er at RHFene ikke har kontroll over de utgiftene som de skal dekke for pasienter som behandles i andre EØS-land siden HELFO er godkjennings- og refusjonsinstans mens de regionale helseforetakene skal faktureres for kostnadene for helsehjelpen. Oslo universitetssykehus vil fremheve at dette vil nødvendiggjøre et samarbeid og en informasjonsutveksling mellom HELFO og foretakene.

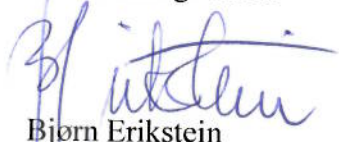
Oslo universitetssykehus mener at en måte å sikre dette på er at departementet sørger for at HELFO får i oppdrag å gi de regionale helseforetakene regelmessig den nødvendige styringsinformasjon. Videre at helseforetakene med sin medisinskfaglige kompetanse benyttes som rådgivere i de vanskelige avgjørelsene HELFO vil måtte treffe for eksempel om hvilken behandling som ville blitt gitt i Norge, hva som er forsvarlig ventetid med mer. Nasjonalt nettverk for utenlandsbehandling kan her benyttes som en koordinator for forespørsler om medisinske råd.

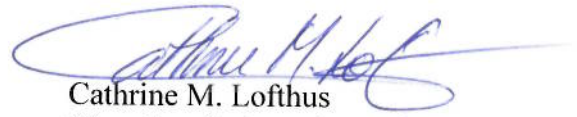
Oslo universitetssykehus slutter seg til departementets synspunkt om at DRG-systemet vil være det beste grunnlaget for å estimere et øvre tak for refusjon til norske borgere som får sykehusbehandling i

EU/EØS land. Høringen foreslår en refusjonsløsning gjennom bruk av dagens DRG-system. Det er viktig at refusjonsløsninger for øvrige tjenesteområder (psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling) også kommenteres. Det er også viktig at dagens praksis for fakturering av EU-borgere som får behandling i spesialisthelsetjeneste i Norge videreføres. I dag benyttes DRG-systemet som kalkulasjonsunderlag, men i fremtiden vil et nasjonalt opplegg med kostnad per pasient være riktigere å benytte. Vi oppfatter at departementets høringsnotat ivaretar dette perspektivet.

Oslo universitetssykehus ser at det vil kunne oppstå spørsmål knyttet til taushetsplikt i den kommunikasjonen som vil kunne skje mellom HELFO og pasientens helseforetak. Dette er ikke omtalt i høringsnotatet.

Med vennlig hilsen


Bjørn Erikstein
Administrerende direktør


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