

**Rett til helsehjelp i utlandet etter
pasientrettighetsloven
- utenlandspasientenes rettsstilling.**

Kandidatnummer: 522

Leveringsfrist: 27.04.09.

Til sammen X* ord

13.08.2009

Innholdsfortegnelse

<u>1</u>	<u>INNLEDNING</u>	<u>1</u>
1.1	Bakgrunn og aktualitet	1
1.2	Problemstilling, avgrensning og rettskilder.	2
<u>2</u>	<u>VILKÅRENE FOR RETT TIL HELSEHJELP I UTLANDET</u>	<u>5</u>
2.1	Innledning og situasjonsbeskrivelse	5
2.2	§2-1 annet ledd: Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	7
2.2.1	Spesialisthelsetjeneste	7
2.2.2	Rett til ”nødvendig helsehjelp”	8
2.2.3	Rett til frist	9
2.3	Rett til helsehjelp i utlandet etter §2-1 fjerde ledd: Kapasitetsmangel.	12
2.3.1	Rett til nødvendig helsehjelp ”uten opphold” og ”om nødvendig” fra utenlandsk tjenesteyter.	12
2.4	Rett til helsehjelp i utlandet etter §2-1 femte ledd: Kompetansemangel.	15
2.4.1	Situasjonen	15
2.4.2	Vilkåret om mangel på adekvat tilbud i riket	17
2.4.3	Vilkåret om forsvarlig helsehjelp etter akseptert metode	18
2.4.4	Eksperimentell behandling	19
2.5	Felles spørsmål	20
2.5.1	Hvor kan helsehjelpen kreves mottatt?	20
2.5.2	Erstatning for utgifter ifbm. helsehjelp i utlandet	22
<u>3</u>	<u>PASIENTENS RETTSSTILLING VED HELSEHJELP I UTLANDET</u>	<u>26</u>
3.1	Pasientenes rettsstilling	26
3.2	Ansvarssubjekt	28

3.3	Avtalene	29
3.3.1	HELFO-avtalen ved kapasitetsmangel	29
3.3.2	RHF-avtale ved kompetansemangel	30
3.4	Pasientrettigheter	31
3.4.1	Rettsstilling før behandling i utlandet	31
3.4.2	Rettsstilling under behandling i utlandet	38
3.4.3	Rettsstilling etter behandling i utlandet	44
3.5	Oppsummering av pasientenes rettsstilling.	51
3.5.1	Rettsstilling de lege lata.	51
3.5.2	Rettsstilling de lege ferenda.	54
<u>4</u>	<u>VURDERING AV REGLENE OG KONKLUSJON</u>	<u>56</u>
<u>5</u>	<u>LITTERATURLISTE</u>	<u>61</u>

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og aktualitet

Et overordnet mål i norsk helsepolitikk er at vi skal være selvforsynte med helsetjenester.¹ Dette inkluderer spesialisthelsetjenesten.² Hovedmålsettingen med å være selvforsynte blir modifisert i to tilfeller. For det første når spesialisthelsetjenesten ikke har *kapasitet* til å oppfylle pasientens rett til nødvendig helsehjelp, og for det andre når spesialisthelsetjenesten ikke har *kompetanse* til å oppfylle pasientens rett til nødvendig helsehjelp. Manglende kompetanse foreligger når spesialisthelsetjenesten ikke har kunnskapene eller erfaringene som trengs for å gi pasienten den aktuelle behandlingen. Med manglende kapasitet menes at spesialisthelsetjenesten riktignok har den nødvendige kompetansen, men ikke tilstrekkelige ressurser til å utnytte den.

For 2007 og 2008 ble det til sammen kjøpt tjenester for pasienter pga. kapasitetsmangel for ca 55 mill.kr.³ De regionale helseforetakene⁴, som har ansvar ifbm. kompetansemangel, hadde i 2007 rammeavtaler med 7 utenlandske tjenesteytere. Til sammen utgjorde utgiftene ca 44 mill. kroner. Kostnadene fordeler seg på 298 pasienter.⁵

¹ Ot.prp.nr.53 (1996-1997) s.10. Videre: ”Utgangspunktet må derfor være at befolkningen i Norge er henvist til innenlandske behandlingstilbud, både hva angår kompetanse, kapasitet og prioritering.” s.10.

² Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (sphlsl).

³ Merk at tallet inkluderer kjøp fra både innenlandske og utenlandske tjenesteytere. Tallene i følge Helseøkonomiforvaltningen (heretter forkortet ”HELFO”). Helsedirektoratet overtok ansvaret etter NAV Pasientformidling fom. 01.01.09. HELFO er Helsedirektoratets ytre forvaltningsapparat. Jfr. St.prp. nr. 66 (2005-2006), Innst.S.nr.205 (2005-2006), www.helsedirektoratet.no.

⁴ Jfr lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven). (Regionale helseforetak er heretter forkortet ”RHF”).

⁵ Tallene ifølge Nasjonalt Kontaktforum for utenlandsbehandling. Jfr. Kontaktforumets årsrapport 2007.s.10.

1.2 Problemstilling, avgrensning og rettskilder.

Pasientene er gitt rettigheter i pasientrettighetsloven.⁶ Lovgivningen på helserettens område vil naturlig nok være utformet med tanke på anvendelse i spesialisthelsetjenesten i Norge. Samtidig åpnes det opp for at spesialisthelsetjenester kan gis i utlandet. Dette medfører noen utfordringer med å sikre pasientene pasientrettigheter både før, under og etter at pasienten mottar helsehjelpen i utlandet. I og med at pasienter sendes utenlands blir det aktuelt å undersøke hvilke rettsstilling de har.⁷ Dvs på hvilke måter og i hvor stor grad pasientrettighetene blir ivaretatt når pasientene reiser til tjenesteytere i utlandet.

Problemstillingen er:

*På hvilke vilkår har pasienten rett til behandling i utlandet i henhold til pasl. §2-1?
Hvordan er rettsstillingen til pasientene som mottar helsehjelp i utlandet? Oppnås likebehandling mellom pasientene som mottar helsehjelp i utlandet og de som mottar helsehjelp i Norge?*

Med likebehandling siktes det til formålsbestemmelsene i pasl. §1-1 første punktum: ”lik tilgang på helsehjelp” og i sphsl. §1-1 første ledd nr. tre om et ”likeverdig tjenestetilbud”. Begrepet ”utenlandspasientene” bruker jeg som samlebetegnelse på både pasientene som får helsehjelpen i utlandet både etter §2-1 fjerde ledd og femte ledd. Med begrepet ”tjenesteyter” menes utenlandske sykehus og poliklinikker.

Nasjonalt Kontaktforum har siden 2004 vært koordinerende organ for RHF-enes Utenlandskontorer. Alle RHF har eget Utenlandskontor som administrerer utenlandsbehandlingen. Kontaktforumet ble opprettet ifbm. at ansvaret for helsehjelp i utlandet ble overført fra Rikstrygdeverket til RHF. Jfr. Ot.prp.nr.63 (2002-2003) Innst.O.nr.23 (2003-2004).

⁶ Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

⁷ Illustrasjon på erfaringer fra pasienter: <http://www.nettavisen.no/innenriks/article1149982.ece>

Jeg redegjør kun for spesialisthelsetjenester i henhold til pasientrettighetsloven §2-1 fjerde og femte ledd, dvs. de såkalte rettighetspasientene jfr. §2-1 annet ledd. Jeg avgrenser mot allmennhelsetjeneste.⁸ Jeg avgrenser mot andre grunnlag for helsetjenester i utenlandet, feks. ”Pasientbroen”/utenlandsmilliarden⁹, og mot EØS-rett¹⁰ og annen internasjonal rett. Jeg avgrenser også mot rene kontraktsrettslige spørsmål.

Oppgaven besvares på bakgrunn av alminnelig juridisk metode.¹¹ Metoden forutsettes kjent og jeg gjør ikke nærmere rede for denne. Utgangspunktet tas i de tradisjonelle rettskildene. Det spesielle med rettskildebildet for denne oppgaven er at lovgivningen i betydelig grad er fullmaktslovgivning og at store deler dermed er forskriftsregulert. Lovverket forvaltes av ulike organer som fatter beslutninger i stort omfang. Forvaltningspraksis har en viss vekt dersom den er konsekvent, kjent, utbredt og langvarig. Klagenemnda for behandling i utlandet¹² og Helsetilsynet er slike organer og deres praksis er av betydning. Rettspraksis er lite tilstedeværende, men vises til i den grad den er relevant. Av særlig betydning for oppgaven er avtalene som de regionale helseforetakene (RHF) og Helsedirektoratet v/Helseøkonomiforvaltningen¹³ (HELFO) har inngått med utenlandske tjenesteytere.¹⁴ Avtalene er langsiktige rammeavtaler som benyttes når pasientene sendes til den utenlandske tjenesteyter. Avtalene gjøres det grundigere rede for i pkt.3.3. Ved tolkning av avtalene tas det utgangspunkt i ordlyden.

⁸ Lov om helsetjenesten i kommunene.

⁹ Opprettet 14. november 2000 ved at Stortinget bevilget en milliard med formål å ”forkorte ventelistene og ventetidene for pasienter”. Pasientbroen kan gi støtte ved oversittelse av ventetid og ved manglende kompetanse i Norge. Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.42,44,50. Innst.S.nr.24 (2000-2001).

¹⁰ Bla. EØS-avtalen art. 36 art.37, Rådsforordning 1408/71. For mer om dette se bla. Andreassen (2007).

¹¹ Eckhoff (2001).

¹² Opprettet med hjemmel i forskrift 1.desember 2000 nr.1208. (heretter ”Klagenemnda”).

¹³ Helsedirektoratet overtok ansvaret etter NAV Pasientformidling fom. 01.01.09. HELFO er Helsedirektoratets ytre forvaltningsapparat. Ansvaret omfatter formidling av behandlingsplass ved fristbrudd og refusjon for behandling i utlandet. Jfr. St.prp. nr. 66 (2005-2006), Innst.S.nr.205 (2005-2006), www.helsedirektoratet.no

¹⁴ Disse omtales heretter som ”RHF-avtalen” og ”HELFO-avtalen”.

Oppgaven er delt inn i 3 deler. I del 2 gjør jeg rede for vilkårene og innholdet av retten til helsehjelp i utlandet. I del 3 skal jeg undersøke utenlandspasientenes rettsstilling. Det undersøkes om utenlandspasientene har en avvikende rettsstilling fra pasientene som mottar helsehjelp i Norge, og om det er forskjeller avhengig av om pasientene reiser ut i medhold av fjerde eller femte ledd. Hva som regnes som pasientens rettsstilling er langt på vei et spørsmål om pasientens rettssikkerhet, og rettssikkerhet vil være et aspekt i del 3 og 4. I del 3 og 4 vil jeg også skissere løsninger på det jeg ser for meg er praktiske problemstillinger. Oppgaven er ikke ment å være noen uttømmende beskrivelse av pasientenes rettsstilling.

2 Vilkårene for rett til helsehjelp i utlandet

2.1 Innledning og situasjonsbeskrivelse

Det er et grunnvilkår for å ha rett til helsehjelp i utlandet at pasienten har rett til helsehjelp i Norge. Etter pasientrettighetsloven §2-1 annet ledd har pasienten rett til ”nødvendig helsehjelp” fra spesialisthelsetjenesten. Det gjøres rede for innholdet av nødvendig helsehjelp i pkt. 2.2.

Etter §2-1 kan pasienter kreve helsehjelp i utlandet i to tilfeller. For det første får pasienten et rettskrav på helsehjelp i utlandet dersom fristen som er satt jfr. pasl.§2-1 annet ledd overskrides og spesialisthelsetjenesten ikke har et behandlingstilbud til pasienten innenlands, jfr §2-1 fjerde ledd. I dette tilfellet er årsaken til at pasienten ikke kan få helsehjelpen i Norge at spesialisthelsetjenesten ikke har tilstrekkelig kapasitet. Den totale kapasiteten i spesialisthelsetjenesten er avhengig av bla. bevilgningene over statsbudsjett. Formålet med å innføre regelen i fjerde ledd var å gjennomføre lovfesting av retten til nødvendig helsehjelp og å styrke pasientens rettsstilling overfor spesialisthelsetjenesten.¹⁵ Dette skulle igjen bidra til redusert ventetid, riktigere prioritering og - sammen med fritt sykehusvalg - en utjevning av ventetiden mellom norske sykehus.¹⁶

Sett i sammenheng er fjerde ledd en fortsettelse av annet ledd som fastsetter en frist. Fjerde ledd beskriver konsekvensene av at denne brytes: pasienten har et subsidiært krav. Retten til å få behandling i utlandet er i disse tilfellene omtalt som en subsidiær rettighet da den er betinget av at tidfristen som skal settes etter annet ledd tredje punktum er brutt.¹⁷

For det andre har pasienten et rettskrav på helsehjelp i utlandet når årsaken til at pasienten ikke kan få helsehjelpen innenfor riket er manglende kompetanse. Den aktuelle helsehjelpen pasienten har behov for kan ikke gis i norsk spesialisthelsetjeneste da den ikke er adekvat sett i forhold til pasientens behov. I §2-1 femte ledd beskrives dette som at

¹⁵ Se for eksempel Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.38-39.

¹⁶ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.39.

¹⁷ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) bla. pkt.5.5.5.

helseforetaket ”ikke kan yte helsehjelp” ”fordi det ikke finnes et adekvat tilbud i riket”. Kompetansemangel kan følge av en bevisst prioritering av å la være å bygge ut behandlingstilbud, feks. fordi pasientgrunnet er for lite.¹⁸ Eller situasjonen kan oppstå mer tilfeldig, feks. når pasientens diagnose er helt ny. Rettskravet på helsehjelp i utlandet på grunn av kompetansemangel oppstår idet pasienten blir rettighetspasient ihht. §2-1 annet ledd jfr. forskriften §2. Retten etter femte ledd kalles en primærrettighet da den oppstår ”fra og med innvilgelsen av rett til nødvendig helsehjelp”.¹⁹

Opprinnelig var regelen som nå tilsvarer femte ledd, i folketrygdloven²⁰ §5-22. Ved lovendringen²¹ i 2003 ble den overført til pasl.§2-1 uten at dette var ment å gi realitetsendringer.²² Det var flere hensyn bak innføringen av regelen i femte ledd.²³ Blant annet å forenkle lovverket, bedre enkelte sykes situasjon, gi mindre byråkrati²⁴, gi større trygghet for å få helsehjelp og minske belastningen i en vanskelig situasjon. Regelen er en del av målsettingen om lik tilgang på nødvendige spesialisthelsetjenester for hele befolkningen.

I det følgende skal jeg gå igjennom vilkårene for en rett til behandling i utlandet.

Rettsvirkningene av at vilkårene er oppfylt er som sagt rettskrav på helsehjelp i utlandet.

Pasienten kan da kreve denne oppfylt – eventuelt med hjelp av domstolene - i form av enten naturalytelse: helsehjelp, eller erstatning for sine utlegg for helsehjelpen (pkt.2.5.2).

¹⁸ Ot.prp.nr.53 (1996-97).

¹⁹ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.49.

²⁰ Lov 28.februar nr.19.1997 om folketrygd. (ftrl.)

²¹ Lov om endringer i lov 2.juli. nr.63.1999 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) mm.

²² Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.43-45.

²³ Innst.O.nr.23 (2003-2004) pkt.2.

²⁴ Dette ettersom søknadsmassen etter ftrl.§5-22 falt bort, herunder kravet om uttalelse fra regionsykehus.

Vurderingen om rett etter femte ledd skal nå som sagt tas i og med vurderingen etter §2-2 §2-3 om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp.

2.2 §2-1 annet ledd: Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

2.2.1 Spesialisthelsetjeneste

Etter §2-1 annet ledd har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra ”spesialisthelsetjenesten”. Spesialisthelsetjenesten er organisert i helseforetak.²⁵

Helseforetakene er igjen inndelt i regioner som tilsammen utgjør fire regionale helseforetak (RHF).²⁶ Hver region skal sørge for spesialisthelsetjenester for befolkningen som er bosatt eller midlertidig oppholder seg i sin region, sphlsl.§2-1a. Det er dermed RHF’et i pasientens bostedsregion som er pliktsubjektet for nødvendig og forsvarlig helsehjelp. Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten, jfr. sphlsl.§2-1. Ansvaret omfatter bla. bevilninger, oppfølging og kontroll av RHF.

Etter sphlsl. §2-1a kan spesialisthelsetjenesten, dvs. RHF, oppfylle ansvaret enten ved å tilby pasienten tjenestene selv dvs. i et av helseforetakene, eller ved å skaffe tilbud fra en av avtalepartene. RHF har hjemmel til å inngå avtaler i sphlsl.§2-1a fjerde ledd jfr. helseforetaksloven §6. For å oppfylle sørge-for ansvaret også ved kompetansemangel må RHF inngå avtaler med utenlandske tjenesteytere dersom tilbud ikke kan skaffes i Norge.

Hvilke spesialisthelsetjeneste pasienten i vid forstand kan ha krav på etter §2-1 annet ledd første punktum beror på hva som ligger i ”spesialisthelsetjeneste”. Begrepet er ikke definert i lov. Det ble innført i forbindelse med arbeidet med å erstatte sykehusloven²⁷. I følge forarbeidene er en spesialisthelsetjeneste en samlebetegnelse på ”den type helsetjenester som man ikke har funnet det hensiktsmessig å legge ansvaret for på det kommunale nivå.”²⁸ og som man anså best å beskrive de tjenester loven omfattet.²⁹ Holdepunkter for innholdet finnes i sphlsl.§2-1a om hvilke tjenester RHF i det minste skal ”sørge for”, men

²⁵ Lov 15.juni.nr.93.2001 om helseforetak mm. (helseforetaksloven).

²⁶ Helseforetaksloven §4.

²⁷ Lov av 19.juni.1969 nr.57.Opphevet.

²⁸ Ot.prp.nr.10 (1998-99) s.119.

²⁹ Ot.prp.nr.10 (1998-99) s.24.

spesialisthelsetjenester omfatter mer enn dette.³⁰ Hvilke konkrete spesialisthelsetjenester pasienten har krav på beror på vurderingen av pasienten om hva som er nødvendig, jfr. pkt.2.2.2.

