

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.: 14/2020
Vår ref.: 14/6051-9
Saksbehandler: Ole Jørgen Grannes
Dato: 16.09.2014

Fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten - høringsuttalelse

Innledning

Vi viser til høringsnotat om Fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten (FBV) som ble sendt på høring 16.6.2014.

FBV er et tiltak som er omtalt i regjeringsplattformen. Direktoratet har fått i oppdrag fra HOD å *«innenfor rammene av forslaget i høringsnotatet, utrede og fremme forslag til departementet om den konkrete utformingen av ordningen av fritt behandlingsvalg.»* Vi vil derfor komme tilbake til flere av temaene gjennom det videre utredningsarbeid.

I denne høringsuttalelsen vil vi derfor først og fremst peke på noen momenter og hensyn som må tillegges vekt i den videre utforming av ordningen.

Innledningsvis i høringsnotatet legges det til grunn at «det i en ordning med fritt behandlingsvalg kan være vanskeligere å differensiere etter kvalitet og etablere sammensatte behandlingsforløp på tvers av offentlige og private leverandører enn gjennom vanlige anskaffelser og avtaler.» Med dette peker departementet også på noe av det som er hovedutfordringen med fritt behandlingsvalg. Det er derfor et viktig supplerende tiltak at RHF'ene skal utarbeide en ny offensiv strategi for økt bruk av private gjennom anbud.

Helsedirektoratet vil peke på følgende hovedmoment som må tas videre og utdypes i en endelig utforming av ordningen:

1. Behov for tydelighet når det gjelder hvem som har ansvar for pasienten i pasientforløpet, hvilke rettigheter pasienten får eller mister, og hvilke plikter helseforetak og private tjenesteytere har for disse pasientene
2. Behov for å gå nærmere opp en avgrensning av pasienter og tilstander som er egnet for ordningen
3. Fritt behandlingsvalg må harmoniseres med EØS-regler om fri flyt av tjenester og personell for å unngå konkurransevridning og diskriminering
4. Behov for infrastruktur for kommunikasjon mellom private og offentlige aktører, forvaltning og pasienter. Behov for god informasjon til pasient og behandler om valgmuligheter, ordninger og tilbud
5. Hensynet til kvalitet i behandlingen

Helsedirektoratet - Divisjon helseøkonomi og finansiering

Avdeling behandlingsrefusjon

Ole Jørgen Grannes, tlf.: 24163128

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Pilestredet 28, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

6. Forvaltningsmessige sider ved ordningen.

1. Ansvar, rettigheter og plikter

Det må ikke være tvil om hvem som har ansvar for pasienten i pasientforløpet, hvilke rettigheter pasienten får eller mister, og hvilke plikter helseforetak og private tjenesteytere har for disse pasientene i ordningen. Vi mener det er behov for å tydeliggjøre dette i den videre konkrete utforming.

1.1. Ansvar for pasienten. utfordringer når pasienter flytter mellom offentlig helsetjeneste og FBV-leverandør

Forflytninger av pasienter mellom offentlig helsetjeneste og private aktører er noe som håndteres av helsetjenesten i dag. Det nye elementet som kommer i forslag til FBV er at det ikke skal ligge noen avtale som grunnlag for et samarbeid mellom helseforetak og tjenesteleverandør. Dette kan skape noen nye utfordringer for helhet i pasientens utrednings- og behandlingsforløp. Det er viktig at både behandlingskvalitet og pasientsikkerheten ivaretas gjennom godt samarbeid og kommunikasjon mellom aktørene. Ikke minste gjelder dette for pasienter innen psykisk helsevern og TSB. Rehabilitering er et annet eksempel på sammensatte og til dels kompliserte tjenester. Dersom pasienten velger å flytte mellom behandlingssteder vil dette kreve tett og godt samarbeid mellom det offentlige og FBV-leverandører. Dette må vies oppmerksomhet i videre utredning og forberedelse.

