

# Høringsnotat – fritt rehabiliteringsvalg

## Innhold

1	Innledning.....	4
2	Gjeldende rett .....	5
2.1	Innledning .....	5
2.2	Rett til vurdering .....	5
2.3	Rett til nødvendig helsehjelp .....	6
2.4	Rett til fritt behandlingsvalg .....	7
2.5	Fristbrudd.....	9
2.6	Forsvarlighetskravet.....	10
3	Dagens system .....	12
3.1	Innledning .....	12
3.2	Vurdering av henvisninger.....	12
3.3	Vurderingsenheter.....	12
3.3.1	Henvisninger fra helseforetak til private rehabiliteringsinstitusjoner .....	13
3.4	Dagens praksis hva gjelder valg av rehabiliteringsinstitusjon i en annen region	13
3.5	Reiseutgifter .....	14
3.6	Egenandeler ved rehabiliteringsopphold.....	14
3.7	Ordningen med gjestepasientoppgjør.....	15
4	Helsedirektoratets forslag – rapport IS-2178 Fritt valg av rehabiliteringsinstitusjon	16
4.1	Innledning .....	16
4.2	Anbefaling.....	16
4.2.1	Anbefalt modell for fritt valg – (grundig modell) fritt valg på tvers av regioner mellom tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner.....	16
4.2.2	Alternativ modell 1 – (grundig modell) fritt valg på tvers av regioner mellom tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner og rehabiliteringstilbud i helseforetak	17
4.2.3	Alternativ modell 2 – (enklere modell) fritt valg på tvers av regioner mellom tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner.....	17
4.2.4	Alternativ modell 3 (enklere modell) – fritt valg på tvers av regioner mellom tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner og rehabiliteringstilbud i helseforetak	18

4.3	Øvrige anbefalinger.....	18
4.3.1	Rettighetstildeling ved fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon.....	18
4.3.2	Avtaler mellom regionale helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner	18
4.3.3	Begrensninger i retten til fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon ...	19
4.3.4	Reiseutgifter, egenandeler og gjestepasientoppgjør .....	19
4.4	Særmerknader til rapporten.....	19
5	Departementets vurderinger og forslag .....	21
5.1	Private rehabiliteringsinstitusjoner – fritt behandlingsvalg .....	21
5.2	Reiseutgifter og egenandeler.....	23
6	Økonomiske og administrative konsekvenser .....	24
7	Forslag til lov.....	25

# 1 Innledning

I april 2013 fikk Helsedirektoratet i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet 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.

I prosjektet etablerte direktoratet en intern referansegruppe, en ekstern arbeidsgruppe og en ekstern referansegruppe. Den eksterne referansegruppen var sammensatt av representanter for de private rehabiliteringsinstitusjonene, brukerorganisasjonene, profesjonsorganisasjoner og kommunene. Helsedirektoratet overleverte rapporten til Helse- og omsorgsdepartementet den 16.04.14.

Siden denne rapporten ble overlevert departementet er fritt behandlingsvalg blitt vedtatt av Stortinget. Private rehabiliteringsinstitusjoner er ikke en del av fritt behandlingsvalg, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 femte ledd. Rettslig har derfor pasienter i dag ikke rett til å velge private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak eller er godkjent etter forskrift om fritt behandlingsvalg.

I Prop. 56 L om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg) ble det uttalt at departementet tok sikte på å gjennomføre en høring i 2015 hvor man tok sikte på å oppheve unntaket i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 femte ledd.

I dette høringsnotatet 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 imidlertid en forutsetning for å kunne bruke det frie valget at leverandøren kan gi det tilbudet som pasienten har behov for.

## 2 Gjeldende rett

### 2.1 Innledning

I den følgende beskrivelsen av gjeldende rett vil departementet presisere at de vedtatte endringene i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven, jf. Prop. 118 L. (2012-2013) endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.) og Prop. 56 L (2014-2015) endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg), legges til grunn for fremstillingen av beskrivelsen av gjeldende rett. Dette selv om ikke alle lovendringene har trådt i kraft.

### 2.2 Rett til vurdering

Det er viktig å skille mellom de to ulike rettslige stadiene i et pasientforløp. Det første stadiet er vurderingsperioden. Denne må ikke forveksles med fristen for når helsehjelp senest skal gis, som er det andre rettslige stadiet i pasientforløpet. Fristen for når helsehjelp senest skal starte, skal settes i løpet av vurderingsperioden.

Retten til vurdering har to hovedformål; for det første skal spesialisthelsetjenesten raskt vurdere og prioritere henvisningene slik at alvorlig syke pasienter sikres rask helsehjelp. For det andre skal det gis en rask tilbakemelding til pasient og henvisende lege om hvordan pasientens problemer blir tatt hånd om.

Pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten skal innen 10 virkedager få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke. Det innebærer at spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager skal ha foretatt en vurdering basert på henvisningen av om pasienten har behov for videre utredning eller behandling. Retten til vurdering gjelder enhver pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten. Rett til utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten avhenger av utfallet av vurderingen.

Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett til raskere vurdering enn 10 virkedager. Grensen mellom øyeblikkelig hjelp og nødvendig helsehjelp er ikke alltid klar, men pasienter skal prioriteres ut fra en helsefaglig vurdering av alvorlighets- og hastegrad. Det innebærer at pasienter som henvises ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, skal prioriteres raskere enn pasienter hvor henvisningen tilsier at tilstanden er mindre alvorlig.

Dersom vurderingen tilsier at pasienten har behov for helsehjelp, og dermed rett til nødvendig helsehjelp, skal pasienten samtidig informeres om tidspunktet for når utredning eller behandling skal settes i gang. Det innebærer at når spesialisthelsetjenesten skal svare på en henvisning, er det to muligheter. For det første kan pasienten få beskjed om at vedkommende er vurdert til ikke å ha rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. I et slikt tilfelle skal pasienten i svarbrevet informeres om sine klagemuligheter etter § 7-2, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 om pasientens og brukerens rett til informasjon. For det andre kan pasienten få beskjed om at vedkommende

er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. I brevet til pasienten skal det da opplyses om tidspunktet for når pasienten skal møte opp, og innen hvilken frist pasienten senest skal få helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd. Tidspunktet for oppmøte skal i de tilfellene hvor det er mulig, være en dato og klokkeslett (time). Tidspunktet det informeres om bør i alle tilfeller ikke overskride et tidsintervall på en uke.