2.2.2 Rett til "nødvendig helsehjelp"

Etter pasl.§2-1 annet ledd har pasienten rett til "nødvendig helsehjelp" fra spesialisthelsetjenesten.³¹ Opprinnelig hadde bestemmelsen en kapasitetsbegrensning som satte som betingelse at spesialisthelsetjenesten hadde tilstrekkelig kapasitet.³² Etter at kapasitetsbegrensningen ble fjernet fikk pasientene et ubetinget krav og bestemmelsen gir nå pasienten et rettskrav på nødvendig helsehjelp.³³ Hva som er "helsehjelp" defineres i pasl.§1-3 første ledd c. Hva som er "nødvendig" helsehjelp beror på en sammensatt vurdering. Retten etter §2-1 2. ledd første punktum er i annet punktum begrenset i forhold til to momenter; pasienten kan ha "forventede nytte av helsehjelpen" og at "kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Innholdet av dette er nærmere presisert i forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons og klagenemnd.³⁴ Vilåårene i forskriftens §2 viser til en helhetlig medisinskfaglig vurdering basert på tilstandens alvorlighet, forbedringspotensialet og helsehjelpens kostnadseffektivitet. I forarbeidene presiseres det at det at helhetsvurderingen skal skje med tanke på at vilåårene har en innbyrdes sammenheng.³⁵ Allikevel er forskriftens ordlyd tydelig på at det er tre selvstendige,

³⁰ Ot.prp.nr.10 (1998-99) s.119.flg.

³¹ For en gjennomgang av hva som ligger i begrepet "nødvendig helsehjelp" se Ot.prp.nr.12 (1998-99) Kjørnstad (2007), Syse (2004), Halvorsen (2004) s.143.

³² Jfr. NOU 1992:8. Ot.prp.nr.12 (1998-99).

³³ Ved endringsloven lov 12. desember.nr.110.2003. Ot.prp.nr.63 (2002-2003) Innst.O.nr.23 (2003-2004) pkt.1.4.

³⁴ Fastsatt ved kgl.res. 1.des. 2000 med hjemmel i pasientrettighetsloven §1-2 første ledd §2-1 femte ledd §7-2 annet ledd. (Heretter "prioriteringsforskriften".)

³⁵ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.28.

kumulative vilkår, jfr. §2 første ledd nr 1 og 2 ”og”. Vilkårene er innbyrdes relative noe som betyr at dersom ett vilkår er overoppfylt kan det stilles lempligere krav for oppfyllelse av andre vilkår. Feks dersom pasienten har en dårlig prognose vil det stilles mindre krav til helsehjelpens nytte.³⁶ Det skal foretas en konkret vurdering og det skal i utgangspunktet ikke konkluderes på grunnlag av diagnose.

Det må presiseres at pasientene som avslås som rettighetspasienter allikevel skal tilbys spesialisthelsetjenester så langt det er kapasitet, men vil bli prioritert etter pasientene med rett til nødvendig helsehjelp.³⁷

2.2.3 Rett til frist

Alle pasienter som finnes å ha rett til nødvendig helsehjelp har krav på å få satt en frist for når helsehjelpen skal gis, jfr. §2-1 annet ledd.³⁸ Å få fastsatt en frist er en del av det å være prioritert rettighetspasient. Rett til fristfastsettelse inkluderer pasientene som har en primærrett til behandling i utlandet ved kompetansemangel jfr. pasl.§2-1 femte ledd. Dette ble lagt til grunn i forarbeidene, jfr. at ”...*det skal settes en frist for når behandlingen i utlandet senest skal ytes, slik at disse pasientene får samme klare rettsstilling i forhold til helsetjenesten som pasienter som kan få helsehjelp i Norge.*”³⁹. For pasientene som vil få rett til helsehjelp utenlands etter §2-1 fjerde ledd er fristen av avgjørende betydning. Det er fristen som angir tidspunktet for når kapasiteten skal foreligge.

³⁶ Ot.prp.nr.63.2002-2003 s.28. og Gyldendal rettsdata. Kommentar til pasl.§2-1 annet ledd. Note 17. A.Syse.

³⁷ Alle pasienter, uavhengig av plass i prioriteringshierarkiet har rett til å bli satt på venteliste. Offentlige helseforetak og private med avtale med et RHF har en korresponderende plikt til å føre lister, jfr sphlsl.§2-4 jfr. forskrift om ventelisteregistrering. Se sphlsl.§2-4. Jfr. Syse (2004).

³⁸ Ot.prp.nr.12 (1998-99) s.44-46, s.127.

³⁹ Innst.O.nr.23 (2003-2004) pkt.1.5.

Pasienten har på bakgrunn av en henvisning til spesialisthelsetjenesten, rett til å få sin helsetilstand vurdert jfr. pasl.§2-2.⁴⁰ Den individuelle fristen settes på bakgrunn av vurderingen etter hva som er medisinskfaglig forsvarlig.⁴¹ Formålet med §2-2 er å sikre at pasientene blir raskt vurdert, at pasientene prioriteres riktig og forutberegnelighet for pasienten ved at helsetilstanden blir avklart og behandlingsfrist satt. Vurderingen skal skje innen 30 dager, eventuelt raskere etter hva forsvarlighet krever. 30-dagersfristen starter å løpe når henvisningen er mottatt, jfr §2-2 første ledd. Det følger av prioriteringsforskriften §4 første ledd at den som er pliktig å vurdere pasientens helsetilstand også skal ta stilling til om pasienten oppfyller vilkårene til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter prioriteringsforskriftens §2. Etter §4 første ledd skal det også vurderes om pasienten i tillegg til §2 også eventuelt oppfyller vilkårene i forskriften §3. Dvs. at behandlingen pasienten må ha ikke kan gis i Norge da spesialisthelsetjenesten ikke har tilstrekkelig kompetanse til å utføre den. Det er ikke den vurderende institusjonen eller spesialisten som er ansvarlig for at pasienten *faktisk* får et forsvarlig tilbud om helsehjelp innenfor den fristen vedkomne setter. Spesialisten som vurderer pasienten har derimot et ansvar for å informere og veilede pasienten videre, jfr prioriteringsforskriften §5.

Hovedregelen er at det først fra det formelle fristoverskridelsestidspunktet oppstår en rett til subsidiært tilbud etter fjerde ledd. Unntaksvis kan forsvarlighetsnormen være grunnlag for tilsvarende rett. Forsvarlighet kan tilsi at når pasientens RHF ser at fristen vil overskrides må RHF sørge for et tilbud i forkant av fristoversittelsen. Tilsvarende dersom pasientens helsetilstand endrer seg til det mer prekære slik at det anses uforsvarlig å vente med behandling. I dette tilfellet vil fristen reelt sett framskyndes, følgelig også tidspunktet for kapasitetsvurderingen. Spesialisthelsetjenesten kan ikke skyve fristen fram i tid, ei heller der dette er medisinsk forsvarlig.⁴² Er fristen satt for langt fram og dette beror på feilvurderinger fra helsepersonellens side kan det gi grunnlag for pasientskadeerstatning.⁴³

⁴⁰ Det kan stilles spørsmål om pasienten har rett til vurdering i utlandet. Jeg avgrenser mot dette spørsmålet.

⁴¹ Rundskriv 15-12-2004 s.11-12.Helsedirektoratet.

⁴² Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.58.

⁴³ Lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven).

Hva er det pasienten skal ha fått oppfylt innen fristen? Etter §2-1 fjerde ledd er dette ”den nødvendige helsehjelpen”, altså den konkret bestemte behandlingen, rehabiliteringen osv. Det er presisert at helsehjelpen både skal påbegynnes og fullføres innen fristen.⁴⁴ Dvs. at dersom pasienten har mottatt 50% av helsehjelpen innen fristen kan pasienten kreve et tilbud utenlands for de resterende 50%. Dette utgangspunktet må begrenses ut i fra hva som i det aktuelle tilfellet er forsvarlig, feks om det etter pasientens helsetilstand er tilrådelig å reise.

Pasientene med rett til helsehjelp ihht §2-1 femte ledd skal på lik linje med andre pasienter ha mottatt nødvendig helsehjelp ”innen den frist som er fastsatt etter annet ledd.”, jfr. femte ledd siste komma. Dette gjør at kompetansemangel-pasientene får en tilsvarende rett som alle andre pasienter. Dette er fulgt opp i RHF-avtalen⁴⁵ der det i §6.2 opplyses om at når pasienten er henvist til tjenesteyter har pasienten allerede fått en frist av spesialisthelsetjenesten, jfr. ”been given a final date by the Specialist health Services in Norway”. Tjenesteyter plikter å ”consider”: ta i betraktning, denne fristen når han gir tilbakemelding til Utenlandskontoret om når pasienten kan behandles. Fristen settes etter vurderingen i Norge. Tjenesteyter må respektere fristen og behandlingstilbudet må ligge innenfor denne. Dersom en tjenesteyter ikke kan gi et behandlingstilbud innen fristen må RHF’et finne en annen tjenesteyter som kan.

Dersom tjenesteyters oversitter fristen oppstår spørsmålet om kompetansemangel-pasientene også får en subsidiær rett etter fjerde ledd? I såfall vil pasientene kunne henvende seg til HELFO for et nytt utenlandstilbud. Ordlyden i fjerde ledd omfatter alle som er ”en pasient”. Forarbeidene skiller ikke mellom pasientene i vurderingen av fjerde ledd.⁴⁶ Ifølge formålet med ”*samme klare rettsstilling*”⁴⁷ tilsier at svaret er ja. Dette støttes av at ifølge pasl.§ 1-1 første punktum er lovens formål å gi befolkningen ”lik tilgang på helsehjelp...ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten.” En forskjellsbehandling

⁴⁴ Rundskriv 15-12-2004 Helsedirektoratet s.12.

⁴⁵ Se mer pkt.3.3.

⁴⁶ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.38-40.

⁴⁷ Innst.O.nr.23(2003-2004) pkt.1.5.

er ikke i overensstemmelse med målsettingen om ”lik tilgang på helsehjelp” og bør ha klare holdepunkter av hensyn til pasientenes forutberegnelighet.⁴⁸ Pasientens tillit til RHF’ets evne til å skaffe forsvarlig helsehjelps-tilbud vil i dette tilfellet heller ikke være særlig høy, i likhet med de øvrige pasientene som har fått sin frist oversittet.⁴⁹ Hensynet til tillit og likhet må veie tungt. Konklusjonen er at dersom ikke ”helsehjelpen” er gitt pasienten av tjenesteyter innen fristen, har pasientene etter femte ledd en rett til et subsidiært tilbud uten opphold i medhold av fjerde ledd.

2.3 Rett til helsehjelp i utlandet etter §2-1 fjerde ledd: Kapasitetsmangel.

2.3.1 Rett til nødvendig helsehjelp ”uten opphold” og ”om nødvendig” fra utenlandsk tjenesteyter.

Situasjonen her er at pasienten enten ikke har påbegynt helsehjelpen eller at den er ikke avsluttet idet fristen går ut. Pasienten har da rett til å ”motta nødvendig helsehjelp uten opphold”, §2-1 fjerde ledd. Pasienten kan henvende seg til HELFO for å få et subsidiært tilbud, jfr. prioriteringsforskriften §6. Det er ikke nødvendig å anmode om oppfyllelse etter pasl.§7-1. HELFO tar nå over det administrative ansvaret fra RHF’ene om å skaffe tilbud. HELFO skal da skaffe pasienten et nytt tilbud innen kort tid. Etter fjerde ledd har pasienten rett til den nødvendige helsehjelpen ”uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket”. I prioriteringsforskriften §6 første punktum stilles det opp ytterligere en nødvendighets-vurdering etter ”privat tjenesteyter” før enn pasienten har rett til et tilbud utenlands, jfr. ”eller om nødvendig”. Det at det skal tas flere

⁴⁸ Innst.O.nr.23 (2003-2004) pkt.1.4. Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.38-39.

⁴⁹ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.40.

nødvendighetsvurderinger samsvarer med uttalelsene i forarbeidene om at det i seg selv ikke er noe poeng å sende pasienter utenlands.⁵⁰ Det samme ligger i begrunnelsen for regelen i fjerde ledd, nemlig kapasitetsmangel. Så lenge kapasiteten, av ubestemt grunn, viser seg å være ledig så vil ikke behovet for å sende pasienten utenlands være tilstede. Målet er at RHF'ene selv skal oppfylle ansvaret. RHF'et kan komme med et tilbud dersom det viser seg at det finnes en uforutsett ledig behandlingsplass.⁵¹ Forarbeidene nevner at tilbudet innenlands må komme ”like snart”⁵² eller ”umiddelbart”⁵³ som det utenlandske for at det norske kan gå foran. Saksgangen er slik at HELFO først kontakter pasientens RHF for å bekrefte fristbruddet.⁵⁴ RHF'et må svare innen 24 timer dersom det har et umiddelbart tilbud med ny behandlingsdato. I motsatt fall skal RHF sende HELFO pasientens medisinske opplysninger innen 48 timer. Pasientopplysningene er avgjørende for behandling, metode, pris ol. og dermed bestemmende for HELFO's innhenting av tilbud. Etter de interne rutinene må tilbudet fr RHF'et helst komme umiddelbart, og i alle fall innen 14 dager etter henvendelse fra HELFO. Dersom det er umulig for RHF'et å skaffe et tilbud eller tilbudet er for sent er HELFO forpliktet til å skaffe tilbud annetsteds. RHF'et har brukt opp sine sjanser. HELFO kartlegger kapasiteten i helseforetak innenfor de øvrige RHF, herunder private med avtale med RHF. Deretter andre private spesialister. Målet er hele tiden å unngå at pasienten må reise til utlandet. I de fleste tilfeller er det ønskelig for pasienten å bli behandlet i Norge og samtidig det minst kostnadskrevenne alternativet.⁵⁵ Som en siste nødvendige løsning innhentes tilbud fra de utenlandske tjenesteyterne HELFO allerede har avtaler med.

Tilbudene må alltid svare til hva som er ”nødvendig helsehjelp” for pasienten. Dette stiller krav til tilbudets omfang og kvalitet. HELFO må sørge for at tilbudet alltid er forsvarlig,

⁵⁰ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.39.

⁵¹ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.49.

⁵² Ot.prp.nr.63(2002-2003) s.39.

⁵³ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.40.

⁵⁴ I følge Avtale om samarbeid og bruk av rutiner ved kjøp av spesialisthelsetjenester ved fristbrudd mellom HELFO og hvert RHF.

⁵⁵ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.39. Uttalt at det ”...ikke er noe mål i seg selv å sende pasienter utenlands...”.

for å oppfylle RHF'ets plikt til å tilby "forsvarlige" "helsetjenester" "i henhold" til spesialisthelsetjenesten, jfr. sphsl.§2-2.

En situasjon som kan oppstå ved fristbrudd er at pasienten krever helsehjelpen i utlandet, mens HELFO har skaffet tilbud på et norsk HF dvs. sykehus eller poliklinikk, og krever at pasienten lar seg behandle der. Spørsmålet er hvem som kan velge, pasienten eller HELFO? Etter prioriteringsforskriften §6 siste punktum kan ikke pasienten "fritt velge tjenesteyter". Valgfriheten vil begrenses av hvilke tilbud HELFO gir pasienten. Dette beror på hva HELFO finner "nødvendig" (jfr. ovenfor). Dersom det er ledig kapasitet på et offentlig eller privat sykehus eller poliklinikk innenlands er det ikke lengre nødvendig å innhente tilbud ihht. avtalene med utenlandske tjenesteytere. Pasienten får da ingen valgmulighet. Er det flere forsvarlige tilbud er det lagt til grunn i forarbeidene at HELFO kan velge det billigste alternativet.⁵⁶ Prioriteringsforskriften §6 må imidlertid ses i sammenheng med medvirkningsretten etter pasl.§3-1 om at pasienten kan velge mellom "tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder". Dette må begrense HELFO's mulighet til å basere tilbudene til pasienten kun etter hva som er mest prisgunstig. Pasientens valgrett må forstås slik at den riktignok begrenser seg til de tjenesteyterne HELFO finner er "nødvendig" å innhente tilbud fra. Og pasienten kan bare velge så langt tilbudene/institusjonene har ulike "undersøkelses-" eller "behandlingsmetoder". Men foreligger det flere tilbud med ulike behandlings- eller undersøkelsesmetoder kan ikke HELFO velge det mest prisgunstige, men må gi pasienten et valg mellom disse. Allikevel vil valgretten igjen begrenses ut i fra når HELFO finner det nødvendig å innhente tilbud fra utenlandsk tjenesteyter og tilbudene har ulike undersøkelses- eller behandlingsmetode. På bakgrunn av dette vil pasientens valgmulighet variere ut i fra situasjonen.

⁵⁶ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.39.

2.4 Rett til helsehjelp i utlandet etter §2-1 femte ledd: Kompetansemangel.

2.4.1 Situasjonen

Situasjonene som aktualiserer rett til behandling i utlandet på grunnlag av kompetansemangel er hovedsakelig følgende. For det første kan pasienten som er vurdert som rettighetspasient (jfr. §2-1 2.ledd) ha fått et tilbud om helsehjelp i Norge, men mener dette ikke er tilstrekkelig. Det vil da foreligge alternative hendelsesforløp. På grunn av misnøyen finner pasienten selv et behandlingstilbud i utlandet og henstiller sitt RHF om å godkjenne det. I tilfelle av at behandlingstilbudet godkjennes sørger RHF Utenlandskontor for at pasienten sendes til institusjonen i utlandet. I tilfelle av at RHF avslår fordi det ikke anser vilkårene for oppfylt, kan pasienten klage avslaget inn for Klagenemnda for behandling i utlandet, pasl.§7-2 annet ledd. Klage kan han gjøre både før og etter han har latt seg behandle. For det andre kan RHF finne et tilbud med en gang og skaffe et tilbud. Enten fordi det anser vilkårene for å være oppfylt, eller det tar pasientens anmodning til etterretning og innvilger allikevel. RHF'et finner et tilbud enten ihht. en eksisterende rammeavtale eller det inngås en enkeltavtale i det ene tilfellet. Alle kostnader vil da dekkes av RHF direkte.

For at pasienten skal ha rett til behandling i utlandet etter femte led må følgende kumulative vilkår være oppfylt⁵⁷:

- Pasienten må ha rett til nødvendig helsehjelp i henhold til pasl.§2-1 første ledd jfr. prioriteringsforskriften §2.
- Helsehjelpen pasienten har krav på kan ikke gis i Norge da spesialisthelsetjenesten ikke kan gi et adekvat medisinsk tilbud, jfr. §2-1 femte ledd og prioriteringsforskriften §3 første ledd. Behandlingen kan ikke gis på forsvarlig vis etter akseptert metode.
- Helsehjelpen som skal ytes i utlandet kan gis på forsvarlig vis etter akseptert metode, jfr. prioriteringsforskriften §3 første ledd annet punktum.

⁵⁷ Tolkningen som Klagenemnda for behandling i utlandet legger til grunn. Jfr. feks. vedtak 08/76.

Vilkårene er kumulative og de er relative i forhold til hverandre.⁵⁸ Det skal foretas en konkret helhetsvurdering.