Merknad til gjeldende ventelisteforskrift § 3 sier: *"Ved å sette en pasient på venteliste, forplikter institusjonene seg altså til å yte helsehjelp til vedkommende innen den tid medisinsk forsvarlighet krever, eventuelt innen den fristen som er fastsatt etter § 2-2 annet ledd, jf. § 2-1 annet ledd."*

Det må være entydig når FBV-institusjonen overtar ansvaret for pasienten. Det må også være entydig hvordan ansvaret overføres og hvem som skal gi beskjed. Er det pasienten eller FBV-institusjonen som skal opplyse at pasienten ønsker å benytte FBV i stedet for det offentlige tilbudet?

Forskriften om fritt behandlingsvalg bør inneholde bestemmelser om FBV-institusjonens forpliktelser/rettigheter. Kan de velge fritt om de skal gi et tilbud til pasienter med rett til FBV, må de begrunne avslag eller kan de ikke avvise pasienter som de har kapasitet til å behandle? Hvilken informasjon skal de gi pasienter som henvender seg, skal de informere om at pasienten mister eventuell juridisk frist, at de eventuelt mister retten til individuell plan, at pasienten vil bli henvist tilbake til det offentlige hvis det oppstår komplikasjoner? Informasjon er viktig for pasientens valg, og pasienten må derfor få informasjonen før han velger. I den grad det gjøres unntak fra lovbestemte rettigheter/plikter (for eksempel individuell plan), må unntakshjemler tas inn i det aktuelle regelverket. Krav og forpliktelser som stilles til FBV-leverandørene må medvirke til godt samarbeid.

Dersom en pasient får komplikasjoner eller det avdekkes uventede sykdommer, skal FBV-leverandøren overføre pasienten til det offentlige dersom FBV-leverandøren ikke selv kan gi faglig forsvarlig helsehjelp eller behovet ikke omfattes av forskriften. Det må avklares hvem som skal dekke utgiftene ved behandling av komplikasjoner.

Det må videre utredes kriterier for når behandlingen hos FBV-leverandør skal avsluttes. Det må forventes at private tjenesteytere bidrar til et forsvarlig og nødvendig behandlingsforløp basert på faglige standarder, slik disse er beskrevet i retningslinjer og veiledere.

1.2. Rett til individuell plan

Direktoratet mener FBV-leverandører bør delta i utarbeiding av individuell plan. Pasienter som har behov for og rett til individuell plan må sikres en helhetlig tjeneste også når de i deler av behandlings-/utredningsforløpet velger en aktør (FBV-leverandør). Dersom FBV-leverandører ikke deltar i planen, kan det medføre en fragmentering av oppfølgingen av pasienter som ofte har behov for en sammenhengende tjeneste. Hensynet til en godt koordinert tjeneste tilsier at regelverket om individuell plan og koordinator bør gjelde. Pasientene innenfor psykisk helse og rus er pasientgrupper som i stor grad har behov for individuell plan, og som får tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

1.3. Rett til juridisk frist og subsidiær behandling ved valg av FBV

I høringens pkt. 7.6.3 fremgår: *Departementet mener følgelig at rett til juridisk frist ikke er særlig aktuell når pasienter velger å benytte seg av retten til fritt behandlingsvalg. Departementet vil derfor foreslå at pasienter som velger å oppsøke en fritt behandlingsleverandør ikke beholder den juridiske fristen. Tidspunktet for når pasienten mister rettigheten vil være når det offentlige sykehuset mottar informasjonen fra fritt behandlingsvalgleverandøren om at pasienten mottar helsehjelpen der. Det innebærer at pasienter som velger å bruke retten til fritt behandlingsvalg, ikke kan påberope seg fristbrudd i tilfeller hvor pasienten returnerer til den offentlige spesialisthelsetjenesten på et senere tidspunkt.*

