



Hva innebærer rett til helsehjelp?

Den nye pasientrettighetsloven har aktualisert diskusjonen om hva rett til helsehjelp egentlig innebærer. Nøkkeleken er først og fremst å finne i NOU 1997: 18 Prioritering på ny (Lønning II-utvalget). Nødvendig helsehjelp kan beskrives som en rettslig standard håndhevet av domstolene, men med bakgrunn i empirisk kunnskap fra fagområdet medisin.

Pasientrettighetsloven inneholder i kapittel 2 Rett til helsehjelp fem paragrafer som beskriver hvilke rettigheter pasienter har til å få den helsehjelpen de trenger.

En «rettighet» må her forstås som et krav på en yttelse, som om nødvendig kan håndheves ved domstolenes hjelp. Håndhevingen må bestå i å gi pasienten dom enten i form av den omtvistede helsetjeneste, eller penger, det vil si erstatning for tap som er oppstått fordi tjenesten ikke ble ytt i tide, på den måte eller i det omfang som den skulle vært.

Med «helsehjelp» forstås «handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål» (§ 1-3-c). Det skulle dekke det meste av det som foregår innenfor helsevesenet.

Lovens § 2-1 fastslår at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Loven definerer ikke hva som er «nødvendig helsehjelp», men åpner for at det kan gis forskrifter om dette.

Rettslig standard

Det finnes noen ansatser til diskusjon om innholdet i nødvendig helsehjelp-begrepet i forskjellige lovforarbeider, offentlige utredninger, dommer og juridisk litteratur.

På bakgrunn av dette materialet kan nødvendig helsehjelp beskrives som en rettslig standard, som sier at befolkningen har krav på *tilstrekkelig faglig forsvarlig helsehjelp i tide*. En rettslig standard skal håndheves av domstolen, men på bakgrunn av empirisk kunnskap hentet fra det fagområdet som standarden gjelder for. De krav til handling som disse ekstralegale mønstre oppstiller, må avveies mot andre hensyn som loven henviser til. At helsehjelpen skal være «nødvendig» åpner for en slik avveining, der hensynet til hva som er faglig optimalt, kan måtte vike for hva som er praktisk og økonomisk mulig eller hensiktsmessig.

Lovgiver har forsøkt å gi en slik avveiningsnorm i § 2-1, tredje ledd, der det sies at retten til helsehjelp forutsetter at «pasienten kan ha forventet nytte av» hjelpen, og at

Lønning II-utvalget om prioriteringsgrupper

Prioritetsgruppe I inneholder tilstander og tiltak som det offentlige bør ha et særlig ansvar for å prioritere. Gruppen vil inneholde tilstander med høy alvorlighetsgrad og hvor aktuelle tiltak har betydelig forventet nytte, f.eks:

- Dokumentert effektiv behandling av kreft
- Operasjoner for invalidiserende kroniske lidelser
- Behandling for alvorlige psykoser
- Grunnleggende pleie og omsorg eller rehabilitering

Prioritetsgruppe II vil inneholde utfyllende tjenester som diagnostikk, screening, utredning, behandling og rehabilitering for tilstander som

- a) gir forventet prognosetap, nedsatt funksjonsnivå eller smerter og
- b) hvor tiltak har betydningsfull nytte for pasienten og
- c) forventet nytte står i et rimelig forhold til kostnadene.

Prioritetsgruppe III vil inneholde lavt prioriterte tiltak som det *kan* være rimelig at det offentlige bruker tid og penger på, men som alternativt kan tilbys mot full betaling eller egenbetaling gradert etter prioritet, f.eks.:

- Ekstraomkostninger knyttet til medisiner som ikke har vist seg mer effektive enn standard medikamentell behandling
- Kunstig befruktning på visse indikasjoner
- Sterilisering
- Reoperasjon etter sterilisering
- Plastiske operasjoner for kosmetiske plager
- Helsesjekk av friske personer
- Personallegeordningen

Det synes vanskelig å gi en skarp avgrensning av det offentlige ansvar for å finansiere helsetjenester. Det er umulig å gi en generell definisjon som omfatter hele det offentlige helsetjenestetilbud. Utvalget har derfor funnet det mest hensiktsmessig å beskrive prioritetsgruppe I, II og III i forhold til tjenester som det offentlige henholdsvis *skal*, *bør* og *kan* tilby.

«kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt». Hvis man ikke kan anta at helsehjelpen kan hjelpe, eller hvis effekten (det må bety virkningen) og kostnadene ikke står

i forhold til hverandre, er helsehjelpen ikke nødvendig, og pasienten kan ikke kreve slik hjelp på det offentlige bekostning og under trussel om håndhevelse av domstolene.

Retten til nødvendig helsehjelp gjelder i den offentlige helsetjenesten i Norge, og i private helseinstitusjoner som fylkene har inngått avtale med, § 2-1, fjerde ledd.