Klagenemndas forståelse av vilkårene vil være av vesentlig betydning siden Klagenemnda er spesialisert på å behandle disse sakene. Klagenemndas praksis viser at vurderingene er svært konkrete, slik som forutsatt.⁵⁹ Årsrapportene viser at de fleste sakene gjelder ”Muskel-skjelettsystemet og bindevev”, ”Svulster” og ”Annet”.⁶⁰ Det fremgår derimot ikke klart hvilke diagnoser eller behandlinger som i praksis generelt dekkes og hvilke som ikke dekkes. Imidlertid fremgår det av praksis at diagnosen i seg selv ikke er avgjørende. Det skilles ikke mellom pasientgrupper, feks. tas det ikke hensyn til at klager er et barn.⁶¹ De påstandene som hyppigst forekommer er at norsk helseforetak ikke kan utføre helsehjelpen forsvarlig, men det er kun i sjeldne tilfeller at dette fører fram.⁶² I de aller fleste sakene er det stater i Eurpoa som er aktuelle behandlingsstater.⁶³

Noen få saker har vært prøvet i domstolene.⁶⁴ Alle fem gjelder avslag i Klagenemnda som klager påstår er ugyldige. Klagenemnda har fått medhold i alle sakene.

Kun en sak RG.2007.293 omhandler den nåværende §2-1 femte ledd og prioriteringsforskriften. Sakene TOSLO.2000.10719 og TOSLO.2003.4820 og LB.2005.124036 gjelder den gamle ftrl.§5-22 og tilhørende bidragsforskrift som ble opphevet samtidig som endringene i pasientrettighetsloven trådte i kraft 1.september

⁵⁸ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.28.

⁵⁹ Feks. Vedtak 08/30 (kjeveleddsdysfunksjon).

⁶⁰ Jfr. Klagenemndas årsrapporter fra 2004 til 2008.

⁶¹ I LB.2005.124036 var pasienten et barn, uten at dette fikk noe utslag i domsbegrunnelsen.

⁶² Jfr. omgjøringsprosenten (generelt); 2008: 9% 2007:0% 2006:5% 2005:6% 2004:7%. Ca 70% av søknadene om dekning innvilges av RHF. Jfr Klagenemnda for behandling i utlandet Årsrapport 2008 s.10.

⁶³ Ifølge min gjennomgang av vedtak er USA oftest behandlingsstat utenfor EØS.

⁶⁴ TOSLO.2000.10719, TOSLO.2003.4820 ”Rindal”, TOSLO.2003.14744, LB.2005.124036. RG.2007.293(Oslo tingrett).

2004.⁶⁵ Siden lovendringen ikke skulle medføre større realitetsendringer er de nevnte dommene fortsatt er relevante for forståelsen av regelen i pasl.§2-1 femte ledd og prioriteringsforskriften §3.⁶⁶

Etter gamle ftrl.§5-22 og bidragsforskrift skulle vurderingen av om vilkåret om forventet nytte var oppfylt vurderes på grunnlag av norsk medisin. Dette ble ikke videreført i prioriteringsforskriften §3 slik at det i §3 første ledd nå er internasjonal medisin som legges til grunn. Etter §3 første ledd annet punktum blir vurderingen altså om det aktuelle behandlingsopplegget i utlandet etter internasjonal medisin forventes å gi pasienten nytte.⁶⁷ Ulike faglige syn på selve behandlingen og når den bør gis utelukker ikke at det finnes kompetanse, så langt den aktuelle behandling har en faglig begrunnelse som er anerkjent.⁶⁸

2.4.2 Vilkaeret om mangel på adekvat tilbud i riket

Spørsmålet er hva som ligger i ”adekvat tilbud”? Språklig sett er ”adekvat” forstått som ”helt tilsvarende , fullgod, av samme verdi”⁶⁹. Hvilket tilbud som er ”adekvat” for en pasientgruppe trenger ikke være det for en annen og likeledes innenfor samme diagnose. Prioriteringsforskriften §3 første ledd presiserer hva som ligger i begrepet. Manglende medisinsk kompetanse i norske HF er et grunnvilkår. Etter Klagenemndas praksis og dommene som foreligger kan det sies noe om hva som ikke anses som mangel på adekvat tilbud. Det er ikke manglende kompetanse i Norge selv om det finnes institusjoner utenlands som har bedre tilbud til pasienten slik at pasienten gjennom dette kan oppnå en

⁶⁵ Forskrift 2004-03-19 nr. 540 om Ikrafttredelse av lov 12. desember 2003 nr. 110 om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m. Jfr.Lov av 12.desember 2003 nr.110

⁶⁶ Ot.prp.nr.63 (2002.2003) s.49-50, s.61-62.

⁶⁷ Bakgrunnen for endringen var i hovedsak praksis fra EU-domstolen om at det kan tenkes å komme i strid med fri bevegelighet av tjenester (EØS-avtalen art.36 og 37 jfr. art.4) å legge nasjonal medisin til grunn. Se Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.49.

⁶⁸ For eksempel LB.2005.124036: ulikt syn på når det er mest formålstjenelig å utføre undersøkelse.

⁶⁹ RG.2007.293

bedre helsetilstand enn med en behandling i Norge.⁷⁰ Hovedregelen er at man må benytte det tilbudet som finnes innenfor riket, selv om det skulle være utviklet bedre behandlingstilbud i utlandet.⁷¹ Dersom erfaring har vist at helsehjelpen som tilbys i Norge ikke gir det ønskelige resultat eller har vært mislykket er ikke dette alene tilstrekkelig til at kompetanse mangler. Det slo lagmannsretten fast i LB.2005.124036. Det er heller ikke manglende kompetanse dersom det drøyer for pasienten å få den aktuelle helsehjelpen.⁷² Her går grensen mot kapasitetsmangel etter §2-1 fjerde ledd. Og ei heller dersom det tar tid å stille diagnose.⁷³ Dersom det overhodet ikke finnes behandling å tilby pasienten gir ikke dette krav på helsehjelp i utlandet.⁷⁴

Det er heller ikke kompetansemangel dersom spesialisthelsetjenesten hadde kompetanse til å gi helsehjelpen, men at den ikke ble utnyttet pga helsepersonellens feilvurderinger.⁷⁵ Det vil være forvarlig tilbud i Norge selv om behandlingen har vært vanskelig og prognosen har vært dårlig.⁷⁶ Spesialisthelsetjenestens mål om å være selvforsynt tilsier at den har behandlingstilbud for de fleste vanlige sykdommer. Dersom sykdommen er vanlig og det er et forsvarlig behandlingstilbud til denne pasienten vil det foreligge et adekvat tilbud.

2.4.3 Vilkåret om forsvarlig helsehjelp etter akseptert metode

Vilkåret fremgår av prioriteringsforskriften §3 første ledd. Grunnlaget for denne vurderingen er, i likhet med vurderingen av vilkåret om adekvat tilbud, internasjonal

⁷⁰ Feks. Vedtak 07/116. 50% sannsynlighet for overlevelse ved behandling i Kina, og ca 3% sannsynlighet i Norge.

⁷¹ Jfr.Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.43. Det samme er gjentatt i Rundskriv IS-12/2004 fra Sosial- og helsedirektoratet.

⁷² Vedtak 08/29 (ryggsmerte).

⁷³ Vedtak 07/109 (hypermobilitetssyndrom)

⁷⁴ Eks Vedtak 07/11.

⁷⁵ Vedtak 08/29. Eventuelt søke om pasientskadeerstatning ihht. pasientskadeloven.

⁷⁶ Vedtak 07/116 (hjernesvulst) Uttalt av norske leger at ca 3% overlevelsessannsynlighet ved behandling i Norge.

medisinfaglig standard. Metoden helsehjelpen skal gis etter må være vitenskapelig dokumentert. Dette beror på hva som er alminnelig, internasjonalt akseptert i forskningen som tilstrekkelig dokumentert. Dette er grensen mot hva som vil være utprøvende eller eksperimentell behandling.⁷⁷ Kravet til å tilby forsvarlige spesialisthelsetjenester gjenspeiles i dette vilkåret.

2.4.4 Eksperimentell behandling

Pasienter med sjeldne sykdomstilstander har samme rettskrav på nødvendig helsehjelp som pasienter som har en vanlig sykdomstilstand. De skal mao. få alminnelig, nødvendig helsehjelp så langt dette er mulig. Spørsmålet her er om pasienten ut over den nødvendige helsehjelpen som allerede er innvilget ihht. pasl.§2-1 annet ledd kan få eksperimentell eller utprøvende behandling i utlandet. Hovedregelen er altså at eksperimentell eller utprøvende behandling faller utenfor hva som er nødvendig helsehjelp.

Rettslig grunnlag er prioriteringsforskriften §3 annet ledd jfr. tredje ledd. I ”spesielle tilfeller” ”kan” pasienter med ”sjeldne sykdomstilstander” få eksperimentell eller utprøvende behandling.⁷⁸ Eksperimentell behandling er ikke noe pasientene har rett til, jfr ”kan”. Det beror på RHF’et og medisinskfaglig skjønn om dette skal gis.⁷⁹ Da det utøves skjønn vil det ulovfestede forvaltningsrettslige prinsipp om at like tilfeller skal behandles likt komme til anvendelse. Vilkårene for unntaket etter §3 annet ledd er snevre. Det som omfattes er tilfeller hvor det ikke foreligger konvensjonell behandling som kan gi mulighet for helbredelse.⁸⁰

Det er et grunnvilkår at det dreier seg om en ”sjelden sykdomstilstand” og ”spesielle tilfeller”. I §3 tredje ledd beskrives ”sjelden sykdomstilstand”. Samme sted fremgår noe av bakgrunnen for selve regelen nemlig at det ikke er bygget opp nasjonal kompetanse. Selv om målet for norsk helsevesen er å være selvforsynte med helsetjenester vil det ikke være

⁷⁷ Eksempel på ikke-vitenskapelig metode er vedtak 07/10 om behandling i form av healing.

⁷⁸ 08/79 og 08/115: ME var ikke ”sjelden sykdomstilstand”.

⁷⁹ Ot.prp.nr.63. (2002-2003) s.49.

⁸⁰ Ot.prp.Nr.53 (1996-97) s.17.

samfunnsøkonomisk gunstig å ha kompetanse på enhver sykdomstilstand. Unntaket med eksperimentell behandling er med på å bøte på fraværet av kompetanse.

Prioriteringsforskriften §3 annet ledd gjør unntak fra ”forventet nytte”-vurderingen i §2 første ledd nr.2, og fra §2 tredje ledd om ”god dokumentasjon” til at behandlingen kan ”bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en varighet” og at ”tilstanden forverres eller behandlingsmuligheter forspilles” ved en utsettelse. Kravene etter §2 nr. 1 og nr 3 gjelder fortsatt, jfr §3 annet ledd, dvs at det stilles krav til helsehjelpens forventede kostnadseffektivitet. Trolig vil denne være usikker ettersom behandlingen nettopp er utprøvende og eksperimentell og uten de nødvendige resultatene å vise til. Men det er altså med i vurderingen hvor høy prisen på behandlingen er.

Muligheten til å få eksperimentell behandling vil bero på en vurdering på politisk nivå hvor hensynet til de samlede ressursene i spesialisthelsetjenesten tillegges vekt.⁸¹ Det må nevnes at pasientens RHF kan selvsagt *velge* og tilby pasienten eksperimentell behandling i utlandet, så langt dette er forsvarlig ut i fra pasientens helsetilstand og helsehjelpen som kan gis. En slik praksis må utøves med hensyn til likhet, jfr. pasl.§1-1. I Klagenemndas praksis utgjør sakene om eksperimentell behandling en svært liten del. Det temaet som da synes å gå igjen er ønske om eksperimentell behandling som en siste utvei etter at alt annet av behandling er forsøkt.⁸²

2.5 Felles spørsmål

2.5.1 Hvor kan helsehjelpen kreves mottatt?

Pasienten har i følge fjerde og femte ledd rett til helsehjelp ”fra...tjenesteyter utenfor riket”. Samtidig kan RHF sette bort oppfyllelsen av ansvaret for helsehjelp til ”tjenesteytere”, jfr sphsl.§2-1a fjerde ledd. Hva som menes med begrepet vil følgelig ha betydning for både innholdet av pasientens rettighet: hvem han kan kreve at gir ham

⁸¹ Jfr. høringsnotat til pasientrettighetsloven. Redaksjonell artikkel. 22.08.97 HOD

⁸² Jfr også Mår, Andenæs (2008) s. 158.

helsehjelpen, og for hvem RHF kan inngå avtaler med for å oppfylle sitt ansvar for spesialisthelsetjenester. Verken spesialisthelsetjenesteloven eller pasientrettighetsloven definerer hva som menes med en ”tjenesteyter utenfor riket”. Forarbeidene har ingen definisjon og spørsmålet har ikke vært oppe i domstolene. I vid forstand kan ordlyden ”tjenesteyter” omfatte både en *person*; en spesialist, og en *institusjon*; poliklinikk, sykehus⁸³. Det blir da et spørsmål hvorvidt pasienten kan kreve å motta helsehjelpen av en utenlandsk spesialist ved et norsk helseforetak?

Spørsmålet kom opp i sak 06/27 i Klagenemnda. Hovedspørsmålet i saken var hvorvidt pasl.§2-1 5.ledd jfr. prioriteringsforskriften §3 ”omfatter dekning av utgifter til å hente utenlandsk lege til Norge for å utføre behandling ved norsk sykehus...” Saken hadde to alternative løsninger; *enten* sende pasienten ned til Tyskland for behandling *eller* å hente spesialisten til Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF. Rikshospitalet-Radiumhospitalet valgte å hente spesialisten til Rikshospitalet-Radiumhospitalet og klaget saken inn for nemnda for å få dekket behandlingsutgiftene av Kontoret for sykebehandling i utlandet, nå Klagenemnda. Saken endte med at nemnda avviste saken da helseforetaket Rikshospitalet-Radiumhospitalet ikke hadde klagekompetanse etter §7-2 2.ledd. Siden Klagenemnda ikke har kompetanse⁸⁴ til selv å ta opp saker kunne saken dermed ikke realitetsbehandles.

Konklusjonen må etter dette bli at pasientens rett ikke omfatter en rett til å få en spesialist til norsk helseforetak: sykehus eller poliklinikk.

Etter min mening er det gode grunner for at en geografisk forståelse legges til grunn. I motsatt fall ville rett til å få hentet spesialist til Norge pålegge helseforetakene å ta imot spesialisten. Denne løsningen vil komme i stird med helseforetakenes frihet til å organisere seg selv og skape problemer i forhold til arbeidsgiveransvaret.

⁸³ SE: Klagenemnda Sak 68-04/00075 hvor det diskuteres i anførslene fra klager hvorvidt behandlende institusjon er et sykehus. Det lå altså underforstått fra klagers side at dette er et vilkår.

⁸⁴ Prioriteringsforskriften §8 1.ledd: ”Klagenemnda avgjør klage over vedtak etter §3 jfr pasl.§7-2 annet ledd” §7-2 annet ledd første punktum angir at ”pasienten eller representant for pasienten...kan klage til klagenemnd...”.

Saken gjaldt §2-1 femte ledd. §2-1 fjerde ledd har tilsvarende begrep ”fra...tjenesteyter utenfor riket”. Prinsipielt vil spørsmålet også kunne komme opp ved kapasitetsmangel. Kapasitetsmangelen skyldes i så fall for lite ledig personell - ikke materiell.

2.5.2 Erstatning for utgifter ifbm. helsehjelp i utlandet

Det vil i hovedsak være tre utgiftsposter i forbindelse med helsehjelp i utlandet, nemlig helsehjelpen, reise og opphold. Det er utgifter for pasienten til selve helsehjelpen samt utgifter til pasienten og dennes pårørendes evt. ledsagers transport og opphold.

Pasientens refusjonskrav for helsehjelpen har grunnlag i rettskrav på ”nødvendig helsehjelp”, pasl.§2-1 og prioriteringsforskriften §2 §3. Dette gjelder både når årsaken er kompetansemangel og når det er kapasitetsmangel. Pasienten skal få dekket helsehjelp så langt de er nødvendige spesialisthelsetjenester. Hva som er nødvendig har spesialisthelsetjenesten gjerne tatt stilling til da de vurderte pasienten, pasl.§2-2, §2-3. For fristbruddspasientene er det gjerne den helsehjelpen pasienten opprinnelig skulle få i Norge. For kompetansemangel er dekket helsehjelp så langt kompetansemangelen går og behandlingen ikke er eksperimentell, med mindre pasienten har fått godkjent slik behandling.

Dersom pasienten reiser ut etter eget initiativ etter å ha fått avslag fra RHF eller HELFO, kan han i ettertid få godtgjort at han var berettiget helsehjelpen, feks ved klagesak. Da skal pasienten få erstattet utgiftene nødvendig helsehjelp.

Pasienter som reiser i samarbeid med RHF eller HELFO skal ha dekket reise- og oppholdsutgifter. Det finnes ikke noe eget regelverk for utenlandspasientene. I praksis anvendes pasl.§2-6 og sphsl.§5-2 og forskriftene analogisk.^{85 86} Rett til syketransport

⁸⁵ I følge Nasjonalt kontaktforum for utenlandsbehandling er praksis at forskriftene anvendes analogisk. Jfr. også brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Ullevål universitetssykehus HF av 03.07.08 ifbm. klargjøring av regelverket for refusjon av reiseutgifter og klageorgan.

fremgår av pasl.§2-6 jfr femte ledd og syketransportforskriften. Etter §2-6 første ledd har pasienten og dennes ledsager rett til ”nødvendige utgifter” til reise i forbindelse med spesialisthelsetjeneste. Forskriften regulerer nærmere hvilke utgifter som er nødvendige. Etter §2 har pasienten rett til ”utgifter ved reise” når hensikten er ”å motta helsetjenester”, noe som også er tilfelle ved helsehjelp i utlandet. Pasienten har bare rett til dekning så langt det fremgår av sphlsl.§5-2, jfr. Pasl.§2-6 første ledd. Ifølge sphlsl.§5-2 tredje ledd dekkes ”behandling, forpleining, reise og opphold”. RHF’ene er ansvarlige for kostnadene i sin helhet.⁸⁷ Dette er RHF’et i pasientens bostedsregion, eventuelt faste oppholdssted, jfr. sphlsl.§5-1 §5-2 og Forskrift om refusjonskrav mot det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion (behandlingsoppgjør).⁸⁸ Etter §5-2 tredje ledd er det et vilkår at pasienten har rett til helsehjelp etter pasl.§2-1 fjerde eller femte ledd samt at at ”norsk myndighet har forskuttert beløpet overfor...utenlandske tjenesteytere”. Dette er tilfellet når pasienten reiser ut i samarbeid med sitt RHF eller HELFO. Dersom pasienten har reist ut på egenhånd vil ikke RHF, HELFO eller annen myndighet” har forskuttert beløpet” til tjenesteyter før pasienten reiser ut. Disse pasientene har i utgangspunktet ikke rett til dekning, og må i tilfelle kreve erstatning etter de alminnelige erstatningsregler for påregnelige utgifter ifbm. retten etter fjerde eller femte ledd.