Helsedirektoratet mener det er argumenter for at rett til subsidiær behandling ved fristbrudd skal gjelde for pasienter som benytter seg av retten til fritt behandlingsvalg. Frist for oppstart av utredning eller behandling, og rett til subsidiær behandling er sentrale pasientrettigheter som ble innført for å styrke pasientens lovfestede rettigheter, jf Ot.prop. 63 (2002-2003). Det vil være en risiko for at de individuelle fristene brytes hos FBV-leverandører. Leverandører med godt omdømme kan få et stort tilfang av pasienter, slik at disse vil få ventelister og fristbrudd. På denne måten kan også FBV-pasienter oppleve å få behandling etter fristen. Rett til subsidiær behandling ved overskredet frist er en sentral pasientrettighet, og for noen pasienter kan det å vente utover fastsatt frist ha alvorlige konsekvenser. Et tap av en juridisk frist vil fremstå som tap av en rettighet – man får velge fritt, men mister en pasientrettighet. På den annen side kan det være vanskelig å stille det offentlige sykehuset til ansvar for fristbrudd hos en frittstående privat tjenesteyter.

Dersom rett til subsidiær behandling ved fristbrudd også skal gjelde ved fritt behandlingsvalg, må det avklares hvem som får finansieringsansvaret for den subsidiære behandlingen.

Om vridning fra subsidiær behandling til fritt behandlingsvalg

Departementet foreslår at pasienten skal kunne oppsøke en fritt behandlingsvalgleverandør, også etter fristbrudd. Helsedirektoratet støtter forslaget.

Det er viktig å se nærmere på prisingsystemet slik at det ikke blir incentiver for aktørene til å påvirke valget. Pris for subsidiær behandling via HELFO, er som hovedregel høyere enn anbudsprisen for offentlig behandling, og fritt behandlingsvalg vil kunne bety lavere kostnader for sykehusene sammenliknet med subsidiær behandling.

Innføring av fritt behandlingsvalg vil kunne medføre økt press på den private helsetjenesten, slik at HELFO vil få utfordringer med å fremskaffe subsidiær behandling. Det må vurderes om HELFO også skal kunne benytte FBV-leverandører til å levere subsidiær behandling etter fristbrudd. Dette kan innebære økt effektivitet i formidlingen og medføre at pasienter vil kunne reise kortere for å motta subsidiær behandling.

1.4. Egenandeler

Det fremgår ikke i høringen i hvilken grad pasienter som benytter seg av fritt behandlingsvalg skal betale for helsehjelp, men vi legger til grunn at de vil måtte betale ordinære egenandeler. Videre sies at de skal betale forhøyet egenandel ved reise dersom de velger å motta helsehjelp utenfor helseregionen.

Helsedirektoratet legger til grunn at pasienter som velger å benytte seg av fritt behandlingsvalg skal ha samme egenandeler og skjermingsordninger som øvrige pasienter i spesialisthelsetjenesten og at det derfor også må gjøres endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 5-5. Hjemmelsgrunnlaget må vurderes, og vi kan ikke se at poliklinikkforskriften vil omfatte disse pasientene. Lovgivningen rundt frikort og hvem som kan kreve egenandel, begrenser i dag muligheten for at private helseaktører kan kreve egenandel ved fritt behandlingsvalg. Hvis det skal kunne kreves egenandel ved fritt behandlingsvalg, og denne skal legges til grunn for frikort, må regelverket knyttet til de ulike helseaktørene og frikortordningene endres.

I tillegg til egenandeler må det vurderes hvorvidt FBV-pasienter vil måtte dekke kost og losji når dette er aktuelt, enten etter satser eller selvkost. Dersom pasienten etter fristbrudd velger subsidiær behandling via HELFO i dag, dekkes alle pasientens kostnader, med unntak av egenandeler ved poliklinisk behandling. Helsedirektoratet mener det bør vurderes om pasienter som velger å benytte seg av en fritt behandlingsvalgleverandør fremfor HELFO, bør gis samme rett til dekning av forpleining, reise og opphold. Dette vil ivareta fristbruddpasienters finansielle rettigheter, også dersom de velger å benytte fritt behandlingsvalg etter fristbrudd. Forslaget vil medføre behov for endring i spesialisthelsetjenesteloven § 5-2.