Det innebærer at pasienten i samme svarbrev vil få to tidspunkter å forholde seg til. Det er imidlertid avgjørende at det kommer frem at det første tidspunktet er det tidspunktet pasienten fysisk skal møte opp enten til utredning eller behandling, og at det andre tidspunktet er en juridisk frist som innebærer at hvis denne oversittes har pasienten krav på utredning eller behandling uten opphold.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd at tidspunktet for oppstart av utredning eller behandling skal settes før fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis. Dersom spesialisthelsetjenesten må endre tidspunktet for oppmøte som er formidlet til pasienten, skal det umiddelbart gis et nytt tidspunkt til pasienten. Også ved et endret tidspunkt kan dette naturligvis heller ikke settes etter at fristen for når helsehjelp skal mottas er gått ut.

## **2.3 Rett til nødvendig helsehjelp**

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Begrepet ”nødvendig helsehjelp” tilsier at pasienter har krav på nødvendig helsehjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell vurdering av behov. Det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig helsehjelp. Omfang og nivå må derfor vurderes konkret. Det avgjørende må være pasientens behov ut fra en helsefaglig vurdering.

Pasienten skal tildeles en rett til nødvendig helsehjelp dersom en helsefaglig vurdering tilsier at vedkommende pasient har behov for spesialisthelsetjenester. Det er følgelig ikke pasientens egen oppfatning av behov som skal avgjøre om vedkommende har rett eller ikke, men en konkret individuell helsefaglig vurdering av behov.

Selv om en pasient har et rettskrav på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten betyr ikke det at vedkommende i utgangspunktet har krav på en bestemt type tjeneste eller helsehjelp på et bestemt nivå. Dersom en pasient har krav på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er det sykehuset som må vurdere og beslutte hva slags helsehjelp som skal tilbys, ut fra det tilbudet og de ressursene som foreligger.

Det ligger i kravet til ”nødvendig helsehjelp” at det også må foreligge et rimelig forhold mellom kostnadene ved utredning eller behandling og den forbedringen av pasientens helsetilstand den eventuelle helsehjelpen kan forventes å gi. Det innebærer at helsehjelpen skal være dokumentert effektiv, og at det skal foreligge vitenskapelig dokumentasjon for at pasientens tilstand kan forbedres som følge av behandling i spesialisthelsetjenesten. Det skal videre være et rimelig forhold mellom kostnadene og den forbedring av pasientens helsetilstand behandlingen forventes å gi. Det ligger med andre ord innebygd en

kost/nytte-vurdering i vurderingen av hva som er å anse som ”nødvendig helsehjelp” fra spesialisthelsetjenesten. Dette kravet er nærmere spesifisert i prioriteringsforskriften.

Spesialisthelsetjenesten står imidlertid ikke helt fritt. Formålsbestemmelsene i spesialisthelsetjenesten og pasient- og brukerrettighetsloven er utgangspunktet, og det skal tas hensyn til pasientens ønsker og synspunkter. Forsvarlighetskravet innebærer også at dersom en bestemt type tjeneste er eneste alternativ for å yte et forsvarlig tilbud til pasienten, har vedkommende pasient også et rettskrav på den bestemte tjenesten.

Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal settes i løpet av vurderingsperioden, dvs. innen 10 virkedager. Den juridiske fristen skal settes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever. Det innebærer at alle pasienter skal få en konkret juridisk frist for når helsehjelpen senest skal settes i gang. Det er viktig å understreke at fristen ikke bare gjelder behandling, men også utredning. Hvorvidt man har krav på frist til utredning eller behandling avhenger av om pasientens tilstand er avklart eller uavklart. Det må derfor skilles mellom pasienter med avklart og uavklart helsetilstand. Dersom man i løpet av vurderingsperioden kommer frem til hva slags behandling pasienten har behov for, vil pasientens tilstand anses som avklart. Fristen skal da settes til når behandling senest skal gis, og den individuelle fristen vil være oppfylt når helsehjelp i form av behandling er påbegynt. I de tilfellene hvor pasientens helsetilstand ikke avklares i løpet av vurderingsperioden, vil aktuell helsehjelp være utredning. Fristen skal da settes til når utredning senest skal igangsettes, og fristen vil være oppfylt når helsehjelp i form av utredning er igangsatt før fristen er gått ut.

For at fristen skal anses som oppfylt, må en reell utredning eller behandling være påbegynt. Fristen oppfylles for eksempel ikke ved å sette opp en time for dialog med pasienten.

Når helsehjelpen igangsettes skal pasienten, selv om det ikke settes juridiske frister for det videre forløp, ha et forsvarlig pasientforløp. Forsvarlighetskravet gjelder hele pasientforløpet, og pasienten skal utredes og behandles innen forsvarlig tid selv om det ikke er lovregulerte frister for forløpet etter oppstart.

Fristen skal settes på grunnlag av en konkret helsefaglig vurdering av den enkelte pasient. Pasienten har rettskrav på at det fastsettes en frist og spesialisthelsetjenesten har en korresponderende plikt til å fastsette fristen. Den fristen som fastsettes er avgjørende for når pasienten kan kreve oppfyllelse av den materielle rettigheten, eventuelt rett til å velge nytt behandlingssted dersom fristen brytes. Fristen kan ikke settes til et senere tidspunkt enn når medisinsk forsvarlighet krever at pasienten gis nødvendig helsehjelp.

Dersom det skulle vise seg at pasienten trenger helsehjelp på et tidligere tidspunkt, for eksempel fordi helsetilstanden har forverret seg, følger det av kravet til forsvarlighet at pasienten skal ha helsehjelp på et tidligere tidspunkt.

## **2.4 Rett til fritt behandlingsvalg**

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 gir pasienter rett til fritt behandlingsvalg. Bestemmelsen regulerer både pasientenes rett til å velge hvor henvisningen skal sendes og

hvor helsehjelpen skal finne sted. Retten til å velge gjelder alle pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten, og gjelder i utgangspunktet hele landet. Retten skiller ikke på institusjonstype, og i utgangspunktet gjelder rettigheten alle typer virksomheter. Et grunnleggende vilkår for valgretten er at virksomheten som velges kan gi pasienten det tilbudet som pasienten har behov for. Informasjon om hvilke virksomheter pasientene kan velge fremgår på nettsiden [helsenorge.no](http://helsenorge.no).