Pasientene kan få dekket utgifter ut over det nødvendige etter en behandlingmessig helheltsvurdering. Forutsetningen er at dette skjer i henhold til likhetsprinsippet i pasl.§1-1.⁸⁹

Etter sphlsl.§5-2 tredje ledd jfr. forskriften skal RHF dekke ”behandling, forpleining, reise og opphold” for pasient og ”reise og opphold” for ledsager.⁹⁰

⁸⁶ Refusjon kunne også tenkes å hatt hjemmel i ”nødvendig helsehjelp”, ved at transport og opphold er en nødvendig forutsetning for helsehjelp.

⁸⁷ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.58.

⁸⁸ Hjemmel i sphlsl.§5-1 og helseforetaksloven §53. Ikrafttredelse 1.januar 2001.

⁸⁹ Merknader til syketransportforskriftens §2.

⁹⁰ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.39,58.

For ” ledsager ” er grunnlag for refusjon for ” nødvendige ” utgifter til ” reise og opphold ” pasl.§2-6 første ledd og sphlsl.§5-2 tredje ledd. Det skal gis dekning for ledsagers utgifter når ledsager er nødvendig.

Etter syke transportforskriften §10 har ledsager på enkelte vilkår krav på tapt arbeidsinntekt. Pårørende har rett til reiseutgifter etter syke transportforskriften §11.

Pasienten har i enkelte tilfeller rett til pårørende til stede, pasl.§4-4-§4-6 §6-2 og et ønske skal imøtekommes pasienten så langt som mulig §3-1 tredje ledd. Dette må gi pårørende en rett til å følge med pasienten til utlandet. Det er dermed ikke gitt at pårørende får dekket utgiftene kun fordi de har en rett til å følge med, da det stilles krav til at pårørende er ” nødvendig ” i sphlsl.§5-2 tredje ledd. Imidlertid er det nærliggende at pårørende er ” nødvendig ledsager ” dersom pårørende er nødvendige for å ivareta pasientens rettigheter på dennes vegne, eller sine egne rettigheter, bla. overfor sine barn. En for snever adgang til dekning kan i realiteten medføre en hindring i å utøve pasienters og pårørendes rettigheter. Det vil i såfall ikke gi likestilling mellom pasientene, noe pasl.§1-1 legger til grunn at det skal være. Etter syke transportforskriften §11 har pårørende på snevre vilkår krav på dekning av utgifter ved reise. Dersom de har rett til dekning vil det dekkes etter samme regler som for pasienten, §11 annet ledd.

Ved fristbrudd er det mest lite praktisk at pasientene organiserer sitt eget tilbud da de kan henvende seg til HELFO. Dersom pasienten har fått et tilbud at HELFO må pasienten i utgangspunktet benytte dette og kan nektes refusjon. Noe annet ville undergrave HELFO som administrativ instans.⁹¹ HELFOs utlegg til pasienten kreves refundert fra pasientens RHF. For å effektivisere saksbehandlingen mellom HELFO og de fire RHF er det utarbeidet samarbeidsavtaler og rutiner.⁹² Ifølge interne avtaler skal hvert RHF plikter å

⁹¹ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.40.

⁹² Avtale om samarbeid og bruk av rutiner ved kjøp av spesialisthelsetjenester ved fristbrudd mellom HELFO og alle RHF.

oppnevne en person(er) som skal være ansvarlig for å behandle og utbetale refusjonskrav til pasienten. Det er utarbeidet eget skjema for refusjonskrav.

Kostnadene for behandling av utenlandspasientene vil nødvendigvis bli høyere pga reise og opphold mv. Økte kostnader er noe RHF må regne med som en følge av kompetansemangel eller fristbrudd.⁹³ En trussel om merkostnader er ment å være et insentiv til å oppnå generelle målsetninger, bla. prioritere riktigere.

Pasientene kan kreves for egenandel som om helsehjelpen var utført i offentlig helsetjeneste, sphsl.§5-5 pasl.§2-6 jfr.syketransportforskriften. Unntaket er at pasientene ikke betaler egenandel for transportutgifter.⁹⁴

Dersom RHF'et avslår erstatningkravet kan pasientene etter §2-1 femte ledd klage det inn for Klagenemnda, jfr. pasl.§7-2, prioriteringsforskriften §8. De tar stilling til om pasienten oppfylte vilkårene på tidspunktet pasienten ble vurdert. Dersom RHF'et avslår fristbruddspasientenes erstatningskrav er Helsetilsynet rette klageinstans, pasl.§7-2 jfr. §7-1 første ledd.

⁹³ Se bla. Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.58, s.59 og Innst.O.nr.23 (2003-2004) pkt.1.7.

⁹⁴ HELFO svarer etter forespørsel.20.04.09.

3 Pasientens rettsstilling ved helsehjelp i utlandet

3.1 Pasientenes rettsstilling

I denne delen skal jeg gjøre rede for utenlandspasientenes rettsstilling, slik den fremgår på grunnlag av rammeavtalene, pasientrettighetsloven, pasientskadeloven og spesialisthelsetjenesteloven. Spørsmålet om rettsstilling er for det første et spørsmål om hvilke rettigheter pasientene har og for det andre hvordan pasientene kan ivareta rettighetene i praksis. Sistnevnte er også et spørsmål om rettssikkerhet.

Pasientrettighetslovens virkeområde fremgår av pasl.§1-2. Bestemmelsen avgjør lovens geografiske og personelle virkeområde. Loven gjelder innenfor riket og pasienten må i utgangspunktet befinne seg i Norge. Følgelig vil loven som skal ivareta pasientenes rettsstilling ikke komme direkte til anvendelse for utenlandspasientene når de er under behandling i utlandet. Pasientskadelovens virkeområde fremgår av passkl.§1 jfr.§19. Loven følger pasienten, og er ikke geografisk avgrenset på samme måte.⁹⁵

Spørsmålet er dermed hvordan pasientenes rettigheter kan ivaretas ved behandling i utlandet? Ved endringen i pasientrettighetsloven⁹⁶ i 2003 var det kun en høringsinstans som etterlyste drøftelse av pasientenes rettssikkerhet. Statens Helsetilsyn spør hvordan departementet ser for seg at pasientrettighetene skal ivaretas ved kontraktsinngåelser? Hvordan kan pasienten og/eller organet som skaffer helsehjelp utenlands kunne påberope rettigheter både under og etter utenlandsoppholdet?⁹⁷ Departementet foretok ikke en grundig vurdering av spørsmålet, men henviste til avtalene som må inngås med tjenesteytere i utlandet. Departementet uttalte at *”Rikstrygdeverket må tilstrebe at de pasientene som blir behandlet i utlandet, så langt som mulig får de samme pasientrettighetene og de samme rettighetene overfor sykehus og helsepersonell som om de ble behandlet i Norge...Dette må ivaretas gjennom de avtalene Rikstrygdeverket inngår*

⁹⁵ Se mer under pkt.3.4.3

⁹⁶ Lov om endringer i lov 2.juli 1999 nr.63 om pasientrettigheter m.m.

⁹⁷ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.33.

*med tjenesteytere i utlandet.*⁹⁸ Departementet forutsatte altså at de viktigste bestemmelsene i pasientrettighetsloven ble tatt inn som vilkår i rammeavtalene slik at de får tilsvarende anvendelse for utenlandspasientene. Pasientenes rettsstilling og rettssikkerheten vil dermed hovedsaklig bero på RHF og HELFOs avtaler. Videre uttaler departementet at avtalene *”...også må ivareta kvalitetssikring av helsehjelpen”*⁹⁹. *Kontrollen kan skje ved ”...dokumentasjon av avvik og avvikshåndtering.”*¹⁰⁰ Dette følges opp ved RHF og HELFOs anbudsgrunnlag ved kjøp av helsetjenester.¹⁰¹

Departementets vurdering ble tatt opp i forbindelse med sekundærretten ved kapasitetsmangel, og ikke kompetansemangel. Etter mitt syn er uttalelsene likevel relevante for kompetansemangel-pasientene siden situasjonen for pasientene er svært lik. Også formålsbestemmelsene i sphlsl.§1-1 og pasl.§1-1 legger til grunn at det skal være likhet. På denne bakgrunn legger jeg til grunn at det er et mål at alle utenlandspasientene så langt som mulig skal ha de samme pasientrettighetene som om de fikk behandling i Norge.

I tillegg til avtalene og uttalelsene i forarbeidene ligger det i spesialisthelsetjenesteloven noen krav til spesialisthelsetjenester som er relevante for pasientenes rettsstilling. Det følger av sphlsl.§2-2 at ”helsetjenester” som ”tilbys eller ytes” ihht. spesialisthelsetjenesteloven skal være ”forsvarlige”. Dersom det skal innvilges helsehjelp i utlandet etter kompetansemangel følger det i tillegg av prioriteringsforskriften §3 at ”det er en forutsetning at helsehjelpen kan utføres forsvarlig av tjenesteytere i utlandet”. I sphlsl.§2-2 brukes betegnelsen ”helsetjenester” til forskjell fra ”helsehjelp”. Med ”helsetjenester” siktes det først og fremst til selve helsehjelpen.¹⁰² Etter ordlyden er imidlertid *helsetjeneste* noe mer enn bare *helsehjelp*. Etter min mening vil ”helsetjeneste” også ha en rettslig side, det vil si at pasienten må sikres en viss minimumsstandard av

⁹⁸ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.41.

⁹⁹ l.c.

¹⁰⁰ l.c.

¹⁰¹ Jeg går ikke nærmer inn i dette.

¹⁰²Ot.prp.nr.10 (1998-99) s.36-40.

pasientrettigheter for at tjenesten er forsvarlig. For pasientene i Norge er ikke dette noe problem da pasientrettighetsloven, pasientskadeloven osv. kommer direkte til anvendelse. For utenlandspasientenes del vil forsvarlighetskravet legger føringer for avtalene som inngås med tjenesteyterne.¹⁰³ I forsvarlighet må det ligge visse krav til rettssikkerhet.¹⁰⁴

3.2 Ansvarssubjekt

Spørsmålet er hvem som er pliktsubjekt for oppfyllelse av pasientrettighetene når pasientene er i utlandet?

RHF kan benytte avtalehjemmelen i sphsl.§2-1a fjerde ledd til å få andre til å oppfylle ”sørge for”-ansvaret etter første ledd. Det er klart forutsatt i forarbeidene at pasientens RHF ikke kan organisere seg vekk fra sitt ansvar, et ansvar som etter sphsl.§2-2 består i å yte forsvarlig helsehjelp.¹⁰⁵ Selv om sphsl. åpner for at oppgavene kan settes ut til andre, vil altså svaret at ansvaret overfor pasienten forbli.

Ved fristbrudd er det HELFO som finner et tilbud til pasienten, pasl.§2-1 fjerde ledd jfr. prioriteringsforskriften §6. Vil det i dette tilfellet være RHF eller HELFO som har ansvaret for oppfølging av pasienten, herunder pasientrettighetene? Mao. endres ansvarsforholdene? Løsningen har for det første betydning for hvem pasienten skal henvende seg til dersom han ikke får oppfyllelse av en pasientrettighet. Formelt er det HELFO som er ansvarlig da det er de som inngår avtalen med tjenesteyter og at forutsetningen er at avtalene skal ivareta pasientrettighetene. På den annen side vil det være pasientens RHF som har det materielle ansvaret for å sørge for forsvarlige spesialisthelsetjenester. Etter forarbeidene var det kun det administrative ansvaret som gikk over på Rikstrykdeverket (nå HELFO)¹⁰⁶, mens det øvrige ansvaret herunder det økonomiske, forble hos RHF'ene. Etter dette taler

¹⁰³ Pasienten vil selvfølgelig omfattes av lovgivning som gjelder i den aktuelle behandlingsstaten. Jeg avgrensner mot slike spørsmål.

¹⁰⁴ Om begrepet *rettssikkerhet* se Eckhoff.Smith. (2003) s.50.

¹⁰⁵ Ot.prp.nr.66 (2000-2001) s.105.

¹⁰⁶ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.40.

det meste for at ansvaret for å følge opp pasientrettighetene fortsatt påhviler det enkelte RHF.¹⁰⁷

3.3 Avtalene¹⁰⁸

3.3.1 HELFO-avtalen ved kapasitetsmangel

HELFO Pasientformidling har utarbeidet en standard rammeavtale med generelle vilkår for kjøp av helsetjenester til fristbruddspasienter.¹⁰⁹ Den samme avtalen benyttes både når HELFO samarbeider med norsk, privat tjenesteyter og de utenlandske. HELFO har avtaler på feltene medisin, kirurgi, rus og psykiatri.¹¹⁰ Partene i avtalen omtales som ”kunden” og ”leverandøren” hhv. HELFO og den aktuelle institusjonen i utlandet.

Pasientens rettsstilling berøres hovedsakelig i forhold til krav til leverandøren. Kravene angår faglig standard (pkt. 3 og 4.1) og eventuelt krav til underleverandøren (pkt. 1.3), pasientskadelovens anvendelse (pkt. 10.1), taushetsplikt (pkt. 12.6 og bilag, og for eventuell underleverandør se pkt. 1.3). Hva avtalen sier om de ulike rettighetene, se pkt.3.4.

Etter pkt.10.2 skal leverandøren tegne forsikring. Forsikringen dekker mer av skade enn hva pasientskadeloven¹¹¹ gjør. Pasientene vil dermed for eksempel få dekning dersom de

¹⁰⁷ Det som gjør forholdet mellom RHF og HELFO spesielt er at ved oppfølgingen må RHF'ene forholde seg til avtalen HELFO har inngått med tjenesteyter, da det er avtalen som er grunnlaget for hva som kan kreves av tjenesteyter. Jeg avgrensner mot interne ansvarssprøsmål med unntak av der det har relevans for pasientens rettsstilling.

¹⁰⁸ Det tas forbehold om at enkelte pasientrettigheter ivaretas ved individuelle avtaler med tjenesteyter i de konkrete tilfeller.

¹⁰⁹ Anbudsgrunnlag ligger offentlig tilgjengelig i http://www.doffin.no/search/show/search_view.aspx?ID=FEB118712 (16.03.09) Den rammeavtalen som nå gjelder er utarbeidet i 2007.

¹¹⁰ HELFO Pasientformidling opplyser i mail 16.03.09 etter min forespørsel.

¹¹¹ Pasientskadeloven.

ved et uhell skli på badegulvet. Denne forsikringsdekningen har ikke norske HF for sine pasienter, slik at ved uhell er ikke pasientene forsikringsmessig dekket med mindre de selv har en forsikring som dekker dette.

3.3.2 RHF-avtale ved kompetansemangel

Pasientens opphold i institusjon i utlandet reguleres i avtalen mellom pasientens RHF ved Utenlandskontorene og den utenlandske tjenesteyter. Avtalene forekommer også her i to varianter, enten som rammeavtaler og/eller det inngås enkeltavtaler.¹¹² Rammeavtalen: RHF-avtalen, er standardisert og er utarbeidet av Nasjonalt kontaktforum for Utenlandsbehandling. Rammeavtalen benyttes av alle RHF.¹¹³ Dersom situasjonen gjør det nødvendig med tilleggsavtaler eller tilpasninger så avtales det individuelt. Tilpassningene kan feks. gjelde pårørendes mulighet for å følge med, transport og tilpasninger for helsehjelpen. Avtalen er dermed ikke en uttømmende regulering av pasientenes rettsstilling, men den er relevant da den utgjør et basisgrunnlag og er felles for alle kompetansemangel-pasienter.

RHF-avtalen berører i liten grad pasientens rettsstilling direkte. I den grad pasienten berøres er dette hovedsaklig i forhold til helsehjelpen og transport, jfr. avtalen §7 §8 annet ledd. Det er bestemmelse om rapportering i §10. Avtalen §7.4 og §12.4 omhandler pasientens erstatningsgrunnlag ved pasientskade og viser til NPE. I de tilfeller institusjonens stat har en pasientskadeerstatningsordning avklarer Utenlandskontoret hvorvidt pasientene kan søke den ordningen om erstatning. I så fall inntas dette i avtalen.¹¹⁴ Dette er i så fall et supplement til NPE som pasientene alltid vil kunne søke erstatning gjennom.

¹¹² Nasjonalt kontaktforum for utenlandsbehandling. Opplysninger gitt i møte 10.02.09 med Harald Platou, leder for Kontaktforum for utenlandsbehandling og jurist i Helse SørØst. Det avgrenses mot de individuelle avtalene ettersom det ikke er gitt insyn i slike.

¹¹³ Opplysninger fra Nasjonalt kontaktforum for utenlandsbehandling 10.02.09.

RHF-avtalen har ikke en tilsvarende forsikringsdekning som HELFO-avtalen. Etter RHF-avtalen §9.2 skal pasienten kunne søke pasientskadeerstatning etter pasientskadelovgivningen, dersom den aktuelle behandlingsstaten har en slik ordning. Her vil det altså være rom for variasjon etter hvilken stat pasienten skades. På bakgrunn av at pasienten uansett kan søke til Norsk Pasientskadeerstatning¹¹⁵ vil allikevel ikke rett til pasientskadeserstatning i behandlingsstaten være nødvendig, selvsagt med mindre den utenlandske dekker mer.

3.4 Pasientrettigheter

I det følgende gjennomgås utenlandspasientenes rettsstilling før under og etter behandling i utlandet. Inndelingen bygger på en tidslinje for pasientens behandlingsforløp. Inndelingen er ikke helt ”vanntett” da enkelte rettigheter også vil være aktuelle på andre stadier.

3.4.1 Rettsstilling før behandling i utlandet

Pasienten har rett til *informasjon* både før, under og etter selve behandlingen. Rett til informasjon fremgår av pasl.§3-2 jfr.§3-5. Spesialisthelsetjenesten har en informasjonsplikt i §2-1 tredje ledd jfr. sphsl.§3-11. Informasjonsretten omfatter opplysninger om faktiske forhold som pasientens helsetilstand, helsehjelpen, risikoer, bivirkninger, skade og komplikasjoner. Og det omfatter opplysninger for at pasienten skal kunne ivareta sine pasientrettigheter, for eksempel pasientskadeserstatning. I møte med spesialisthelsetjenesten er det viktig at pasienten på et tidlig tidspunkt får opplysninger om en rett til helsehjelp i utlandet. Uten opplysninger om rettigheter og konsekvensene av at de brytes vil det begrense pasientens muligheter til å ivareta sin rett dersom det viser seg at spesialisthelsetjenesten har kapasitets- eller kompetansemangel. Pasienten sikres informasjon tidlig da spesialisten som vurderer pasienten har informasjonsplikt pasl.§2-1

tredje ledd, §2-2 første ledd annet punktum og hlspl.§4. Denne omfatter opplysninger om retten til nødvendig helsehjelp, behandlingsfristen og hvor helsehjelpen kan gis, i Norge eller/og helt eller delvis i utlandet. Etter §2-2 annet ledd annet og tredje punktum skal pasienten ”underrettes” om sin rett til nødvendig helsehjelp og om fristen. Etter prioriteringsforskriften §5 skal ”den som har foretatt vurderingen” informere pasienten og den henvisende legen skriftlig om resultatene av vurderingen. Når fristen er fastsatt skal det også opplyses om konsekvensene ved brudd, dvs. retten til et subsidiært tilbud straks, og at rette organ å henvende seg til er HELFO. Jfr. prioriteringsforskriften §5 §6. Spesialisten kan altså ikke slå seg til ro dersom en pasient ikke protesterer når han får beskjed om at det ikke finnes kompetanse i Norge. Spesialisten må henvide pasienten videre eller informere, eventuelt innhente informasjon, om kompetanse i andre land, jfr. hlspl.§4.