2. Vurdere å avgrense ordningen til avklarte pasienter

Høringsnotatet peker på at en stor andel av pasientene har en uavklart tilstand etter vurderingsperioden. Man kan dermed ikke fastslå etter tildeling av rett, hvilken behandling pasienten bør tilbys. Det kan være problematisk å tilby fritt behandlingsvalg til uavklarte pasienter. Dels fordi det kan være gode grunner til å sikre oppfølging av pasientforløpet på slike pasienter. Dels fordi det vil innebære større utfordringer på oppgjørssiden dersom det ikke er veldefinert hva det skal betales for til FBV-leverandøren.

Det er heller ikke uproblematisk at FBV-leverandøren får et slikt avgrenset ansvar. En avgrensning til avklarte pasienter vil være et signal om at de ikke i like stor grad har

ansvar for hele pasientforløpet. Det innebærer at et større ansvar tilfaller den som forvalter ordningen, eventuelt hva som reguleres i forskrift. Det kan derfor også være gode grunner for å innlemme private aktører med et mer helhetlig ansvar, også for uavklarte pasienter, i ordningen.

Gitt at FBV-aktørene får i oppgave også å utrede pasienter, må de ta et ansvar for å sikre at pasientene får et helhetlig tilbud, enten gjennom videre behandling innenfor egen enhet, eller ved at pasienten sendes videre til riktig sted for behandling. Dette ansvaret kan bli mindre tydelig dersom FBV-leverandørene kun skal motta ferdig avklarte pasienter.

Sett fra pasientens ståsted kan en avgrensning av ordningen til noen tilstander/pasienter føre til utfordringer mht å kommunisere hvilke rettigheter pasientene har.

Dette er forhold som bør vurderes nærmere i den endelige utforming.

3. Fritt behandlingsvalg må harmoniseres med EØS-regler

Fritt behandlingsvalg er utformet som en ordning for valg av tjenester innenlands. Dette må vurderes nærmere i forhold til rett til utlandsbehandling og EØS-regler om fri flyt av tjenester og personer.

Norge har gjennom EØS-avtalen forpliktelser til å ivareta grunnprinsippene om fri tjenesteflyt og personflyt (som er mest relevant for helseområdet), og er derigjennom bundet av regler som skal sikre rammebetingelsene for et velfungerende felleseuropeisk marked. Fritt behandlingsvalgordningen og dens bestanddeler må derfor innrettes på en måte som inkorporerer de EØS-relevante prinsippene som stimulerer det felleseuropeiske markedet samtidig som sentrale pasientrettigheter ikke svekkes. Vridningseffekter til fordel for nasjonal tjenesteyting (enten man snakker om tjenesteyting i det nasjonale, private helsemarkedet eller det offentlige helsevesenet) og utarming av etablerte rettigheter må unngås.

Prinsippene som ligger til grunn for pasientrettighetsdirektivet må slik vi ser det også ses hen til i arbeidet med å etablere ordningen om fritt behandlingsvalg, slik at fritt behandlingsvalg ikke etableres som en nasjonal ordning som i praksis utgjør et hinder for grensekryssende pasientrettigheter.

Videre mener vi at en vurdering av konsekvensene som fritt behandlingsvalgordningen har for den offentlige helsetjenesten ikke kan ses isolert fra de andre og parallelle ordningene som også bidrar til å styrke markedsorienteringen av helsesektoren, og følgelig at man må se på den samlede effekten av alle disse ordningene for den offentlige helsetjenesten. Dette også for å unngå at ordningene som etableres ikke virker mot hverandre eller gir insentiver i strid med helsepolitiske målsetninger. Her vil vi peke på følgende tema:

- En avklaring om det må tilrettelegges for at også utenlandsetablerte virksomheter skal kunne konkurrere om pasientene. Dette kan ha konsekvenser for hvilke krav som kan stilles til kvalitetsvurderinger, rapportering og kontroll.
- Prising av fritt behandlingsvalgtjenester bør ses i sammenheng med prising av tjenester som gjøres etter folketrygdlovens § 5-24a. Sistnevnte hjemler

pasientrettighetsdirektivets bestemmelser i norsk lovgivning, og prissettingsmekanismene som etableres her bør koordineres med fritt behandlingsvalgordningen for å unngå vridningseffekter til fordel for det norske private helsetjenestemarkedet på den ene siden, og for å unngå overprising av tjenester som det offentlige kjøper i det private markedet på den andre siden.