Retten til fritt behandlingsvalg gjelder i forbindelse med planlagt undersøkelse og/eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Pasienten kan bruke retten på de forskjellige trinnene i helsehjelpen. Vurderingen av pasientens helsetilstand kan skje ved en virksomhet, og behandlingen ved en annen. Pasienten kan også velge ulike behandlinger i et helseforetak. Hvis et helseforetak består av flere geografisk atskilte behandlingssteder/sykehus, kan pasienten velge behandlingssted innenfor helseforetaket.

I øyeblikkelig hjelp-situasjoner har pasienten ikke rett til å velge. Når øyeblikkelig hjelp-situasjonen er opphørt, har imidlertid pasienten rett til fritt behandlingsvalg på vanlig måte.

Utgangspunktet og hovedregelen er at pasienter skal prioriteres likt, uavhengig av bosted. Det er ett unntak fra dette utgangspunktet. De regionale helseforetakene har plikt til å sørge for et tilbud til innbyggerne i egen helseregion, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Hvis et helseforetak må prioritere rettighetspasienter fra egen helseregion for å oppfylle sitt sørge-for-ansvar, kan helseforetaket nedprioritere og/eller avvise pasienter fra andre helseregioner. For å benytte denne unntaksregelen må helseforetaket sannsynliggjøre at det ved å motta den aktuelle pasienten vil stå i fare for ikke kunne oppfylle sin forpliktelse til å yte behandling innen fristen til rettighetspasienter fra egen region.

Det fremgår av § 2-4 første ledd at pasienter gis rett til å velge hvilken offentlig eller privat virksomhet henvisningen skal sendes til og vurderes ved. Valgretten omfatter bare virksomheter som har rett til å tildele pasient- og brukerrettigheter. Det vil si at virksomheten kan vurdere henvisningen og gi pasienten rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og en individuell juridisk frist dersom en helsefaglig vurdering tilsier at pasienten har behov for spesialisthelsetjeneste og vilkårene for dette er oppfylt, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd.

Dersom virksomheten pasienten ønsker å få behandling hos, ikke har kompetanse til å tildele pasient- og brukerrettigheter, kan ikke henvisningen sendes dit. Det er altså et krav om at virksomheten kan vurdere henvisningen og gi pasienten rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og individuell frist for når helsehjelpen skal gis. Alle offentlige virksomheter har i utgangspunktet denne kompetansen. For private virksomheter må kompetansen til å tildele pasient- og brukerrettigheter være delegert fra et regionalt helseforetak, eller virksomheten må være gitt slik kompetanse i forskrift, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b åttende og niende ledd. Dersom en privat virksomhet som har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift om fritt behandlingsvalg, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 4-3, ikke har vurderingskompetanse, kan pasienten først velge en slik virksomhet etter at pasienten er rettighetsvurdert, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 andre ledd.



Det er ett unntak fra hovedregelen om at virksomheten som velges må ha vurderingskompetanse. For private radiologiske virksomheter vil det ikke være aktuelt å vurdere pasientens behov for spesialisthelsetjeneste og gi individuell juridisk frist. Disse virksomhetene gir svar på prøver, bildediagnostikk osv. som skal brukes for å vurdere forløp. Slike virksomheter kan derfor velges på ethvert tidspunkt i forløpet dersom pasienten har en henvisning til radiologiske tjenester. Det er imidlertid et krav om at den private radiologiske virksomheten har en avtale med et regionalt helseforetak. Private radiologiske virksomheter som ikke har avtale med et regionalt helseforetak kan ikke velges dersom pasienten ikke ønsker å betale full pris for tjenesten.

Det følger av § 2-4 andre ledd at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten har rett til å velge ved hvilken offentlig eller privat virksomhet helsehjelpen skal ytes. Retten gjelder alle offentlige virksomheter, og private virksomheter som enten har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3. Etter at pasienten er vurdert til å ha rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og har fått tildelt en individuell juridisk frist, har pasienten dermed rett til å velge blant flere private virksomheter enn på henvisningstidspunktet, jf. første ledd.

Når pasienten er rettighetsvurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, kan pasienten altså velge å motta helsehjelpen ved private virksomheter som ikke har vurderingskompetanse. Vilkåret for å velge disse er at virksomheten enten har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift gitt med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3.

Det fremgår av § 2-4 tredje ledd at pasienten ikke kan velge behandlingsnivå. Retten til fritt behandlingsvalg innebærer altså ikke en rett til å velge mer spesialisert behandling enn det pasienten er henvist for. Det er virksomheten som vurderer henvisningen som avgjør hvilket behandlingsnivå pasienten har behov for, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 b og 2-2.

I femte ledd unntas private rehabiliteringsinstitusjoner fra valget etter første og andre ledd.

## **2.5 Fristbrudd**

Pasienten har rett til å få et tidspunkt for oppmøte i spesialisthelsetjenesten og en juridisk frist for når helsehjelpen senest skal settes i gang. Tidspunktet for oppmøte skal settes før den juridiske fristen er gått ut. Spesialisthelsetjenesten kan selvfølgelig ikke planlegge uforsvarlige pasientforløp. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke klarer å finne et tilbud til pasienten innenfor den juridiske fristen for når helsehjelp senest skal gis, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte HELFO. Denne meldeplikten gjelder altså ikke bare ved fristbrudd, men allerede når sykehuset ser at fristen ikke kan overholdes.

Dersom spesialisthelsetjenesten må kontakte HELFO, skal deretter HELFO kontakte pasienten for å høre om vedkommende er interessert i å få et alternativt tilbud gjennom HELFO. I de tilfellene hvor HELFO ikke får tak i pasienten, må HELFO likevel starte

arbeidet. Det er imidlertid pasienten som skal ta stilling til om han eller hun ønsker å benytte seg av det tilbudet HELFO fremskaffer. Det innebærer at HELFO på et eller annet tidspunkt må etablere en kontakt med pasienten, slik at pasienten kan gi uttrykk for hva han eller hun ønsker.

