

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår referanse:

18/00604-5

Deres referanse:**Dato:**

09.10.2018

Saksbehandler:

Thomas Vestre Hansen/Berit S. Herlofsen

Høringssvar fra Helse Sør-Øst RHF – rapport om alternativer for regulering av pasientforløp og registrering av ventetid

Helse Sør-Øst RHF viser til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 3. juli 2018 - rapport om alternativer for regulering av pasientforløp og registrering av ventetid. Helse Sør-Øst RHF har benyttet høringsperioden til diskusjoner med helseforetakene og i interne fora, samt med brukere og tillitsvalgte. Høringen har også vært diskutert i møter med pasient- og brukerombud, regionens helseerettsnettverk og nettverk for pasientadministrativt arbeid. Helseforetakene i regionen er egne høringsinstanser og sender egne høringssvar. Nedenfor følger høringsuttalelse fra Helse Sør-Øst RHF. Høringssvaret vil bli lagt frem for styret i Helse Sør-Øst RHF i styremøtet 18. oktober 2018. Eventuelle merknader fra styret vil bli ettersendt.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ga i 2017 Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide forslag til alternative modeller for regulering av pasientforløp og registrering av ventetider i spesialisthelsetjenesten med særlig vektlegging av pasientrettigheter, enkel administrasjon og reduksjon i uønsket variasjon. Dette på bakgrunn av flere utfordringer med dagens modell. Helsedirektoratet leverte sin rapport i juli 2018 med forslag til tre alternative modeller:

- Modell A: Individuell frist til start helsehjelp
- Modell B: Generell rettighet med frist og forløpskontroll
- Modell C: Uten fristbruddrettigheter

Helsedirektoratet har ikke anbefalt én modell, men har valgt å beskrive tre modeller som representerer tre ulike veivalg når det gjelder bruk av juridiske rettigheter som virkemiddel for å sikre god prioritering. Helse Sør-Øst RHF vil i høringssvaret kommentere de tre foreslåtte modellene, herunder konsekvenser, forutsetninger, utfordringer og mulige forbedringer. Videre vil Helse Sør-Øst RHF si noe om i hvilken retning det bør arbeides videre og gi en anbefaling om valg av modell, både på kort og lengre sikt.

Dagens modell - høringsnotatets kapittel. 2

Vedtakelsen av pasientrettighetsloven i 1999 innebar at det ble innført en bestemmelse om rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Vilårene for å få denne rettigheten ble senere utdypet i prioriteringsforskriften. Juridiske rettigheter ble gjennom dette tatt i bruk som virkemiddel for å sikre god prioritering. Bestemmelsen fikk tidlig en del kritikk, både på grunn av

Helse Sør-Øst er den statlige helseforetaksgruppen som har ansvar for spesialisthelsetjenestene i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Sør-Øst RHF, og 11 datterselskap. I tillegg leveres sykehustjenester i regionen av private ideelle sykehus, private leverandører og avtalespesialister.

kapasitetsforbeholdet rettigheten hadde fra starten og fordi det ble hevdet at juss ikke er et egnet virkemiddel for regulering av materielle rettigheter. Det ble blant annet vist til at innholdet i retten til nødvendig helsehjelp for den enkelte pasient nødvendigvis må bygge på skjønnsmessige medisinske vurderinger, mens juss generelt egner seg bedre for prosessuelle rettigheter. I årene som har gått etter dette, har utfordringer med praktiseringen av bestemmelsen ført til flere nye lovendringer og nasjonale prosjekter, blant annet for å bidra til større likhet i vurderingene.

Dagens modell gir pasienter et individuelt fastsatt frist, noe som kan være et gode for den enkelte pasient. Samtidig hviler fristfastsettelsen på en skjønnsmessige medisinske vurderingen av den enkelte pasients behov for helsehjelp. Det vil alltid foreligge medisinskfaglige føringer for skjønnsutøvelsen, men det har i praksis vist seg vanskelig å forene skjønnsutøvelsen med juridiske krav på en hensiktsmessig måte.

Bakgrunnen for dette har blant annet vært risikoen for at pasienter som står på venteliste prioriteres på bekostning av pasienter med mer alvorlige tilstander i et behandlingsforløp, for å unngå fristbrudd og kostnader knyttet til fristbrudd. Helsedirektoratet peker også i rapporten på at skillet mellom rett til helsehjelp i form av utredning eller behandling ikke brukes slik det var forutsatt da skillet ble etablert. Videre at henvisninger fortsatt vurderes ulikt av helsepersonell som utfører rettighetsvurderingene. Det er i dag utilstrekkelige mekanismer for oppfølging av forløp etter innfridd frist, noe som kan medføre mindre forutsigbare forløp.