- Divergerende tjenestepriiser mellom de ulike ordningene vil kunne gi insentiver blant konvensjonspasienters hjemland (som i henhold til forordning 883/2004 er finansielt ansvarlige for tjenestene) til å stimulere bruk av «de billigste» tjenestene. Dersom fritt behandlingsvalgtjenestene (som i henhold til høringsnotatet legges opp til å ligge under laveste anbudspris) for pasientens del i tillegg medfører et tap av retten til å bli tildelt juridisk bindende frist for å motta behandling, vil dette kunne gi en ulovlig nedprioritering av pasienter med trygdetilknytning til andre EØS-land.
- Prisingen av helsetjenester som ytes til konvensjonspasienter må i henhold til EU-retten være transparente og forutsigbare. Uten koordinering av prissettingsmekanismene tilknyttet de mange ordningene som konvensjonspasienter etter hvert kan benytte seg av, vil man kunne få divergerende og tilsynelatende vilkårlige landoppgjør etter forordning 883/2004 for identiske tjenester. Dette vil kunne gi utfordringer i forhold til gjeldende EU-rett.

4. Informasjon og IKT

Nye samarbeidspartnere og spesielt samarbeid med nye private aktører fordrer infrastruktur for rapportering og meldingsutveksling. Det vil oppstå økt behov for god informasjon til pasient og behandler om valgmuligheter, ordninger og tilbud. Det er viktig å gi enkel tilgang på relevant informasjon. Vi vil understreke at det må vurderes hva som må være på plass før ordningen iverksettes.

4.1. Behov for informasjon og tilpasninger i IKT-systemer

Når det gjelder behov for tilpasninger i IKT-systemer, vil Helsedirektoratet vise til notatet *IKT-tiltak for fritt behandlingsvalg* (sendt til departementet 30.6.2014). Notatet oppsummerer aktuelle IKT-tiltak, og angir rammer og forutsetninger for etablering av ordningen.

For å kunne tilby innbyggere best mulige helsetjenester er det nødvendig med et godt samspill mellom innbyggere, behandlingsleverandører og forvaltningen. Dette krever tilstrekkelig IKT-understøttelse. Muligheten for å gjøre behandlingsvalg inntreffer allerede hos fastlegen og varer gjennom hele pasientforløp. Et behandlingsvalg innebærer at ansvar forflyttes og nye informasjonsbehov oppstår. Komplekse eller tvetydige ansvarsforhold kan utgjøre en pasientsikkerhetsrisiko. IKT-understøttelse av forløp kan tydeliggjøre hvem som har ansvaret i forløp (kap. 7.6.4), samt systematisk avdekke avvik.

Helsedirektoratet mener det vil være behov for oppbygging av en IKT-infrastruktur som muliggjør nye tekniske løsninger basert på tilgang til helseopplysninger uavhengig av virksomheten de er lagret i. Dette kan bidra til enklere og sikrere koordinering av helsetjenester ved behandlingsvalg, styrking av personvernet og grunnlag for nye, brukervennlige, digitale innbyggertjenester som griper dypt inn i helsetjenestene og pasientforløpene. Videre kan det legges opp til at forvaltningen har en monitorerings-

og kontrollfunksjon av pasientrettighetene gjennom tilstrekkelig oppdaterte rapporteringsdata fra behandlingsleverandørene.

Helsedirektoratet vil understreke at det er viktig at leverandører av behandlingstjenester tar i bruk nasjonale løsninger som tilrettelegger for økt pasientsikkerhet slik som e-resept og kjernejournal.