Pasienten står altså fritt til å velge om han eller hun ønsker å benytte seg av det tilbudet HELFO fremskaffer eller bli stående på venteliste hos det opprinnelige sykehuset. Sykehuset må imidlertid informere pasienten om konsekvensene av å bli stående på venteliste, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. En pasient som velger ikke å benytte seg av HELFO sitt tilbud, vil kunne oppleve å få uforsvarlig helsehjelp da fristen for når helsehjelp senest skal gis i disse tilfellene vil være gått ut. Det er ikke dermed sagt at det vil være helsefaglig uforsvarlig å bli stående på venteliste i alle tilfeller. Den juridiske fristen settes på et tidlig tidspunkt i pasientforløpet, og ut fra et ”verste-fall-scenario”. Det kan derfor tenkes at situasjonen har endret seg i løpet av pasientforløpet slik at det ikke nødvendigvis er helsefaglig uforsvarlig å få helsehjelp etter at fristen er gått ut.

## 2.6 Forsvarlighetskravet

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

I Ot.prp. nr. 10 (1998-99) om lov om spesialisthelsetjenesten m.m. punkt 5.3 redegjøres det for behovet for å ta forsvarlighetsstandarder inn i loven og for nyanser i fortolkningen mellom helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Det uttales blant annet:

”Forsvarlighetsnormen i § 2-3 har således et mer helhetlig utgangspunkt enn forsvarlighetsbestemmelsen i helsepersonelloven. Situasjonsbetingede eller subjektive forhold kan medføre at involvert helsepersonell ikke anses å ha overtrådt forsvarlighetsbestemmelsene, med de sanksjonstiltak som dette kan utløse. I slike tilfeller vil likevel den forsvarlighetsnorm som i § 2-3 er knyttet til selve institusjonen og helsetjenesten kunne anses overtrådt”

Lovbestemmelsen innebærer følgelig en presisering av at innholdet i tjenesten skal være forsvarlig når pasienten blir tilbudt eller mottar den. Bestemmelsen understreker eieres og ledes ansvar for å sikre at tjenesten som tilbys er i samsvar med den minstestandard som forsvarlighetskravet angir.

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger.

Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Disse normene utgjør kjernen i

forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Det vil si de konkrete vurderingene av hvor store avvik fra god praksis som kan aksepteres før avviket medfører at tjenesten blir uforsvarlig.

Mellom god praksis, og forsvarlighetskravets nedre grense, vil det være rom for at tjenesteyteren kan utøve skjønn. Det følger imidlertid av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer er et eksempel på publikasjoner om hva som er god praksis. Der beskrives tiltak og løsninger basert på oppdatert, anerkjent faglig kunnskap. Retningslinjene angir hvordan praksis bør være. Av standardteksten i retningslinjene fremgår det at de er ment som et hjelpemiddel ved de avveiningene tjenesteyterne må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten, og at valg av løsninger som i vesentlig grad avviker fra retningslinjene bør begrunnes og dokumenteres. For TSB (tverrfaglig spesialisert behandling) og psykisk helsevern finnes det i tillegg veiledere som fungerer normerende.

Det å sørge for forsvarlige tjenester er en kontinuerlig prosess som fordrer at virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring. Det kan for eksempel komme nye faglige retningslinjer eller annen ny fagkunnskap som virksomheten må ta stilling til og vurdere hvordan skal implementeres.

Mange situasjoner der det kan oppstå svikt er alminnelig kjent i fagmiljøene, andre vil være knyttet til forhold ved den aktuelle virksomheten. Forsvarlig virksomhetsstyring fordrer derfor også at det arbeides systematisk med å avdekke situasjoner der det har oppstått eller kan oppstå svikt, mangler eller uønskede hendelser for så å iverksette tiltak for å forebygge at de samme situasjonene oppstår igjen.

Eier og ledelse skal skape rammebetingelser og organisatoriske løsninger som reduserer sannsynligheten for menneskelig svikt og begrense skadevirkningene. Uklarhet og usikkerhet om organisering og fordeling av ansvar og oppgaver mellom ulike enheter og enkeltpersoner er en hyppig årsak til svikt i tjenestene. Ett sentralt element i forsvarlig virksomhetsstyring vil derfor være å etablere nødvendige rutiner for utførelse av forskjellige arbeidsoppgaver, samarbeid, informasjonsflyt og dokumentasjon.

## **3 Dagens system**

### **3.1 Innledning**

I dette kapittelet redegjøres for hvordan forvaltningen av tilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjonene er i dag, med fokus på:

- Rutiner for henvisning av pasienter til de private rehabiliteringsinstitusjonene
- Dagens muligheter for valg av rehabiliteringsinstitusjon utenfor egen region
- Dagens pasientstrømmer på tvers av regionene
- Dekning av reiseutgifter
- Betaling av egenandeler
- Gjestepasientoppgjørsordningen
- Dagens avtaler og avtalenes lengde
- Den historiske utviklingen på feltet
- Dagens faglige tilbud

Fremstillingen i dette kapittelet er basert på rapport IS-2178 Fritt valg av rehabiliteringsinstitusjon fra Helsedirektoratet.

### **3.2 Vurdering av henvisninger**

Litt i underkant av halvparten av pasientene som får rehabilitering på en privat rehabiliteringsinstitusjon er henvist fra fastlegen. Disse henvisningene må vurderes i løpet av maksimalt 30 dager (etter ny lovbestemmelse – 10 dager) fra henvisningen er mottatt.

Rapport IS-1947 Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet gir i del to også en indikasjon på hvilke rehabiliteringsoppgaver som naturlig hører inn under henholdsvis kommune og de private rehabiliteringsinstitusjonene.

Det er også mulig å få rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner ved henvisning fra øvrig spesialisthelsetjeneste. Litt over halvparten av den totale pasientmassen i disse institusjonene kommer inn på denne måten. Som hovedregel skal det da ikke foretas noen ny rettighetsvurdering eller fristfastsettelse. Pasienten anses å være i et forløp i spesialisthelsetjenesten der rettighetsvurdering allerede er utført og der videre henvisninger og ventetider behandles ut fra kravet om medisinsk forsvarlighet. Svaret på rettighetsvurderingen skal sendes både pasient og pasientens fastlege/henviser.