Helse Sør-Øst RHF deler Helsedirektoratets syn på utfordringene med dagens modell og mener det er viktig å ha dette som bakteppe når de tre ulike modellene vurderes.

Tiltak og virkemidler - høringsnotatets kapittel. 5

Alle tre modellene forutsetter tiltak som i ulik grad innebærer endringer i arbeidsmåte, pasientflyt og på systemnivå (IKT). De tre alternative modellene hviler på fem retningsgivende prinsipielle hovedtiltak. Tiltaket for å beholde vurderingsperioden med frist på 10 virkedager for vurdering av rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og tiltaket med å oppheve det rettighetsmessige skillet mellom frist til utredning og frist til behandling skal gjelde for alle de tre foreslåtte modellene.

Helse Sør-Øst RHF er positive til og støtter at vurderingsperioden på 10 dager opprettholdes, uavhengig av modellvalg. Dette legger føringer for sykehusenes arbeid med logistikk og bidrar til å sikre pasient og henvisende lege rask vurdering og tilbakemelding. Riktignok kan det være utfordrende å overholde kravet om å gi pasienter time innen 10 dagers fristen når den som rettighetsvurderer ikke er den som skal yte helsehjelpen, men her må det arbeides videre med å få på plass bedre elektroniske løsninger mellom ulike tjenesteutøvere. Helse Sør-Øst RHF støtter videre at skillet mellom frist til utredning og frist til behandling oppheves. Dette vil forenkle vurderinger av henvisninger både faglig og administrativt.

Begrepet «oppmøte» er ikke definert godt nok. I rapporten kan det synes som om begrepet «oppmøte» innebærer at pasienten fysisk må møte opp på en gitt lokalisasjon. Dagens teknologi og innovative løsninger muliggjør imidlertid alternative «møter»/kontakter mellom behandler og pasient og dermed en bedre tilrettelegging og effektivitet i helsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF ber derfor departementet vurdere om begrepet «oppmøte» bør endres til «kontakt» eller at det sørges for at «oppmøte» ikke defineres for snevert.

Rapporten foreslår flere modelluavhengige tiltak, både det å styrke henvisningsprosessen og ulike tiltak for å understøtte arbeidet med å sikre pasienter i forløp. Mange av disse tiltakene vil derfor særlig være aktuelle for modell C. Rapporten presiserer at spesialisthelsetjenestens plikt til systematisk kvalitetsforbedring også gjelder pasientforløp. Det er et ledelsesansvar å etablere gode systemer og aktivt bruke disse til for eksempel omprioritering av ressurser når det er nødvendig. Planlegging og oppfølging knyttet til forslaget om forløpsplan ansees som positivt. Pasient- og brukerombudene i vår region har i mange år understreket at det som først og fremst er viktig for pasientene er forutsigbarhet om hva som skal skje og mulighet for å ha et kontaktpunkt (kontaktperson) i spesialisthelsetjenesten.

Helse Sør-Øst RHF støtter Helsedirektoratets forslag om å lovfeste at pasientens rett til å få svar innen 10-virkedager i pbrl. § 2-2 også skal gjelde ved viderehenvisninger. Mange tror nok dette allerede er et krav i dag, så forslaget er ukontroversielt.

Derimot mener Helse Sør-Øst RHF at det ikke er hensiktsmessig å kreve en så omfattende begrunnelse for avslag som det er for enkeltvedtak i forvaltningsloven. Det bør være tilstrekkelig å begrunne et avslag i svarbrevet til pasienten med at den aktuelle tilstanden kan behandles i kommunehelsetjenesten og heller legge til rette for at den som vurderer henvisningen kan få en dialog med henviser og/eller legge til rette for et felles møte. Brevmalen som per i dag benyttes har for øvrig allerede et fritekstfelt som kan brukes for en utdypende begrunnelse der det vurderes å være ønskelig.

Det drøftes i rapporten om man kunne utvide pasientens rett til fornyet vurdering slik at det også gjaldt gjennom forløpet, men det poengteres at en slik ordning vil være vanskelig å gjennomføre i praksis. Helse Sør-Øst RHF er enig i denne vurderingen.

