



Innst. 280 L

(2015–2016)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Prop. 61 L (2015–2016)

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

Til Stortinget

1. Sammendrag

1.1 Innledning

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

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

Proposisjonen gjør rede for gjeldende rett, herunder rett til vurdering, rett til nødvendig helsehjelp, rett til fritt behandlingsvalg og fristbrudd. Det redegjøres også for hvordan forvaltningen av tilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjonene er i dag.

I høringsnotatet om fritt rehabiliteringsvalg som ble sendt på høring 26. juni 2015, omtalte departementet forslaget om å endre pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 som fritt rehabiliteringsvalg. Det er dekkende i den forstand at forslaget gir pasienter som har behov for spesialisert rehabilitering, rett til å velge hvor den skal finne sted under gitte forutsetnin-

ger. Nå som pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 om fritt behandlingsvalg har trådt i kraft, blir det imidlertid forvirrende å bruke begrepet fritt rehabiliteringsvalg. Forslaget i proposisjonen handler om å utvide virkeområdet til fritt behandlingsvalg ved å åpne for at valget også skal omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionalt helseforetak. Departementet omtaler forslaget som «utvide retten til fritt behandlingsvalg til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner».

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

1.2 Private rehabiliteringsinstitusjoner – fritt behandlingsvalg

I Prop. 56 L (2014–2015) om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg) ble det lagt til grunn at det skulle sendes på høring et forslag om at private rehabiliteringsinstitusjoner også skal omfattes av retten til fritt behandlingsvalg. Det ble uttalt at det skulle gjennomføres en høring hvor man tok sikte på å oppheve unntaket som gjør at private rehabiliteringsinstitusjoner ikke er omfattet av fritt behandlingsvalg. I høringsnotatet av 26. juni 2015 foreslo derfor departementet en endring i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 slik at private rehabiliteringsinstitu-

sjoner som har avtale med et regionalt helseforetak kan bli en del av fritt behandlingsvalg.

Retten til fritt behandlingsvalg skal bidra til bedre utnyttelse av den totale kapasiteten i spesialisthelsetjenesten, redusere ventetider og øke valgfriheten for pasientene. Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal selv kunne velge hvor han eller hun vil behandles blant godkjente virksomheter – på det offentliges regning.

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

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

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

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

Forslaget innebærer at pasienter på henvisningstidspunktet kan velge private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale og vurderingskompetanse. Der-

som den private rehabiliteringsinstitusjon ikke har vurderingskompetanse, må henvisningen bli rettingstilt før pasienten kan velge den private institusjonen. Alle de fire regionene har opprettet vurderingsenheter som rettighetsvurderer henvisningen. Det normale vil derfor være at henvisningen sendes til vurderingsenheten før pasienten kan velge på hvilken rehabiliteringsinstitusjon helsehjelpen skal ytes.

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

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

1.3 Reiseutgifter og egenandeler

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

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

Det var få av høringsinstansene som hadde kommentarer til forslaget om reiseutgifter. Departementet foreslår derfor at pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 femte ledd oppheves, slik at fritt behandlingsvalg også skal omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak.

Det innebærer at reiseutgifter vil bli dekket etter reglene for fritt behandlingsvalg, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6.

Det er i dag opp til den enkelte institusjon å vurdere hvorvidt de ønsker å kreve pasientbetaling ved rehabilitering. Departementet foreslo ikke endringer på dette i høringsnotatet, og flere av høringsinstansene var negative til dette. Departementet fremholder at eventuelle endringer i dagens system vil måtte føre til endringer i forskrift om pasienters betaling for opphold i opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner. Dette forholdet er imidlertid ikke utredet, og forskriften er bl.a. av denne årsak heller ikke foreslått endret i forbindelse med forslaget om å innføre fritt rehabiliteringsvalg. Forslaget i proposisjonen om å utvide fritt behandlingsvalg til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner er ikke betinget av at det gjøres endringer i forskriften.