4.2. Informasjon om fritt behandlingsvalg til pasienter og helsepersonell

Ordningen vil gi større valgmulighet for pasientene, men det kan slå ulikt ut for ulike grupper av pasienter. For at pasientene skal oppleve å ha valgmuligheter, må de kjenne til valgene de kan ta. Det må være god informasjon om FBV og hva de kan velge mellom, og informasjonen må være sammenlignbar. Pasient- og brukerrettighetsloven pålegger ganske streng informasjonsplikt til helseinstitusjonene i forbindelse med at pasienten er vurdert og har fått rett til nødvendig helsehjelp.

Det er små, men komplekse forskjeller i rettigheten til fritt sykehusvalg, fritt behandlingsvalg og rett til helsetjenester i utlandet. Dette vil være utfordrende å kommunisere til befolkningen på en pedagogisk måte. Rettighetene inntre på ulikt tidspunkt og medfører ulike rettigheter og konsekvenser for pasienten (for eksempel tap av retten til en juridisk frist). Dette forsterker behovet for en god og samlet informasjonstjeneste.

Høringsnotatet vektlegger at pasienter og helsepersonell må få god og brukervennlig informasjon om FBV-ordningen. Direktoratet legger til grunn at informasjonen skal presenteres sammen med informasjon om fritt sykehusvalg, subsidiær behandling ved fristbrudd, og informasjon om rett til behandling i utlandet. Informasjon om tilbud og ventetider innenfor FBV bør synliggjøres på samme nettsted og være tilgjengelig via en telefontjeneste. Det er behov for en faglig og kompetent veiledning av pasienter.

Helsedirektoratets notat datert 30. juni beskriver hvordan en nettjeneste kan utvikles i faser. I første fase vil tjenesten inneholde informasjon om behandlingstilbud, ventetider, kvalitet ved det enkelte behandlingssted som inngår i FBV-ordningen. Dette vil være informasjon sammenstilt fra eksisterende tjenester, en tjenestekatalog og relevante registre. Sentralt i en slik løsning vil det være behov for en nasjonal helsetjenestekatalog, som gir innbyggerne strukturert informasjon om behandlingstilbud på det enkelte behandlingssted. Helsedirektoratet vil understreke betydningen av at dette arbeidet gis prioritet, siden dette vil danne en viktig basis for datastrukturen i tjenesten Fritt behandlingsvalg.

Om mulig sosial ulikhet i tilgang til fritt behandlingsvalg

Riksrevisjonen påpekte i sin rapport om Fritt sykehusvalg (Dokument 3:3, 2011-2012) at denne rettigheten ble brukt oftere av pasienter med høyere sosial bakgrunn (inntekt, utdanning, arbeidstilknytning). Fritt behandlingsvalg er en ny rettighet som utfordrer pasienters evne til å ta inn over seg informasjon og gjøre begrunnede valg, og som kan bidra til å forsterke sosial ulikhet i tilgang til helsetjenester. Ordningen foreslås dessuten innført først for rus og psykisk helse, områder som inkluderer sårbare pasientgrupper. Det kan gjøres flere tiltak for å minske denne effekten. Ett tiltak er en satsing på veiledning på telefon i tillegg til nett da vi vet at nettkompetanse er ujevnt fordelt. Et annet tiltak vil være å gi fastlegen et tydeligere ansvar for å veilede og informere sine pasienter og hjelpe dem til å ta gode valg. Vi er enig i vektleggingen av

fastlegens rolle som pasientens rådgiver (side 45) og vil poengtere ansvaret fastlegen bør ha.