Rapporten omtaler RHFenes «sørge for»- ansvar i større grad, men det er vel så viktig å belyse det nasjonale ansvaret som bør ligge til grunn i forbindelse med utarbeidelse av nasjonale forløp, etablering av nytt kodeverk, utvikling av verktøykassen for logistikk og bruk av innovative løsninger.

Økonomiske virkemidler må fortsatt være tilstede og styrkes i fremtiden for å få til ønsket utvikling og unngå uheldige vridningseffekter. Dette kan være etablering av «forløps-DRG» eller bruk av kvalitetsbasert finansiering.

IKT

Forslag om 10-dagers frist for tilbakemelding også ved viderehenvisninger vil i liten grad bli utfordrende for helseforetakene da flere allerede har dette som intern frist. I det pasientadministrative systemet skilles det ikke på vurderingsfrist ved henvisninger fra første- eller annenlinjetjeneste. Parameter for varsling er i regional standard satt til 8 dager. Dette for at vurderingsansvarlig lege blir varslet om at vurderingsfristen nærmer seg.

Å oppheve det rettighetsmessige skillet mellom frist til utredning og frist til behandling vil påvirke volven kodeverk 8485 «utfall av vurdering» som ligger til grunn for registreringer. Kodeverdiene er:

- 1 Utredning
- 2 Behandling (eventuelt også inkludert videre utredning)
- 3 Kontroll

- 4 Generert for Ø-hjelpspasient
- 5 Friskt nyfødt barn
- 6 Graviditet
- 7 Opplæring, kurs, attester og rådgivning

Ved bruk av kodene 3 – 7 blir henvisningen ikke rapportert til NPR. Kode 7 benyttes ved henvisninger som ikke skal rettighetsvurderes. Bortfall av «behandlingsalternativet» avklart tilstand vil forenkle vurdering for legene, men de må allikevel forholde seg til resterende koder så lenge det er samme kodeverk.

Kopi av henvisning vil komme via helsenorger.no, når dokumentene legges tilgjengelig for pasienten.

Å tilrettelegge «Åpen timebok» for enkelte pasientgrupper i forløp vil kreve utrulling av timebøker med slårter over lengre perioder. Det må legges til rette for at det teknisk er mulig å publisere timebøker.

Styrking av utskrivningsprosessen gjennom utskrivningssamtaler og kopi av epikrise til pasient er i dag innført i flere helseforetak og vil ikke kreve endringer i teknisk løsning, men legges inn som aktivitet i pasientforløpet. Innføring av utskrivningsattest vil kreve nytt dokument i pasientjournalen. Det bør vurderes om en utvidet epikrise vil kunne dekke dette og spare tid til annet pasientarbeid.

Modell A: Individuell frist til start helsehjelp – høringsnotatets kapittel 6.1

Modellen innebærer en videreføring av dagens system, dog med den forskjell at frist innfris ved første oppmøte, fordi skillet mellom frist til utredning og frist til behandling foreslås opphevet. Modellen medfører marginale rapporteringsmessige og økonomiske endringer og vil være enkel å implementere. Modellen gir imidlertid større utfordringer med å ivareta pasienter gjennom hele pasientforløpet i og med at alle frister innfris tidlig. Andre utfordringer som rapporten peker på med dagens modell, vil videre bestå, se kommentarene over til dagens modell.

Når alle pasienter får fristen innfridd ved utredningsstart, vil ordningen med fristbruddportalen og Helfo bare «virke» helt i starten av pasientforløpet. Det er i dag ca. 6000 pasienter som får et annet tilbud gjennom Helfo, mens det hevdes at 200 000 pasienter opplever forsinkelser i sitt videre forløp. Det å sikre pasienter et forsvarlig forløp etter innfrielsen av fristen er derfor per i dag en større utfordring.

IKT

Modellen vil ikke stille krav til endringer i løsning utover endret kodeverk på volven. Modellen vil være enkel å implementere, krever lite opplæring og vil kunne forenkle vurderingen av henvisningen. Dersom det legges opp til at fristen innfris ved første oppmøte kan det være fare for at det gis tilgang til automatisk registrering av ventetids slutt uavhengig av medisinsk faglig vurdering. Slik automatikk lå inne i tidligere pasientadministrative systemer.

Videre helsehjelp ut fra medisinsk forsvarlighet blir i dag lagt inn som tentativ dato/måned og benyttes for å angi indikatoren passert tentativ tid. Indikatoren sier ikke noe om pasienten har et langt utredningsforløp, har startet behandling eller er under oppfølging/kontroll. Den angir kun om tentativ tid er passert.

En forløpsplan kan gi pasienten et mer forutsigbart forløp, men vil kreve tett oppfølging, justering ved endringer og god koordinering i sykehuset med tanke på service-avdelinger som f.eks. radiologi. Det er generelt ikke godt tilrettelagte løsninger for dette per i dag.

Modell B: Generell rettighet med frist og forløpskontroll - høringsnotatets kapittel 6.2

Modellen endrer dagens individuelt fastsatte frist og gir alle pasienter rett til første oppmøte innen eksempelvis tre måneder (to måneder for barn). Uansett behov og alvorlighet vil alle pasienter derfor få samme maksfrist. Forsvarlighetskravet vil være førende for prioriteringen om når pasienten blir satt opp til første time. Helfo skal kontaktes hvis fristen overskrides (som i dag). Forløpskontrollen innebærer at ethvert videre oppmøte skal avtales før pasienten forlater sykehuset. Overskridelser av avtalt tid skal måles (passert planlagt tid).

Modellen er inspirert av andre lands løsninger. Modeller med generelle frister kan sees som uttrykk for hvilket servicenivå befolkningen bør kunne forvente: uansett hva du feiler bør ingen pasienter vente lenger enn 3 måneder. Modellen har likheter med ventetidsgarantien på 1990-tallet.

Et spørsmål som bør stilles er om det er en god idé å beholde juridiske rettigheter uten at rettigheten knyttes til en individuell vurdering. Selv om mange pasienter i dag får time innen tre måneder, vil modellen bidra til at de som i dag ikke får det, vil komme tidligere inn. Forutsetningen må da være at pasienter med alvorligere tilstander ikke prioriteres ned. Det er imidlertid nærliggende å tenke at en juridisk frist, fastsatt uten noen individuell vurdering, vil kunne påvirke kapasitet og prioriteringer negativt. Rapporten peker på at fristbruddene antakelig vil øke, i alle fall i en overgangsperiode, og at det også vil være fare for forsinkelser i pasientenes videre forløp. Helse Sør-Øst RHF deler Helsedirektoratets vurdering av at dette kan medføre nye uønskede vridningseffekter.

Rapporten peker på noen mulig justeringer av modellen: å la pasienter som får utsatt sin time få oppfyllelse gjennom Helfo selv om fristen ikke er overskredet. Dette for å sikre en bedre prioritering av disse pasientene. Det vises imidlertid til at løsningen vil gi mer komplisert registrering og oppfølging. Helse Sør-Øst RHF deler vurderingen av at det er usikkert om dette vil medføre en reell forbedring av pasientrettighetene. Det foreslås videre en løsning med gruppering av pasientene i 3 grupper ut fra hastegrad, det vil si en slags «både-og-løsning». Helse Sør-Øst RHF støtter ikke en slik inndeling. Den tredje varianten, med ikke å lovfeste retten til første oppmøte innen 3 måneder, innebærer at overskridelser av fristen skal sees som et avvik, men uten oppfyllelsesrett via Helfo. Helse Sør-Øst RHF mener dette alternativet er mest hensiktsmessig. Dog er dette egentlig er en variant av modell C der 3-månedersfristen blir et fastsatt mål som monitoreres snarere enn en rettighet.

IKT

Fast frist vil kreve felt i pasientadministrativt system som automatisk regner ut dato fra mottattdato for henvisning til frist. Varslinger i forkant av overskridelse av avtalt tidspunkt videre i forløpet er ikke i bruk i dag, og det er usikkert om er mulig å hente i dagens løsning. Dersom avtalt tid er gitt som fast oppmøtetidspunkt, er det kun oppmøtelister på den eksakte dagen hvor dette er mulig å se. Modellen vil kreve flere endringer i det pasientadministrative systemet. Utrulling av timebøker og interne arbeidsprosesser for oppfølging av lister utover vanlige ventelister må implementeres.

Modell C: Uten fristbruddrettigheter - høringsnotatets kapittel 6.3

Modellen baseres på at det i dag fins andre verktøy tilgjengelig for å følge med på og utvikle gode og forsvarlige helsetjenester enn juridiske frister, og den fremhever bruk av kontinuerlig kvalitetsforbedring. Modellen krever intensivering av arbeidet med å sikre gode pasientforløp for alle, ikke bare for de definerte pakkeforløpene. Målepunkter i forløpene må defineres. Det kreves utvikling av nye indikatorer.

Modellen innebærer at det ikke settes juridiske frister, verken individuelle eller generelle, og at systemet med oppfyllelse via Helfo avvikles. Pasienter mister formelle rettigheter, men modellen kan frigjøre ressurser til å intensivere arbeidet med gode og helhetlige pasientforløp. På den måten blir pasientens reelle rettsstilling ikke forringet. Enkelte vridningseffekter og utfordringer med dagens modell bør i så fall kunne unngås, og Helse Sør-Øst RHF mener derfor modell C i utgangspunktet er en god og fremtidsrettet modell. Oppmerksomheten vil bli rettet mot behandlingsforløp og måleparametere som oppleves viktige for pasientbehandlingen og mere relevant for klinikere. Det må samtidig tydeliggjøres hvilke konsekvenser det vil få at pasienter ikke får avtale om behandlingsstart innenfor forsvarlig tid.

IKT

Modell C vil kreve endringer i pasientadministrativt system. Felter rundt rettighetsvurdering må fjernes. Videre må det defineres nye indikatorer og disse må inkluderes i systemene. Det finnes dog noen indikatorer som kan brukes videre. Indikatoren passert tentativ tid er et eksempel på en slik indikator. For at modellen skal fungere godt for behandlere, vil dette kreve at pasientsystemene i større grad legger til rette for oppfølging av pasienter i forløp. Modellen vil kreve større endringer i arbeidsprosesser og bedre koordinering i pasientforløp med tilhørende systemstøtte.

Oppsummering - høringsnotatets kapittel 7

Både modell A og B gir pasienter en juridisk frist for start av helsehjelp og rett til oppfyllelse hvis fristen brytes. Modell A med individuelt fastsatt frist som i dag, mens modell B med en generell frist. Det sentrale spørsmålet blir om det fortsatt er ønskelig at jus-virkemiddelet med tildeling av en juridisk frist skal bestå og om fristen i så fall bør være individuell som i dag eller generell.

Modell A ligger tett opp til dagens modell og vil kreve minst omlegginger. Hovedinnvendingen er at enkelte uheldige følger av dagens ordning, som også var bakgrunnen for at HOD ba Helsedirektoratet utrede alternative modeller, fortsatt vil bestå.

Alle modellene forutsetter endringer i sykehusene systemer og rutiner. Modell C innebærer at arbeidet som i dag rettes mot å sikre gode og forsvarlige forløp, vil måtte intensiveres. Dette ut fra prinsippene i pakkeforløpene. Det kan imidlertid anføres at det kan være bedre å bruke krefter på dette enn på uheldige følger av det som karakteriserer de to andre modellene.

Modell C tar konsekvensen av at samfunnet, helsetjenesten og pasientene i dag har andre verktøy tilgjengelig for å fremme gode og forsvarlige helsetjenester. Modellen innebærer å reversere all bruk av juridiske rettigheter knyttet til innfrielse av retten til nødvendig helsehjelp. Det skal fortsatt være lovfestede prinsipper for prioritering, jf. også høringen om oppfølging av prioriteringsmeldingen der flere nye lovbestemmelser foreslås. Dessuten vil forsvarlighetskravet gjelde og pasienter vil fortsatt kunne klage over manglende forsvarlig fremdrift i behandlingen.

Anbefaling

Etter innspill og drøftinger anbefaler Helse Sør-Øst RHF modell C. Den ivaretar på best måte de nasjonale føringene om *pasientens helsetjeneste*. Den er i tråd med RHFets regionale utviklingsplan og oppleves som fremtidsrettet. De «modelluavhengige tiltakene» vil få størst effekt ved valg av denne modellen. Modellen omtaler RHFets «sørge for»- ansvar i større grad, men det er vel så viktig å belyse det nasjonale ansvaret som bør ligge til grunn i forbindelse med utarbeidelse av nasjonale forløp, etablering av nytt kodeverk, koordinering av tjenestene og bruk av innovative løsninger.

Modell C endrer fokus fra nyhenviste pasienter og fristbruddkomplekset til hele behandlingsforløpet. En forutsetning for å sikre at pasienter blir ivaretatt i hele pasientforløpet er at det innrettes instrumenter som belønner og «straffer» helseforetakene.

Tilbakemeldinger fra pasienter og deres organisasjoner er at det viktigste for pasientene er forutsigbarhet om hva som skal skje og mulighet for å ha et kontaktpunkt (kontaktperson) hvis fremdriften svikter. Rapporten viser til behovet for tiltak for å forbedre koordinering av pasientlogistikken i det enkelte helseforetak og mellom helseforetakene. Det foreslås å etablere en funksjon som går inn og aktivt bistår pasienter med å styrke deres mulighet for å velge et annet behandlingssted også gjennom forløpet. Regionene har per i dag en slik funksjon i pasientrådgivertjenesten – velg behandlingssted.

Det stilles spørsmål ved når modell C kan gjennomføres og iverksettes. På grunn av dagens situasjon og utfordringer vedrørende implementering av foreslåtte tiltak kan det anbefales at modell A benyttes i en overgangsperiode frem til modell C er implementert og helsetjenesten kan ta i bruk effektene av denne.

Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF har følgende vurdering;

Erfaringsmessig vil det si at den beste måten å videreutvikle reduksjon av ventetider og unødige variasjoner på, ivaretas best med alternativ B. Modell B vil ivareta kronikerne og pasientene som har behov for mer enn ett oppmøte på en bedre måte enn i dag. Denne modellen innebærer bla plikt til oppsett av påfølgende time etter faglig vurdering. Modellen gir en generell frist og forløpskontroll som gir pasientene mer forutsigbarhet og som opprettholder en større del av dagens pasientrettigheter.

Modell B gir pasienten enkle og forutsigbare rettigheter. Pasientene kommer raskt inn og får mulighet for kontroll og oppfølging i pasientforløpet.

De konserntillitsvalgte (KTV) i Helse Sør-Øst RHF anbefaler modell C og mener denne er et godt utgangspunkt for videre arbeid med ny modell.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Cathrine M. Lofthus
Administrerende direktør



Jan Frich
Direktør medisin og helsefag

Fra: Tore Robertsen <Tore.Robertsen@helse-sorost.no>
Sendt: 25. oktober 2018 11:21
Til: Postmottak HOD
Kopi: HSORHF PB Postmottak; Cathrine M. Lofthus (Helse Sør-Øst RHF); Ann-Margrethe Mydland
Emne: Styrebehandling av to hørings saker i Helse Sør-Øst RHF – ettersending av merknader

Styrebehandling av to hørings saker i Helse Sør-Øst RHF – ettersending av merknader

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i styremøte 18. oktober 2018 følgende hørings saker:

1. Juridisk oppfølging av forslag i prioriteringsmeldingen og presiseringen av regelverket om helsehjelp i utlandet
2. Rapport om alternative modeller for regulering av pasientforløp og registrering av ventetid i spesialisthelsetjenesten

Helse Sør-Øst RHF, ved administrerende direktør Cathrine M. Lofthus, ga sitt hørings svar til departementet i brev 27.9.2018 og 2.10.2018. Det ble da opplyst at begge høringene ville bli styrebehandlet og at eventuelle merknader fra styret ville bli ettersendt. Styret hadde følgende merknader:

- 1. Juridisk oppfølging av forslag i prioriteringsmeldingen og presiseringen av regelverket om helsehjelp i utlandet**
Styret støtter administrerende direktørs høringsuttalelse, men presiserer at det er behov for å avgrense hvilke metoder systemet for nye metoder skal omfatte.
- 2. Rapport om alternative modeller for regulering av pasientforløp og registrering av ventetid i spesialisthelsetjenesten**
Styrets flertall støtter administrerende direktørs høringsuttalelse, men styrets nestleder, Anne Cathrine Frøstrup, har gitt følgende merknad til modellvalget:

«Til tross for at økt rettsliggjøring også på dette området har mange negative vridningseffekter, både mht prioritering og ressursallokering, har jeg kommet til at de prinsippene som ligger bak modell A er de beste. Individuelle rettigheter er dessverre fra tid til annen et fortsatt nødvendig som virkemiddel for pasienten fordi man som pasient vil stå sterkere rettslig overfor helsevesenet. Man har rett til å gå videre med saken dersom rettigheten ikke innfris. For spesialisthelsetjenesten mener jeg at prinsippet med noen få og sentrale juridiske individrettigheter medfører et fortsatt nødvendig press på foretakene for å sikre tilfredsstillende intern logistikk. Slik vil man kunne møte de minimumsrettighetene som pasientene bør få. Dette bør være som del av, og ikke på bekostning av, god og adekvat behandling slik at «sørge-for» ansvaret ivaretas.»

Med vennlig hilsen

Tore Robertsen

Direktør styre- og eieroppfølging
Tlf: 02411 / +47 909 91 735

Helse Sør-Øst RHF

PB 404, 2303 Hamar - Besøksadresse: Parkgt 36, Hamar

tore.robertsen@helse-sorost.no - postmottak@helse-sorost.no