### **3.3 Vurderingsenheter**

Vurderingen av henvisningen utføres av regionale vurderingsenheter når henvisning sendes fra fastlege/andre henvisere enn et offentlig sykehus til en privat rehabiliteringsinstitusjon. Navnet på disse enhetene er som følger:

Helse Nord RHF:

- Regionalt vurderingsenhet for somatisk rehabilitering i Nord-Norge (RVE Nord)

Helse Midt-Norge RHF:

- Regionalt henvisningsmottak for private rehabiliteringsinstitusjoner Midt-Norge (ReHR)

Helse Vest RHF:

- Regional vurderingseining for rehabilitering (forkortet Vurderingseininga)

Helse Sør-Øst RHF:

- Regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

### **3.3.1 Henvisninger fra helseforetak til private rehabiliteringsinstitusjoner**

I Helse Nord RHF går i utgangspunktet alle henvisninger fra helseforetakene gjennom vurderingsenheten. Unntaket er for henvisninger etter hoftel-/kneprotese hvor det er direkte overføringsrutiner mellom sykehusene og institusjonene. Det foretas ikke ny vurdering for pasienter som er innlagt på sykehus og som skal overføres direkte. Sykehusavdelingen tar direkte kontakt med institusjonen for nærmere avtale.

RVE vurderer ytelse, finner best egnet institusjon, angir gjennomsnittlig ventetid og det vurderes om pasienten er i et forløp. Hvis pasienten ikke er i et forløp, rettighetsvurderes henvisningen på samme som om den var fra primærhelsetjenesten. Dette gjelder de fleste pasienter som ikke er i et akutt forløp og som for eksempel er henvist ved en rutinekontroll hos spesialist. Hvis pasienten er i et forløp, vurderes det innen hvilken frist pasienten bør få tilbudet når spesialist ikke har angitt tidspunkt for når behandling skal iverksettes. Grunnlag er hvilken ventetid som anses som medisinsk faglig forsvarlig.

I Helse Midt-Norge RHF går henvisninger fra Helse Nord-Trøndelag HF via ReHR. Dette for at ReHR skal ha oversikt, rettighetsvurderingene fra helseforetaket overprøves ikke. Henvisninger fra Helse Møre og Romsdal og fra St. Olavs Hospital HF går direkte til de private rehabiliteringsinstitusjonene. Helseforetakene benytter rådgivning fra ReHR for valg av plass på bakgrunn av kapasitet, ventetid og informasjon om tilbud.

Både i Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF går henvisningene direkte til rehabiliteringsinstitusjonene.

I alle de regionale helseforetakene er det egne prosedyrer ved henvisning for sykkelig overvekt.

### **3.4 Dagens praksis hva gjelder valg av rehabiliteringsinstitusjon i en annen region**

I Helse Nord RHF prioriteres bruk av plassene på de institusjonene man har inngått avtale med i regionen. Pasientens ønske om institusjon imøtekommes så langt det er mulig.

Pasienten kan få innvilget tilbud utenfor regionen dersom aktuelt tilbud for pasienten ikke finnes i region. Dette gjelder også når ventetid på relevant tilbud i egen region anses å være for lang.

I Helse Midt-Norge RHF forsøkes det først å finne et egnet tilbud i egen region. Det åpnes for at pasienten kan benytte tilbud i annen region.

I mandatet til Vurderingseininga i Helse Vest RHF fremgår det at enheten skal ”etablere tilvisingsrutinar i samarbeid med tilvisande instansar og rehabiliteringsinstitusjonane, som så langt som mogleg ivaretek pasientens val”. I følge Vurderingseiningas rutiner tildeles pasienten tilbud utenfor regionen dersom aktuelt tilbud ikke finnes i egen region, dersom pasienten eller fastlegen oppgir særlige grunner til at pasienten må ha tilbud ved institusjon utenfor egen region, eller dersom ventetid på relevant tilbud i egen region skulle være for lang.

I Helse Sør-Øst RHF oppgis det at det praktiseres fritt rehabiliteringsvalg.

### **3.5 Reiseutgifter**

Pasienter som får innvilget opphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionalt helseforetak, har rett til dekning av reiseutgifter etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6. Det er gitt nærmere regler i forskrift om rett til dekning ved reise for undersøkelse eller behandling (syketransportforskriften). Pasienten betaler en egenandel som i 2014 er 135 kr. hver vei. Egenandelen regnes med i oppsamlingen for å nå egenandelstak 1.

Ved rehabiliteringsopphold dekkes reiseutgifter til de institusjonene innenfor egen helseregion som regionalt helseforetak har avtale med. Helseregionene dekker reise til rehabiliteringsinstitusjon utenfor egen region dersom det ikke finnes relevant tilbud i egen region.

Dersom pasienten velger å reise til en institusjon utenfor egen helseregion som det regionale helseforetaket ikke har avtale med, må pasienten selv organisere reisen og betale hele kostnaden selv. I ettertid kan pasienten søke om å få refundert tilsvarende det ville kostet å reise til nærmeste rehabiliteringsinstitusjon i egen helseregion.

### **3.6 Egenandeler ved rehabiliteringsopphold**

Det kan ikke kreves egenandel ved døgnrehabilitering i helseforetak. Ved poliklinisk rehabilitering kan det kreves én egenandel på 315 kr. per pasient per program. Det tverrfaglige programmet er definert som én helsehjelpsepisode, selv om programmet går over flere dager. Denne egenandelen inngår i egenandelstak 1 som 2014 er 2105 kroner.

Private rehabiliteringsinstitusjoner kan med hjemmel i forskrift om pasienters betaling for opphold i opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner kreve en egenandel som fastsettes av Helse- og omsorgsdepartementet. I 2014 er egenandelen 128 kr. pr. døgn. Denne egenandelen inngår i ordningen med egenandelstak 2 som 2014 er 2670 kr. Retten til å kreve egenandel gjelder både for døgnopphold og dagopphold.

Det er ulik praksis med hensyn til innkreving av egenandeler i de fire helseregionene. I Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF krever alle institusjonene egenandeler, I Helse Nord RHF er det én institusjon som ikke krever egenandel og i Helse Sør-Øst RHF er det 10 av 30 institusjoner som ikke krever egenandel.

### **3.7 Ordningen med gjestepasientoppgjør**

Hver region inngår driftsavtaler med de private rehabiliteringsinstitusjonene som ligger i egen region. Når vertsregionen får pasienter til sine rehabiliteringsinstitusjoner fra andre regioner betaler de andre regionene et gjestepasientoppgjør til vertsregionen. Det ligger en prisdifferensiering i ordningen ved at vertsregionen viderefakturerer en gjennomsnittspris per døgn per institusjon. Det faktureres ut fra pasientstrømrapporter fra Norsk Pasientregister.

## **4 Helse- og omsorgsdepartementets forslag – rapport IS-2178 Fritt valg av rehabiliteringsinstitusjon**

### **4.1 Innledning**

Helse- og omsorgsdepartementet fikk i 2013 fra Helse- og omsorgsdepartementet i oppdrag å utrede hvordan fritt sykehusvalg kunne utvides til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner. Svar på oppdraget kom i juni 2013. Et oppfølgingsoppdrag ble gitt i august 2013 og svar på dette oppdraget ble mottatt i april 2014.

Helse- og omsorgsdepartementet har i arbeidet med rapporten hatt en ekstern arbeidsgruppe bestående av representanter for de fire helseforetakene, og en ekstern referansegruppe bestående av representanter for brukerorganisasjonene, de private rehabiliteringsinstitusjonene, profesjonsorganisasjoner og kommunene.

Det er viktig å påpeke at rapporten ble fremlagt før forslaget til fritt behandlingsvalg ble lagt frem for Stortinget. Anbefalingene fra rapporten må derfor leses i lys av at rettighetsbestemmelsen som gir pasienter rett til å velge hvor helsehjelpen skal ytes er endret. Departementet kommer nærmere inn på dette i kapittel 5.

### **4.2 Anbefaling**

Det anbefales i rapporten at man utarbeider en modell for fritt valg på tvers av regioner mellom tilbudene i de private rehabiliteringsinstitusjonene. Modellen hjelper pasienten til å velge blant tilbud som er reelt sammenlignbare og tilpasset pasientens behov. Alternative ordninger anbefales ikke. Det påpekes at innenfor disse rammene er det likevel flere måter å innrette valgmulighetene på. Det fremheves at målet må være at pasienten skal få rett behandling på rett sted til rett tid. I rapporten skisseres også alternative modeller for fritt valg. Nedenfor gis en kort redegjørelse av de ulike modellene som presenteres i rapporten.

#### **4.2.1 Anbefalt modell for fritt valg – (grundig modell) fritt valg på tvers av regioner mellom tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner**

I utgangspunktet har en pasient som har fått innvilget rehabilitering på en privat rehabiliteringsinstitusjon 50 institusjoner å velge mellom. Den anbefalte modellen for fritt valg søker å begrense antallet institusjoner i valgsituasjonen ved at man får noen tilleggsspørsmål som kan mates inn i nettsiden for fritt sykehusvalg. For hvert svar på tilleggsspørsmålene begrenses utvalget av institusjoner man har å velge mellom. Til slutt vil man sitte igjen med et utvalg av institusjoner som gir relativt like tilbud, for å sikre at pasienten velger mellom tilbud som i mest mulig grad er innrettet mot det som pasienten er henvist for.

Tanken bak modellen er at de valgene som gjøres ved de ulike nedtrekkmenyene luker ut de tilbudene som ikke er faglig relevante for pasienten, slik at man får ett begrenset antall institusjoner å velge mellom.



Den anbefalte modellen for fritt valg åpner ikke for valg på tvers av helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner.

FFO, KS Bedrift, Virke og NHO Service har forfattet en særmerknad der de argumenterer for at man velger en enklere modell for fritt valg, som også åpner for valg mellom tilbud i helseforetak og tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner. Mer om dette under punkt 4.4.

#### **4.2.2 Alternativ modell 1 – (grundig modell) fritt valg på tvers av regioner mellom tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner og rehabiliteringstilbud i helseforetak**

Dette er den samme modellen som den anbefalte modellen, men med den forskjell at det ikke skilles mellom tilbud i og utenfor helseforetak. Dette innebærer at relevante og sammenlignbare rehabiliteringstilbud i helseforetak vil være med i utvalget man kan velge mellom.

Det påpekes at det er noen utfordringer ved å sidestille tilbud i helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner i en valgsituasjon. Rehabiliteringstilbudene i helseforetakene er i mange tilfeller mer rettet mot pasienter som har kommet inn i spesialisthelsetjenesten via øyeblikkelig hjelp eller elektiv innleggelse på andre avdelinger, for eksempel for et kirurgisk inngrep. Disse pasientene vil da være i et forløp, og det vil i mange tilfeller være nødvendig med nærhet til øvrige medisinske disipliner i behandlingen. Det vil i de fleste tilfeller ikke være faglig forsvarlig å la pasienter som skal ha denne type oppfølging, velge seg over i en privat rehabiliteringsinstitusjon, som ikke har nærhet til øvrig medisinsk støtteapparat. Det fremheves videre at det heller ikke vil være riktig ressursbruk å la pasienter som har fått innvilget plass i en privat rehabiliteringsinstitusjon, kunne velge seg inn i denne typen rehabiliteringstilbud i helseforetak.

I rapporten påpekes det imidlertid at det kan finnes rehabiliteringstilbud i helseforetak som passer inn i modellen for fritt sykehusvalg, ved siden av de private rehabiliteringsinstitusjonene. Alternativ modell 1 legger opp til at disse tilbudene også mates inn i den detaljerte nedtrekkmenyen som tilbudene i private rehabiliteringsinstitusjoner er matet inn i. Dersom et helseforetakstilbud kommer opp i den endelige oversikten sammen med private rehabiliteringsinstitusjoner, vil man kunne velge fritt mellom dem.

#### **4.2.3 Alternativ modell 2 – (enklere modell) fritt valg på tvers av regioner mellom tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner**

Alternativ modell 2 er i overensstemmelse med dagens modell for fritt sykehusvalg. Det innebærer at man har en struktur med fire nivåer av valgmuligheter. Her kan ”privat rehabiliteringsinstitusjon” komme opp som alternativ på første nedtrekksmeny. Derne vil hoveddiagnosegruppe komme i meny 2, mens enkeltdiagnoser kommer opp i meny 3. I meny 3 vil man i visse tilfeller kunne skille mellom for eksempel forskjellige grader av alvorlighet eller kompleksitet innen en og samme diagnose. I meny 4 vil region komme opp. Det fremheves i rapporten at denne modellen i utgangspunktet vil fortone seg som relativt enkelt å betjene. Det påpekes imidlertid at man kan ende opp med potensielt sett

ganske mange alternative tilbud å velge mellom, som det kan være vanskelig å framstille forskjellene mellom, og at denne løsningen vil gi pasientrådgivningstjenesten enda tyngre ansvar for få gi pasienten et mest mulig riktig tilbud.

#### **4.2.4 Alternativ modell 3 (enklere modell) – fritt valg på tvers av regioner mellom tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner og rehabiliteringstilbud i helseforetak**

Alternativ modell 3 er identisk med alternativ modell 2, bortsett fra at man her kaller alternativet i nedtrekkmeny 1 for ”rehabilitering” eller ”spesialisert rehabilitering” i stedet for ”privat rehabiliteringsinstitusjon”. Det åpnes dermed for at man kan velge mellom tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner og i helseforetak. Det påpekes i rapporten at dette alternativet vil blande sammen ganske mange forskjellige typer tilbud i en og samme oversikt, og vil potensielt sett kunne gjøre nettløsningen nærmest ubrukelig. Det uttales at man da i praksis kun vil ha den telefonbaserte pasientrådgivningstjenesten som pålitelig kilde til hvilke relevante valgalternativer man har til rådighet.

### **4.3 Øvrige anbefalinger**

#### **4.3.1 Rettighetstildeling ved fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon**

I rapporten anbefales det at rettighetstildelingen gjøres på samme måte som i dag. Det innebærer at en vurderingsenhet i hver region rettighetsvurderer henvisningene fra fastlegene, avtalespesialist og eventuelle andre henvisere utenfor spesialisthelsetjenesten. Videre anbefales det at praksis harmoniseres mest mulig på tvers av regiongrensene slik at det ikke forekommer uhensiktsmessige regionale variasjoner i rettighetstildeling, og at man i vurderingsenhetene ikke vurderer henvisninger fra sykehus som allerede er rettighetsvurdert.

#### **4.3.2 Avtaler mellom regionale helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner**

Rapporten anbefaler å holde seg til dagens organisering innen spesialisthelsetjenesten, også om de private rehabiliteringsinstitusjonene underlegges ordningen med fritt sykehusvalg. Det innebærer at man fortsetter med ordningen med at de private rehabiliteringsinstitusjonene leverer spesialisthelsetjeneste etter avtale med regionale helseforetakene. Det fremheves at det blir av stor viktighet med god dialog mellom de regionale helseforetakene om avtalene. Dette for å kunne foreta en noenlunde presis evaluering av behovet for kjøp av plasser i de private rehabiliteringsinstitusjonene, samt foreta en beregning av sannsynlig totalbudsjett på rehabiliteringsområdet for regionen, inklusive gjestepasientoppgjørene inn eller ut av regionen. Det anbefales ikke at et regionalt helseforetak inngår direkteavtaler med en privat rehabiliteringsinstitusjon i en annen region.

### **4.3.3 Begrensninger i retten til fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon**

Den anbefalte modellen for fritt valg gir en faglig anbefaling og begrensning på hvilke institusjoner pasienten kan velge. Dette innebærer at de institusjonene som anbefales har et behandlingstilbud til pasienten, og at valg av andre private rehabiliteringsinstitusjoner enn disse kan avvises selv om de er rett behandlingsnivå.

Rapporten anbefaler ikke øvrige begrensninger i retten til fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon. Det innebærer at retten gjelder uavhengig av om pasienten henvises av fastlege eller fra et helseforetak.

### **4.3.4 Reiseutgifter, egenandeler og gjestepasientoppgjør**

Det anbefales at fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon blir omfattet av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6, samt sykehustransportforskriften slik som i fritt sykehusvalgordningen for øvrig.

I rapporten fremgår det at det bør være en målsetting at regler for egenandeler i private rehabiliteringsinstitusjoner harmoniseres med reglene for egenandeler i spesialisthelsetjenesten for øvrig. Det uttales at dette peker i retning av å fjerne dagens særskilte betalingsordning ved opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner.

Videre uttales det at i en ordning med fritt valg av rehabiliteringsinstitusjon er det viktig med entydige regler og enhetlig praksis vedrørende egenandeler. Ulik praksis med hensyn til egenandeler mellom institusjoner, vil kunne påvirke valgsituasjonen for pasienten. Det er grunn til å tro at institusjoner som ikke krever egenandel vil være mer attraktive enn de som krever egenandel, og at disse dermed vil ha et konkurransefortrinn. Rapporten fremhever at dette bør unngås, og anbefaler derfor at det innføres lik praksis ved alle de private rehabiliteringsinstitusjonene.

Rapportens primære anbefaling er at ingen av de private rehabiliteringsinstitusjonene skal ha adgang til å kreve egenandeler. Det fremheves at det vil være økonomisk gunstig for brukerne og innebære en administrativ forenkling både for brukerne, de private rehabiliteringsinstitusjonene, helseforetakene og HELFO.

Den sekundære anbefalingen er at de 11 private rehabiliteringsinstitusjonene som i dag ikke krever egenandeler, forutsettes å kreve egenandel. Det vil medføre lik praksis mellom de private rehabiliteringsinstitusjonene, men det vil fortsatt være ulik praksis mellom helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner.

Videre anbefales det at dagens ordning med gjestepasientoppgjør videreføres.

## **4.4 Særmerknader til rapporten**

FFO, Virke Rehab, NHO Service og KS Bedrift har kommet med særmerknader til rapporten. Disse er veldig positive til innføring av fritt rehabiliteringsvalg, men mener at valget ikke utelukkende bør handle om valg av private institusjoner. De ønsker derfor at fritt rehabiliteringsvalg skal omfatte rehabiliteringstilbudet både i

rehabiliteringsinstitusjonene og helseforetakene. Videre oppfatter de den skisserte tekniske løsningen som tungvint.

Også Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering har kommet med særmerknader. Foreningen mener det er svært viktig at reformen ikke medfører en reduksjon av tilbudene ved de enkelte helseforetak. De private rehabiliteringsinstitusjonene må ikke fortrenge, men supplere tilbudet til helseforetakene.

## 5 Departementets vurderinger og forslag

### 5.1 Private rehabiliteringsinstitusjoner – 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 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, jf. omtale under punkt 3.4.

Departementet har vurdert de ulike forslagene som blir presentert i rapporten. Forslagene tar imidlertid utgangspunkt i et regelverk som nå er endret. Forslagene må derfor ses i lys av endringene som er vedtatt etter at rapporten ble utarbeidet, og medfører at rapporten og dens tilrådninger blir mindre relevante. I Prop. 56 L om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg) er det lagt til grunn at det skal sendes på høring et forslag om at private rehabiliteringsinstitusjoner også skal omfattes av retten til fritt behandlingsvalg. Det ble uttalt i denne proposisjonen 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.

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 i 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.

Departementet vil på denne bakgrunn foreslå 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 om fritt behandlingsvalg. Det innebærer at pasienter som har en henvisning

fritt kan velge mellom rehabilitering innenfor det offentlige helsevesenet og de private rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med et regionalt helseforetak og er tildelt vurderingskompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 første ledd. Dersom den private rehabiliteringsinstitusjon ikke har kompetanse til å tildele pasient- og brukerrettigheter, kan ikke henvisningen sendes dit. Det er altså et krav om at virksomheten kan vurdere henvisningen og gi pasienten rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og individuell frist for når helsehjelpen senest skal gis. For private virksomheter må kompetansen til å tildele pasient- og brukerrettigheter være delegert fra et regionalt helseforetak, eller virksomheten må være gitt slik kompetanse i forskrift, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b åttende og niende ledd.

Etter at pasienten har fått vurdert henvisningen og blitt tildelt nødvendig spesialisthelsetjeneste, kan pasienten velge virksomheter som ikke har vurderingskompetanse, men som enten har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift om fritt behandlingsvalg, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 andre ledd. Retten kan benyttes på ethvert tidspunkt i pasientforløpet og gjelder så lenge pasienten har et behov for den aktuelle hjelpen.

Forslaget innebærer altså at pasienter på henvisningstidspunkt kan velge private rehabiliteringsinstitusjoner som har vurderingskompetanse. Dersom den private rehabiliteringsinstitusjon ikke har vurderingskompetanse, må henvisningen bli rettighetsvurdert før pasienten kan velge den private institusjonen. Som nevnt under punkt 4 har alle de fire regionene 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 viktig å sikre at det tilbudet som pasienten velger er egnet og forsvarlig ut fra pasientens behov. En rett til å velge fritt blant rehabiliteringsinstitusjonene må ikke innebære at pasienten får anledning til å velge tilbud som ikke er egnet til å gi den helsehjelpen pasienten trenger.

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.

For å unngå situasjoner hvor pasienter ønsker seg til institusjoner som ikke har det riktige tilbudet for dem, er det helt sentralt at pasientene får god informasjon før valget foretas. Helsedirektoratet arbeider med å videreutvikle helsenorge.no, og i det arbeidet må det hensyntas at private rehabiliteringsinstitusjoner vil bli omfattet av ordningen.

Departementet mener at den modellen som anbefales i rapporten med en relativt detaljert nedtrekkmeny, er en god løsning. Dersom en slik løsning gjennomføres vil situasjoner hvor pasienten oppsøker institusjoner som ikke har det tilbudet som vedkommende har behov for, minimeres.

Departementet vil understreke at forslaget ikke innebærer at pasienter kan kreve å 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. Dersom pasienten derimot har fått tildelt en plass i et helseforetak for rehabilitering eller har behov for den spesialiserte rehabiliteringen som normalt gis i et sykehus, kan pasienten velge fritt. Det understrekes også at alle rehabiliteringsinstitusjoner, både offentlige helseforetak og private institusjoner, skal prioritere pasienter i samsvar med prioriteringsforskriften.

## **5.2 Reiseutgifter og egenandeler**

Det anbefales i rapporten til Helsedirektoratet at fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon blir omfattet av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6, samt sykehustransportforskriften slik som i fritt behandlingsvalgordningen for øvrig.

Departementet vil som nevnt foreslå 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 vil departementet ikke foreslå 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 vil understreke at det ikke er en plikt å kreve egenandel ved opphold i rehabiliteringsinstitusjon.

## 6 Økonomiske og administrative konsekvenser

De regionale helseforetakenes kjøp fra private rehabiliteringsinstitusjoner utgjorde om lag 1,5 mrd. kroner i 2013. 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 høringsnotatet 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 ev. endringer i kostnader til reiseutgifter håndteres innenfor gjeldende budsjетtrammer.

Departementet foreslår ingen endring i egenandeler. Dersom institusjonene som i dag ikke krever egenandel endrer praksis, må disse institusjonene etablere rutiner for innkreving av egenandel, og innsending av krav til HELFO om refusjon av egenandeler for pasienter med frikort 2. Dette kan bety noe økte inntekter for disse institusjonene, dersom de regionale helseforetakene ikke tar hensyn til denne endringen i forbindelse med prisforhandlinger. Det må kunne antas at en slik endring vil bli tatt med i forhandlingene om kurpris.

Dersom rehabiliteringstjenester på et fremtidig tidspunkt evt. inkluderes i godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg, skal utgiftene budsjetteres realistisk og komme i tillegg til den aktivitetsveksten som ellers ville blitt lagt til grunn for bevilgningene til spesialisthelsetjenesten, jf. Prop. 56 L (2014-2015).

I 2014 ble det bevilget til sammen 17 mill. kroner til forberedelser av forvaltning av fritt behandlingsvalg og vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. I 2015 er det bevilget 20 mill. kroner til forvaltning og IKT. Bevilgningen i 2015 vil også understøtte etablering av en ny felles informasjonsløsning for flere pasient- og brukerrettigheter i tillegg til fritt behandlingsvalg. Informasjonsløsningen til pasienter som ønsker å benytte seg av retten til fritt rehabiliteringsvalg vil kunne inngå i den nye felles informasjonsløsningen på [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no).



## 7 Forslag til lov

### I

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter gjøres følgende endringer:  
§ 2-4 femte ledd oppheves.