Riksrevisjonen påpekte videre at mange pasienter får for dårlig informasjon fra fastlege og sykehus om fritt sykehusvalg. Det bør sees på tiltak for å forbedre dette når FBV innføres. Foreløpig vil vi peke på følgende:

- Vurdere utfordringer og tiltak knyttet til fastlegens rolle og ansvar som koordinator og rådgiver knyttet til valgmuligheter og rettigheter for pasienter
- Vurdere fastlegens behov når ny nettløsning utarbeides og vurderer behov for eget fastlegenummer til telefontjeneste
- Sikre god informasjon om rettigheter og kontaktinformasjon til informasjonstjenesten i brevmalene som utarbeides i Helsedirektoratet og som skal brukes av sykehusene i kommunikasjon med pasienten
- Informasjonskampanjer mot befolkningen generelt og mot bestemte pasientgrupper og helsepersonell i relevante kanaler – informere om rettigheter og om den samlede informasjonstjenesten på helsenorge.no og på telefon
- Utarbeide informasjonsmateriell til fastlegekontor, venterom osv.
- Informasjonsarbeid rettet mot helsepersonell i ulike etater/institusjoner

5. Hensynet til kvalitet i behandlingen

I en ordning med fritt behandlingsvalg er det viktig å sikre god kvalitet i behandlingen. Dette må gjøres uten bruk av avtaler, slik det er i dagens anbudssystem for RHF'ene. Det blir viktig i den videre utredning å vurdere det samlede system for å ivareta kvalitet i behandlingen under FBV.

5.1. Godkjenning og oppfølging av fritt behandlingsvalgleverandører

Fritt behandlingsvalg vil skille seg fra RHF'enes kjøp av helsetjenester fra private. Det vil ikke foreligge en avtale, og det skal foretas godkjenning og oppfølging av leverandører av spesialisthelsetjenester utenfor RHF'ene. Dette reiser en rekke problemstillinger som må avklares. Nedenfor gir vi kun et par eksempler på spørsmål som gjelder godkjenning og oppfølging av leverandører.

Helsedirektoratet støtter departementets forslag om å stille krav utover en minimumsløsning for regulering (kap. 8.2). Departementet legger opp til en godkjenningsordning der klare vilkår for godkjenning skal oppstilles i en forskrift. Departementet signaliserer at det ikke legges opp til dobbeltregulering. Krav som følger av andre lover/forskrifter vil gjelde også for FBV-institusjoner (side 54). Man må da ta stilling til om krav i annet regelverk skal undersøkes eller legges vekt på ved behandlingen av søknad om rett til å bli FBV-institusjon, eller skal man bare vurdere søknaden ut fra forskriften og legge til grunn som et generelt utgangspunkt at alle andre krav er oppfylt?

Den enheten som godkjenner institusjonene vil ha ansvar for å vurdere om kravene som FBV-forskriften stiller er oppfylt når søknaden vurderes. Institusjonene er selv ansvarlige for å yte forsvarlige tjenester, og for eksempel viderehenvise pasienter som de ikke kan behandle. På side 57 står det at dersom institusjonene ikke oppfyller kravene i FBV-forskriften, vil man "få mulighet til å inndra retten til å tilby" tjenester. Vi forutsetter at den aktuelle godkjenningseenheten skal ha mulighet til å inndra retten hvis noen gjør oppmerksom på at krav ikke er oppfylt (f.eks. hvis fylkesmannen mener virksomheten er uforsvarlig, tilsyn viser at den ikke har internkontrollsystem e.l.) eller

hvis for eksempel rapportering uteblir, men at enheten ikke vil ha ansvar for å overvåke at alle krav i forskriften er oppfylt. Det aktuelle organet vil ikke være tilsynsmyndighet.

Videre må det vurderes om manglende oppfyllelse av krav, inkludert brudd på frister, skal ha konsekvenser for leverandørene av fritt behandlingsvalg.

5.2. Rapportering og monitorering

Det vil være behov for å følge med på flere sider ved FBV-ordningen. Dette stiller krav til rapporteringen som må skje fra FBV-leverandørene. Rapporteringen fra leverandørene vil også være grunnlag for informasjon til pasientene. Direktoratet støtter at FBV-leverandørene stilles overfor de samme krav til dokumentasjon av aktivitet, kvalitet og ventetider som de offentlige sykehusene og private sykehus med avtale. For å holde datagrunnlaget oppdatert, bør det stilles krav til rapporteringsfrekvens. Og i opplistingen i forslaget til § 4-3 om krav til virksomhetene, bør etterlevelse av obligatoriske IKT-standarder nevnes.