Tidsfrist

Loven gir i § 2-2 en særlig regel knyttet til diagnostikk i spesialisthelsetjenesten, kalt «rett til vurdering». Bestemmelsen angir en tidsfrist på 30 dager, «raskere» (uttrykket må forstås som en henvisning til hva som er faglig forsvarlig) ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom. Meningen med fristen er å få forgang i overføring fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten, slik at pasientens tilstand kan bli utredet og behandling igangsatt noenlunde raskt. Bestemmelsen er først og fremst en slags høflighetsregel som skal forhindre at folk må vente lenge; hovedregelen om når pasienter skal motta helsehjelp må selvfølgelig knyttes til hva som er faglig forsvarlig og ikke til et vilkårlig valgt antall dager.

Fornytt vurdering

I § 2-3 gis pasienter rett til å få en fornytt vurdering, «second opinion», fra spesialisthelsetjenesten, etter henvisning fra primærlege. Realiteten bak bestemmelsen er bl.a. at noen pasienter ikke stoler på legen, og at noen leger ikke hører på pasienten. Bestemmelsen skal således bidra til at retten til helsehjelp faktisk blir oppfylt.

Fritt sykehusvalg

Rett til fritt sykehusvalg i § 2-4 gjelder innenfor samme behandlingsnivå for planlagt behandling i somatiske sykehus og i voksenpsykiatrien. Det kan vel tenkes at også denne bestemmelsen kan være av betydning for å få oppfylt retten til helsehjelp.

Kronisk syke

For kronisk syke pasienter kan bestemmelsen i § 2-5 om rett til individuell plan være et viktig middel til å oppnå helsehjelp. Planen vil forhåpentligvis forhindre at pasienter med sammensatte eller utydelige lidelser «faller mellom alle stoler» fordi ingen tar ansvaret for dem.

Lønning II-utvalget

Under lovbehandlingen var det en god del diskusjon om utforming av bestemmelsen om rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Særlig fra departementshold ble det advart mot å gi en slik bestemmelse, ut fra

hensynet til «konsekvensene». Stortinget var mindre engstelig for konsekvensene og slo fast at befolkningen har krav på spesialisthelsetjeneste, og kravet skal kunne håndheves av domstolene.

Sosialkomiteens innstilling, Innst.O nr. 91 (1998–99), er den grunnleggende rettskilden ved tolking av begrepet «rett til nødvendig helsehjelp». Komiteen diskuterte spørsmålet grundig, og tok stilling til flere tolkingsspørsmål. Hovedpoenget er at rettigheten knyttes til diskusjonen i NOU 1997: 18 Prioritering på ny («Lønning II-utvalget»). Dette dokumentet er derfor også en viktig kilde til tolking av begrepet. Flertallet (alle uten Fremskrittspartiet) mente at rettighetsbestemmelsen dekker pasienter i Lønning II-utvalgets gruppe 1 og 2, og at det i særlig grad må avklares hvilken rett pasienter i gruppe 3 skal ha (ramme). Komiteen er klar over at forutsetningen for en reell rett til helsehjelp henger sammen med materielle forhold, og forutsetter at tilstrekkelige økonomiske ressurser stilles til rådighet.

Sosial- og helsedepartementet har vedtatt forskrifter om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp, forskr. 2000-12-01 nr. 1208, og utgitt et rundskriv til lov om pasientrettigheter, rskr. 1-60/2000. Forskriftens § 2 utdypet retten til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det gis dessverre ingen veiledning om rett til helsehjelp fra allmennhelsetjenesten, selv om lovtekstens forbehold om nytte og rimelig forhold mellom tiltak og effekt også gjelder i førstelinjen. Forskriften sier at retten inntreffer når «pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes», og behandlingen kan være nyttig og det er rimelig forhold mellom kostnader og effekt. I merknadene henvises det til Lønning II-utvalget. Mer om bakgrunnen for prioriteringsgruppene finnes i utvalgets innstilling, særlig kap. 9.7. Med hensyn til kostnad-nyttediskusjonen, er det vanskelig å finne konkrete retningslinjer. Forskrift og rundskriv gir ingen veiledning. Lønning II-utvalget forsøkte å utdype problemet, kap. 7.3, 8.5 og 8.6.

Forholdet mellom pasienter i gruppe 1 og 2, og den uprioriterte gruppe 3, avklares bare et stykke på vei, ved en formulering om at pasienter i gruppe 3 også skal tilbys helsetjenester, men at de skal prioriteres etter gruppe 1 og 2. Hvis det skal være noen realitet i at rettighetsbestemmelsen bare omfatter gruppe 1 og 2, må forskjellen være at pasienter i disse gruppene kan kreve behandling (eller erstatning for manglende behandling) ved dom. Pasienter i gruppe 3 kan bare gå til domstolene hvis de har lidd tap på grunn av feilbehandling.

– Marit Halvorsen, Institutt for privatrett, Universitetet i Oslo
marit.halvorsen@jus.uio.no