Etter pasl.§2-2 annet ledd tredje punktum skal den som vurderer pasienten informere om klageadgangen. For pasienter som mener de har krav på behandling i utlandet etter §2-1 femte ledd må da få informasjon om at klageinstansen er Klagenemnda. For øvrig må det opplyses om at Helsetilsynet i fylket rette klageinstans, for klage på de øvrige rettighetene. Norsk Pasientskadeerstatning¹¹⁶ (NPE) er rette instans ved pasientskade.

Pasienten har rett til informasjon om innholdet av helsehjelpen og informasjonen skal være tilpasset pasienten, jfr.§3-2 og §3-5. Under oppholdet i utlandet kan retten til informasjon gi noen utfordringer, særlig pga. kommunikasjon og språk. Tilpassning etter §3-5 er dermed særlig aktuelt for utenlandspasientene. Tilpasset informasjon for eksempel være en oversettelse av behandlingsinformasjon RHF’ene eller HELFO har mottatt av tjenesteyter i forkant av utreise. Det kan også medføre en plikt for RHF’ene til å innhente opplysninger slik at pasienten kan få dem i før utreise. Informasjon er av vesentlig betydning for at pasienten kan samtykke til behandlingen i utlandet. Hvor mye tilpasning som kreves vil være avhengig av ulike forhold bla. hvilken stat pasienten skal behandles i. For eksempel er det normalt ikke nødvendig med oversettelse dersom pasienten sendes til Sverige, mens et fransktalende land kan by på problemer. RHF’ene må da undersøke pasientens personlige forutsetninger for å motta informasjon under oppholdet, §3-5 annet ledd jfr. første ledd.

¹¹⁶ Jfr. Pasientskadeloven.

Opplysninger om selve helsehjelpen blir en utfordring når pasienten er i utlandet dersom det planlagte behandlingsopplegget må endres. Det kreves da nytt, informert samtykke (se nedenfor). I dette tilfellet må RHF og HELFO kunne bistå pasienten dersom det er nødvendig slik at han får tilpasset informasjon, for eksempel en forklaring, oversettelse.

Avtalene sier ikke noe spesifikt om informasjonsplikt for tjenesteyter overfor pasienten, de har kun informasjonsplikt for avtalepartene. Dette skulle tilsi at desto mer informasjon må gis av RHF'ene og HELFO dersom pasienten har behov for det.

Spesialisthelsetjenestens plikt til å informere etter sphsl.3-11 vil altså både skjerpes og den vil flyttes fram i tid for å være tilpasset pasienten.

I pasl. kap. 4 er reglene om *samtykke*. Etter §4-1 første ledd skal all "helsehjelp" basere seg på samtykke, med mindre det finnes lovhjemmel eller annet rettsgrunnlag for tvang. Etter annet ledd kan samtykket trekkes tilbake på hvilket som helst tidspunkt.

RHF- og HELFO-avtalen regulerer ikke samtykke. Årsaken til dette kan være at samtykke er så grunnleggende at det ikke er nødvendig å nevne det. Det er en alminnelig rettssetning i de fleste rettsstater at helsehjelp ikke kan gis uten samtykke av hensyn til pasientens personlig integritet.

Når pasienten ønsker å la seg behandle utenlands vil dette tolkes som et stilltiende samtykke. Så lenge pasienten er tilstrekkelig informert på forhånd om "helsehjelp[en]" er et stilltiende samtykke tilstrekkelig. Samtykket er samtidig et forhåndssamtykke. Et forhåndssamtykke er gyldig så lenge pasienten er informert og at pasienten til enhver tid har mulighet til å trekke det tilbake. En tilbaketrekking av samtykke må respekteres av tjenesteyter slik at behandlingen stanses.

I enkelte tilfeller vil helsehjelpen pasienten ble forespeilet før utreise helt eller delvis endres mens pasienten befinner seg hos tjenesteyter. Det viser for eksempel at diagnosen er mer alvorlig enn antatt slik at det kreves en annen behandlingsmetode. I dette tilfelle vil pasienten ha krav på informasjon om den nye metoden, dens risikoer og bivirkninger, og

skal ha mulighet til å samtykke på nytt til denne. Tjenesteyter kan ikke igangsette en annen behandling uten å forsikre seg om at pasienten er inneforstått med endringene. Motsetter pasienten seg vil han kunne velge å avslutte behandlingen. I utgangspunktet må da RHF'et skaffe til veie et nytt tilbud ettersom pasienten ikke har fått nødvendig helsehjelp. Unntak kan tenkes der dette vil være urimelig sett på bakgrunn av situasjonen, og bla. pasientens begrunnelse for å nekte helsehjelpen. Forutsatt at RHF ikke er å bebreide og pasientens valg er feks. grunnløst eller urimelig bør pasientens RHF kunne anses å ha oppfylt sin plikt til å gi et forsvarlig tilbud om helsetjeneste. Et tilfelle der pasienten vil ha rimelig grunn for å nekte vil være i tilfeller som nevnt i pasl.§4-9. Den nye behandlingen krever for eksempel blodoverføring.

Dersom det oppstår komplikasjoner og/eller behov for tilleggsbehandling¹¹⁷ skal tjenesteyter rapportere til Utenlandskontoret, RHF-avtalen §7.3. §7.4.

Ved komplikasjoner skal pasienten forbli hos tjenesteyter og få nødvendig hjelp til helsetilstanden er stabil nok til at han kan flyttes. Etter §7.3 skal pasienten sendes tilbake til Norge dersom det viser seg at pasienten kan bli behandlet der, da spesialisthelsetjenesten har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet. I motsatt fall vil RHF samtykke til at videre behandling gis. Ifølge HELFO-avtalen skal helsehjelpen alltid utføres i samsvar med medisinske krav. Dette kan tilsi samme løsning som RHF-avtalen §7.3.

Ved spørsmål om tilleggsbehandling til den avtalte behandlingen vil RHF'et eller HELFO ha interesse i å samtykke på forhånd. De vil vurdere om tilleggsbehandlingen inngår i nødvendig helsehjelp, for eksempel dersom prisen er avvikende slik at vilkåret til kostnadseffektivitet ikke er tilfredsstillt. I begge avtalene er det en rapporteringsplikt for tjenesteyter tilbake til RHF eller HELFO. RHF'et har altså mulighet til å samtykke til endringer. Det er ikke nødvendig for pasienten å returnere for ny undersøkelse el.

¹¹⁷ Hva som er avtalt behandling og undersøkelser fremgår av betalingsgarantien, RHF-avtalen §7.1.

Fritt sykehusvalg etter §2-4 gjelder i utgangspunktet bare innenfor riket, dvs de offentlige helseforetak eller de private sykehus med avtale. I følge forarbeidene vil utenlandske sykehus er omfattet dersom det RHF har inngått avtale med slike etter at de har deltatt i konkurransen.¹¹⁸ I forhold til kompetansemangel-pasientene vil deres rett altså bero på avtalene RHF'et har inngått og hvilke tilbud de gir pasienten. Kapasitetsmangel-pasienten kan "ikke fritt velge tjenesteyter", prioriteringsforskriften §6. Det er i utgangspunktet HELFO som velger tjenesteyter basert på hva som er tilgjengelige og forsvarlige helsetjeneste-tilbud, jfr. prioriteringsforskriften §6.

Selv om ikke §2-4 gir pasientene valgrett vil andre pasientrettigheter kunne medføre en rett til å velge tjenesteyter. For det første kan en valgrett ha grunnlag i retten til medvirkning, pasl.§3-1 første ledd første og annet punktum. (For pårørende når pasienten ikke er samtykkekompetent se annet ledd.) Valgretten gjelder "ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder" jfr. første ledd annet punktum. Det vil være avtalene RHF eller HELFO har som gir et "valg". Dersom RHF eller HELFO har avtaler med flere, forsvarlige tjenesteytere og disse bruker ulike metoder så vil pasienten altså ha en valgrett. Forutsetningen er da at kostnadene er ca tilsvarende. Dersom flere tjenesteytere benytter samme metode gir ikke ordlyden i utgangspunktet noe valg.

Hensynet til pasientens selvbestemmelse kan da tale for at pasienten kan velge tjenesteyter. Pasienten kan feks. ha et ønske om en spesiell institusjon, for eksempel når den ene ligger nærmere geografisk sett. Konklusjonen blir at pasienten har rett til å velge på grunnlag av medvirkning, men bare så langt tilbudene med bakgrunn i pasientens behandlingsbehov er tilsvarende i pris.

Valgfriheten for de to pasient-gruppene etter fjerde og femte ledd er altså stort sett sammenfallende. Sett i forhold til pasientene som behandles i Norge og kan velge etter §2-4 er imidlertid deres valgmulighet noe begrenset.

Annerledes bli situasjonen dersom pasienten selv sørger for å skaffe helsehjelpen utenlands, forutsatt at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter §2-1 fjerde eller

¹¹⁸ Innst.O.nr.23 (2003-2004) pkt.1.3.

femte ledd. I dette tilfellet vil pasienten i realiteten fritt velge tjenesteyter. Dette medfører en forskjellsbehandling mellom pasientene. Det er ikke åpenbart rimelig at en pasient som tar skjeen i egne hender og senere ber om tilgivelse kan velge tjenesteyter, mens en som går via systemet og får tillatelse ikke får velge like fritt. Motsatsen blir at pasientene risikerer at den tjenesteyter de har valgt ikke blir godkjent av RHF'ene i ettertid.

Etter pasl.§2-5 har pasienter med ”behov for langvarige og koordinerte helsetjenester” rett til en *individuell plan*.¹¹⁹ Formålet er å gi forutberegnelighet og oversikt. Det at helsehjelpen skjer i utlandet medfører ikke i seg selv at pasienten har ”langvarige og koordinerte helsetjenester”. Men ved at deler av de samlede helsetjenestene skal skje i utlandet kan komplisere gangen i behandlingsforløpet og dermed øke pasientens behov for oversikt og forutberegnelighet.

I tilfellet av kapasitetsmangel vil ikke utenlandsoppholdet i utgangspunktet være planlagt. Det er dermed noe praktisk vanskelig å få utenlandsbehandlingen med i planen, i hvertfall ved utarbeidelsen. Eventuelt kan man se for seg at den kan føres inn i ettertid når det blir klart hva som skal skje. For kompetansemangel-pasientene derimot, vil utenlandsoppholdet være planlagt. Dette bør da føres inn i planen.

Planen gir ikke gir rettskrav på oppfyllelse da det ikke er et bindende vedtak. Dermed vil ikke pasienten, ved en eventuell beskrivelse om at helsehjelpen skal skje i utlandet, kunne kreve at helsehjelpen verken blir gitt i den angitte stat eller etter den angitte metode. Her har spesialisthelsetjenesten rom for å endre, for eksempel dersom det viser seg at helsehjelpen allikevel kan gis i Norge.

¹¹⁹ Korresponderende plikt for helseforetak finnes i sphlsl.§2-5.

En rett til *ledsager* kan ligge allerede i retten til ”nødvendig helsehjelp”, pasl.§2-1 jfr. fjerde og femte ledd. Pasientens helsetilstand gjør det nødvendig å ha kvalifisert ledsager og ledsageren er da helsepersonell. Tilsvarende følger av at pasl.§2-6 og syketransportforskriften i praksis anvendes analogisk for utenlandspasientene. Etter forskriften §2 jfr. §3 første ledd b dekkes utgifter til reise når hensikten er å motta nødvendig helsetjeneste. Etter forskriften §9 §10 er det forutsatt at nødvendig ledsager får dekket utgifter, jfr også sphlsl.§5-2 tredje ledd ”nødvendig ledsager”. Følgelig er det nærliggende at pasienten også har rett til nødvendig ledsager. Spørsmålet blir dermed når ledsager er nødvendig? Det er nødvendig med ledsager når pasienten er et barn.¹²⁰

Ledsageren(e) er medisinsk kyndig dersom dette er påkrevet av hensyn til pasientens helsetilstand.¹²¹ Nødvendig ledsager er det ved fare for rømning typisk når pasienten er innenfor det psykiske helsevern hvor ledsager gjerne er politi. Ledsager kan også være en tolk eller lærer.¹²²

Etter min mening vil det kunne være en for snever tolkning av ”nødvendig” kun å legge vekt på helsetilstanden og ikke ta i betraktning pasientens rettssikkerhet. Dvs. at det vil være ”nødvendig” med ledsager dersom pasienten ikke evner å ivareta sine pasientrettigheter under oppholdet slik at ledsager nødvendig for pasientens rettssikkerhet. Det typiske tilfellet vil være når pasienten er ikke er samtykkekompetent, er umyndig, senil dement, er under psykisk helsevern eller av andre grunner ikke evner å ivareta sine pasientrettigheter. Formålet med ledsageren er å ivareta pasientrettighetene feks. kreve journalinnsyn, informasjon, medvirke med opplysninger for nødvendig behandling, sørge for aktivitet for barnet ol. Ledsager trenger ikke da å være helsepersonell. Nødvendighetsvurderingen må bero på en konkret vurdering av pasientens helsetilstand og behov med tilbørlig hensyn til rettsikkerhet og forsvarlighet.

¹²⁰ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.58.

¹²¹ l.c.

¹²² Jfr. Merknader til syketransportforskriften §10.

Dersom pasienten har pårørende vil disse være naturlige ledsager(e) for pasienten. Har pasienten derimot ikke tilgjengelige pårørende er det rimelig at pasienten får stilt til disposisjon en person som kan følge med ham.

Ledsagere må pålegges taushetsplikt for å sikre pasientens rett til vern mot spredning av opplysninger, jfr. pasl.§3-6. Er tolken eller ledsageren helsepersonell vil taushetsplikt allerede følge av helsepersonelloven jfr. hlspl.kap.5.

3.4.2 Rettsstilling under behandling i utlandet

Et *vern mot at personlige opplysninger spres* er viktig for å ivareta respekten for pasientens privatliv og personlige integritet. Dette er kjerne-verdier i all helsehjelp som gis. Etter pasl.§3-6 første ledd gjelder dette opplysninger ”om legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger”. Opplysningene kan være muntlige eller skriftlige, for eksempel i journal. Retten korresponderer med helsepersonellens taushetsplikt etter hlspl.kap.5. Ved brudd på taushetsplikt kan pasienten kreve erstatning i form av oppreisning, jfr. skadeserstatningsloven. Dette er slått fast av Høyesterett i bla. Rt 2006 s. 798.¹²³ Brudd på taushetsplikt som følger av lovbestemmelse eller gyldig instruks er straffbart etter straffeloven §121. Lovpålagt taushetsplikt følger bla. av hlspl. kap. 5 og forvaltningsloven§13flg.

I RHF-avtalen reguleres ikke taushetsplikt spesifikt, men relevant er §18 om ”secrecy”: hemmelighold. Partene plikter å holde hemmelig ”the materials and information” som utveksles, så langt disse er ”confidential by law”. Bruk av opplysninger eller materiale skal ikke brukes til andre formål: ”purposes” enn etter avtalen. Pasientopplysninger som utveksles vil etter ordlyden inngå i ”information” i §18. Oversendt materiale skal leveres tilbake til parten. Det er behandlingsstatens rett som regulerer hva som er ”confidential”, §18 jfr.§19. Dette vil i noe grad gi vern mot opplysningsspredning fra tjenesteyter.

¹²³ Saken gjaldt en leges brudd på taushetsplikt. Pasienten ble tilkjent oppreisning etter skadeerstatningsloven §3-6.

Pasientens vern mot opplysningsspredning fra helsepersonell vil i tillegg bero på behandlingsstatens rett. Taushetsplikten anses å være en grunnleggende pasientrettighet også i de fleste sentral-europeiske stater.¹²⁴ Regelverket er i stor grad sammenfallende med det norske, noe som gir pasientene vern mot opplysningsspredning i samme utstrekning som etter norsk rett. Det er i stor grad slike stater kompetansemangel-pasientene sendes til.¹²⁵

Pasientens journal; ”medical report” skal sendes tilbake til den legen, HF og RHF i Norge innen 3 uker fra utskrivning, jfr rammeavtalen §10. Norsk helsepersonell som mottar journalen vil være underlagt taushetsplikt etter helsepersonelloven, annet personell innenfor helseforetakene etter sphlsl.§6-1 jfr. fvl. §13-§13e.

I HELFO-avtalen er taushetsplikt regulert i pkt. 12.6 og i egen erklæring lagt ved som bilag. Etter pkt.12.6 første ledd plikter kunden og leverandøren å hindre spredning av opplysninger de får kjennskap til i forbindelse med avtalen og gjennomføringen av denne. Dette inkluderer opplysninger om pasienten, både hans person og helsetilstand. Taushetsplikten gjelder uten tidsbegrensning, jfr. fjerde ledd. Det at taushetsplikten varer uten tidsbegrensning ut samsvarer med hovedregelen om taushetsplikt for helsepersonell etter hlspl.§21 flg.

Reglene om taushetsplikt i forvaltningslovens §13 flg. gjelder mellom partene. Det gir tilsvarende vern som ved saksbehandling i Norge. Både tjenesteyteren og nøkkelpersonell tjenesteyter eventuelt benytter omfattes av taushetserklæringen. Dersom tjenesteyter benytter underleverandører skal avtalen med ham ha tilsvarende bestemmelser om taushetsplikt, jfr. pkt.12.6 andre ledd. Kretsen for hvem som skal ha taushetsplikt er altså utvidet, noe som gjør opplysningsvernet sterkere.

¹²⁴ Ifølge Nasjonalt kontaktforum for utenlandsbehandling og Utenlandskontoret Helse SørØst.

¹²⁵ Nasjonalt kontaktforum for utenlandsbehandling. Årsrapport 2007. s.4, 7. Samarbeidsavtaler med Tyskland, Danmark, Sverige, Sveits, Finland, Østerrike, Frankrike, USA. Kun 4% av pasientene ble sendt til sykehus utenfor Europa. 65% innenfor Skandinavia.

I sphi. §6-1 er det gitt bestemmelser om taushetsplikt som gjelder for "[e]nhver som utfører tjeneste eller arbeid for helseinstitusjon" i spesialisthelsetjenesten, noe som omfatter ansatte ved Utenlandskontorene til RHF. I første ledd er forvaltningslovens taushetspliktbestemmelser i §§13 – 13e gitt anvendelse. I §6-1 annet og tredje ledd er det spesialbestemmelser for opplysninger om oppholdssted og i samarbeidsøyemed og for å forebygge fare eller skade. Alt "helsepersonell" omfattes av hlspl. kap.5 jfr.§48.

Etter §3-1 har pasienten rett til å *medvirke* på alle stadier av gjennomføring av helsehjelpen. Bakgrunnen for medvirkningsretten er å ivareta pasientens selvbestemmelse og integritet.¹²⁶ Medvirkningsretten er ment å utøves innenfor rammen av det forsvarlige, og gjerne under rådgivning fra helsepersonell.¹²⁷ Det forutsettes at det er gitt tilstrekkelig og tilpasset informasjon slik at medvirkningen blir reell, noe som gjenspeiles bla. i §3-5. Retten utspilles ved samarbeid mellom pasient og spesialisthelsetjenesten. RHF'ene og HELFO må dermed sørge for at utenlandspasientene får medvirke så langt det er praktisk mulig, både før og under utenlandsbehandling. Pasientene vil medvirke i forkant ved forhåndssamtykke til behandlingsmetode. (jfr. pkt.3.4.1). Ut over medvirkningen som skal til for å gjennomføre nødvendig helsehjelp er det i stor grad opp til pasienten selv hvor mye det medvirkes. Pasienten må selv gjøre det mulig for RHF'et og HELFO å tilpasse tilbudet til ham, for eksempel ved å si hvor han helst ønsker behandling og hvilke språk han forstår. Verken RHF-avtalen eller HELFO-avtalen omtaler medvirkning for pasienten under utenlandsbehandlingen.

¹²⁶ Ot.prp.nr.12 (1998-99) s.64.

¹²⁷ Ot.prp.nr.12 (1998-99) s.128.

Rett til *journalinnsyn* for pasienten ble slått fast av Høyesterett i ”Sykejournaldommen”¹²⁸ og følger nå av pasl.§5-1. Etter sphlsl.§3-2 har en helseinstitusjon under spesialisthelsetjenesteloven et ansvar for å ”sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen” til enhver tid er ”forsvarlige”. Helsepersonell skal gi pasienter innsyn, hlspl.§41. I forarbeidene er det uttalt at man må tilstrebe at pasientene som får helsehjelp i utlandet så langt som mulig får de samme pasientrettighetene. Herunder ble det satt som eksempel på hva som var viktig, nemlig å ”sikre innsyn i pasientjournaler på linje med den innsynsrett pasientene har i Norge”.¹²⁹ Oppfordringen er ikke direkte fulgt opp verken i RHF-avtalen eller HELFO-avtalen. Årsaken til dette kan være at lovgivningen innenfor de sentraleuropeiske statene i stor grad er tilsvarende den norske lovgivningen. Siden pasientene som sendes ut i stor grad sendes til sentraleuropeiske stater kan man si at det dermed ikke vil være det store behovet for å regulere journalinnsyn i rammeavtaler da innsynsrett vil følge av statens egen lovgivning. Derimot vil behovet være større når pasientene sendes til stater med avvikende lovgivning. I dette tilfellet bør RHF og HELFO sørge for en avtaleregulering av pasientens rett til å kreve at tjenesteyter gir ham innsyn i journal.

I de tilfeller pasienten er under lengre behandling kan behovet for innsyn være større enn ved kortvarige opphold. Generelt sett vil det være ønskelig for pasienten å ha mulighet for innsyn, retting og sletting. Det kan være lite hjelp i å få innsyn når behandlingen allikevel er avsluttet og journalen er endelig ført. Med grunnlag i §5-2jfr. hlspl.§§42-44 vil helsepersonell i Norge kunne avbøte dette ved adgang til å rette og slette opplysninger utenlandsk helsepersonell har ført inn.

Helsepersonell har rett til å gi journal og opplysninger i denne til ”andre som yter helsehjelp”, hlspl.§45. ”[A]ndre” vil omfatte tjenesteyter og journal kan dermed sendes til ham. Denne må ses i sammenheng med pasl.§5-3 hvor pasienten kan motsette seg utlån, untatt når det forligger ”tungtveiende grunner” for å utlåne. Bestemmelsen peker på en konkret avveining mellom pasientens personvern og behovet for å utlevere

¹²⁸ Rt.1977 s.1035.

¹²⁹ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.41.

opplysningene.¹³⁰ Etter min mening vil imidlertid en utreise i seg selv være en rimelig tungtveiende grunn for å utlåne. Det må være av stor betydning for tjenesteyter at han får tilgang til pasientens journal for å sikre rett behandling. Samtidig vil det gi pasienten journalinnsyn også i utlandet.

RHF-avtalen §10 sier at ”medical report”:journal, skal sendes tilbake til henvisende lege, HF og Utenlandskontoret. Dette skal skje så tidlig som mulig:”at the earliest convenience” og senest innen 3 uker etter utskrivning. Slik vil pasienten etter hjemkomst ha innsynsrett i denne ihht. pasl.§5-1. Pasienten vil da kunne se hva som ble skrevet om pasienten av det utenlandske helsepersonellet. Journalen skal skrives på engelsk, RHF-avtalen §16. For at innsynsretten da skal være reell må pasienten kunne kreve å få innholdet oversatt dersom det er nødvendig, jfr.pasl.§3-5. Alternativet til å sende tilbake er at tjenesteyter oppretter egen journal og denne skal da sendes med pasienten. I begge tilfeller skal Utenlandskontoret og det henvisende legen og HF i Norge bli forelagt journal senest tre uker etter utskrivning, avtalen §10.

Dersom skade har oppstått under behandling må tjenesteyter føre dette inn i journalen, jfr.pasl.§3-2 fjerde ledd. Journalen bidrar til å opplyse saken ved en pasientskadeserstatningssak. Dersom det etter hjemkomst oppdages at RHF’et, den henvisende legen eller andre oppdager at pasienten kan ha blitt påført skade under utenlandsoppholdet, må RHF’et opplyse pasienten om dette, femte ledd.

Etter pasl.kap.6 har *barn særlige pasientrettigheter*. Dette omfatter rett til samvær med foreldre, til aktivitet og til undervisning dersom de er i skolepliktig alder, §§6-2–6-4.¹³¹ Spesialisthelsetjenestens plikt til å ivareta barnas rettigheter er regulert i sphsl.§3-6 jfr. forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. Hverken i RHF- eller HELFO-avtalen er barns rettigheter etter pasl.kap.6 nevnt.

¹³⁰Ot.prp.nr.12 (1998-99) s.93-96.

¹³¹§6-1 gjelder kommunehelsetjenesten, jfr.kommunehelsetjenesteloven.

Hva som er grensen for ”barn” følger av forskriften §3 og forarbeidene at en pasient vil være barn fram til 18 år.¹³² Statusen som barn opphører altså ikke ved helserettslig myndighetsalder på 16 år.

For barnet kan det være en ekstra påkjenning at helsehjelpen skal skje i utlandet slik at rett samværsretten er særlig aktuell i disse tilfellene, §6-2 og forskriften kap.2. Barnets samværsrett med foreldrene ”under hele oppholdet i helseinstitusjon” medfører at barnet skal ha samvær i institusjonen i utlandet. Foreldrene skal ha dekket reise og opphold ihht. forskriften kap.3.¹³³ Retten til aktivitet og undervisning etter §6-3 og §6-4 vil være mer aktuell desto lengre ”opphold[et]” i utlandet er. Er oppholdet kortvarig, feks gis helsehjelp poliklinisk, er det ikke naturlig at barnet gis undervisning. Dersom oppholdet er langvarig og institusjonen i utlandet har tilbud om undervisning og aktivitet kan det være en løsning at barnet deltar i dette. Dersom barnet ikke forstår språket el. slik at det i realiteten ikke deltar må det sørges for et eget opplegg for undervisningen og aktiviteten. Feks. Ved at en pedagog følger med som ledsager.

Ifølge forskriften skal barn fortrinnsvis ikke innlegges, forskriften §2 slik at barn bør så langt det er mulig sendes til poliklinikk. Dersom barnet legges inn skal det helst være i en egen barneavdeling, §4. Barnet bør tas hånd om av spesielt kompetent helsepersonell og helst det samme helsepersonell, §5.

Det kan stilles spørsmål om pasientene i visse tilfeller har rett til *tolk*? Behovet for tolk melder seg når språket i behandlingsstaten er fremmed slik at pasienten og/eller helsepersonellet i utlandet ikke forstår hverandre. Kommunikasjonssvikt kan skape konflikt med retten til informasjon, samtykke, medvirkning og journalinnsyn. Dette gjelder særlig når pasientene er barn og når pasienten for øvrig ikke er språkmektig, eller deres psykiske helsetilstand ikke gjør dem istand til å forstå. Språk kan også skape problemer for pårørendes rett til informasjon og til å samtykke på vegne av pasienten, for eksempel for foreldre rettigheter for umyndige barn eller verge for den umyndige. Skal rettighetene bli

¹³² Ot.prp.nr.12 (1998-99).

¹³³ Viser også til folketrygdloven kap.5 og 9.

realiteter under behandlingen må det legges til rette for kommunikasjon. Språk influerer så sterkt på rettigheter som er av vesentlig betydning for rettssikkerheten. Dermed mener jeg det er gode grunner for å oppstille en rett til tolk. Imidlertid bør ikke retten være ubetinget, men bero på en konkret vurdering på grunnlag av behov og forsvarlighet. Hvorvidt det foreligger et behov vil bero på pasientens helsetilstand og dennes personlige forutsetninger som alder, modenhet og kunnskaper. I tillegg til lengden av oppholdet og hvor komplisert helsehjelpen er. Tolken må pålegges taushetsplikt for å sikre pasientens rett til vern mot spredning av opplysninger, jfr. pasl.§3-6.

3.4.3 Rettsstilling etter behandling i utlandet

Både under og etter utenlandsoppholdet kan pasienten ha behov for å klage. Reglene om *anmodning og klage* i pasl. kap.7 gjelder tilsvarende for utenlandspasientene, med unntak av noen spesialregler.

Klage forutsetter en *anmodning* om oppfyllelse, §7-5 jfr. §7-1 første ledd, evt. annet ledd. Anmodningen skal rettes mot ”den som yter helsehjelpen”, §7-1 første ledd. Stort sett gjelder reglene tilsvarende for utenlandspasientene, jfr. §7-1 første ledd og §7-2 §7-5. Reglene er naturlig nok utformet med tanke på helsehjelp i Norge når den som yter helsehjelpen også er pliktsubjekt for oppfyllelse av de øvrige pasientrettighetene. For utenlandspasientene vil det være den utenlandske tjenesteyter som reelt ”yter helsehjelpen”, selv om den ansvarlige formelt sett er pasientens RHF.

Etter ordlyden er rette instans for anmodningen den utenlandske tjenesteyter. Dette utgangspunktet kan stille seg forskjellig ut i fra hva det anmodes om og hvor pasienten befinner seg. Anmoder pasienten om at rett til behandling pga. kompetansemangel må anmodningen rettes mot RHF’et. For fristbruddspasientene gjelder derimot ikke anmodningsregelen i §7-1 jfr. §7-2 og §7-5 fullt ut. I tilfelle av fristbrudd kan pasienten ved fristbruddet i stedet for å anmode helseforetaket om helsehjelp henvende seg direkte til HELFO. Er pasientene hos tjenesteyter og ønsker oppfylt rettighetene i kap. 3, 4 §5-1 §6-2

§6-3 vil det være naturlig å rette anmodning mot tjenesteyter ved helsepersonellet. Her bør RHF'et eller HELFO bistå pasienten dersom pasienten ikke får kommunisert anmodningen eller anmodningen avvises. Dersom det kan vente med oppfyllelse, feks. med journalinnsyn, kan pasienten eventuelt vente til hjemkomsten og anmode overfor RHF, helseforetaket og/eller helsepersonellet der. Gode grunner taler for at hvem pasienten anmoder overfor ikke må være avgjørende, men at hovedpoenget er at pasienten anmoder og dette dokumenteres, feks i journal.

Ved klage etter pasl.§2-1 fjerde ledd er rette klageorgan Helsetilsynet i fylket¹³⁴, jfr.§7-2. Det er Helsetilsynet i pasientens bostedsfylket som er adressat. Helsetilsynet er klageinstans uansett hva klagen gjelder, helsehjelpens innhold eller avslag som rettighetspasient etter §2-1 fjerde ledd. Kompetansemangel-pasientene må klage på rettighetene i kap.2, 3, 4 §5-1 §6-2 §6-3 til Helsetilsynet i fylket, §7-2 første ledd. Spesialregelen i §7-2 annet ledd gjelder for klage over avslag fra RHF'et på §2-1 femte ledd jfr. prioriteringsforskriften §3. Avslag på rett til helsehjelp i utlandet etter pasl.§2-1 femte ledd jfr. prioriteringsforskriften (inkludert refusjon for utlegg til dette), er påklagbart til Klagenemnda for behandling i utlandet, jfr. pasl.§7-2 annet ledd. Klagenemnda er, i likhet med Helsetilsynet, tverrfaglig sammensatt og har fem medlemmer med en leder som er jurist, prioriteringsforskriften §9. Klagenemnda og Helsetilsynet fatter enkeltvedtak. Etter §7-6 annet ledd får forvaltningslovens klageregler anvendelse så langt de passer. Av Klagenemndas praksis fremgår at i de fleste saker har klager allerede fått helsehjelpen det påstås man har krav på slik at klagers krav da er et refusjonskrav. Forøvrig vil helsehjelpen være fremtidig¹³⁵ eller påbegynt¹³⁶. Vilkårene prøves på bakgrunn av pasientens tilstand før helsehjelpen gis. Ettersom pasientens helsetilstand etter helsehjelpen er mottatt vil ha forandret seg kan dette skape noen bevismessige vanskeligheter. Var

¹³⁴ Helsetilsynet er opprettet i henhold til lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Heretter "Helsetilsynet".

¹³⁵ Vedtak 07/89

¹³⁶ Vedtak 08/79

pasientens helsetilstand på det aktuelle tidspunkt slik at den oppfyllte vilkårene? Hvorvidt det forelå et adekvat tilbud i riket på det aktuelle tidspunkt er ofte enklere å slå fast.

Når vilkårene er oppfylt har pasienten rettskrav på behandling i utlandet slik at det ikke skal utøves noe skjønn.

For klage på barns rett til helsekontroll etter §6-1 og opplæring etter §6-4 gjelder klagereglene i de lovene det henvises til, se notene i bestemmelsene. Abortloven og smittevernloven har også egne klageordninger.

De klageberettigede er pasienten, pårørende eller pasientens representant, jfr. §7-1. De kan klage på selvstendige rettigheter eller på vegne av pasienten.

Klagefristen til Helsetilsynet er i alle tilfeller tre uker etter at den klageberettigede "fikk eller bude ha fått kjennskap til utfallet av anmodningen", jfr. §7-5 annet ledd. Klagefristen til Klagenemnda er tilsvarende på tre uker. Klagefristen kan altså løpe mens pasienten er i utlandet, men dette vil normalt ikke utgjøre noe problem. Pasienten kan selvsagt sende klage mens han er hos tjenesteyter, for eksempel under renkonvalisensen.

Er ikke vilkårene tilstede enten for å fremsette klage eller for rettigheten det klages over, skal klagen avslås. Helsetilsynet skal først gi en frist til å rette feil, §7-3. Klagenemnda plikter å ta saken til behandling, eventuelt sende den tilbake til RHF dersom den ikke er tilstrekkelig opplyst.

Verken Klagenemndas eller Helsetilsynets vedtak kan påklages, jfr. hhv.

prioriteringsforskriften §8 tredje ledd og fvl. §28 tredje ledd jfr. henvisningen til denne.

Unntak dersom Helsetilsynet avviser klagen, da kan den klages inn til Statens Helsetilsyn, pasl. §7-2 jfr. §7-6. For overprøving av vedtaket må det tas inn for domstolene.

For skader som er voldt i institusjon under spesialisthelsetjenesten gjelder pasientskadeloven.¹³⁷ Vilkårene for *pasientskadeserstatning* fremgår av passkl.§1 §2.¹³⁸ Både fysisk og psykisk skade omfattes.¹³⁹ Omfattet er alle situasjoner hvor man faller inn under definisjonen pasient og mottar helsehjelp, jfr. pasl.§1-3 c og hlspl.§3.¹⁴⁰ Ansvarsgrunnlaget er objektivisert dvs. at pasienten kan få erstatning selv om ingen er å bebreide, jfr.§2 ”svikt”. Untaksvist §2 tredje ledd ved særlig stor eller uventet skade. For øvrig gjelder det ulovfestede culpa-ansvaret. Kravet til årsakssammenheng fremgår av ”når skaden skyldes”, §2 første ledd.

Ansvarlig instans er Norsk Pasientskadeserstatning (NPE) jfr.kap.2. Vedtak fra NPE kan klages inn for og overprøves av Pasientskadenemnda (PSN) jfr.§15. Pasienten får dekket advokatutgifter når NPE har truffet vedtak om det eller utgiftene er en følge av skaden, §11.

Krav etter pasientskadeloven foreldes etter foreldelsesloven bestemmelser, passkl.§5. Hovedregelen er en tre års foreldelsesfrist, men i §9 gjelder en unntaksregel om forlenget frist. Fristen starter å løpe fra og med pasienten ”fikk eller burde skaffet seg” ”nødvendig kunnskap” om skaden. I kravet til kunnskap om skaden er det lagt til grunn at det må være såpass stor at det gir en oppfordring til å gå til sak.¹⁴¹ Den forlengede fristen vil være praktisk ettersom det kan ta tid å få klarlagt skaden og omfanget av den. For eksempel kan det ta tid å innhente opplysninger fra tjenesteyter i utlandet.

I §19 er det bestemt at loven skal gjelde ved ”skade voldt ved helsetjenester i utlandet” når ”det offentlige helt eller delvis bekoster”. §19 følger opp forutsetningen i forarbeidene om at pasientskadeloven skal gjelde for utenlandspasientene.¹⁴²

¹³⁷ Lov om erstatning ved pasientskader mv. Ikraft 01.01.2003 for den offentlige helsetjenesten og 01.01.2009 for private som yter helsetjenester.

¹³⁸ Jfr. R.G.Jørstad (2004).

¹³⁹ Ot.prp.nr.31 (1998-99) s.89-90.

¹⁴⁰ I.c.

¹⁴¹ www.rechtsdata.no. 24.04.09.

¹⁴² Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.41.

I RHF-avtalen er det i §12.4 og §7.4 henvisning til NPE. Pasienten kan søke erstatning enten til NPE eller til behandlingsstatens pasientskadeerstatning. I HELFO-avtalen pkt.10.1 er det bestemt at leverandørene er dekket av pasientskadeerstatningsloven fra og med signering. At leverandøren er dekket av passkl. gjør at pasienten kan kreve erstatning etter denne. Både RHF og HELFO følger dermed opp pasientskadelovens anvendelse overfor tjenesteyter.

Etter NPE's praksis er det et vilkår at pasienten har fått forhåndsgodkjenning fra RHF eller HELFO.¹⁴³ Dersom pasientene ikke har fått forhåndsgodkjenning, men reiser på eget initiativ vil de ikke være dekket. Erstatningskrav for pasientskade må eventuelt rettes direkte mot institusjonen i utlandet.¹⁴⁴ Disse pasientene har på sett og vis valgt bort den beskyttelsen RHF eller HELFO har å tilby. Dersom RHF eller HELFO får vite om at pasienten reiser på egenhånd må de informere pasientene om at skade ikke er dekket av pasientskadeloven, slik at pasientene blir istand til å ivareta sin rett, jfr pasl.§3-2 jfr. §3-5.

Passkl.§1 annet ledd nevner "behandling" som en av flere forvoldelsessituasjoner. Etter RHF-avtalen §7.4 er det gjort unntak for erstatning ved "additional treatment":tilleggsbehandling. Hva som er avtalt behandling fremgår av "payment guarantee":betalingsgarantien RHF'et utsteder, avtalen §7.1. Ifølge avtalen §12.4 kan pasienten ved pasientskade som går under pasientskadeloven søke erstatning hos enten NPE eller hos tjenesteyterens pasientforsikring. Det er naturlig å forstå det slik at dette ikke gjelder tilleggsbehandling, etter rammeavtalen §7.4. Tanken bak er trolig at tilleggsbehandling ikke er "nødvendig" helsehjelp, pasl.§2-1. Avtalen med tjenesteyter dekker bare det "nødvendig[e]" som om pasienten ble behandlet i Norge.

¹⁴³ www.npe.no. : "Pasientskadeloven dekker kun utenlandske sykehus og leger, dersom det offentlige på forhånd har inngått avtale med behandlingsstedet gjennom tilskudd eller avtale om kjøp av tjenester".

¹⁴⁴ Ifølge Pasientskadenemnda (PSN) er det relativt like pasientskadeerstatningsregler i de nordiske landene. Alle statene har pasientskadeordninger som pasienter kan søke. Opplyst etter forespørsel 03.02.09. Pasientene som egenhendig reiser innenfor Norden vil dermed ha tilnærmet lik erstatningsrettslig stilling som etter passkl.

Det forutsettes i §7.4 at pasienten kan velge tilleggsbehandling. Erstatning for skade som oppstår under tilleggsbehandling vil bero på det alminnelige culpa-ansvaret.

Ved spørsmål om pasientskade voldt av tjenesteyter er det viktig å få klarlagt hendelsesforløpet for å se om det foreligger ansvarsgrunnlag og årsakssammenheng. Her er journalen av stor betydning, forutsatt at denne er tilstrekkelig ført. Dersom pasienten har blitt ”påført skade eller alvorlige komplikasjoner” skal han informeres om dette, jfr pasl.§3-2 fjerde ledd. I forbindelse med tilbakerapporteringen fra tjenesteyteren må RHF sørge for at det nedtegnes informasjon om eventuelle skader eller komplikasjoner.

Pasientens rettskrav på ”nødvendig helsehjelp” pasl.§2-1 og prioriteringsforskriften, kan *prøves for domstolene*.¹⁴⁵ Jfr. tvisteloven §1-3 om ”rettskrav”. De øvrige rettighetene i pasientrettighetsloven kan domstolen også prøve. Dette blir i hovedsak klagevedtak fra Helsetilsynet og Klagenemnda. Et vedtak kan ved dom kjennes ugyldig. Det er noe uklart de lege lata om domstolene kan gi realitetsavgjørelse på rett til nødvendig helsehjelp.¹⁴⁶ Søksmålet må rettes mot pliktsubjektet for rettigheten, dvs det pasientens RHF da dette er ansvarlig for utenlandspasientene jfr. sphlsl.§2-1a §2-2.

Klagenemndas vedtak etter pasl.§2-1 femte ledd jfr. prioriteringsforskriften kan bringes inn for domstolene. Domstolen prøver lovligheten av vedtaket. Prøvningskompetansen følger av prioriteringsforskriften §13 og de alminnelige regler for domstolens kontroll med forvaltningsvedtak.¹⁴⁷ En lovmessighetsprøving omfatter prøving av både faktum, den konkrete rettsanvendelse og lovførståelse.¹⁴⁸ Domstolen prøver om vilkårene var til stede

¹⁴⁵ RG.2007.293.

¹⁴⁶ Kjønstad (2004) drøfter dette på bakgrunn av Rt.1990 s.874 og Rt.2001 s.995. og uttaler: ”Etter dette er det mye som taler for at domstolene kan treffe ny avgjørelse om helsehjelpens omfang. Men de lege lata vil nok dommen i Rt. 2001 s.995 stenge for dette.” s.271. I TOSLO.2003.4820 tok retten kun stilling til vedtakets gyldighet.

¹⁴⁷ RG.2007.293

¹⁴⁸ RG.2007.293

på vedtakelsestidspunktet.¹⁴⁹ Helsetilsynet i fylkets vedtak kan også overpøves av domstolene.

Pasientene er ikke er part i rammeavtalene og har ikke rettskrav med grunnlag i avtalen. Pasienten kan dermed ikke gå til sak med grunnlag i RHF- eller HELFO-avtalen.

Etter pasientskadeloven §18 kan vedtak av Pasientskadenemnda (PSN) bringes inn for domstolene.¹⁵⁰ Fristen for å reise søksmål var tidligere 4 måneder etter at underretting om Pasientskadenemndas vedtak kom fram til klager. Fra og med 1.april 2009 ble fristen forlenget til 6 måneder.¹⁵¹ Bakgrunnen var bla. å gi pasienten bedre tid til å vurdere om han har en god sak og dermed forhindre at han pådras unødvendige utgifter. Vedtaket får virkning som rettskraftig dom i det fristen er ute uten at søksmål er reist. Det er selve erstatningskravet og ikke nemndas vedtak som prøves, noe som medfører at retten kan avgi realitetsavgjørelse.¹⁵²

Etter pasl.§8-1 skal *Pasientombudene* ivareta bla. pasientenes rettssikkerhet overfor helsetjenesten.¹⁵³ Etter §8-2 første ledd 2.punktum omfatter arbeidsområdet ”offentlige spesialisthelsetjenester”.¹⁵⁴ Ombudet tar opp saker når det finner tilstrekkelig grunn til det, enten av eget initiativ eller etter henvendelse fra enhver. Ombudet avgir uttalelser som vil være av retningsgivende karakter for spesialisthelsetjenesten, §8-7 annet ledd.

¹⁴⁹ LB.2005.124036

¹⁵⁰ Jfr. tvisteloven.

¹⁵¹ Lov om endringer i pasientskadeloven m.m. jfr. forskrift om endringer i pasientskadeloven m.m. (dekking av advokatutgifter og forlengd søksmålsfrist).

¹⁵² Kjøenstad (2004).

¹⁵³ Pasientombud er ikke en pasientrettighet i egentlig forstand, men jeg ønsker allikevel å kommentere det da de er relevant for pasientens rettsstilling.

¹⁵⁴ Skal utvides til å gjelde kommunale helse- og sosialtjenester. Ot.prp.nr.23 (2007-2008).

Pasientombudet kan selvsagt også ta opp saker fra pasienter som mottar helsehjelp i utlandet. De aktuelle begrensningene i Pasientombudets virksomhet blir i forhold til adgangen til helsetjenestens lokaler, jfr §8-6, og retten til å få opplysninger fra den behandlende tjenesteyter i utlandet, jfr §8-5. Skal ombudet ha adgang til eller få opplysninger som trengs fra utenlandske tjenesteyteres må dette ha grunnlag i avtale med tjenesteyter. Eventuelt ved en avledet rett fra RHF eller HELFO gjennom de avtalen de har. I RHF-avtalen er det ikke avtalt noe om RHF's adgang til tjenesteyterens lokaler eller til materiale om pasienten. Etter HELFO-avtalen pkt.4 om faglig standard kan kunden kreve "kvalitetskontroll av tjenestene" etter nærmere avtale. Kontrollen kan utføres av HELFO selv eller den HELFO "bemyndiger". Pasientombudet kan ikke selv kreve kontroll, men henvende seg til HELFO med oppfordring til at kvaliteten undersøkes. På bakgrunn av dette blir Pasientombudet avhengig av opplysninger fra pasienten og/eller RHF og HELFO.

3.5 Oppsummering av pasientenes rettsstilling.

3.5.1 Rettsstilling de lege lata.

Pasientenes rettsstilling beror for det første på adgangen til å få utenlandsbehandling etter §2-1 fjerde og femte ledd. For det andre på hvilke rettigheter de forøvrig vil ha ikraft av å være rettighetspasienter.

Gjennomgangen ovenfor viser at rammeavtalene ikke regulerer mye av pasientrettigheter under utenlandsoppholdet. Unntaket er at begge rammeavtalene har bestemmelser om taushetsplikt, pasientskadeerstatning, kvalitetssikring av helsehjelpen. Taushetsplikten gjelder for opplysningene avtalepartene utveksler. Jfr. RHF-avtalen §18, HELFO-avtalen pkt.12.6, 1.3. I HELFO-avtalen gjelder taushetsplikt også for underleverandører. De største forskjellene er for det første at HELFO-avtalen gir pasienten en forsikring ut over pasientskadeerstatningen, noe RHF-avtalen ikke nevner. Og for det andre at RHF-avtalen

har bestemmelser som omhandler pasientjournalen, noe HELFO-avtalen ikke har. I begge tilfeller blir transportutgiftene dekket.

På bakgrunn av vurderingen ovenfor må det før utreise stilles større krav til at RHF og HELFO gir pasienten tilstrekkelig informasjon, anledning til å medvirke og samtykke. Etter utenlandsbehandlingen er gjennomført vil pasientene kunne klage, søke pasientskadeserstatning og de har adgang til domstolene. I tillegg har jeg drøftet og konkludert med at det i enkelte tilfeller foreligger en rett til tolk og rett til ledsager når pasienten ikke selv er i stand til å ivareta sine rettigheter på egenhånd eller av pårørende. I den grad de er rettigheter må de gjelde både kapasitetsmangel- og kompetansemangel-pasientene av hensyn til likestilling, pasl.§1-1. Dersom de gis etter skjønn må praksis utøves under hensyn til likhet, sphsl.§1-1. De rettighetene de derimot ikke har eller som er begrenset er fritt sykehusvalg og individuell plan. Ingen av avtalene tar opp barns særlige pasientrettigheter. På bakgrunn av en helhetsvurdering finner jeg ikke store avvik i utenlandspasientenes rettsstilling avhengig av om de reiser ut pga. fristbrudd eller kompetansemangel.

Årsaken til at HELFO og RHF'ene ikke har funnet det nødvendig å regulere pasientrettigheter i avtalene kan ligge i at tjenesteyterne som velges ligger i stater hvor lovgivningen er tilsvarende den norske eller bygger på de samme grunnleggende prinsipper. Tilsvarende forklaring følger av departementets vurdering i forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven. Departementet vurderte om det burde utarbeides særskilte regler for tilfellene med helsehjelp i utlandet.¹⁵⁵ Etter en avveining fant departementet det

¹⁵⁵ Vurderingen knytter seg til de tilfellene der "fylkeskommunen kjøper tjenester fra, eller henviser pasienter til behandling i utlandet". Uttalelsene gjelder avtalehjemmelen i sphsl., nå §2-1a fjerde ledd, om fylkeskommunenes avtaler med utlandske institusjoner på generell basis. Bestemmelsene i pasl.§2-1 femte (og fjerde) ledd kom til senere (se bla. Ot.prp.nr.63 (2002-2003) i kraft 2004). Avtaler RHF inngår ihht §2-1 femte ledd vil også ha grunnlag i sphsl.§2-1a fjerde ledd. Ettersom departementet i forarbeidene til pasl.§2-1 verken fjerde og femte ledd uttalte at andre retningslinjer skulle gjelde i forhold til avtalene med utenlandske institusjoner, finner jeg at uttalelsene i Ot.prp.nr.10 (1998-99) fortsatt relevante. Ot.prp.nr.10 (1998-99) s.32.

ikke nødvendig med den begrunnelse at statene det vil være aktuelt å inngå avtale med har god nasjonal kvalitetssikring. Departementet legger altså til grunn en forutsetning om at bare stater med tilsvarende pasientlovgivning kan være potensielle behandlingsstater. Dette skal da sikre likhet og rettssikkerhet for pasientene. Uttalelsene vil legge føringer for hvilke stater RHF og HELFO kan inngå avtaler i. Innvendingen blir at dette utgangspunktet kan forandres over tid. Avhengig av hvilke stater som har kommet lengst i forskning vil det bli mer aktuelt å sende pasientene til fjernere stater med gode faglige helsehjelpstilbud. Tilbudene kan være mer prisgunstige og de kan bli etterspurt av pasientene. Det er ikke gitt at de samme statene har en utviklet pasientrettighetslovgivning. I de nordiske statene hvor lovgivningen bygger på de samme verdiene om pasientenes integritet og selvbestemmelse, vil rettstillstanden være tilsvarende. I andre stater kan synet på pasientens rolle overfor helsepersonellet være anderledes. Det vil gi mindre muligheter for medvirkning, journalinnsyn og informasjon dersom regelverket bygger på holdningen om at helsepersonellet alltid vet hva som er til pasientens beste. Og er behandlingen svært komplisert vil behovet for journalinnsyn, medvirkning og informasjon bli desto større. Man bør unngå en situasjon at pasienten må velge mellom rettssikkerhet og et bedre behandlingstilbud. Allikevel tror jeg at det alt-i-alt ikke er grunnlag for stor bekymring. Etersom RHF'ene har et ansvar for at tilbudene til spesialisthelsetjenester er forsvarlige må RHF sørge for at pasientrettigheter blir realiteter uansett hvor pasienten behandles. For å få til dette må det stilles krav til at pasientrettigheter i større grad reguleres i avtalene desto mer avvikende pasientlovgivningen er i behandlingsstaten. Bare da vil pasientene likestilles i tråd med formålet i pasl.§1-1 og sphsl.§1-1.

Tilsyn med helsetjenester er av vesentlig betydning for å sikre forsvarlig helsehjelp. Tilsyn med tjenesteyterne fra Statens Helsetilsyn og Pasientombudet lar seg imidlertid ikke gjennomføre på lik linje som i Norge. I stedet føres tilsyn med tjenesteyterne av de samme som forvalter avtalene, RHF'ene og HELFO selv. Dette kan kanskje være noe uheldig da man har situasjonen at "bukken passer havresekken". Dette inntrykket avdempes imidlertid av at RHF og HELFO har plikt til internkontroll og at de er under tilsyn av Helsetilsynet, jfr. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten §3 og §2 §1. I RHF-avtalen er det allikevel en

relevant bestemmelse i §9.1 som gjelder tjenestens kvalitet. Etter denne skal ”the service”, som vil omfatte helsehjelpen, være i samsvar med internasjonale medisinske standarder. Det samme vil gjelde den øvrige spesialisthelsetjenesten i Norge.

3.5.2 Rettsstilling de lege ferenda.

Her vil jeg komme med noen forslag som kan bedre pasientenes rettsstilling, særlig av hensyn til forutberegnelighet og rettssikkerhet.

Det bør være et mål for spesialisthelsetjenesten at møtet med tjenesteyter blir så forutsigbart og stabilt som mulig for pasienten. Et grep som kan hjelpe på dette er å forplikte tjenesteyter til å oppnevne en pasientansvarlig lege eller psykolog og en informasjonsansvarlig.¹⁵⁶ Etter forskrift om pasientansvarlig lege mm.¹⁵⁷ er formålet å ”skape kontinuitet i møtet med mellom pasienten og helsetenesta” ved å styrke ”samordna behandling og kommunikasjon mellom lege og pasient”, jfr. §1. Vedkomne skal være ”det faste medisinskfaglige kontaktpunktet for pasienten”, §4. Etter helsepersonelloven skal det i helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten utpekes en informasjonsansvarlig, §10 første ledd annet punktum jfr. §3. Vedkomne skal gi informasjon som pasienten har rett til etter pasl.§§3-2 – 3-4, §2-1 tredje ledd og korresponderer med sphsl.§3-11 og hlspl.§10 første ledd første punktum. Etter forskriftens §2 gjelder den både ved innleggelse i institusjon og ved polikliniske tjenester. Alle norske helseforetak har en plikt til å oppnevne slike ansvarlige personer. Pasienter som behandles i norske helseforetak har dermed en fast, ansvarlig lege de kan forholde seg til. Dette er ikke tilfelle for utenlandspasientene da rammeavtalene ikke inneholder bestemmelser om dette.¹⁵⁸ Dersom tjenesteyter har en fast pasientansvarlig og informasjonsansvarlig kan pasienten forholde seg til denne konkrete personen. Han kan da få tilpasset informasjon av denne. Den informasjonsansvarlige bør da

¹⁵⁶ Kjønstad (2007) s.336-337 s.337.

¹⁵⁷ Hjemmel i sphsl.§3-7.

¹⁵⁸ Jeg utelukker ikke at dette skjer i praksis.

gjærne ha en viss språkkunnskap. Det å ha en konkret person å forholde seg til kan bidra til forutsigbarhet og trygghet både for pasienten og eventuelt pårørende. Å ha en ansvarlig person gjør det også enklere å utpeke en ansvarlig for oppfyllelse.

Det er klagemuligheter både ved kapasitets- og kompetansemangel. Det som imidlertid er egnet til forvirring er at det er mange instanser å forholde seg til. Både RHF ved utenlandskontoret, HELFO, den utenlandske tjenesteyter, Klagenemnda og Helsetilsynet. Det er grunn til å spørre om klageordningene er hensiktsmessig utformet? Alternativet er å samle all klage under en instans, feks under Helsetilsynet. På den ene side vil det skape et mer oversiktlig system. På den annen side ligger det en rettssikkerhetsgaranti i at Klagenemnda er en spesialisert, ikke-instuerbar instans med kunnskap om kompetansemangel-spørsmålet.¹⁵⁹ Hva som er internasjonalt anerkjent av behandlingsmetoder er et dynamisk spørsmål som forutsetter jevnlig oppdateringer. Etter min mening er en egen nemnd bedre egnet til å avgjøre slike spørsmål enn et organ med bredde i sakene feks. Helsetilsynet i fylket. Klagenemnda behandler saker fra hele landet noe som gir en likhet for reglene uavhengig av bosted el. Uklarheten bør avhjelpes ved opplysnings- og veiledningsplikt for spesialisthelsetjenesten. Konklusjonen blir at klageordningene er hensiktsmessig utformet da de ivaretar pasientenes rettssikkerhet.

¹⁵⁹ Departementet kan imidlertid påvirke ved å oppnevne medlemmene, prioriteringsforskriften §9.

4 Vurdering av reglene og konklusjon

Oppgavens første spørsmål gjaldt vilkårene for helsehjelp i utlandet. Vurderingen av nødvendig helsehjelp må nødvendigvis bero på skjønnsmessige avveininger, noe som er likt for alle pasienter. Når det først foreligger en rett til nødvendig helsehjelp er rettsstillingen klar; pasientene kan kreve oppfyllelse. Reglene i §2-1 fjerde og femte ledd er klare rettigheter som sikrer pasientene nødvendig helsehjelp. Pasientenes rettsstilling er helt klart styrket ved reglene i fjerde og femte ledd.¹⁶⁰ Ved kapasitetsmangel har pasienten et ubetinget krav, og ved kompetansemangel skal spesialisthelsetjenesten sørge for tilbud utenlands. Rettssikkerheten ivaretas ved adgangen til overprøving av spesialisthelsetjenestens vurderinger. Her må Klagenemnda trekkes fram som med sin landsdekkende funksjon og spesialiserte kunnskap bidrar til å oppnå formålet med å styrke pasientenes rettssikkerhet og ivareta likhetsprinsippet.¹⁶¹ Fristbrudd av utenlandsk tjenesteyter gir tilsvarende subsidiær rett for kompetansemangel-pasientene.¹⁶² At fristbruddstilbudet administreres av en uavhengig instans som HELFO bidrar også til rettssikkerhet.

Det er vanskelig å si noe generelt om hvilke typer helsehjelp som etter sin art er mer egnet til å mottas i utlandet enn andre, eller hvilke som klart ikke er egnet. Både somatiske som psykiatriske, så vel innleggelses som polikliniske helsetjenester omfattes, jfr. sphsl. §2-1a. Ved fristbrudd vil i prinsippet alle typer pasienter med alle typer helsehjelpsbehov kunne sendes til utlandet. Men som nevnt skal det gjøres flere nødvendighetsvurderinger ved fristbruddet slik at tungtveiende hensyn til pasienten kan spille inn på valg av sekundært tilbud. I tillegg vil forvarlighetskravet spille inn. Ved kompetansemangel vil hvilke behandlingstilbud som bygges ut være av betydning for hvor man har kompetanse og ikke. Dette beror på politiske prioriteringer, etterspørsel i befolkningen mv. og vil

¹⁶⁰ Jfr. forutsetningene i Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.38-42, s.48-50.

¹⁶¹ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.44.

¹⁶² Innst.O.nr.23(2003-2004) pkt.1.5.

endres over tid. I tillegg vil erfaringer med utenlandsbehandling spille inn på om det bør prioriteres å opprette et tilbud i Norge. Her kan og bør utenlandspasientenes erfaringer være et viktig moment i vurderingen.

Det andre spørsmålet var hvordan rettsstillingen til utenlandspasientene er. Av særlig interesse var rettsstillingen mens pasienten er under behandling i utlandet. Etter å ha gått igjennom rammeavtalene finner jeg at rettigheter for pasientene i svært liten grad er regulert i avtalene, med noen unntak feks. pasientskadeserstatning. Det er hovedsaklig gjennomføringen den materielle helsehjelpen som reguleres og ikke de øvrige, formelle rettighetene. Avtalene regulerer rett og plikt avtalepartene i mellom. Pasientenes rettsstilling blir dermed avledet fra RHF og HELFO. De blir i stor grad avhengig av at RHF og HELFO følger opp avtalen overfor tjenesteyter og også sikrer dem pasientrettigheter før og etter utenlandsoppholdet. Herunder må pasientrettighetene tilpasses situasjonen bla. ved å oppfylle rettigheter til andre tider enn ”normalt”. Feks må betydelig informasjon komme før utreise og informasjonen må i større grad tilpasses. Behovet for tilpassninger medfører et ansvar først og fremst for RHF’ene, men også HELFO selv om sistnevnte i utgangspunktet skal fungere som et administrativt organ. Ettersom RHF’enes innsats spiller en betydelig rolle kan det bli utslagsgivende for pasientenes rettssikkerhet hvor i landet pasienten bor. Det er uheldig og kan komme i strid med formålet i pasl.§1-1. Som det fremgår av pkt.3.5.1 er rettsstillingen under behandlingen i utlandet altså ikke like klar. Årsaken til dette er at rammeavtalene er såpass knappe når det gjelder pasientrettigheter. Etter min mening er uklarheten i seg selv en utfordring for pasientenes rettssikkerhet. Det jeg kan ønske er at de rettighetene som er mest grunnleggende av hensyn til rettssikkerhet burde være mer uttrykkelig regulert i rammeavtalene. Dette vil gjelde rett til informasjon, medvirkning, journalinnsyn, samtykke og vern mot opplysningsspredning. Når det gjelder journal og taushetsplikt er disse allerede regulert i avtalene.

Det tredje spørsmålet gjaldt likestilling mellom utenlandspasientene og pasientene i Norge.

Når det gjelder de formelle rettighetene har utenlandspasientene på lik linje med andre rett til disse. Det er lagt forutsetninger om dette i forarbeidene. På bakgrunn av uttalelsen om at pasientene som blir behandlet i utlandet ”...så langt som mulig får de samme pasientrettighetene og de samme rettighetene overfor sykehus og helsepersonell som om de ble behandlet i Norge...”¹⁶³, la jeg til grunn en forventning om at utenlandspasientene er rimelig likestilt med de i Norge.

Pasientene er ikke gitt rettigheter direkte overfor tjenesteyter og tjenesteyter er ikke gitt plikter overfor pasientene. Det er ikke fullt ut i samsvar med forarbeidenes forutsetning om ”...de samme rettighetene overfor sykehus og helsepersonell...”¹⁶⁴. Resultatet er som sagt at pasientene blir avhengig av spesialisthelsetjenesten. Det er både fordeler og ulemper med dette. Ulempene kan være at pasienten kan bli mer eller mindre ”forsømt” ved at det ikke er ressurser til å følge opp skikkelig. En fordel er at pasientene slipper å ha alt ansvar overfor tjenesteyter alene. Etter min mening er det ønskelig at tjenesteyter i rammeavtalene gis klare plikter overfor pasienten. Feks. en plikt til å gi journalinnsyn, informasjon og rom for medvirkning. Dette ville gjøre pasientens rettsstilling mer klar i tillegg til at pasientens rettsstilling ville blitt mer lik som om han fikk helsehjelp i Norge.

Når det gjelder målsettingen om likhet utenlandspasientene i mellom for ser det ut til at denne i det vesentlige oppnås. Rammeavtalene er generelle og gjelder alle utenlandspasientene uavhengig av hvilken helseregion de er bosatt og i hvilken stat de behandles i. Dette gir likhet. I tillegg til rammeavtalene inngås individuelle avtaler dersom pasientens tilstand krever det og av hensyn til forsvarlighet. Praksis med individuelle avtaler må ivareta hensynet til likhet, jfr. pasl.§1-1 jfr.sphlsl.§1-1. Både fristbruddspasientene og kompetansemangel-pasientene inkluderes i NPE-ordningen. Dette fremgår av avtalene som har fulgt opp forutsetningen i forarbeidene. Det å kunne søke erstatning for pasientskade i Norge i stedet for å måtte ta saken i behandlingsstaten er

¹⁶³ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.41.

¹⁶⁴ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s.41.

betydelig enklere for pasientene. Språkproblemer, geografisk avstand, ukjent regelverk og økonomi kunne være forhold som i realiteten ville begrenset adgangen til pasientskadeerstatning. Nå kan utenlandspasientene ta saken inn til NPE på lik linje med pasienter som er skadet i spesialisthelsetjenesten i Norge. Dette bedrer pasientenes rettsstilling og er positivt for rettssikkerheten. I tillegg til pasientskadeerstatning har HELFO-avtalen en forsikringsplikt for tjenesteytersom dekker mer enn pasientskadeloven. Forsikring er ikke regulert i RHF-avtalen og skaper dermed en forskjell mellom utenlandspasientene.

Barnas særlige rettigheter etter pasientrettighetsloven kap.6 er ikke inntatt i avtalene. Dette må sies å være en svakhet ved avtalene og i tillegg den største forskjellen i forhold til barn som mottar helsehjelp i Norge. Etter min mening vil RHF og HELFO ha en plikt til å inngå individuelle avtaler med tjenesteyter når pasienten er et barn for å sikre barna rettighetene i kap.6. §§6-2 – 6-4 jfr. forskrift om barns opphold i helseinstitusjon bør ha analogisk anvendelse for utenlandspasientene. Da blir barn sikret en likestilling med barn i spesialisthelsetjenesten i Norge.

Rettsstillingen blir bedret ved at pasienten i enkelte tilfeller har rett til tolk og ledsager. Og ettersom reglene om syketransport og reise- og oppholdsutgifter har analogisk anvendelse vil utenlandspasientene få dekning tilsvarende pasientene i Norge. Begge deler gir en lik rettsstilling som pasientene i Norge.

Selv om det er enkelte kritiserbare deler ved rammeavtalene slik de nå er, så er det allikevel flere fordeler med dem. Etter min mening er rammeavtaler hensiktsmessige av flere grunner. For det første sikrer de likhet for pasientene. Alternativet vil være at pasientene på egenhånd kunne skaffe behandling og dermed fritt velge tjenesteytere, mot å få dekning i ettertid. Denne løsningen ville gi utenlandspasientene fritt sykehusvalg og dermed en likere rettsstilling som pasientene i Norge. Det er derimot ikke sikkert at det ville gi utenlandspasientene en styrket rettsstilling helhetlig sett, snarere tvert imot. Det er ikke gitt at pasientene på egenhånd evner å orientere seg om pasientrettigheter i utlandet. Nå har

RHF'ene ansvar for pasientene de sender ut. Skulle pasientene fritt organisere seg selv ville RHF'ene likne mer på forsikringselskap som utbetaler refusjoner i ettertid. De får riktignok behandlet pasientene, men til hvilken pris og med hvilket resultat? Etter min mening er dette en uheldig løsning som bør unngås.

For det andre er rammeavtaler kostnadseffektive. Å inngå rammeavtaler for et større antall pasienter er trolig mer kostnadsbesparende enn at pasientene enkeltvis inngår avtaler med utenlandske tjenesteytere for så å belaste RHF'ene med kostnadene. På bakgrunn av dette er det dermed rimelig og til det beste for pasientenes rettssikkerhet at pasientene i størst mulig grad får forhåndsgodkjenning heller enn refusjon.

Basert på en helhetsvurdering mener jeg at utenlandspasientenes rettsstilling med henblikk på rettssikkerhet, er rimelig god. Allikevel må jeg igjen presisere at pasientenes rettsstilling forblir avhengig av spesialisthelsetjenestens ressurser på å følge dem opp under behandling i utlandet.

5 Litteraturliste

Lover.

1902 Almindelig borgerlig Straffelov av 22. mai nr. 10 (Straffeloven).

1967 Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker av 10. februar (Forvaltningsloven).

1975 Lov om svangerskapsavbrudd av 13.juni nr. 50 (Abortloven).

1979 Lov om foreldelse av fordringer av 18.mai nr. 18 (Foreldelsesloven).

1982 Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november nr. 66.

(Kommunehelsetjenesteloven)

1984 Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30. mars nr. 15.

1994 Lov om vern mot smittsomme sykdommer av 5.august nr. 55 (Smittevernloven).

1997 Lov om folketrygd av 28.februar nr. 19 (Folketrygdloven).

1999 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. 2.juli nr. 61 (Spesialisthelsetjenesteloven).

1999 Lov om pasientrettigheter av 2.juli nr. 63 (Pasientrettighetsloven).

1999 Lov om helsepersonell m.v. av 2.juli nr. 64 (Helsepersonelloven).

2001 Lov om erstatning ved pasientskader mv. av 15.juni nr. 53 (Pasientskadeloven).

2001 Lov om helseforetak m.m. av 15.juni nr. 93 (Helseforetaksloven).

2005 Lov om mekling og rettergang i sivile tvister av 17.juni nr. 90 (Tvisteloven).

2007 Lov om endringer i lov 15.juni 2001 nr.53 om erstatning ved pasientskader mv.

(Pasientskadeloven) m.m. av 29.juni nr. 78.

2008 Lov om endringer i pasientskadeloven m.m. (dekking av advokatutgifter og forlengd søksmålsfrist) av 19.desember nr. 108.

Forskrifter.

Gjeldende forskrifter.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon av 1.desember 2000 nr. 1217.

Forskrift om pasientansvarlig lege m.m. av 1.desember nr. 1218.

Forskrift om ventelisteregistrering av 7.desember nr. 1233 (ventelisteforskriften).

Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd av 1.desember 2000 nr. 1208 (prioriteringsforskriften).

Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven av 23.desember nr. 1837.

Forskrift om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise for undersøkelse eller behandling av 7.april 2008 nr. 788 (syketransportforskriften).

Forskrift om Norsk Pasientskadeserstatning og Pasientskadenemnda av 20.desember 2002 nr. 1625.

Forskrift om endring i forskrift om Norsk Pasientskadeserstatning og Pasientskadenemnda av 31.oktober 2008 nr. 1167.

Forskrift om ikrafttredelse av lov 12.desember 2003 nr.110 om endringer i lov 2.juli nr.63 om pasientrettigheter(pasientrettighetsloven) m.m. av 19.mars 2004 nr.540.

Forskrift om refusjonskrav mot det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion (behandlingsoppgjør) av 20.desember 2000 nr.1551.

Forskrift om pasientjournal av 21.desember 2000 nr.1385.

Forskrift om ikraftsetting av lov 19.desember 2008 nr.108 om endringer i pasientskadeloven m.m. (dekking av advokatutgifter og forlengd søksmålsfrist) av 27.mars 2009 nr.356.

Opphevede forskrifter.

Forskrift om bidrag til behandling i utlandet og om klagenemnd for bidrag til behandling i utlandet

Forarbeider til lover.

NOU 1992: 8 Lov om pasientrettigheter

NOU 2003: 1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten

Ot.prp.nr.23 (2007-2008) (endringslov) Pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven (utvidelse av pasientombudsordningen til å gjelde kommunale helse- og sosialtjenester)

Ot.prp.nr.63 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 2.juli 1999 nr.63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.

Ot.prp.nr.66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m.

Ot.prp.nr.66 (2002-2003) Om lov om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. (Finansieringsansvar for syke transport og reiseutgifter for helsepersonell).

Ot.prp.nr.31 (1998-1999) Pasientskadelov.

Ot.prp.nr.12 (1998-1999) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

Ot.prp.nr.10 (1998-1999) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Ot.prp.nr.53 (1996-1997) Om lov om endringer i folketrygdloven og i enkelte andre lover (bidrag til behandling i utlandet og fylkeskommunens plikt til dekning av behandlingsutgifter.)

Innst.O.nr. 9 (2003-2004) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. (Finansieringsansvar for syke transport og reiseutgifter for helsepersonell).

Innst.O.nr.23 (2003-2004) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 2.juli nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.

Innst.O.nr.91 (1998-1999) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

Dommer.

Høyesterettsdommer:

Rt. 2007 s.293

Rt. 2006 s.798

Rt. 2001 s.995

Rt. 1990 s.874

Rt. 1977 s.1035

Lagmannsrettsdommer:

LB.2005. 124036

Tingrettsdommer:

TOSLO.2006. 29481 – RG 2007 s.293

TOSLO.2003. 4820

TOSLO.2000. 10719

Vedtak av Klagenemnda for behandling i utlandet

Vedtak 08/79

Vedtak 08/76

Vedtak 08/30

Vedtak 08/29

Vedtak 07/116

Vedtak 07/109

Vedtak 07/89

Vedtak 07/11

Vedtak 07/10

Rundskriv, merknader mv.

Lov om pasientrettigheter. Rundskriv. Helsedirektoratet. IS-12.2004.

Avtale om samarbeide og bruk av rutiner ved kjøp av spesialisthelsetjenester ved fristbrudd. Mellom Rikstrygdeverket v/Enhet for pasientformidling (nå: HELFO) og Helse Midt-Norge RHF.

Ansvarsavklaring. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Enhet for pasientformidling. 13.07.06.

Klargjøring av regelverket for refusjon av reiseutgifter og klageorgan. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Ullevåll Universitetssykehus HF. 03.07.08.

Merknader til forskrift om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise for undersøkelse eller behandling av 7.april 2008 nr. 788 (syketransportforskriften). Via www.lovdata.no.

Merknader til forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd av 1.desember 2000 nr.1208. Helse- og omsorgsdepartementet. Via www.lovdata.no.

Årsrapport for Klagenemnda for behandling i utlandet 2004, 2005, 2006, 2007, 2008.

Årsrapport for Nasjonalt kontaktforum for utenlandsbehandling 2006, 2007.

Avtaler.

Collaboration agreement between XXX and The Regional Health Authorities in Norway.

Generelle avtalevilkår. Rammeavtale om kjøp av helsetjenester for fristbruddspasienter, psykiatri og rus, mellom Arbeids- og velferdsetaten v/NAV Helsetjenesteforvaltning Pasientformidling og Capio Anorexia Center.

Litteratur.

Eckhoff, Torstein og Smith, Eivind *Forvaltningsrett*. 7. Utgave. Oslo. (Universitetsforlaget), 2003.

Eckhoff, Torstein *Rettskildelære*. 5. Utgave ved Helgesen, Jan. (Universitetsforlaget), 2001.

Halvorsen, Marit. *Nødvendig helsehjelp som redskap for prioritering*. I: Lov og Rett (2004) s.143.

Jørstad, Rolf Gunnar. *Den nye pasientskadeloven, særlig om offentlige helsetjenester*. I: Tidsskrift for Erstatningsrett. Nr.02/03 (2004) s.138.

Kjønstad, Asbjørn *Helserett – pasienters og helsearbeideres rettsstilling*. 2.utgave. Oslo. (Gyldendal Akademisk), 2007.

Kjønstad, Asbjørn. *Rett til helsetjenester*. I: Jussens Venner. Nr.3 (2004) s.217.

Mår, Nina og Andenæs, Barbro *Klagenemnder – rettsikkerhet og effektivitet*. Bergen. (Fagbokforlaget AS), 2008.

Ohnstad, Bente. *Prosessuell rettsikkerhet, internkontroll og kvalitetssikring i helse- og sosialtjenesten*. I: Kritisk Juss. (2004) s.172.

Syse, Aslak *Pasientrettighetsloven med kommentarer*. 2. Utgave. Oslo. (Gyldendal Norsk Forlag AS), 2004.

Engelsk-norsk blå ordbok 7.utgave Oslo (1999) Kunnskapsforlaget.

Hans Egil Andreassen. *Pasientmobilitet i EØS*. 2007. Studentoppgave.

Nettdokumenter.

www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf 15.03.09.

WHO's europadeklarasjon om pasientrettigheter.

http://www.doffin.no/search/show/search_view.aspx?ID=FEB118712

16.03.09. om offentlige anskaffelser. Sett i forbindelse med HELFO Pasientformidlings anbudsrunde.

<http://www.nettavisen.no/innenriks/article1149982.ece> 12.02.09.

www.npe.no 10.04.09.

www.klagenemnda.no 10.01.09.

www.helsedirektoratet.no 15.01.09

www.rettsdata.no 14.03.09.