For å kunne følge med på implementeringen av FBV-ordningen, samt følge opp effekter og at tjenestene som tilbys gjennom FBV er av god kvalitet, bør det implementeres monitoreringssystem som både belyser kvalitet og kvantitet i behandlingen.

Departementet diskuterer i høringsnotatet flere mulige effekter av fritt behandlingsvalg. Disse temaene bør følges opp videre. Det bør lages et opplegg for evaluering som fokuserer på effekt av ordningen, også mulige vridningseffekter.

Det er viktig å sikre en oppfølging og evaluering av kvaliteten. De sentrale registre og nasjonale medisinske registrene er datagrunnlaget for de nasjonale kvalitetsindikatorerne. Nasjonale kvalitetsindikatorer skal vise resultater på kvaliteten i tjenesten, og vil vise om det foreligger forskjeller i praksis og resultat av behandling ved de ulike helsetjenestene. Dette utgjør noe av grunnlaget for at pasienten, evt med støtte av behandler, kan gjøre selvstendige og opplyste valg.

Samtidig vil vi peke på at det fortsatt er store utfordringer med kompletthet og kvalitet i de medisinske kvalitetsregistrene. NPR og andre sentrale helseregistre er derfor kilde for de fleste av de eksisterende nasjonale kvalitetsindikatorerne i spesialisthelsetjenesten.

Dersom oppbygging av private tilbud tar helsepersonellressurser fra det offentlige, kan det medføre reduserte tilbud derfra og summen av tilbudte tjenester blir uvis. Det kan oppstå geografiske forskyvninger ved at private aktører etableres i sentrale strøk, nøkkelpersonell flytter fra offentlig til privat virksomhet eller ledige stillinger i sentrale strøk etterfylles med personell fra perifere sykehus.

Vi ser også grunn til å følge med på hvilke pasientgrupper som benytter FBV. I somatikken vil overføring av enklere lidelser til FBV-leverandører kunne medføre at prioriteringskriteriene for hvem som skal få helsehjelp først, utfordres. De enklere lidelsene kan få kortere ventetider. Dette påpekes også i notatet. Det er imidlertid lite fokus på FBV-leverandørenes muligheter til å endre kapasiteten etter etterspørsel.

Kapasitet fordelt på de enkelte tilstander/områder bør følges hos FBV-leverandørene og vurderes i forhold til ønsket prioritering i helsetjenesten.

6. Forvaltningsmessige sider ved ordningen

Innføring av FBV vil ha økonomiske- og administrative konsekvenser gjennom nødvendig oppbygging av både kompetanse og kapasitet utenfor de regionale helseforetak. Departementet peker på HelseDirektoratet og HELFO til å ivareta flere av forvaltningsoppgavene. For å sikre kvalitet i tjenestetilbudet, god informasjon til pasienten og riktig og effektiv økonomiforvaltning, vil det være behov for et forsterket forvaltningsapparat. Direktoratet vil innen 1.12.2014 komme tilbake med konkretisering av oppgaver som må utføres, og med forslag til oppgavefordeling og organisering. Det er mange spørsmål om bl.a. godkjenning, oppfølging og oppgjørsordninger som må drøftes og besluttes.

6.1. Ventelisteregistrering

Reduserte ventetider for pasientene er ett av målene med reformen. Videre vil ventetider være interessant for pasienter som skal foreta valg.

Private enheter har i dag utfordringer med å praktisere ventelisteregistrering riktig, og de offentlige sykehusene har ikke tilstrekkelig oversikt over når helsehjelpen starter hos en privat enhet. Det må etableres robuste rutiner og systemer for å sikre at det offentlige sykehuset blir varslet når helsehjelpen har startet hos fritt behandlingsvalgleverandøren og videre at både Helseforetak og FBV-leverandør rapporterer dette til NPR.

Vennlig hilsen

Olav Valen Slåttebrekk e.f.
divisjonsdirektør

Steinar Mathisen
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk