



Innst. 388 L

(2012–2013)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Prop. 118 L (2012–2013)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.)

Til Stortinget

Sammendrag

Innledning

Departementet foreslår i proposisjonen å endre fristen for retten til vurdering etter henvisning til spesialisthelsetjenesten fra 30 til 10 virkedager. Videre foreslår departementet at når vurderingen av henvisningen viser at pasienten har behov for helsehjelp, skal spesialisthelsetjenesten gi informasjon om tidspunkt for når helsehjelpen i form av utredning eller behandling senest skal starte.

Departementet foreslår å oppheve skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter, slik at nå vil den som henvises til spesialisthelsetjenesten, enten få rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste eller bli avvist/eventuelt henvist tilbake til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Departementet foreslår at istedenfor pasienten skal spesialisthelsetjenesten kontakte HELFO dersom den ikke er i stand til å oppfylle den juridiske fristen for når helsehjelp senest skal gis.

Proposisjonen inneholder også lovforslag som er nødvendige for å gjennomføre europaparlamentets- og rådsdirektiv 2011/24/EU om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester (pasientrettighetsdirektivet).

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

Innledning

Høringsnotat om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet ble sendt på høring i oktober 2012 med høringsfrist i januar 2013. 72 høringsinstanser har hatt kommentarer til høringen.

Det gis en orientering om historikk, omfang og utforming av pasient- og brukerrettigheter i Norge.

Det gis videre en oversikt over lovgivningen i Sverige, Danmark, Finland og Island på det aktuelle området.

Rett til vurdering

Bestemmelsen om vurderingsfrist i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 gir en pasient som henvises til sykehus, spesialistpoliklinikk eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, 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. Pasienten har rett til raskere vurdering ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom. Dersom pasienten ikke er enig i det utfallet vurderingen har medført, kan pasienten kreve en fornyet vurdering, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-3.

Departementet foreslår at vurderingsfristen endres fra 30 virkedager til 10 virkedager, og at vurderingen skal baseres på henvisningen. Departementet understreker at forslaget ikke er til hinder for at sykehusene tar kontakt med henvisende instans for tilleggsopplysninger dersom det faktisk er et behov for dette. Det er likevel et mål at henvisningene skal være så utfyllende og gode at det ikke er behov for å innhente tilleggsopplysninger.

Videre foreslås det at spesialisthelsetjenesten ikke bare skal vurdere om pasienten har behov for nødvendig spesialisthelsetjeneste, men også gi informasjon om tidspunkt for når utredning eller behandling skal starte dersom pasienten har behov for helsehjelp. Departementet mener at det bør være et mål at alle som har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten med frist innen fire måneder, bør få en konkret dato og klokkeslett (time). Det innebærer at de som får en frist som er lenger enn fire måneder, likevel skal gis et tidspunkt, men dette behøver ikke være en time. Departementet mener at tidsangivelsen i de tilfellene pasienten ikke gis en dato og klokkeslett, bør fastsettes slik at den viser til et framtidig tidsintervall som ikke strekker seg ut over en uke. Det uttales at det på sikt bør arbeides mot et mål om at alle pasienter skal få en dato og et klokkeslett for oppmøte i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av frist for når helsehjelp senest skal starte. Departementet foreslår derfor en hjemmel som innebærer at det kan gis nærmere bestemmelser om hvor konkret dette tidspunktet skal forstås. Departementet understreker at det tidspunktet for oppmøte som skal gis pasienten, ikke er juridisk bindende. Dersom det oppstår et behov for å endre tidspunktet, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart gi pasienten et nytt tidspunkt. Tidspunktet skal aldri være senere enn den juridiske fristen for når helsehjelp senest skal gis.

Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Vilkårene for å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er nærmere presisert i prioriteringsforskriften. Pasienter som faller utenfor disse kriteriene, skal også tilbys spesialisthelsetjeneste dersom det er et medisinsk behov for hjelp, dvs. pasienter som ikke vurderes til å være rettighetspasienter, men som har behov for helsehjelp. Selv om pasienten ikke har materiell rett til nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd, har det regionale helseforetaket plikt til å sørge for et tilbud av spesialisthelsetjenester til beboerne i helseregionen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. I pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd pålegges også spesialisthelsetjenesten å fastsette en konkret, individuell frist for når en rettighetspasient senest skal få oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, får den nødvendige

helsehjelpen innen det tidspunkt som er fastsatt, har pasienten rett til å motta nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket. Det er fremdeles det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion som har ansvaret for at pasienten får helsehjelp ved fristbrudd. 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 HELFO for å få et tilbud.

Dagens lovbestemmelse innebærer at helsepersonellet i tillegg til en helsefaglig vurdering av behov også skal foreta en vurdering av om det helsefaglige behovet er stort nok til at det innebærer at pasienter også skal ha en juridisk rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Ventelistedata fra Norsk pasientregister viser at det er store forskjeller i rettighetstildelingen mellom de regionale helseforetakene, og at det er til dels betydelige forskjeller på helseforetaksnivå og innenfor de enkelte pasientgrupper. Det framholdes at bestemmelsen har skapt et juridisk skille mellom pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp som har vist seg vanskelig å praktisere, og som ikke stemmer med de helsefaglige vurderingene. Departementet mener det er problematisk og en utfordring for pasientenes rettssikkerhet at dagens lovbestemmelse kan medføre at to pasienter får forskjellig vurdering for samme sykdom.

Departementet mener at skillet ikke bidrar til likeverdige tjenester, og foreslår at det oppheves. Det vil innebære at alle pasienter som har behov for helsehjelp, får en juridisk rettighet til nødvendig helsehjelp og rett til individuell fastsatt frist for når helsehjelpen senest skal settes i gang. En rettslig regulering som tar høyde for den helsefaglige og teknologiske utviklingen over tid, er etter departementets oppfatning den reguleringen som best ivaretar pasientenes behov og rettssikkerhet. På denne bakgrunn foreslår departementet at bestemmelsen om rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten utformes som en rettslig standard på samme måte som i dag, og at vurderingen skal forankres i en konkret helsefaglig vurdering av behov.

Departementet finner det viktig å understreke at oppfyllelsen av fristen skal være en reell start av et pasientforløp uavhengig av om pasientforløpet starter med utredning eller behandling. Selv om fristen kun gjelder starten på pasientforløpet, skal ventetiden underveis i pasientforløpet være forsvarlig og i tråd med normal medisinsk praksis for det aktuelle pasientforløpet.

Departementet mener at når spesialisthelsetjenesten ikke er i stand til å gi helsehjelp innen forsvar-

lig tid, må lovverket sikre at pasientene faktisk får et forsvarlig tilbud. Departementet foreslår at spesialisthelsetjenesten skal kontakte HELFO dersom den ser at den ikke er i stand til å oppfylle den juridiske fristen for når helsehjelp senest skal gis. Departementet presiserer at dette ikke innebærer at pasienten ikke selv kan ta kontakt med HELFO i slike situasjoner. Pasienten vil stå fritt til å velge om han eller hun ønsker å benytte seg av tilbudet fra HELFO eller bli stående på venteliste hos det opprinnelige sykehuset.

Dersom spesialisthelsetjenesten ikke klarer å finne et tilbud til pasienten innenfor fristen for når helsehjelp senest skal gis, innebærer forslaget at spesialisthelsetjenesten må kunne gi opplysninger om pasienten til HELFO uten at taushetspliktreglene er til hinder for dette.

Retten til fritt sykehusvalg m.m.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 gir pasienter rett til fritt sykehusvalg. Denne retten omfatter offentlige sykehus, distriktspsykiatriske sentre og institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Det er en forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak. Retten gjelder i forbindelse med planlagt undersøkelse og/eller behandling innenfor psykiatri, rus og somatikk. Pasienten gis ikke rett til å velge behandlingsnivå og kan følgelig ikke velge mer spesialisert behandling enn pasienten er henvist for.

Departementet foreslår at retten til fritt sykehusvalg også skal omfatte private radiologiske institusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak. Forslaget innebærer at pasienter fritt kan velge mellom institusjoner som tilbyr radiologi innenfor det offentlige helsevesenet, og at de private radiologiske institusjonene som har avtale med et regionalt helseforetak, vil komme på listen på www.frittisykehusvalg.no.

Departementet har startet et arbeid med å utrede organisatoriske, juridiske og økonomiske konsekvenser av en utvidelse av ordningen med fritt sykehusvalg til også å gjelde private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner.

Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene

Det påpekes at forslag til endring av bestemmelsen om rett til vurdering i stor grad er av retsteknisk karakter, og at det følgelig ikke vil innebære økonomiske og administrative konsekvenser. Endringen av vurderingsfristen fra 30 til 10 virkedager er i all hovedsak i samsvar med hvordan henvisninger vurderes i dag, og departementet mener at forslaget ikke

vil innebære økonomiske og administrative konsekvenser.

Det framholdes at innføring av individuell frist for ikke-rettighetspasienter ikke vil innebære endringer i når disse senest skal ha behandling, og at dette tilsier at forslaget ikke vil medføre økte kostnader. Det vil kreve noe økte administrative kostnader å håndtere flere pasienter med individuell tidsfrist. Samtidig vil det å fjerne skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter kunne innebære noe mindre administrative kostnader. Departementet mener derfor at forslaget kan gjennomføres innenfor gjeldende økonomiske rammer.

Forslaget om at alle pasienter skal få et tidspunkt for når utredning eller behandling skal starte, forutsetter at poliklinikker og sykehusavdelinger har oversikt over kapasiteten lenger fram i tid enn i dag. Å etablere slike planleggingssystemer kan medføre noe økte administrative kostnader. Departementet mener at forslaget kan gjennomføres innenfor gjeldende økonomiske rammer, men at det vil ta noe tid å få dette på plass.

Det er departementets vurdering at forslaget om plikt til å kontakte HELFO ikke vil ha økonomiske og administrative konsekvenser ut over det som følger av utviklingsarbeid som er nødvendig også i dagens situasjon.

Samlet sett mener departementet at lovforslaget kan gjennomføres innenfor gjeldende økonomiske rammer.

Det framholdes at det er flere forutsetninger som må være på plass før de foreslåtte lovendringer kan tre i kraft:

- De eksisterende prioriteringsveilederne må revideres.
- Det må utarbeides veiledere som sier hvilke opplysninger henvisningene må inneholde for å gi grunnlag for fristfastsettelse.
- Det må utarbeides nye og lett forståelige maler for informasjon til pasienter.
- Det må gjøres nødvendige tilpasninger i pasientadministrative systemer og annet planleggingsverktøy.

Gjennomføring av pasientrettighetsdirektivet

Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet fremmer forslag om endringer i folketrygdloven § 5-24 a, spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 og helse- og omsorgstjenesteloven § 11-2. Lovendringene er et ledd i gjennomføringen av pasientrettighetsdirektivet.

Det har kommet merknader fra 31 høringsinstanser til departementets forslag om gjennomføring av pasientrettighetsdirektivet.

Dekning av utgifter til helsehjelp i utlandet etter gjeldende rett

Det redegjøres for EU- og EFTA-domstolens praksis med hensyn til dekning av utgifter til helse-tjenester i utlandet.

Med hjemmel i blant annet folketrygdloven § 5-24 a er det gitt forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land.

Det følger av forordning (EF) nr. 883/2004 at personer som er bosatt i et annet EØS-land enn trygdlandet (for eksempel personer som arbeider i ett land, men bor i et annet), som hovedregel har rett til naturalytelser ved sykdom, graviditet og fødsel i bostedslandet. Forordningens artikkel 19 nr. 1 gir også rett til helsehjelp som blir nødvendig under midlertidig opphold i et annet EØS-land enn trygdlandet. Retten etter artikkel 19 nr. 1 omfatter som hovedregel ikke planlagt behandling. Pasienter kan også få dekket utgifter til legemidler kjøpt under midlertidig opphold i andre EØS-land. Det foretas som hovedregel oppgjør for helsehjelpen mellom landene basert på de faktiske utgiftene.

Pasient som ønsker å reise til et annet EØS-land i den hensikt å motta (planlagt) helsehjelp der, kan søke myndighetene i trygdlandet eller bostedslandet om forhåndsgodkjenning. Det er myndighetene i trygdlandet som behandler søknaden om forhåndsgodkjenning. I Norge behandles søknad om slik forhåndsgodkjenning av HELFO.

Forskrift 22. november 2010 nr. 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land gir rett til å få dekket utgifter for helsehjelp mottatt i andre EØS-land. Hovedvilkåret er at pasienten ville ha fått stønad eller bidrag til helsehjelpen etter folketrygdloven eller fått bekostet helsehjelpen i den offentlige helsetjenesten dersom den aktuelle helsehjelpen var mottatt i Norge. Videre gjelder de samme vilkårene for refusjon som for å få dekket tilsvarende helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge. Det redegjøres for hvilke typer helsehjelp det ytes stønad til, og for hvilke vilkår for stønad som gjelder. Stønad er begrenset slik at utgiften for det offentlige ikke skal bli høyere enn om helsehjelpen ble mottatt i Norge. Reise- og oppholdsutgifter og utgifter til nødvendig ledsager dekkes etter reglene i og i medhold av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6. Utgifter dekkes for reise til annet EØS-land dersom dette var det nærmeste stedet der helsehjelpen kunne gis. Reise- og oppholdsutgifter dekkes bare for reise med utgangspunkt i Norge.

Pasient med rett til nødvendig helsehjelp som ikke mottar helsehjelpen innen den fastsatte fristen, vil ha rett til helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller i utlandet. Pasient som har rett til nødvendig helsehjelp, men som ikke kan få den nødvendige helsehjelpen i Norge fordi det ikke

finnes et adekvat medisinsk tilbud her, har rett til å få helsehjelpen fra tjenesteyter i utlandet innen den fastsatte fristen. I begge tilfeller dekkes utgiftene ved helsehjelpen av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion.

Pasientrettighetsdirektivet

Den 9. mars ble direktiv 2011/24/EU om pasientrettigheter ved grenseoverskridende helsetjenester vedtatt av Europaparlamentet og Rådet for den europeiske union. EU-landene har fått frist til 25. oktober 2013 til å gjennomføre direktivet. Formålet med direktivet er å fastsette bestemmelser som gjør det lettere å sikre grenseoverskridende helsehjelp av høy kvalitet, sikre pasientmobilitet i overensstemmelse med prinsippene som er fastslått av domstolene, og bidra til samarbeid mellom medlemslandene på helseområdet.

Medlemslandene skal etter artikkel 6 etablere ett eller flere nasjonale kontaktpunkt som skal gi informasjon til pasienter.

I artikkel 4 gis det bestemmelser om det behandlende medlemslands ansvar ved grensekryssende helsehjelp. Helsehjelpen skal ytes i overensstemmelse med lovgivningen i eget land, i samsvar med de standarder og retningslinjer for kvalitet og sikkerhet som er fastsatt av behandlingslandet og EU-lovgivningen om sikkerhetsstandarder.

Prinsippet om ikke-forskjellsbehandling med hensyn til nasjonalitet gjelder for pasienter fra andre medlemsland. Behandlingslandet har imidlertid mulighet til å begrense pasientstrømmen inn i landet, dersom tvingende allmenne hensyn gjør seg gjeldende.

Trygdlandet, det vil si det landet der pasienten er medlem i trygden eller tilsvarende, skal sikre at utgiftene ved helsehjelp i annet medlemsland refunderes i samsvar med reglene i direktivet. Etter direktivet har pasienten rett til å få refundert utgifter til helsehjelp, dersom pasienten har rett til å få dekket den aktuelle helsehjelpen i trygdlandet. Refusjonen er begrenset til det beløpet som tilsvarende helsehjelp ville belastet det offentlige med, dersom helsehjelpen var mottatt i trygdlandet. Det skal ikke ytes refusjon ut over det beløpet som helsehjelpen rent faktisk kostet.

Etter direktivets artikkel 8 nr. 2 kan medlemslandene innføre eller opprettholde krav om forhåndsgodkjenning for helsehjelp som innebærer overnatting eller krever bruk av høyt spesialisert eller kostnadskrevenne medisinsk infrastruktur eller medisinsk utstyr (sykehusbehandling). Hvis medlemslandet har krav om forhåndsgodkjenning, er det forpliktet til å gi pasienten godkjenning dersom pasienten har rett til å få den aktuelle helsehjelpen dekket i trygdlandet og slik helsehjelp ikke kan ytes innen en tidsfrist som er medisinsk forsvarlig basert

på en objektiv medisinsk vurdering. Pasienten har ikke krav på å få dekket reise- og oppholdsutgifter etter direktivet. Medlemslandene kan selv bestemme om de vil dekke slike utgifter. Trygdlandet skal også sørge for at pasient som har fått helsehjelp i annet medlemsland, mottar medisinsk oppfølging på samme betingelser som om helsehjelpen var blitt gitt i trygdlandet.

Departementet vurderer direktivet som EØS-relevant.

Av de øvrige nordiske landene er det kun Sverige og Finland som på nåværende tidspunkt har sendt ut høringsnotat med forslag til gjennomføring av direktivet.

Det redegjøres for de ordninger som er foreslått i Sverige og Finland.

Utvidelse av refusjonsordningen til å omfatte sykehusbehandling

Norge har etablert en refusjonsordning for helsehjelp som ikke innebærer sykehusbehandling, jf. forskrift hjemlet i folketrygdloven § 5-24. Utgifter til sykehusbehandling dekkes på visse vilkår etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde og femte ledd. Videre kan pasienten ha rett til å motta helsehjelp i annet EØS-land etter forordning (EF) nr. 883/2004. Etter departementets vurdering oppfyller imidlertid ikke de gjeldende ordningene for dekning av utgifter til sykehusbehandling i utlandet pasientrettighetsdirektivet fullt ut.

Det redegjøres for forskjeller mellom rettighetene etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b og pasientdirektivet. Bestemmelsene er forskjellige når det gjelder muligheter til fritt valg av tjenesteyter og i tilfeller der et behandlingsforløp stopper opp. For å sikre at pasienter som fritt ønsker å velge tjenesteyter eller som stopper opp i et behandlingsforløp, gis en mulighet til å få refundert utgifter til sykehusbehandling, foreslår departementet å utvide dagens refusjonsordning til å omfatte sykehusbehandling. Departementet foreslår en mindre lovendring i folketrygdloven § 5-24 a, men en slik utvidelse vil for øvrig framgå av forskriften som må endres.

Forhåndsgodkjenning mv.

Etter EU-domstolens praksis har forhåndsgodkjenning vært godkjent som restriksjon i den frie flyten av tjenester under henvisning til behovet for å planlegge sykehustjenester for å sikre befolkningen sykehusbehandling, ha kontroll med kostnadene og forhindre sløsing med økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser. Etter pasientrettighetsdirektivet artikkel 8 nr. 2 er det åpnet for at medlemslandene kan kreve forhåndsgodkjenning for refusjon av enkelte helsetjenester.

Det redegjøres for pasientdirektivets bestemmelser angående hvilken helsehjelp det kan kreves forhåndsgodkjenning for, og når en søknad om forhåndsgodkjenning kan avslås.

Departementet ser adgangen til å kreve forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til sykehusbehandling som et viktig virkemiddel for å ha kontroll over pasientstrømmen ut når det gjelder slik helsehjelp. Departementet mener at en slik kontroll er viktig for å ivareta et kvalitetsmessig godt offentlig helsetilbud i Norge. Etter departementets oppfatning er det derfor viktig at det stilles vilkår om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til sykehusbehandling, og at adgangen til å få slik godkjenning er begrenset til de tilfeller hvor pasienten ikke har fått slik helsehjelp i Norge innen en forsvarlig tidsfrist. Det framholdes at en forhåndsgodkjenning vil gi pasienten visshet om at utgifter til helsehjelpen vil bli refundert, noe som vil gi bedre forutsetninger for å vurdere om en vil motta helsehjelp i annet EØS-land, og gi bedre sikkerhet når det gjelder å påta seg de økonomiske forpliktelsene som oppstår.

Departementet er i folketrygdloven § 5-24 a gitt hjemmel til å gi forskrifter om blant annet hvilke helsetjenester og varer det skal ytes stønad til, og hvilke vilkår som skal gjelde for å yte slik stønad. Departementet foreslår at det presiseres i lovbestemmelsen at det i forskrift også kan stilles vilkår om forhåndsgodkjenning.

Departementet mener at når krav til henvisning gjelder for å få spesialisthelsetjenester på det offentlige bekostning i Norge, bør det som hovedregel også gjelde for å få refusjon av utgifter til sykehusbehandling i annet EØS-land. Det påpekes at det imidlertid kan oppstå situasjoner hvor det må kunne gjøres unntak fra denne hovedregelen i forbindelse med sykehusbehandling. Etter departementets oppfatning bør derfor unntaksbestemmelsene som følger av forskriften § 5 andre og tredje ledd, komme til anvendelse ved refusjon av utgifter til sykehusbehandling.

Spørsmål knyttet til betaling fra pasienter fra annet EØS-land

Pasientrettighetsdirektivet legger opp til en refusjonsordning. Dette innebærer at pasienter som kommer fra andre EØS-land for å motta helsehjelp i Norge, i utgangspunktet skal betale utgiftene til helsehjelpen selv. Pasienten kan deretter kreve utgiftene refundert fra trygdlandet.

Departementet foreslår at det i spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 første ledd fastslås at den aktuelle helseinstitusjonen eller tjenesteyteren før planlagte spesialisthelsetjenester ytes, skal kunne kreve dokumentasjon på at pasienten vil kunne dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene. Departementet foreslår videre at det fastsettes at helseforetaket eller tje-

nesteyteren må sørge for at det utstedes regning som viser hvilke ytelser pasienten har mottatt, og hvilken pris som er beregnet for ytelsene. Det foreslås også at det gis en hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-2 andre ledd til å stille krav om å utstede spesifisert regning til pasienten.

Etter departementets oppfatning er det viktig at departementet har hjemmel til å gi forskrift om beregning av behandlings- og forpleiningsutgifter i spesialisthelsetjenesten, dersom det skulle bli behov for å etablere nasjonale løsninger for faktureringen av pasienter fra andre land. Departementet foreslår derfor at en slik hjemmel tas inn i spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 fjerde ledd.

Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene

Departementet foreslår at HELFO skal vurdere søknader om forhåndsgodkjenning og behandle refusjonssøknader. Departementet foreslår også at HELFO skal være nasjonalt kontaktpunkt som skal informere og gi praktisk bistand til pasientene. Dette innebærer økte administrative oppgaver for HELFO, men departementet antar at de økonomiske konsekvensene for HELFO ikke vil være store på kort sikt.

Departementet viser til at kap. 720 Helsedirektoratet er styrket med 1,7 mill. kroner i 2013 til oppfølging av pasientrettighetsdirektivet. Departementet vil komme tilbake til dette i statsbudsjettet.

I tillegg til de administrative kostnadene i HELFO vil det være kostnader forbundet med selve refusjonen av utgifter til helsehjelp i andre EØS-land. Etter direktivet plikter ikke medlemslandene å betale mer i refusjon enn hva tilsvarende behandling ville ha belastet det offentlige med om helsehjelpen var mottatt i Norge. Departementet finner det nærliggende å tro at den samlede bruken av sykehusbehandling (i Norge og andre EØS-land) ikke vil øke vesentlig som følge av lovforslaget, men at noen pasienter vil motta behandling i utlandet istedenfor i Norge. Det antas også at merutgifter ved ordningen vil bli begrenset fordi pasientene allerede i dag har rettigheter ved fristbrudd som gir en bedre kostnadsdekning for pasienten enn retten til refusjon etter pasientrettighetsdirektivet.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Håkon Haugli, Tove Karoline Knutsen, Thor Lillehovde, Wenche Olsen, Anita Orlund og Heidi Ørnlo, fra Fremskrittspartiet, Jon Jæger Gåsvatn, Kari Kjønnaas Kjos og Per Arne Olsen, fra Høyre, lederen Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Erna Solberg, fra Sosialistisk Venstreparti, Audun Lysbakken,

fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Kristelig Folkeparti, Line Henriette Hjemdal, mener det er viktig for befolkningen å få utredning og behandling innen rimelig tid, og at pasientene får god informasjon om behandlingsforløpet. Pasientenes individuelle rettigheter har kontinuerlig blitt styrket, og komiteen oppfatter at intensjonen med forslagene i proposisjonen er ytterligere å styrke pasientens rettigheter, forbedre informasjonen til pasientene og forenkle reglene slik at en mer lik oppfølging av reglene blir enklere for spesialisthelsetjenesten.

Komiteen slutter seg til forslaget om å endre fristen for vurdering etter henvisning til spesialisthelsetjenesten fra 30 til 10 virkedager. Videre slutter komiteen seg til at når vurdering av henvisning viser at pasienten har behov for helsehjelp, skal spesialisthelsetjenesten gi informasjon om tidspunkt for når helsehjelpen i form av utredning eller behandling senest skal starte.

Komiteen slutter seg også til å oppheve skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter og at spesialisthelsetjenesten skal ha ansvar for å kontakte HELFO dersom den ikke er i stand til å oppfylle den juridiske fristen for når helsehjelp senest gis. Komiteen slutter seg videre til å utvide ordningen med fritt sykehusvalg til å omfatte private radiologiske institusjoner som har avtale med regionale helseforetak.

Komiteen viser til de lovforslagene som er foreslått som nødvendige endringer for å gjennomføre Europaparlamentets- og rådsdirektiv 2011/24/EU om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester, og slutter seg til disse.

Komiteen viser til at gjeldende § 2-2 lyder:

«...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.»

I proposisjonen foreslås det at dette endres slik at spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager skal gi pasienten informasjon om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp. Vurderingen skal nå skje på grunnlag av henvisningen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at dette er en endring i innholdet i loven. I gjeldende lov er det pasientens helsetilstand som skal vurderes innen 30 virkedager, mens i lovforslaget er det henvisningen som skal vurderes innen 10 virkedager.

Komiteen viser til at det er avgjørende at kvaliteten på henvisningene er god, slik at sykehusene

blir satt i stand til å gjøre en vurdering av pasienten innen vurderingsfristen. Jo kortere vurderingsfrist, jo viktigere er det at henvisningene er gode og inneholder de opplysninger som sykehuset trenger for å foreta en forsvarlig vurdering av pasienten.

Komiteen mener at det er en forbedring av pasientenes rettigheter at tiden reduseres fra 30 virkedager til 10 virkedager. I proposisjonen fremkommer det at dette imidlertid i all hovedsak er i samsvar med hvordan henvisninger vurderes i dag. I gjeldende frist har pasienten rett til å få vurdert sin helsetilstand innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt, mens forslaget innebærer at det er henvisningen som skal vurderes. Kreftforeningen har i sitt høringsinnspill fremhevet at det for kreftpasienter dermed vil være en svekkelse av fristen.

Komiteen viser til at Kreftforeningen imidlertid er enig i at det positivt at *alle* pasienter får en lovfestet rett til vurdering innen 10 dager.

Komiteen vil understreke at loven er tydelig på at ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett til raskere vurdering. Dette foreslås videreført.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener det er problematisk at en slik rett vil være avhengig av at henvisende lege har en klar mistanke om dette, og at dette fremkommer tydelig i henvisningen. I mange tilfeller der det er alvorlig eller livstruende sykdommer, vil symptomene imidlertid være uklare, og pasienten risikerer å måtte vente lenge på undersøkelse. For disse pasientene vil lovendringen dermed kunne innebære en svekkelse av muligheten til å få en rask vurdering. Disse medlemmer ber om at det følges nøye opp at dette ikke skjer.

Komiteen viser til arbeidet med å igangsette et prosjekt å utvikle nasjonale henvisningsveiledere. Dette er et viktig arbeid for å sikre at de med alvorlige sykdommer får rask vurdering og helsehjelp. Gode henvisninger er ikke bare viktig for å kunne vurdere pasienten tidlig, men det er også avgjørende for å komme i gang med et godt og forsvarlig pasientforløp. Dårlige henvisninger medfører at sykehusene må gjøre den jobben som den henvisende instans skulle ha gjort. Det er dårlig utnyttelse av de totale ressursene i helse- og omsorgssektoren, og det er pasientene som blir den tapende part.

Komiteen viser til at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten i løpet av vurderingsperioden skal få fastsatt en frist for når vedkommende senest skal få nødvendig helsehjelp, og en konkret time for første konsultasjon. Komiteen

viser til at det konkrete tidspunktet for første konsultasjon ikke er juridisk bindende.

Komiteen viser til at det gjøres et skille mellom pasienter med en avklart og en uavklart tilstand. Har pasienten en avklart tilstand, skal den individuelle juridisk bindende fristen gjelde behandling, mens når pasienten har en uavklart tilstand, skal fristen gjelde utredning. Fristen er innfridd når henholdsvis behandling eller utredning er igangsatt.

Komiteen viser til at det i proposisjonen understrekes at både fristen for nødvendig helsehjelp og det videre behandlingsforløpet skal være forsvarlig. Komiteen viser til at Den norske legeförening i sitt høringsinnspill problematiserer bruken av begrepet «forsvarlig» i denne sammenheng.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at terskelen mellom forsvarlig og uforsvarlig er lavere enn pasientenes forventning, og en så lav terskel vil innebære en for høy risiko for pasienter med en uavklart situasjon.

Komiteen vil vise til Ot.prp. nr. 63 (2002–2003) hvor retten til individuell medisinsk fastsatt frist ble innført. I merknadene til paragrafen står det:

«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.»

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at det viser at lovgiver opprinnelig har lagt vekt på at det skal fastsettes en frist som har en sikkerhetsmargin som ligger over nedre grense for forsvarlighet. Disse medlemmer mener at en slik sikkerhetsmargin må videreføres.

Disse medlemmer viser til at det i proposisjonen er drøftet behovet for å etablere en felles juridisk vurderingsfrist i tillegg til 10-dagersfristen for vurdering av henvisningen, den konkrete timen for første konsultasjon og den individuelle medisinske tidsfristen for nødvendig helsehjelp. Disse medlemmer slutter seg til at dette vil innebære at en ikke oppnår den forenklingen av pasientrettighetene som proposisjonen legger opp til.

Disse medlemmer mener derfor at det er behov for å presisere følgende for å unngå at de foreslåtte endringene ikke innebærer en svekkelse av

pasientens juridiske rettigheter i forhold til dagens lov:

- Den juridisk bindende fristen for når nødvendig helsehjelp skal gis som settes i løpet av vurderingsfristen, skal settes godt innenfor grensen for forsvarlighet.
- Den konkrete timen for konsultasjon for pasienter som gis en individuell frist innen fire måneder, må settes før den juridisk bindende fristen for nødvendig helsehjelp.
- Spesialisthelsetjenesten skal kontakte HELFO ikke bare hvis første juridisk bindende frist for nødvendig helsehjelp ikke kan innfris, men også hvis spesialisthelsetjenesten vurderer at en ikke er i stand til å følge opp med et forsvarlig pasientforløp.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil påpeke at den foreslåtte lovendringen gjelder alle pasienter og ikke kun dem som gis frist innen fire måneder, jf. proposisjonens kap. 6.5.2.

Flertallet mener at det å innføre en ny rettslig standard som skal ligge over forsvarlighet, ikke vil forenkle, men komplisere regelverket. Flertallet kan heller ikke se hvilken rettslig standard som skal benyttes i tillegg til forsvarlighet, og når denne skal benyttes. Forslaget om at HELFO skal kontaktes også i løpet av pasientforløpet, mener flertallet vil innebære en ytterligere rettsliggjøring og byråkratisering uten at det nødvendigvis resulterer i bedre pasientforløp. Flertallet viser til at formålet med lovforslagene er det motsatte, nemlig å forenkle og forbedre regelverket samtidig som viktigheten av gode pasientforløp presiseres. Forslaget vil også kunne innebære ikke ubetydelige administrative og økonomiske konsekvenser.

Komiteen vil understreke at selv om det ikke settes juridiske frister for det videre forløp, skal pasienten ha et forsvarlig pasientforløp. Det innebærer at det ikke er anledning til å innkalle pasienten før den individuelle juridiske fristen er gått ut, for så å la pasienten vente uforsvarlig lenge på videre utredning eller behandling. Fristen oppfylles ikke ved å sette opp en time for dialog med pasienten. Fristen relaterer seg til når helsehjelpen skal igangsettes.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at dersom spesialisthelsetjenesten er i tvil om muligheten for å holde et forsvarlig pasientforløp videre, skal en kontakte HELFO for videre oppfølging.

Disse medlemmer viser til at det er etablert forløpstider for kreftpasienter. De innebærer en vurdering av henvisning innen 5 dager, utredning innen 10 dager og oppstart av behandling innen 20 dager. Disse forløpstidene er faglig begrunnet og skal som hovedregel følges, med mindre det er medisinske grunner til å bruke lengre tid. Disse medlemmer mener det må utvikles forløpstider for flere diagnosegrupper, og at forløpstidene også bør få en juridisk status. Disse medlemmer mener det kan gjøres ved at en henvisning til vedtatte forløpstider tas inn i loven på en slik måte at ved brudd eller ved antagelse om brudd på disse konkrete forløpstidene gis pasienten juridiske rettigheter og helseforetakene tilsvarende forpliktelser som ved fristen for nødvendig helsehjelp. På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen foreslå en endring av lov om pasient- og brukerrettigheter der vedtatte frister for forløpstider for pasientbehandling gis tilsvarende rettigheter og plikter som den juridisk bindende fristen for nødvendig helsehjelp.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at forslaget fra mindretallet vil innebære at man går bort fra dagens system der kriteriene hastegrad og alvorlighet er avgjørende for den individuelle rettigheten. Flertallet vil hevde at forslaget gjør at forløpstidene blir juridiske rettigheter, og at dette vil bidra til at ulike grupper får ulike rettigheter. Flertallet mener at det da er fare for at grupper kan settes opp mot hverandre, og et slikt forslag vil kunne frata helsepersonell mulighet til å prioritere pasienter ut fra alvorlighet og hastegrad. Flertallet vil også hevde at regelverket vil bli komplisert både for helsepersonell og pasienter.

Komiteen slutter seg til at pasienter som får en juridisk bindende frist for nødvendig helsehjelp som er under fire måneder frem i tid, også ved svar på henvisningen skal få fastsatt en konkret dato og klokkeslett (time) for oppstart av utredning eller behandling. De som får en frist som er lengre enn fire måneder, skal likevel gis et tidspunkt, men dette behøver ikke være en time. Et fremtidig tidsintervall bør imidlertid ikke strekke seg ut over en uke.

Komiteen mener at pasienten også bør ha et ansvar for å melde fra hvis en ikke har mulighet for eller ønske om å benytte seg av den fastsatte timen. Hvis ikke det blir gjort, mener komiteen at spesialisthelsetjenesten bør ha mulighet til å kreve at pasienten betaler for manglende oppmøte, for eksempel tilsvarende egenandel ved poliklinisk behandling.

Manglende oppmøte til avtalt time er et betydelig problem for spesialisthelsetjenesten. Innbyggerne er vant med denne type økonomiske konsekvenser for manglende tilbakemelding hvis en ikke kan benytte seg av tilbud om time for eksempel hos tannhelsetjenesten.

Komiteen deler vurderingene knyttet til opphevelse av dagens skille mellom pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp. Komiteen er imidlertid bekymret for at de minst prioriterte pasientene vil få en frist som oppleves som så langt frem i tid at den ikke oppfattes som reell.

Komiteens medlemmer fra Høyre mener derfor at det er behov for en vurdering av om noen av disse pasientene heller bør komme i kategorien «ikke rett til nødvendig helsehjelp». Det bør også vurderes om det i tillegg bør tas i bruk mer differensierte egenandeler som et bedre prioriteringsverktøy i samsvar med Lønning-utvalgets anbefalinger. Disse medlemmer ber regjeringen ta disse problemstillingene inn i mandatet for det nye prioriteringsutvalget som er i ferd med å bli opprettet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at en slik løsning som Høyre skisserer, vil innebære at pasientene ikke får behandling i det hele tatt. Flertallet viser til at det foreliggende lovforslaget legger opp til kun to grupper, rett eller ikke rett. Flertallet viser til at det er behovet som avgjør.

Flertallet er imidlertid enig i at det må gjøres en vurdering på overordnet nivå om det er noen pasientgrupper som bedre kan ivaretas utenfor spesialisthelsetjenesten, istedenfor at de får frister med lang ventetid på sykehus. Flertallet viser til at i NOU 1997:18 «Prioriteringer på ny» vurderte Lønning-utvalget inntektsgraderte egenbetalinger, slik at de med høy inntekt betaler mer enn dem med lav inntekt. Utvalget uttalte;

«Ved første øyekast kan et slikt system virke fornuftig, men det er store vanskeligheter forbundet med å praktisere det. For det første vil systemet i seg selv være tungvint å administrere; pasienten må vise frem ligningsattesten før hun kan avkreves riktig egenbetaling. For det andre vil individuell årsinntekt ofte være en dårlig indikator på pasientens reelle betalingssevne. For det tredje vil inntektsavhengige egenbetalinger øke den reelle progresjon i beskatningen, særlig for dem som har et stort forbruk av legetjenester.»

Komiteen viser til at i merknadene til § 2-2 Rett til vurdering står det:

«I bestemmelsen brukes begrepet «spesialisthelsetjenesten». Med det menes den hel-offentlige spesialisthelsetjenesten.»

I merknadene til samme paragraf i Ot.prp. nr. 63 (2002–2003) står det følgende:

«Pasienten har et krav på at den offentlige helse-tjenesten 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.»

Komiteen er enig i at som hovedregel er det den heloffentlige spesialisthelsetjenesten som skal vurdere henvisningen, gi rett til nødvendig helsehjelp og fastsette frist for dette. Komiteen viser til at en slik absolutt avgrensning av spesialisthelsetjenesten ikke er omtalt under § 2-1, der kravet om fastsettelse av frist er hjemlet. I denne paragrafen er det imidlertid konkret omtalt at de regionale helseforetakene kan bestemme hvilke institusjoner som skal fastsette tidsfrist når pasienten er henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk.

Ut fra dette finner komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti det nødvendig å presisere at de regionale helseforetakene også konkret kan avtale med private sykehus og spesialister som har avtale med foretaket, at disse skal kunne vurdere henvisninger og fastsette frist for nødvendig helsehjelp, eksempelvis Lovisenberg Diakonale Sykehus som har driftsavtale med Helse Sør-Øst og er lokalsykehus for deler av Oslo.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at også private sykehus med driftsavtale kan tildele pasient- og brukerrettigheter, som for eksempel Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Flertallet viser til proposisjonens kap. 7.5.6 der det uttales at departementet tar sikte på å utrede spørsmålet om avtalespesialist skal kunne tildele pasient- og brukerrettigheter.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener regjeringens grep er positive, men likevel utilstrekkelige. Disse medlemmer viser til at selv om fristen for at henvisningen skal vurderes settes til 10 virkedager, har dette i realiteten ingen innflytelse på hvor raskt pasientene faktisk får konsultasjon og behandling. Disse medlemmer mener det er positivt at pasientene nå i større grad har rett på å få informasjon tidligere, men tror imidlertid at de fleste pasienter er mest opptatt av hvor raskt man faktisk får den behandlingen man har

behov for. Disse medlemmer mener derfor at den nye fristen ikke vil medføre vesentlig bedre tilbud for pasienter som har behov for behandling.

Disse medlemmer mener videre at omleggingen der man endrer dagens ordning med pasienter som er inndelt i kategorier med «rett til helsehjelp» og «ikke rett til helsehjelp» i stor grad er en teoretisk omlegging. Disse medlemmer mener det er sentralt at alvorlig sykdom blir prioritert først. Dette skal også etter omleggingen reguleres gjennom prioriteringsforskriften. Disse medlemmer mener dette i praksis betyr at helsetjenestens prioriteringer vil fortsette som i dag, og at pasientene vil merke minimal endring. Disse medlemmer legger derfor til grunn at lovforslaget heller ikke svekker prioriteringen av eksempelvis kreftpasienter slik Kreftforeningen gir uttrykk for at den frykter. Disse medlemmer deler derimot Kreftforeningens bekymring over at pasientgrupper som ikke er tydelig diagnostisert med kreft, kan falle lenger bak i prioriteringen. Disse medlemmer mener dette faktum nok en gang understreker behovet for et pakkeforløp innen kreftbehandling i tråd med Representantforslag 102 S (2012–2013) fra Fremskrittspartiet.

Disse medlemmer mener det er behov for en større gjennomgang av rettighetene til norske pasienter enn regjeringen legger opp til i denne proposisjonen. Disse medlemmer mener pasientrettighetene bør styrkes på flere områder. Disse medlemmer viser i denne sammenheng til at man i Danmark opererer med to ulike behandlingsgarantier. Den ene av garantiene er på én måned og gjelder eksempelvis for kreftpasienter og pasienter med alvorlig hjertesykdom. Den andre garantien gjelder øvrige pasienter som er garantert oppstart av behandling innen to måneder. Dersom denne fristen ikke overholdes, får pasientene tilbud om å velge behandling ved private institusjoner. I tillegg innføres det i Danmark i disse dager en ny garanti for forundersøkelser/diagnostisering på én måned. Disse medlemmer mener dette viser at det er mulig å styrke pasientrettighetene betraktelig også i Norge. Disse medlemmer mener det er på høy tid å gi norske pasienter tilsvarende rettigheter som man har i Danmark.

Disse medlemmer mener også det er grunn til å styrke pasientenes muligheter til å foreta valg gjennom fritt sykehusvalg basert på kvalitetsindikatorer og oppdaterte ventetider fremfor historiske data. Disse medlemmer mener dette vil styrke pasientenes muligheter til å foreta bevisste og gode valg i samråd med helsepersonell.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen innføre styrkede pasientrettigheter og kortere garanti for behandling etter dansk modell.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at med et slikt forslag blir det umulig å drive kostnadskontroll, og man får problemer med overbehandling. Man vil også få store helseforskjeller mellom de ulike delene av landet. Forslaget vil måtte innebære økt bruk av stykkpris i helsetjenesten. Vi vil se et voksende helsebyråkrati som skal godkjenne, kontrollere, og betale ut offentlige penger etter stykkpris. Forslaget vil by på de samme administrative utfordringene som land med forsikringsbaserte ordninger møter. Tall fra OECD viser at land med skattebaserte helsesystemer generelt sett bruker en lavere andel av helsebudsjettet til administrasjon sammenliknet med land med forsikringsbaserte ordninger.

Komiteen slutter seg til at retten til fritt sykehusvalg også skal omfatte private, radiologiske institusjoner som har avtale med regionale helseforetak.

Komiteen viser til at det i høringsutkastet også var omtalt muligheten for å utvide ordningen til å gjelde rehabiliteringsinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten som eies av regionale helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at departementet har startet arbeidet med å utrede hvilke organisatoriske, juridiske og økonomiske konsekvenser en slik utvidelse vil innebære.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at de fleste høringsinstansene var positive til en slik utvidelse, og finner ingen grunn til at dette skal utredes nærmere. Det vises til at det er flere av de foreslåtte endringene som krever ulike forutsetninger for at de skal tre i kraft. Disse medlemmer mener derfor at spesialisert rehabilitering bør løftes inn i loven og omfattes av ordningen med fritt sykehusvalg, og at dette trer i kraft når nødvendige tilpasninger er på plass.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter skal § 2-4 første ledd lyde:

Pasienten har rett til å velge på hvilket sykehus, distriktpsikiatrisk senter, på hvilken privat radiologisk institusjon, privat institusjon som tilbyr rehabili-

tering innen spesialisthelsetjenesten, eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk, eller behandlingssted i en slik institusjon, behandlingen skal foretas. Det er en forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak.»

Disse medlemmer legger til grunn at vurdering av henvisning til og innvilgelse av rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten foretas som i dag. Det er når en pasient er innvilget rehabiliteringsopphold, at retten til fritt valg av rehabiliteringsinstitusjon innenfor det fagområde som rehabiliteringen skal omfatte, inntreffer. Disse medlemmer viser til at dette innebærer at de rehabiliteringsinstitusjonene som har avtaler med regionale helseforetak, vil komme på listen på www.frittpsykehusvalg.no.

Disse medlemmer mener at de foreslåtte forbedringene av pasientrettighetsloven ikke er tilstrekkelige til å sikre pasienter raskere behandling og reduserte ventelister. Disse medlemmer mener at det bør innføres en ordning med fritt behandlingsvalg som omfatter alle pasienter med rett til behandling og vurdering, der pasientene som har fått vurdert sin henvisning og er innvilget rett til behandling, kan velge mellom offentlige, godkjente behandlingssteder. Innføring av en slik ordning vil kreve en rekke endringer i dagens lov og etablering av en ny finansieringsordning for offentlig godkjente private klinikker for behandlingen som foretas ut over avtalene med de regionale foretakene. Disse medlemmer vil komme tilbake med forslag om å igangsette utredning og etablering av en slik ordning etter stortingsvalget 2013.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at innføring av denne typen etterspørselsdrevet finansiering vil måtte føre til økt bruk av stykkpris i helsetjenesten. Flertallet mener at fritt behandlingsvalg vil føre til at en større del av helsebudsjettet vil måtte brukes på administrasjon istedenfor pasientbehandling, både for å godkjenne enkeltinstitusjoner for ulike behandlinger og for å godkjenne og vurdere hvert enkelt oppgjør. Helseforvaltningen vil møte mange av de samme administrative utfordringene som land med forsikringsbaserte ordninger. Tall fra OECD viser at land med skattebaserte helsesystemer generelt sett bruker en lavere andel av helsebudsjettet til administrasjon sammenliknet med land med forsikringsbaserte ordninger. En modell med fritt behandlingsvalg innebærer at det ikke lenger vil være noen kontroll av den samlede kapasiteten og kvaliteten. Det legges til grunn at etterspørselen etter helsetjenester vil øke kraftig dersom en slik ordning kombineres med fortsatt gratis helsetjenester. Det vil være svært vanskelig

å gi gode anslag over kostnader og andre konsekvenser av en slik ordning, spesielt på lang sikt. Flertallet mener at dagens modell med avtaler med regionale helseforetak innenfor de rammene Stortinget fastsetter, bør videreføres.

Komiteen viser til at i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a om pasientkoordinator står følgende:

«For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal det oppnevnes koordinator. Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere samt sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Koordinatoren bør være lege, men annet helsepersonell kan være koordinator når det anses hensiktsmessig og forsvarlig.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke oppgaver koordinatoren skal ha.»

Komiteen er bekymret for at denne lovbestemmelsen ikke følges tilstrekkelig opp av spesialisthelsetjenesten.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at det derfor er et behov for å vurdere ordlyden i bestemmelsen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at pasientkoordinatorordningen er så viktig for denne pasientgruppen at pålegget til tjenesten om å tilby ordningen bør ha et motsvar i pasientrettighetsloven, slik at ordningen også blir en individuell rett for pasientene. På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag til endring i pasientrettighetsloven slik at spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a om plikt for helsetjenesten til å opprette koordinator også blir en individuell rett for denne pasientgruppen til å få oppnevnt en koordinator.»

Forslag fra mindretall

Forslag fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti:

Forslag 1

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter skal § 2-4 første ledd lyde:

Pasienten har rett til å velge på hvilket sykehus, distriktpsikiatrisk senter, på hvilken privat radiologisk institusjon, privat institusjon som tilbyr rehabili-

tering innen spesialisthelsetjenesten, eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk, eller behandlingssted i en slik institusjon, behandlingen skal foretas. Det er en forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen foreslå en endring av lov om pasient- og brukerrettigheter der vedtatte frister for forløpstider for pasientbehandling gis tilsvarende rettigheter og plikter som den juridisk bindende fristen for nødvendig helsehjelp.

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen fremme forslag til endring i pasientrettighetsloven slik at spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a om plikt for helsetjenesten til å opprette koordinator også blir en individuell rett for denne pasientgruppen til å få oppnevnt en koordinator.

Forslag fra Fremskrittspartiet:

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen innføre styrkede pasientrettigheter og kortere garanti for behandling etter dansk modell.

Komiteens tilråding

Komiteens tilråding fremmes av en samlet komité med unntaket av tilrådingen til § 2-4 første ledd som fremmes av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet.

Komiteen viser til proposisjonen og merkningene og rår Stortinget til å gjøre slikt

vedtak til lov

om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.)

I

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter gjøres følgende endringer:

§ 2-1 b andre ledd skal lyde:

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal

i løpet av vurderingsperioden, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd, fastsette en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever. De regionale helseforetakene kan bestemme hvilke institusjoner som skal fastsette tidsfrist når pasienten er henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

§ 2-2 skal lyde:

§ 2-2 Rett til vurdering

Pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten, skal innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten, få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp, jf. § 2-1 b andre ledd. Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett til raskere vurdering. Dersom pasienten vurderes til å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal pasienten samtidig informeres om tidspunkt for når utredning eller behandling skal settes i gang.

Tidspunktet for oppstart av utredning eller behandling skal settes før fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis, jf. § 2-1 b andre ledd. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke kan gi pasienten et tidspunkt før fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis, eller tidspunktet senere må endres slik at fristen ikke overholdes, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte HELFO, jf. § 2-1 b fjerde ledd.

Pasienten skal opplyses om klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåten ved klage.

Henvissende instans skal gis samme informasjon som pasienten får etter første og andre ledd.

Spesialisthelsetjenesten kan uten hinder av taushetsplikten gi nødvendige helseopplysninger til HELFO dersom det er nødvendig for å sikre at pasienten får nødvendig helsehjelp innen forsvarlig tid, jf. andre ledd.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om tidspunktet etter første ledd og om at visse pasientgrupper skal ha rett til vurdering raskere enn innen 10 virkedager.

§ 2-4 første ledd skal lyde:

Pasienten har rett til å velge på hvilket sykehus, distriktpspsykiatrisk senter, privat radiologisk institusjon eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, eller behandlingssted i en slik institusjon, behandlingen skal foretas. Det er en forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak.

II

I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd skal § 5-24 a andre ledd bokstav c ledd lyde:

- c) vilkår for stønad, herunder *forhåndsgodkjenning* og krav til tjenesteyteren

III

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

§ 5-3 første ledd skal lyde:

Pasient som ikke har bosted i riket, skal dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene selv. *Før planlagt spesialisthelsetjeneste ytes, kan helseinstitusjonen eller tjenesteyteren kreve dokumentasjon på at pasienten kan dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene. Helseinstitusjonen eller tjenesteyteren skal sørge for at pasienten mottar en spesifisert regning som viser hvilke ytelser pasienten har mottatt, og hvilken pris som er beregnet for ytelsene.* Dersom pa-

sienten ikke kan dekke utgiftene selv, skal de dekkes av vedkommende helseinstitusjon eller tjenesteyter.

§ 5-3 nytt fjerde ledd skal lyde:

Departementet kan gi forskrift om beregning av behandlings- og forpleiningsutgifter som nevnt i første ledd.

IV

I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. skal § 11-2 andre ledd lyde:

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om vederlag for helse- og omsorgstjenester og stille krav om at det utstedes spesifisert regning til pasienten.

V

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

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 30. mai 2013

Bent Høie

leder og ordfører