1.4 Enkelte tekniske endringer i andre lover

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

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

Departementet foreslår å endre spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 nr. 1 for å tydeliggjøre at departementet har adgang til i forskrift å bestemme at pasienter som mottar tjenester som er betalt av det offentlige skal kunne pålegges å betale for tjenestene. Hvorvidt helsetjenesten som betales av det offentlige ytes ved en «institusjon» eller annen organisatorisk enhet (for eksempel som ambulans behandling), eller om virksomheten har en offentlig eller privat eier, har ikke betydning for departementets adgang til å gi forskrift etter bestemmelsen.

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

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

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

Endring i helseberedskapsloven

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

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

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

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

Endringen ble foreslått som følge av at det var nødvendig å foreta tekniske og begrepsmessige endringer i en lang rekke lover når lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., skulle erstatte lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv.

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

1.5 Økonomiske og administrative konsekvenser

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

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

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

2. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Ruth Grung, Ingvild Kjerkol, Tove Karoline Knutsen, Torgeir Micaelsen og Freddy de Ruiten, fra Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud, lederen Kari Kjønås Kjos og Morten Wold, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Venstre, Ketil Kjenseth, viser til at Helse- og omsorgsdepartementet i denne proposisjonen foreslår at rett til fritt behandlingsvalg skal omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak. Komiteen peker på at dette er i tråd med det forslaget regjeringen Stoltenberg II la fram i Prop. 118 L (2012–2013) våren 2013, og som blant annet hadde som utgangspunkt Helsedirektoratets rapport fra 2012 om avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsfeltet.

Komiteen viser til at målet med retten til fritt valg av rehabiliteringssted er at den skal bidra til bedre utnyttelse av den totale kapasiteten i denne delen av spesialisthelsetjenesten, og dermed muliggjøre reduserte ventetider for pasientene. Videre bidrar lovendringen til økt valgmulighet for pasienten gjennom retten til å velge hvilken institusjon man skal behandles på. Samtidig peker komiteen på at mange høringsinstanser ved flere anledninger har vist til at flere helseforetak i stor grad har praktisert fri rett til valg av rehabiliteringssted i lengre tid. Komiteen mener derfor at lovendring på dette feltet som foreslått både i Prop. 118 L (2012–2013) og i Prop. 61 L (2015–2016) i stor grad samsvarer både med anvendt praksis på rehabiliteringsfeltet og også med holdninger og synspunkter som er spilt inn fra de aller fleste høringsinstanser.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet merker seg at propo-

sisjonen ikke legger opp til at private rehabiliteringsinstitusjoner på nåværende tidspunkt skal være en del av forskrift av 29. oktober 2015 nr. 1232 om slike virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten, men at det åpnes for at private rehabiliteringsinstitusjoner skal kunne innføres i godkjenningsordningen senere.

Disse medlemmer merker seg videre at hovedgrepet i den foreslåtte lovendringen dermed er identisk med den skisserte endringen for rehabiliteringsfeltet som ble lagt fram i Prop. 118 S (2012–2013). Disse medlemmer støtter dette.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, merker seg at proposisjonen legger opp til at private og ideelle rehabiliteringsinstitusjoner kan inngå i den nye godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg, men at rehabilitering på nåværende tidspunkt ikke er en del av forskrift av 29. oktober 2015 nr. 1232 om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til disse partiers kamp gjennom mange år for pasienters rett til fritt behandlingsvalg også når det gjelder tilbud om rehabilitering.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, støtter regjeringens forslag om at retten til fritt behandlingsvalg nå også skal omfatte ideelle og private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak, og at endringen også skal innebære at rehabilitering senere kan fases inn i den nye godkjenningsordningen som er en del av fritt behandlingsvalg. Flertallet viser til at regjeringen nå innfører en ny rettighet for pasienter. I dag kan pasienter velge rehabilitering på ulike offentlige sykehus, men har ikke rett til å velge fritt blant private rehabiliteringsinstitusjoner. Nå innføres en rett til å velge på nasjonalt nivå mellom både offentlige og private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med helseregionene.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at den rød-grønne regjeringen, senest i 2012, gikk imot forslag fra Høyre (Innst. 269 S (2011–2012), jf. Dokument 8:68 S (2011–2012)) om å innføre fritt rehabiliteringsvalg. Arbeiderpartiets helseminister Anne-Grethe Strøm-Erichsen begrunnet den rød-grønne regjeringens standpunkt i sitt brev til Stortingets helsekomité 28. mars 2012 med:

«Jeg mener det ikke er hensiktsmessig å innføre en ordning med fritt valg av tilbud i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner da dette ikke vil bidra til å sikre helhetlige og sammenhengende tjenester (...).»

Disse medlemmer viser videre til at representanter fra regjeringspartiene Arbeiderpartiet og Senterpartiet fulgte opp i stortingsdebatten med å understreke at man var imot fritt rehabiliteringsvalg. Arbeiderpartiets stortingsrepresentant Tove Karoline Knutsen uttalte:

«Et fritt rehabiliteringsvalg kan på sikt føre til at det kan bli vanskelig å opprettholde det mangfold av rehabiliteringsinstitusjoner i alle regioner, slik som vi ønsker. Vi er enige med Helse- og omsorgsdepartementet i at fritt valg innen private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner – tilnærmet likt det som praktiseres innenfor fritt sykehusvalg – ikke nødvendigvis sikrer pasientene helhetlige, tilpassede habiliterings- og rehabiliteringstjenester, fordi de fleste, som nevnt, trenger samhandling mellom ulike aktører og nivåer i rehabiliteringa.»

Senterpartiets stortingsrepresentant Kjersti Toppe uttalte:

«Vi kan vera enige om at mykje kan og må gjerast for å styrkja rehabiliterings- og habiliteringsområdet ytterlegare, men vi er ueinige i at det er hensiktsmessig å innføre ei ordning med fritt val av tilbud for å klara dette.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, mener den forrige regjeringen hadde mulighet til å innføre fritt behandlingsvalg for rehabilitering i forbindelse med Prop. 118 L (2012–2013), men at den rød-grønne regjeringen nok en gang utsatte dette i påvente av nye utredninger. Flertallet viser til merknader fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti i Innst. 388 L (2012–2013) om behovet for en fortgang i en slik innføring:

«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.»

Flertallet viser til at de samme partiene på denne bakgrunn fremmet forslag om en lovendring, som de daværende regjeringspartiene valgte å stemme imot:

«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, distriktspsykiatrisk senter, på hvilken privat radiologisk institusjon, privat institusjon som tilbyr rehabilitering 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.»

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener det hører med til historien at de rød-grønne partiene aldri har vært pådriver for å gi pasienter rettigheter og frie valg. Til tross for at pasientorganisasjonene har gått inn for disse endringene lenge, nettopp fordi pasientene veldig godt selv har en klar oppfatning om hvor de ønsker rehabilitering, og at det for et godt resultat er viktig å legge stor vekt på pasientens eget ønske.

Dette flertallet er derfor svært glad for at regjeringen, sammen med Kristelig Folkeparti og Venstre, fortsetter det viktige arbeidet med å sikre pasienters rettigheter, og nå innfører reell valgfrihet også innenfor rehabilitering. Frem til i dag har pasienter ikke hatt et rettslig krav på å få velge hvor helsehjelpen skal finne sted. Dette endrer stortingsflertallet nå ved å innføre en rett til å velge på nasjonalt nivå mellom både offentlige og private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med helseregionene. Noen helseregioner har praktisert denne valgfriheten allerede, nå endres dette til at alle pasienter får denne rettigheten, uavhengig av hvor de bor i landet.

Dette flertallet er opptatt av at helsetjenesten ikke bare har ansvar for å behandle sykdom og redde liv. Den har også ansvar for å gi folk mulighet til å mestre livet og være i aktivitet etter endt behandling. Styrking av rehabiliteringstilbudet med innføring av fritt behandlingsvalg slik regjeringen nå foreslår, vil gi flere mulighet til å komme raskere tilbake i samfunnsliv og arbeidsliv.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at det var på den rød-grønne regjeringens initiativ, som følge av Stortingets behandling av Prop. 118 L (2012–2013), at Helsedirektoratet april 2013 fikk i oppdrag å utrede mulige løsninger for å gi pasienter og brukere anledning til å velge hvor de skal motta opptrening og rehabilitering på spesialisthelsetjenestenivå. Direktoratet ble bedt om å beskrive ulike faglige problemstillinger, og utrede juridiske, organisatoriske og økonomiske konsekvenser. Svar på oppdraget kom i juni 2013. Et oppfølgingsoppdrag ble gitt i august 2013, og svar på dette oppdraget ble mottatt i april 2014.

Disse medlemmer er glad for at dagens regjering følger opp den rød-grønne regjeringens initiativ på dette området.

Disse medlemmer vil påpeke at mange av regionene har operert med betydelig grad av valgfrihet, selv om pasienten rettslig sett ikke har krav på å velge hvor rehabiliteringen skal foregå. For eksempel opererer Helse Sør-Øst RHF med valgfrihet for pasienten.

Disse medlemmer merker seg at regjeringspartiene fremdeles ikke ser ut til å forstå at fritt valg av behandlingssted har som en ufravikelig forutsetning at det finnes gode behandlingssteder over hele landet, dersom valgfriheten skal være reell for alle, uansett bosted. I den tidligere debatten om hvorvidt rehabilitering skulle være en del av ordningen med «fritt sykehusvalg», framholdt flere, blant annet enkelte mindre rehabiliteringsinstitusjoner, at man var bekymret over at en slik endring kunne rive grunnlaget unna det desentraliserte rehabiliteringstilbudet og føre til en uønsket sentralisering – og dermed dårligere tilbud innen rehabilitering til pasienter i distriktene. Det ble også understreket at dette igjen kunne føre til at den viktige samhandlingen mellom behandling og rehabilitering kunne bli skadelidende dersom dette ble gjeldende politikk. Disse medlemmer merker seg med interesse at slike problemstillinger også blir adressert i den foreliggende proposisjonen.

Disse medlemmer vil peke på at også mange som tidligere tok til orde for at rehabilitering burde inn i «fritt sykehusvalg», pekte på at man måtte skaffe bedre kunnskap om kvalitet og faglige forutsetninger ved de ulike rehabiliteringsinstitusjonene, slik at pasientenes valg kunne bli så kunnskapsbasert som mulig. Flere pekte på at det burde foretas en gjennomgang av det samlede rehabiliteringstilbudet, blant annet med forslag til ønsket funksjons- og ansvarsfordeling mellom spesialisert og kommunal rehabilitering. Et partssammensatt utvalg ble utnevnt av Helsedirektoratet for å gjøre dette arbeidet. Rapporten «Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet» kom i 2012 og dannet grunnlaget for den rød-grønne regjeringens videre arbeid med rehabiliteringsfeltet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at regjeringspartiene i sine nåværende merknader gjør et poeng av at daværende regjering valgte å ikke foreta lovendring på bakgrunn av et representantforslag fra Høyre, får etter disse medlemmers mening stå sin prøve.

Det er for øvrig fullstendig misforstått og totalt feilslått når regjeringspartiene påstår at de rød-grønne partiene ikke har gått i bresjen for pasienters ret-

tigheter og frie valg. Disse medlemmer vil bemerke at dette raskt kan motbevises ved å peke på de sakene som er fremmet av de rød-grønne partiene ved ulike anledninger. Det var for det første regjeringen Stoltenberg I som innførte «fritt sykehusvalg» i 2001. Regjeringen Stoltenberg II satte også i gang den første kvalitets- og pasientsikkerhetskampanjen noensinne, noe som resulterte i et sterkere fokus på kvalitet i helsetjenesten sett fra pasientens ståsted. Den første stortingsmeldingen om temaet kom også på rød-grønn vakt, Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester. Regjeringen Stoltenberg II la fram Prop. 100 L (2012–2013), som foreslo lovendringer for å styrke pasienters, brukeres og pårørendes stilling i tilsynssaker og ved uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten. Lovendringene innebar at pasienter, brukere og pårørende fikk innsyns- og uttalerett i utredningsfasen, dvs. i tilsynssaker som behandles av Fylkesmannen, og i saker hvor Statens helsetilsyn mottar varsel om alvorlige hendelser etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. Lovendringene skulle også bidra til å tydeliggjøre pårørendes rett til å anmode om Fylkesmannens vurdering av pliktbrudd og pårørendes rett til informasjon. Det var også regjeringen Stoltenberg II som i Prop. 118 L (2012–2013) foreslo å innlemme røntgen- og laboratorietjenester i ordningen med «fritt sykehusvalg», og samtidig startet et arbeid med samme lovendring for rehabilitering, et arbeid som for øvrig den framlagte Prop. 61 L (2015–2016) tar utgangspunkt i.

Disse medlemmer noterer med interesse at høyresidens definisjon av «rettigheter» og «frie valg» må kunne sies å være noe snever. Foruten at rettferdig fordeling og likeverdige tjenester over hele landet er en forutsetning for like rettigheter og muligheter, vil disse medlemmer trekke fram den rød-grønne regjeringens satsing på tydelige strategier for å fremme IKT i helse- og omsorgssektoren. Dette har vært helt avgjørende for pasienters og brukeres muligheter for innsyn i og kunnskap om egne helse-data, som forutsetning for både å kunne ta kvalifiserte valg for egen helse og for å kommunisere bedre med helsetjenesten. Det kan i den forbindelse være verdt å nevne at høyrepartiene la for dagen direkte motstand mot mye av det viktige arbeidet som den rød-grønne regjeringen gjorde på dette feltet i forrige periode.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet mener for øvrig at regjeringspartiene burde være langt mer opptatt av at regjeringen i den foreliggende proposisjon med all tydelighet viser hvor uklar og forvirrende regjeringens kommunikasjon rundt ordningen med «fritt behandlingsvalg» er. «Fritt sykehusvalg» heter nå

«fritt behandlingsvalg», noe som i utgangspunktet er uproblematisk. Men når regjeringen samtidig later som om «fritt behandlingsvalg» gir helt andre rettigheter for pasientene enn «fritt sykehusvalg», blir dette både feilaktig og villedende. Forskrift av 29. oktober 2015 nr. 1232, som definerer det som skal være innholdet i «fritt behandlingsvalg», er som disse medlemmer før har bemerket, kun innrettet på å gi rettigheter til de private aktørene som angivelig skal kunne behandle pasienter på det offentlige regning, uten avtale med et helseforetak. Pasientenes rettigheter er i realiteten som før, slik den rød-grønne regjeringen foreslo i Prop. 118 L (2012–2013), og som ble vedtatt i Stortinget.

Disse medlemmer reagerte i 2012 på at opposisjonen, altså dagens regjeringspartier, tilsynelatende var mer opptatt av å innføre en lovfestet rett til å velge private tilbydere enn å kreve en reell satsing og opptrapping på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet.

Disse medlemmer slutter seg til de foreslåtte endringene i pasient- og brukerrettighetsloven, slik at retten til fritt behandlingsvalg skal omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionalt helseforetak. Disse medlemmer støtter ikke intensjonen om at rehabilitering på sikt skal innføres i den nye godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg. Disse medlemmer viser til at Helse direktoratet i høringsrunden uttalte at de:

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

Disse medlemmer merker seg at regjeringen for øvrig antar at de økonomiske konsekvensene av forslaget vil bli små, og at departementet derfor legger til grunn at eventuelle endringer i kostnader til reiseutgifter håndteres innenfor gjeldende budsjettammer. Disse medlemmer viser til at denne lovendring i seg selv dermed ikke vil styrke rehabiliteringsfeltet. Disse medlemmer forutsetter at den nødvendige økonomiske styrkingen av rehabiliteringsfeltet kommer i den varslede opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering.

Disse medlemmer merker seg at regjeringen heller ikke foreslår at røntgen- og laboratorietjenester skal omfattes av den nye forskriften for «fritt behandlingsvalg», men at dette vil følge gjeldende rett uten forankring i den aktuelle forskrift. Disse medlemmer er fornøyd med det.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at regjeringspartiene i merknader henter fram enkelte sitater fra dette medlem i debatten til Dokument 8:68 S (2011–2012), tatt ut av sin sammenheng. I nevnte stortingsdebatt i 2012 la dette medlem vekt på at Riksrevisjonens rapport om rehabilitering viste veldig stor variasjon mellom regionene når det gjaldt tallet på pasienter som får rett til fysikalsk medisin og rehabilitering. I 2010 fikk 1 prosent av pasientene innen fysikalsk medisin og rehabilitering ved Sykehuset Telemark rett til nødvendig helsehjelp. Til sammenlikning fikk 90 prosent av pasientene ved Helse Førde slik rett. Dette medlem pekte på at dersom man på et slikt grunnlag skal innføre rett til fritt rehabiliteringsvalg, vil det like fullt slå skeivt ut, og ikke være det tiltaket som sikret pasienter like rettigheter. Dette medlem presiserte i debatten at Senterpartiet mener at private rehabiliteringsinstitusjoner er en viktig ressurs i rehabiliteringsarbeidet, at de er et viktig supplement til det offentlige helsevesenet, og at de fremdeles skal ha en sentral plass. Dette medlem presiserte også at habilitering og rehabilitering er en prosess der det er viktig at ulike aktører deltar, også aktører i andre sektorer enn helsesektoren, eksempel er opplærings-etaten og Nav. Dette medlem viser til at enkelte høringsinstanser problematiserer dette også i dag, og viser til Sykehuset Telemark HF sin påpekning om dette i høringen til denne sak:

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

Komiteen viser til at ideelle og private aktører i dag utgjør en stor andel av kapasiteten for rehabilitering. De regionale helseforetakenes kjøp fra private aktører var i 2015 på om lag 1,5 mrd. kroner. Komiteen støtter prinsippet om brukers medvirkning i behandlingsvalg og er positiv til det store innslaget av ideelle og private aktører i sektoren. I den videre utviklingen av sektoren er det viktig at det tas et tydeligere nasjonalt grep om standardisering av rehabiliteringsforløp for store diagnosegrupper. I tillegg er det viktig å sikre rammevilkår for aktørene og sikre at tilbud har en viss kontinuitet, slik at brukerne faktisk kan orientere seg og ta kvalifiserte valg i samråd med sin fastlege eller kontaktlege i sykehus. I dag praktiseres det ulike avtalevilkår overfor private aktører mellom de regionale helseforetakene, som setter det økonomiske grunnlaget for en del av de private aktørene på prøve. Over tid er dette ikke en bærekraftig forvaltning av kompetanse og kapasitet i sektoren og vil på sikt kunne utfordre anledningen for brukerne til å ha reelle valg.

3. Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til proposisjonen og rår Stortinget til å gjøre slikt

vedtak til lov

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

I

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

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

II

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

§ 2-4 femte ledd oppheves.

Nåværende § 2-4 sjette ledd blir § 2-4 femte ledd.

III

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

§ 1-3 første ledd bokstav a skal lyde:

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

§ 1-3 andre ledd skal lyde:

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

IV

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

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 12. mai 2016

Kari Kjønås Kjos

leder

Tove Karoline Knutsen

ordfører