

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OsloVår ref.
2014/305 - 5181/2014Deres ref.
14/2020-Saksbehandler
Inger Mette NilstadDato
16.09.2014**Høring – fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten**

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 16. juni 2014 der det bes om høringssvar innen 16. september 2014 til høringsnotatet om fritt behandlingsvalg.

Høringssvaret som her presenteres baserer seg på innspill fra hele foretaksgruppa i Helse Midt-Norge. Høringssvaret blir styrebehandlet 2. oktober 2014 og protokoll vil ettersendes.

Regionalt brukerutvalg har kommet med uttalelse til høringssvaret til Helse Midt-Norge RHF, og denne følger vedlagt.

I utkastet gis først noen overordnede innspill før vi deretter gir spesifikke kommentarer til de ulike deler av høringsforslaget.

1 OVERORDNEDE INNSPILL

Helse Midt-Norge RHF støtter intensjonen og målsettingen om økt tilgjengelighet, kortere ventetider og økt valgfrihet for pasientene gjennom bedre bruk av private aktører. Det er positivt at regjeringen ønsker å skape et helse- og sykehusvesen som ivaretar pasientenes og brukernes behov. Vi må imidlertid være sikre på at dette blir en reell pasientreform, som treffer de som trenger det mest. Helse Midt-Norge RHF er bekymret for at ordningen slik den er foreslått i høringsnotatet ikke vil gi den ønskede effekt. Slik Fritt behandlingsvalg (FBV) er foreslått innført, vil det være en betydelig risiko knyttet til sentrale momenter som pasientsikkerhet, ivaretagelse av pasientrettigheter og utøvelse av de regionale helseforetak sitt helhetlige sørge for ansvar. Helse Midt-Norge RHF mener derfor ordningen med fritt behandlingsvalg må justeres vesentlig i forhold til den form departementet nå foreslår, før den kan anbefales innført.

Departementet uttrykker at det i en ordning med fritt behandlingsvalg vil være vanskeligere å differensiere etter kvalitet og etablere sammensatte behandlingsforløp på tvers av offentlige og private leverandører, enn gjennom vanlige anskaffelser og avtaler. Helse Midt-Norge RHF deler denne bekymringen. Etter Helse Midt-Norge RHF vurdering egner ordningen med Fritt behandlingsvalg seg best for pasienter med avklarte problemstillinger/tilstander. Ordningen vil derfor kunne gi en forskyvning av ressurser til slike tilstander, på bekostning av mer sammensatte og komplekse tilstander. Det bør legges stor vekt på å finne tiltak som kan hindre at de enklere tilstandene får høyere prioritet og raskere helsehjelp, på bekostning av sammensatte og mer kompliserte lidelser. Svikt i prioriteringsprosessen kan over tid utgjøre en fare, særlig for pasientgrupper med sammensatte og komplekse behov.

Dersom valg av FBV-leverandør innebærer både tap av retten til individuell frist, tap av fornyet vurdering samt tap av rett til individuell plan, vil dette innebære en markant reduksjon av

pasientrettigheter, eller sett fra en annen synsvinkel, at enkelte av disse pasientene ikke har en reell mulighet til å velge en FBV-leverandør. Etter Helse Midt-Norge RHF's oppfatning er innføring av ordninger som undergraver prinsipper som individuell plan er tenkt å imøtekomme, svært uheldig for pasienten.

Det må stilles de samme krav til FBV leverandører (og da verken høyere eller lavere krav) som de som stilles til våre helseforetak og de private aktører vi har inngått avtaler med etter ordinære offentlige anskaffelser.

Høringsforslaget er dels preget av begrensninger og usikkerhetsmomenter – noe departementet selv viser til i høringsnotatet. God kvalitet og pasientsikkerhet forutsetter at det er klart hvor oppfølgingsansvaret til enhver tid ligger og at nødvendige IKT løsninger for kommunikasjon og rapportering er på plass for å understøtte dette. Helse Midt-Norge RHF understreker at ordningen ikke bør starte opp før en har på plass nødvendige praktiske løsninger. Det er særskilt viktig at en får på plass IKT-løsninger som sikrer at både ansvar og helseopplysninger til enhver tid følger pasienten i pasientforløpene. Rapportering og kvalitetsdata må sikres og følges opp. Informasjon, veiledning og rådgivning til pasienter, pårørende og helsepersonell må ivretas på en god måte.

Helse Midt-Norge RHF støtter at det skal utarbeides en ny og offensiv strategi for bruk av private helsetjenester, slik dette er foreslått i høringsnotatet. Etter vår vurdering kan intensjonen med FBV-ordningen i større grad virkeliggjøres ved utvidet kjøp fra private gjennom avtaleinstituttet. Dette må kombineres med noen styrings- og ledelses grep for å sikre gjennomføringskraft. Dette ut fra at vi som region erkjenner at vi tidligere ikke har vært gode nok til å gjøre bruk av private på områder med unødige lange ventetider og fristbrudd.

2 KOMMENTARER TIL ENKELTMOMENTER I HØRINGSFORSLAGET

Pasientrettigheter – forslag til ny bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven

Hvem gjelder retten til fritt behandlingsvalg for, når skal den inntre og hva omfatter den 80 pst. av pasientene som henvises til somatisk spesialisthelsetjeneste har *uavklarte tilstander* som gjør at man basert på henvisning og supplerende informasjon ikke kan vite hvilken behandling de skal ha. Det er derfor nødvendig å utrede videre før man kan fastslå hva behandlingen skal være. Selv om FBV først kan benyttes når pasientens henvisning er rettighetsvurdert, vil ikke pasientens behov for helsehjelp være klart definert for det store flertallet av pasienter.

I høringsnotatet vises det til at FBV egner seg best for avklarte og veldefinerte tilstander. Videre må tjenestene som skal omfattes av FBV være mulig å avgrense presist, bl.a. for å kunne sette en pris på tjenesten. Dette synes å stå i motstrid til føringene i høringsnotatet om at rettigheten skal gjelde ut fra pasientens behov gjennom hele pasientforløpet, og både for utredning og behandling.

Helse Midt-Norge RHF finner at ordningen i liten grad er egnet for det store flertallet av pasienter som har uavklarte tilstander eller sammensatte og komplekse tilstander. Ordningen bør derfor begrenses til avklarte og veldefinerte tilstander. Helse Midt-Norge RHF stiller derfor spørsmål ved om det blir korrekt at rettighetsbestemmelsen skal innrettes generelt, slik som høringsforslaget legger opp til.

Helse Midt-Norge RHF støtter forslaget om at retten til FBV først skal inntre når henvisningen er vurdert og pasienten tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Et særspørsmål knytter seg imidlertid

til departementets forutsetning om at prioritering skal skje i det offentlige. Departementet bes i denne sammenheng presisere hva som legges i begrepet «den offentlige helsetjenesten».

I Helse Midt-Norge RHF har vi tolket og praktisert lovverket (pasientrettighetsloven) slik at det kun er de offentlige sykehusene/institusjonene som har rettighetsvurdert pasienten – og ikke de private sykehusene/institusjonene vi har avtale med. De private utfører diagnostikk og behandling på bakgrunn av medisinske vurderinger ut fra faglig forsvarlighet og i tråd med nasjonale veiledere. Videre har vi i avtalene satt krav til maksimale ventetider. For henvisningene til de private rehabiliteringsinstitusjonene er imidlertid vurderingen sentralisert til et eget regionalt henvisningsmottak. På denne måten sikres en god og likeverdig vurdering av henvisningene, og best mulig utnyttelse av det differensierte tilbudet i hele regionen. Forutsetningen om at alle henvisninger skal vurderes av den offentlige helsetjenesten vil derfor være en videreføring av den praksis som vår region utøver.

Helse Midt-Norge RHF vil imidlertid vise til det for mange pasienter skjer en henvisning direkte fra fastleger til private avtalespesialister. Eksempelvis har det i vår regionen vært jobbet aktivt med å kanalisere pasienten fra fastlege til avtalespesialister innen både øye og øre-nese-hals. Dette er en praksis som bør videreføres.

Departementet viser til at hensynet til et enkelt og forståelig regelverk har veid tungt i begrunnelsen for forslaget om at retten til FBV både skal gjelde utredning og behandling. Etter Helse Midt-Norges vurdering bør hensynet til pasientrettigheter og pasientsikkerhet være momenter som veier tyngre enn hensynet til et enkelt og forståelig regelverk.

Forholdet mellom fritt behandlingsvalg og fritt sykehusvalg

I høringsnotatet anføres at for pasientene vil forskjellen mellom retten til fritt sykehusvalg (FSV) og fritt behandlingsvalg fremstå som små. Videre at det er avgjørende at pasienter merker et økt og mer mangfoldig tilbud. Notatet sier at FBV kontra FSV må forklares i den grad det er «nyttig for pasientene». Det vises til høringsnotatets punkt 7.6.1; «Det at en privat leverandør både leverer sine tjenester gjennom fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg vil være vanskelig å forstå for pasientene, men dette skillet er ikke nødvendigvis viktig for pasientene.»

Ut fra målsettingene til de to ordningene kan forskjellene synes som små. Det tap av rettigheter som et slikt valg i realiteten innebærer, stiller etter vår vurdering langt større krav til informasjonens innhold, form og til pasientenes evne til å forstå et komplisert system som dette. Helse Midt-Norge RHF vil understreke at det er avgjørende at pasientene får vite hvilke rettigheter de beholder eller mister gjennom de to ordningene.

Rett til informasjon og medvirkning

Det er allerede mange ordninger pasientene kan benytte seg av. Helse Midt-Norges erfaring er at mange pasienter, fastleger og annet helsepersonell allerede finner det vanskelig å orientere seg i de forskjellige ordningene. Innføringen av FBV vil stille svært store krav til at informasjon blir gitt, både til pasienter/pårørende og helsepersonell, og at den blir forstått. For at det faglige behandlingsvalget skal være reelt forutsetter det at både pasient og henviser har god oversikt over hva de ulike aktørene tilbyr og kvaliteten på de ulike behandlingstilbudene.

Dersom FBV skal gjennomføres som foreslått i høringsnotatet må man sikre at pasienter som velger dette alternativet har fått fullgod informasjon om konsekvensene. De bør gis mulighet for informasjon og veiledning slik at de kan gjøre gode og helsefremmende valg.

Helse Midt-Norge RHF støtter departementets forslag om at leverandører i FBV ordningen, og informasjon om disse, tas inn på samme nettside som fritt behandlingsvalg. Informasjon og

rådgivning bør skje samlet fra ett sted. En samlet oversikt på nett der alle behandlingsmuligheter på en oversiktlig måte er presentert og der en i tillegg kan få råd på telefon før valget tas, er vesentlig for at dette skal bli en god ordning for pasientene og rådgivende helsepersonell. Fritt sykehusvalg Norge bør derfor utvides til også å omfatte fritt behandlingsvalg. Behovet for informasjon vil øke med FBV og både telefontjenesten og nettsiden bør utvides.

Erfaringer fra pasientrådgivere i Fritt sykehusvalg viser at pasienter vanligvis ønsker et tilbud nært sitt bosted, dersom forventninger om kvalitet og ventetid innfris. Ett eksempel til illustrasjon;

En pasient fra Trondheim med behov for urologisk vurdering – ringer fritt sykehusvalg for å få raskere behandling ved annet sykehus. Han ønsker behandling hvor som helst i landet bare ventetiden er kort. Han informeres om ny avtalespesialist i Trondheim med ventetid fra 1-2 uker - og er veldig fornøyd med det. Som et fremtidssenario; dersom pasienten ringer en «isolert» FBV rådgivningstjeneste (i betydningen av at de kun sitter med oversikten over FBV-leverandørene) – kan dette medføre at pasienten tar et valg av behandlingssted uten å vite om det er tilsvarende tilbud om behandling med kortere ventetid i en annen ordning. Dette kan medføre unødige lange reiser, kanskje lengre ventetid for pasienten samt ekstra kostnad for helseforetaket.

Det bør også vurderes å innføre egne informasjonstiltak for fastlegene.

I den grad FBV skal omfatte uklare, sammensatte og komplekse tilstander, vil en ordning der det kun overlates til pasienten å finne en FBV-leverandør, innebære en betydelig risiko for forsinkelser, at forløpet sporer av, eller at pasienten faller ut. Det vil kunne ha konsekvenser for pasientsikkerheten.

Det er derfor vesentlig at det finnes gode rutiner for veiledning, tilrettelegging og oppfølging av den enkelte pasient knyttet til overgangen til FBV-leverandør.

Forholdet mellom fritt behandlingsvalg og fristbruddordningen samt retten til fornyet vurdering

Det er lagt opp til at pasienten mister sin juridiske frist når de velger en FBV-leverandør og spesialisthelsetjenesten får beskjed fra FBV-leverandøren om dette. Departementet legger til grunn at pasienter som velger seg til FBV vil gjøre dette grunnet kortere ventetider, eller fordi disse leverandørene har et tilbud som pasienten spesielt ønsker. Det synes å være lagt til grunn at FBV leverandøren alltid vil levere innen fristen.

I de tilfeller der helsehjelpen ytes som planlagt hos FBV-leverandøren og denne helsehjelpen er tilstrekkelig, vil dette være greit nok. Imidlertid er Helse Midt-Norge RHF av den oppfatning av at det kan oppstå tilfeller der FBV-leverandøren av ulike årsaker ikke kommer i gang med eller får fullført den adekvate helsehjelpen, slik at fristen overskrides.

I de tilfeller pasienten velger FBV-leverandør for utredning er det en viss sannsynlighet for at riktig diagnose/tilleggsdiagnoser avdekkes underveis i utredningen, og at det gjennom dette viser seg at pasienten trenger videre behandling FBV-leverandøren i visse tilfeller ikke kan yte. Pasienten har da mistet sin juridiske frist hos spesialisthelsetjenesten. Det forutsettes at henvisning blir sendt tilbake til spesialisthelsetjenesten. I slike tilfeller må det være slik at pasienten gis en ny frist basert på den henvisning som mottas fra FBV-leverandøren. Pasienten kan etter Helse Midt-Norges vurdering ikke være avskåret fra de rettigheter han har krav på når han igjen returnerer til den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Hva om pasienten, etter at han har møtt opp hos FBV-leverandøren, får konstatert bidiagnoser/får mistanke om at det foreligger tilleggs lidelser som ikke er avdekket ved

henvisningen fra sykehuset. Etter pasientens vurdering bør dette behandles, mens FBV-leverandøren eksempelvis kan konkludere med at det ikke foreligger sykdom/lidelse som trenger behandling. Forslaget legger til grunn at pasienten da har mistet sin rett til fornyet vurdering.

I et slikt tilfelle må pasienten tilbake til sin fastlege for å få en ny henvisning til spesialisthelsetjenesten for førstegangsvurdering av hvorvidt det foreligger en slik «tillegglidelse». Dette samtidig som pasienten er henvist til enten fortsatt å motta behandling hos FBV-leverandøren for den opprinnelig diagnostiserte lidelsen, eller gå tilbake til spesialisthelsetjenesten uten å få/ha noen juridisk frist for behandling av denne. Dette mens tillegglidelsen kanskje får et løp med frist i den offentlige spesialisthelsetjenesten.

I de tilfeller hvor pasienten risikerer forverring av sin helsetilstand (altså der pasienten etter det offentlige «systemet» har rett til nødvendig helsehjelp og denne bør gis innen gitt tid) vil sykehuset uansett måtte behandle pasienten innen den tid som er forsvarlig. Den foreslåtte ordningen innebærer også at spesialisthelsetjenesten må skille pasienter som blir henvist på ordinær måte og tilbakevendende FBV-pasienter (de siste alt etter om det er opprinnelig lidelse eller ny/annen lidelse). De som kommer fra en FBV-leverandør har ikke juridisk frist/skal ikke ha juridisk frist for utredning dersom de vender tilbake for den samme behandling/utredning som de skulle få hos FBV-leverandør. Disse pasientene kan imidlertid ikke miste sin rett til juridisk frist for evt. utrednings/behandlingsbehov som de er henvist tilbake til sykehuset for fra FBV-leverandøren.

Det er særs viktig at det i det videre arbeidet med planlegging av ordningen avklares hvordan situasjoner som er nevnt overfor skal håndteres.

Ansvar for pasienten i forløpet – kravet til forsvarlighet

Spesialisthelsetjenestelovens § 2-1 ilegger de regionale helseforetakene sørge for ansvaret for tilbud om spesialisthelsetjenester til befolkningen i regionen. I dagens system har RHF kontroll over tilbudet (type tilbud og omfang) som gis til befolkningen, slik at sørge for ansvarets innhold og omfang er klarlagt og under kontroll. De regionale helseforetakene har et overordnet ansvar for kvalitet og forsvarlighet for alle tilbud som omfattes av sørge for ansvaret, uansett om disse leveres av egne helseforetak eller leverandører som har avtale med det regionale helseforetaket. Skal sørge for ansvaret stå fast i samme form? I så fall må RHF sørge for tilstrekkelig tilgang på helsetjenester uten å se hen til FBV (altså som om FBV-leverandører ikke var tilgjengelige).

Forslaget om å forskriftsfeste en godkjenningsordning som skal forvaltes av Helsedirektoratet, vil splitte ansvaret for å stille tilgjengelige spesialisthelsetjenester til rådighet mellom de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Innføring av FBV vil vanskeliggjøre RHF-enes totale sørge for ansvar. Helse Midt-Norge RHF er opptatt av at sørge for ansvaret skal være helhetlig og entydig plassert. Vi stiller spørsmål om konsekvenser for RHF-enes sørge for ansvar er tilstrekkelig klarlagt i høringsdokumentet.

Slik det skisseres i høringsnotatet er ordningen tenkt å bli slik det pr i dag er for de leverandører som regionene har avtale med innenfor fritt sykehusvalg; altså at ansvaret for pasienten går over til FBV-leverandøren når pasienten har henvendt seg dit. Helse Midt-Norge RHF stiller seg bak dette prinsippet. Spørsmålet er imidlertid når dette valget skal anses å være tatt.

Høringsforslaget legger opp til at pasienten skal stå på venteliste i det offentlige helt til pasienten mottar helsehjelp gjennom FBV ordningen. Dersom pasienten skal stå registrert ventende på to institusjoner slik det er foreslått, vil det etter Helse Midt-Norge sin oppfatning kunne oppstå uklarhet om når ansvarsoverføringen faktisk skjer.

Det antas at sykehuset til samme tid som/ganske raskt etter at henvisningen er vurdert, tildeler time for utredning/behandling. Hvem skal varsle sykehuset om at timen ikke vil bli benyttet, og i hvor god tid før tildelt time må sykehuset varsles? Hvilken plikt påhviler sykehuset om purringer, oppfølging ved alvorlige sykdomstilstander i de tilfeller pasienten ikke møter? Hvis man ikke vet om pasienten har henvendt seg til FBV-leverandør kan man ikke ta sjansen på å unnlate å følge opp. Uten regulering av dette vil det kunne bli svært vanskelig for sykehusene å utnytte sine ressurser og kapasitet optimalt. Pålegg om at FBV-leverandør straks skal varsle avgivende sykehus når pasienten har blitt tatt inn hos denne, ville vært det enkleste. Dette kan trolig gjøres uten pasientens eksplisitte samtykke til slikt varsel. Etter Helse Midt-Norge RHF's oppfatning bør dobbeltregistrering unngås.

Retten til individuell plan

Departement antyder usikkerhet om retten til individuell plan og rett til fritt behandlingsvalg i praksis lar seg gjennomføre samtidig, og ber særlig om kommentar til dette spørsmålet.

Retten til individuell plan er et svært viktig element i behandlingen av pasienter med langvarige og sammensatte lidelser. Slike pasienter vil ha stort behov for at behandling koordineres. Dersom individuell plan ikke skal utarbeides for de pasienter som henvender seg til FBV leverandører vil dette i praksis betyr at de avskjæres fra en viktig rettighet. Dette innebærer at de i realiteten ikke har samme valgmulighet som andre pasienter, siden valg av FBV da medfører at de må gi avkall på retten til å få utarbeidet individuell plan og den samhandling mellom behandlere/hjelpinstanser som denne planen bevirker.

Dersom valg av FBV-leverandør innebærer både tap av retten til individuell frist samt tap av rett til individuell plan, vil dette innebære en markant reduksjon av pasientrettigheter, eller sett fra en annen synsvinkel, at disse pasientene ikke har en reell mulighet til å velge en FBV-leverandør. Etter Helse Midt-Norge RHF's oppfatning er innføring av ordninger som undergraver prinsipper som individuell plan er tenkt å imøtekomme, svært uheldig for pasienten.

Helse Midt-Norge RHF mener det gjennom godkjenningsordningen må stilles samme krav til FBV leverandører som til offentlige sykehus og private sykehus med kjøpsavtale med regionale helseforetak når det gjelder individuell plan. Dette gjelder helt spesielt siden departementet foreslår å starte ordningen innenfor TSB og psykisk helsevern hvor en betydelig andel av pasientene vil ha behov for koordinert og langvarig oppfølging fra flere tjenesteytere.

Godkjenningsordningen

Det skal utformes en forskrift hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven der vilkårene for de som ønsker å levere tjenester gjennom FBV vil fremgå. Forskriften skal primært være en regulering av forholdet mellom staten og de private, herunder prising, krav til kvalitet og rapportering.

En løsning hvor kravene til FBV-leverandører fastsettes i forskrift synes å være den beste. Helse Midt-Norge støtter høringsforslaget på at FBV leverandørene skal ha de samme kravene til kvalitet som helseforetakene og private aktører med avtale. De krav som stilles i dagens avtaler med de private er i det store og hele basert på krav som allerede følger av lov og forskrift. Det må stilles de samme krav til FBV leverandører (og da verken høyere eller lavere krav) som de som stilles til våre helseforetak og de private aktører vi har inngått avtaler med etter ordinære anskaffelser.

Det bør avklares hvordan kontroll av kvalitet og av hvordan den tjeneste som ytes reelt sett er spesialisthelsetjeneste, skal gjennomføres. Herunder bør det vurderes om det bør gå fram av hjemmelen at godkjenningsmyndigheten kan kreve innsyn i ulike deler av driften. Eksempelvis

bør Helsedirektoratet (godkjenningsmyndigheten) motta kopier av klager som mottas av FBV leverandører, og ha oppfølgingsmøter.

Prioriteringsveilederne er forutsatt å gjelde også for FBV leverandører. I tillegg bør det avklares hvorvidt FBV pasienter skal prioriteres før eller etter fritt sykehusvalgpasienter, forsikringspasienter og privat betalende pasienter.

Helse Midt-Norge RHF mener det er vesentlig at det i vurderingen av søknader om etablering innenfor FBV ordningen skal kunne legges vekt på total kapasitet, tilgang til nøkkelpersonell og geografisk ulikhet i tilbudet. Basert på dette må det være mulig å avslå en søknad eller ikke å fornye en godkjenning om FBV leverandøren legger beslag på helsepersonellgrupper det er knapphet på i et område. Det vises for øvrig til omtalen i kapitlet om konsekvenser for helsepolitiske mål.

Leverandører som oppfyller de faglige kravene vil ha rett til godkjenning, og kan da etter høringsforslaget yte tjenester på godkjente områder uten volumbegrensning. Helse Midt-Norge RHF vil vise til at foretakene er underlagt krav om kostnadskontroll. Dette kan stå i motsvar til forslaget om at det ikke skal være volumbegrensning. Private med avtaler med Helse Midt-Norge RHF har begrensninger i volum, og dersom dette ikke skal gjelde FBV-leverandører kan det framstå som mer attraktivt å selge tjenester som FBV leverandør. Erfaringer viser at etterspørsel normalt tilpasses tilbudet. Dette kan føre til økt bruk av lavere prioriterte helsetjenester (i den grad disse blir omfattet av ordningen). Helse Midt-Norge RHF vil derfor foreslå at forskriften også bør omfatte volumregulering.

Pasientskadeerstatning

Sett fra et pasientrettslig perspektiv vil pasienten inneha de samme rettigheter som de har i dag under fritt sykehusvalg og i offentlige helsetjeneste. Forslaget har derfor kun et økonomisk perspektiv, da det er de regionale helseforetakene som foreslås å betale tilskuddet til NPE for aktivitet hos FBV-leverandører. Det kan framstå som selvmotsigende at de regionale helseforetakene skal betale NPE-tilskuddet selv om de ikke har ansvaret for FBV leverandørene.

Innfasing av fritt behandlingsvalg

Høringsforslaget legger opp til en styrt innfasing av fritt behandlingsvalg, der de første tjenestene som skal omfattes av ordningen er døgntilbud innenfor psykisk helsevern og TSB, samt enkelte tjenester innen somatikk. Departementet sier at fritt behandlingsvalg i utgangspunktet bør innrettes mot høyt prioriterte grupper der ventetiden er lang uten at dette er medisinsk begrunnet.

Helse Midt-Norge RHF mener det er avgjørende at det foretas en analyse av hvilke deler av fagområdene det er ønskelig å styrke og dermed innlemme i FBV ordningen. Det er pasientenes behov for behandling som må være utgangspunktet for vurderingen og ikke hvilke områder leverandørene ønsker å levere tjenester på. Allerede etablerte avtaler med private aktører er hittil basert på tilbud med utgangspunkt i behovs- og kapasitetsvurderinger. Ordninger der private leverandører kan levere til en fastsatt pris uten foregående tilbud, kan medføre økt risiko for uhensiktsmessige kapasitetsøkninger med fare for indikasjonsglidning; overbehandling.

Hvilke områder som skal inkluderes innenfor somatikken bør utredes med utgangspunkt i faktorer som behov og kapasitet, prioritering, vurdering av faglig og risikomessig art (for eksempel fare for overbehandling og personellsensitivitet) og økonomisk omfang.

Helse Midt-Norge RHF har i dag utfordringer knyttet til ventetider innenfor områdene ortopedi, karkirurgi, nevrologi, reumatologi, øye, ØNH, urologi, plastikk kirurgi, hud og gastroskopi. De fleste av disse områdene har allerede i dag tilbud fra private sykehus som vil

kunne forsterkes og frigjøre kapasitet i de offentlige sykehusene. I tillegg kan mindre generell kirurgi som mannlig sterilisering, føflekkjerning, inngrodde tånegler mv., være godt egnet for flytting til private. Dette vil kunne frigjøre frigi kapasitet ved offentlige sykehus. Helse Midt-Norge RHF vil poengtere at utvelgelse av områder må sees opp mot intensjonen med FBV og at det er ønskelig å innrette ordningen for å nå høyt prioriterte pasienter med lang ventetid.

Spesielt om TSB og psykisk helse

Etter Rusreformen fra 2004 med innlemming i spesialisthelsetjenesten har det skjedd en rivende utvikling både faglig og organisatorisk for å gi pasientene kunnskapsbasert rusbehandling i tett dialog mellom det offentlige og private. Dette har bidratt til bedre og mer effektive tjenester innenfor både de offentlige og private virksomhetene. Helse Midt-Norge RHF har en utstrakt bruk av private aktører innen rusbehandling, og har også det siste året utvidet avtalene med private rusinstitusjoner i tråd med eiers styringskrav.

Fra vårt ståsted i Midt-Norge er det derfor ikke behovet for enda mer offensiv bruk av private som er løsningen innenfor TSB. Svaret er ytterligere kvalitetsutvikling, mer lokalt baserte/desentraliserte tjenester og videreutvikling av dagens samarbeidsstrukturer mellom det offentlige og private.

Hovedutfordringen innenfor TSB er slik Helse Midt-Norge ser det å sikre en videre utbygging, hvor pasienten i nær dialog med styrkede tjenester i hjemkommunen kan ha en aktiv og forpliktende samhandling med spesialisthelsetjenester som sikrer behandling for pasientens sammensatte problemer. Her vil polikliniske, dag- og døgnbaserte tjenester måtte spille tett på lag ut fra pasientenes løpende behov. Det kan bli krevende for en privat institusjon som ligger i en annen landsdel å følge opp pasienten godt nok i for- og ettervern.

Innenfor rusfeltet og psykisk helsevern er det et faglig begrunnet ønske om mer bruk av dagbehandling og poliklinikk og mindre bruk av langtids døgninstitusjoner. FBV vil ikke bidra til denne utviklingen. Ordningen kan tvert imot motvirke utbygging av polikliniske og ambulante behandlingstilbud til fordel av økt bruk av mer kostbare døgnopphold.

En ytterligere økning av kapasiteten innen TSB kan medføre mindre interesse for å levere tjenester innenfor avtaleinstituttet. Det kan bety at faglige gode tjenester som har konkurrert i en anbudsprosess kan risikere å falle ut til fordel for de som ikke har deltatt i en slik konkurranse, men leverer tjenester til en lavere pris gjennom FBV.

I Helse Midt-Norge er det derfor en bekymring for at innføring av fritt behandlingsvalg, med flere leverandører/aktører på feltet, kan forringe kvaliteten innenfor TSB. Dette med langt flere ulike aktører, og samtidig med sine ulike avtaler. Høringsnotatet peker selv på at dette kan bidra til utfordringer i samhandling omkring helhetlige pasientforløp.

Kunnskap viser at polikliniske behandlingsforberedende tiltak før innleggelse i døgn har betydning for utfall av rusbehandlingen. Med en ventetid som nasjonalt er nede i under 60 dager for døgnbehandling vurderes man å være på god vei til å oppfylle det som er optimal ventetid. Det vil ellers ikke være mulig å få til forberedende tiltak. Med den samtidige styrkede akuttberedskap innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling og prioriteringsforskriften som vektlegger betydningen av en god individuell vurdering og fristfastsetting, vil det samlet sett bidra til at pasienten får hjelp ut fra sine mål, ønsker og behov.

Det største potensialet ligger sannsynligvis i at pasientene samtidig får tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunene. Samarbeidet med NAV er viktig for å utvikle muligheter for arbeid for mennesker med psykiske og rusrelaterte sykdommer/vansker. Et kvalitetskrav til et privat tilbud blir derfor at de må kunne tilby ambulante tjenester, veiledning til lokalt

hjelpeapparat og samarbeid med lokale instanser – slik kravene til helseforetak og private aktører med avtale er.

Prinsipper for prisfastsettelse

Det legges opp til en styrt prisdannelse i FBV som skal bidra til at statens utgifter ikke øker sammenlignet med økt bruk av anbud. En forutsetning for fastsettelse av priser er at det foreligger en robust definisjon av de tjenester som skal inngå i fritt behandlingsvalg. Slik definisjon foreligger ikke i dag.

Anbudsinstituttet er det mest effektive virkemidlet for å avdekke den laveste prisen en leverandør er villig til å tilby for et gitt volum. Innføring av et system der mange leverandører samtidig kan levere til to forskjellige priser, henholdsvis anbudsprisen og prisen i fritt behandlingsvalg, vil kunne påvirke leverandørenes atferd og dermed dynamikken i markedene for disse tjenestene. Ordningen med at pris på FBV settes etter anbudspris kan eksempelvis skape insitamenter til at prisene i neste anbudsrunde øker mer enn ellers.

En prispolitikk med priser som settes høyere enn anbudsprisene vil undergrave anbudsinstituttet. Dersom fritt behandlingsvalgprisen settes under den laveste anbudsprisen for den aktuelle tjenesten vil ikke fritt behandlingsvalg redusere kostnadseffektiviteten ved leveranser gjennom anbud samtidig som det vil bidra til legitimitet rundt ressursbruken i ordningen. Anbudsinstituttet vernes samtidig som leverandørene kan levere ekstra volum til fritt behandlingsvalgprisen. Denne rammen for prisfastsettelse kan isolert sett dempe interessen blant private leverandører for å tilby tjenester gjennom ordningen. Det vil også kunne medføre at pasienter som velger å benytte seg av FBV kan få et minimum av tilbud. En lav pris kan også medføre at en FBV pasient blir lavt prioritert sammenlignet med mer lønnsomme selvbetalende pasienter eller forsikringspasienter (jf. tidligere omtale om behov for avklaringer).

Et grovt prissystem kan svekke kvaliteten i tjenesten mens et meget detaljert prissystem kan dra opp prisene. Eksempelvis vil et prissystem hvor en får betalt per konsultasjonsminutt være mer risikabelt for staten som betaler enn et prissystem hvor betaling skjer per henvisning uten å ta høyde for lengde på eller antall konsultasjoner det blir.

Som referansepriser for polikliniske tilbud kan honorartakster være aktuelle. For psykiatri og rus finnes det ikke stykkpristakster utover takster nevnt over. Det må derfor fastsettes en eller flere døgnpriser for opphold som er felles for hele landet og for et år av gangen. Det finnes ikke god statistikk over priser RHF'ene har fra kjøpsavtaler fra private gjennom anbud. Laveste pris på de tjenester som regionene kjøper er ikke offentlig informasjon. I tillegg er det slik at regionene har forskjellig praksis ift. prissetting; fra detaljerte priser ned på ytelser til gjennomsnittspriser.

Konsekvenser for sentrale helsepolitiske mål

Et sentralt spørsmål ved innføring av FBV, er hvor de private leverandørene skal hente sine personellressurser fra. Innføring av FBV kan påvirke den offentlige helsetjenestens evne til å rekruttere og beholde arbeidskraft. Den grunnleggende utfordringen er å sikre at den offentlige spesialisthelsetjenesten har bærekraftige fagmiljøer som sikrer at de lovpålagte oppgavene utføres effektivt, likeverdig og med god kvalitet. Enkelte fagmiljøer er svært sårbare nasjonalt, andre er sårbare i visse deler av landet. Lange ventetider og fristbrudd kan for enkelte fagområder skyldes at man ikke får rekruttert tilstrekkelig nøkkelpersonell. Økt utdanningskapasitet er derfor vesentlig for å bedre tilgjengeligheten.

Dersom det fra før er knapphet på nøkkelpersonell, vil etablering av FBV virksomhet kunne undergrave allerede etablerte offentlige tilbud. Tap av nøkkelpersonell vil raskt få konsekvenser for både behandlingstilbud, utdanningskapasitet og forskningsaktivitet. Det er derfor avgjørende

at dimensjonering og innretningen av FBV tar hensyn til hvilke fagområder som er særlig sårbare. Sårbarheten vil kunne endres over tid fordi det skjer endringer i medisinsk praksis, i sykdomsutvikling og i utdanningskapasitet. Det må etableres systemer som løpende vurderer FBV's konsekvenser med hensyn til spesialisthelsetjenestens kapasitets- og kompetansebehov. Eksempelvis bør tilstander som fører til at offentlige sykehus får for lite volum til å ivareta spesialistutdanning ikke inkluderes i FBV ordningen.

Det er ikke nødvendigvis samsvar mellom hvor det geografisk er ledig privat kapasitet og hvor det geografisk er lange ventetider og fristbrudd. Ordningen kan føre til en økt og utilsiktet sentralisering av helsetjenester. Private tilbud vil høyst sannsynlig være fysisk plassert der det er relativt stor pasienttilgang, med andre ord i tett bebygde områder. Ved full dekning av reiser kan dette likevel gi lik tilgjengelighet geografisk, i alle fall til yngre pasienter.

Det er ikke gitt at en samlet økt kapasitet i et fagområde gjennom FBV ordningen reelt sett gir økt kapasitet på de områder som skal prioriteres høyest ved ivaretagelse av sørge for ansvaret. Etter Helse Midt-Norge RHF vurdering egner ordningen med Fritt behandlingsvalg seg best for pasienter med avklarte problemstillinger/tilstander. Ordningen vil derfor kunne gi en forskyvning av ressurser til slike tilstander, på bekostning av mer sammensatte og komplekse tilstander.

Høringsnotatet oppsummerer i kapittel 7.7. at det er pasienten selv som må oppsøke den private leverandøren etter å ha fått tildelt en rett til nødvendig helsehjelp. Dette kan resultere i at ordningen blir mest brukt av de mest ressurssterke pasientene eller som har ressurssterke pårørende, ikke nødvendigvis de som trenger det mest. Det kan dermed ha konsekvenser for sosial rettferdighet.

Evalueringsopplegg

Helse Midt-Norge RHF mener det er viktig at FBV-ordningen monitoreres underveis for å følge med på om ordningen får uheldige konsekvenser. Det er ikke tilstrekkelig med evaluering etter en tid. Dette er særlig viktig med tanke på prioriteringsforskyvninger og risiko for tap av nøkkelpersonell.

Behov for tilpasninger i IKT system

For å lykkes med intensjonen i FBV ordningen er en avhengig av IKT løsninger på mange områder;

- Informasjon til pasienter/pårørende og helsepersonell
- Helsefaglig ansvarsoverføring
- Rapportering, oppgjør, kvalitet og styringsdata
- Godkjenning og forvaltning

Økt spesialisering av helsetjenester og innføring av behandlingsvalgordninger innebærer hyppige ansvarsskifter som i sum kan utfordre pasientsikkerheten. Det er særskilt viktig at en får på plass IKT-løsninger som sikrer at både ansvar og helseopplysninger til enhver tid følger pasienten i pasientforløpene. Risiko for svikt i overføringene øker når det må tas i bruk manuelle og arbeidskrevende midlertidige løsninger. Helse Midt-Norge RHF understreker at ordningen ikke bør starte opp før en har på plass nødvendige praktiske løsninger.

Dagens meldingsbaserte systemer kan til en viss grad understøtte informasjonsbehovet i en første fase med fritt behandlingsvalg, men det vil uansett være behov for en ny- eller videreutvikling av dagens meldingstyper. Det er i tillegg svært begrenset elektronisk samhandling mellom offentlige og private institusjoner i dag. Innenfor psykiske helsevern og rus er det i tillegg flere aktører som ikke har elektroniske journalløsninger. Å kunne ta i bruk elektroniske meldinger til dette formålet vil nok kreve minimum 2 år utviklings- og innføringstid.

Regelverket som regulerer overføring av pasientinformasjon tillater p.t. ikke overføring mellom ulike rettssubjekter uten pasientens samtykke. Forskriftsforslaget åpner for at det kan inngås avtale institusjoner imellom om samarbeid om pasientjournaler på visse vilkår. FBV-leverandører må da omfattes.

Elektroniske journalløsninger som er i bruk i offentlig og privat helsetjeneste i dag er i liten grad tilpasset muligheten for å kunne dele pasientinformasjon på en forsvarlig måte. Systemene må enten videreutvikles eller skiftes. For Helse Midt-Norge vil et slikt system kunne være på plass tidligst i 2018, men for å kunne ivareta forsvarlighet ved informasjonsutveksling med andre, må også disse ha tatt i bruk tilsvarende systemer.

Ny anskaffelsesstrategi

Litt om status for bruk av private i Helse Midt-Norge

Fra de private (kommersielle) sykehusene kjøper Helse Midt-Norge RHF poliklinisk utredning og behandling innen ortopedi, øre-nese-hals og øyekirurgi, ikke-kosmetisk plastikk-kirurgi, generell kirurgi, urologi, brystdiagnostikk, søvnutredning (søvnapne) og hjertekirurgi/intervensjon. Av totalt antall DRG poeng bruker vi 2,5 pst. til kjøp hos private sykehus. Innen billeddiagnostikk kjøper helseregionen tjenester i modalitetene MR, CT, klassisk røntgen, ultralyd og PET/CT (opsjon, aktiv). Andel pasienter som får billeddiagnostikk utført hos private er 16 pst. Avtalene for begge ovennevnte områder inneholder fleksibilitet for om nødvendig å ta opp nye tjenester og økt volum.

Avtalespesialistene utfører omtrent 25 pst. av alle polikliniske konsultasjoner i helseregionen. Fordeling av legespesialister med avtale er ulik i våre tre helseforetaksområder, der St. Olavs Hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF har en høyere dekning av avtalspesialister enn Helse Møre og Romsdal HF (11,3 og 10,7 resp. 5,8 legespesialister per 100 000 innbyggere).

Innen TSB kjøper helseregionen i 2014 114 plasser. Dette utgjør 53 pst. av totalt antall døgnplasser. Utover døgntilbud har de private polikliniske tilbud, dagtilbud og ambulerende virksomhet. De private tjenesteyterne er tett integrert i det totale tjenestetilbudet. Innen rehabilitering utfører de private både døgn- og dagbehandling. Det er gjennomført en funksjonsfordeling mellom de ulike aktører slik at de utvikler spissede tilbud innen de områder de er tildelt. Av de ni institusjoner vi har avtale med, har fem egen avtale på området «Raskere tilbake» (arbeidsrettet rehabilitering).

Avtalene som er inngått med private tilbydere tar høyde for en fleksibel bruk av private.

Økt bruk av private gjennom avtaleinstituttet -

Helse Midt-Norge RHF støtter at det skal utarbeides en ny og offensiv strategi for anskaffelser av private helsetjenester, slik dette er foreslått i høringsnotatet. Etter vår vurdering kan intensjonen med FBV-ordningen i større grad virkeliggjøres ved utvidet kjøp fra private gjennom avtaleinstituttet. Dette må kombineres med styrings- og ledelsesmessige grep for å sikre gjennomføringskraft. Dette ut fra at vi som region erkjenner at vi tidligere ikke har vært gode nok til å gjøre bruk av private på områder med unødige lange ventetider og fristbrudd.

Målet for Helse Midt-Norge RHF er å ta den totale kapasitet i «sørge for rommet» i bruk. Det vil være nødvendig å forsterke bestiller rollen slik at alle tilgjengelige spesialistressurser i regionen blir brukt for å innfri krav til ventetider og unngå fristbrudd. Herunder må foretakene sikre en systematisk oppfølging fra ledelsen. Videre er det nødvendig at vi vurderer om vi bruker de økonomiske virkemidlene godt nok.

Forutsatt at de private som i dag leverer sine tjenester innenfor avtaler fremkommet gjennom anbudsinstuttet har en ledig kapasitet som kan brukes til å redusere dagens ventetider, uten å trekke ut ekstra personellressurser fra de offentlige helsevesen, vil en kunne ta denne i bruk ved å la disse tilby denne til avtalt pris gjennom de avtaler som gjelder. Da må helseforetakene og regionene ikke kunne stoppe det ved å henvise til avtalt volum. De private må kunne levere avtalte tjenester til alle som er innvilget rett og sende regning til bostedsregion.

Da vil en kunne oppnå mange av de samme effektene innenfor mer styrte rammer og tettere samarbeid. Dersom helseforetakene leverer gode nok tjenester med ventetider som er konkurransedyktige vil de i stor grad beholde sin aktivitet og forutsigbarhet. Pasientene vil kunne ha den samme valgfriheten men bare innenfor de private leverandørene som har avtaler med helseregionene. Det vil også kunne gi pasientene en større grad av sikkerhet i forhold til kvaliteten ved de tjenestene de skal velge mellom. En slik ordning vil også redusere transaksjonskostnadene og gi større forutsigbarhet for alle aktører.

Endring av systemet med aktivitetsstyring

Dagens system for aktivitetsstyring av de offentlige sykehusene er ikke forenlig med innføring av fritt behandlingsvalg. Det legges derfor opp til å fjerne aktivitetstaket.

I dagens system skal sykehusene i utgangspunktet ikke øke aktiviteten utover fullfinansiert aktivitetsvekst i statsbudsjettet selv om de eventuelt skulle ha kapasitet og økonomi til dette. Vekst i aktiviteten utover vekst bestilt fra departementet er kun finansiert av ISF-refusjonen. Det er departementets vurdering at styringen på aktivitet de siste årene har bidratt til at foretak med effektiviseringsmuligheter ikke har kunnet øke behandlingen og redusert ventetider. Det gjelder i så fall bare for de områder hvor en har innsatsstyrt finansiering; somatikk og poliklinisk behandling generelt.

Det legges til grunn at ordningen med fritt behandlingsvalg skal budsjetteres og dekkes over bevilgningene til de regionale helseforetakene (basisbevilgning og innsatsstyrt finansiering). Kostnader til ordningen for 2015 er foreløpig anslått til 150 mill. kroner. Økte utbetalinger gjennom ISF fra staten vil avlaste de regionale helseforetakene noe. Aktivitet som ikke kan finansieres av ISF-refusjoner, psykiatri og rusbehandling, må sykehusene finansiere gjennom basisbevilgningen.

Endring av systemet for aktivitetsstyring gjør at sykehusene kan øke aktiviteten dersom de kan finansiere dette gjennom en ISF-refusjon på 50 prosent. Det gjelder imidlertid bare somatikk og ikke psykisk helsevern og rusbehandling som FBV-ordningen hovedsakelig er ment å starte med. Dette kan medføre at somatikk blir styrket på bekostning av psykisk helsevern og rus. Noe som er i motstrid til styringskravet om å styrke psykisk helse og rus i forhold til somatikk.

FBV-ordningen kan gi sykehusene i det offentlige helsevesenet en økt konkurranse fra private om de typer behandlinger som ordningen gjelder. Dersom de nye leverandørene innenfor FBV kan levere tilnærmet samme målbare kvalitet og kortere ventetider vil de offentlige sykehusene bli nødt til å redusere sine ventetider for ikke å miste aktivitet til de private.

Dersom aktiviteten i ordningen øker mer enn forutsatt vil det være helseforetakene som tillegges risikoen knyttet til at den økte aktiviteten skjer innenfor en marginalkostnad på 50 pst. Dersom den økte kostnaden ikke håndteres gjennom tilsvarende økte bevilgninger, men belastes foretakene, representerer FBV en økonomisk risiko for helseforetakene og en stor styringsmessig utfordring.

Ordnningen med FBV vil gi økt oppmerksomhet på organiseringen av aktivitetene som ordningen i første omgang er tenkt å gjelde; rus og psykisk helsevern. Det ligger ingen økonomiske

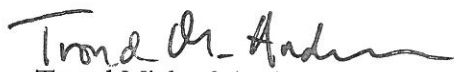
incentiver for å øke døgn aktiviteten innenfor disse områdene som er finansiert gjennom basistilskudd. Incentivene for det offentlige helsevesen ligger i å fremstå som en attraktiv leverandør med sikre, effektive pasientforløp med korte ventetider for befolkningen.


Prinsippet om at FBV-prisen skal legges lavere enn laveste anbudspris vil sørge for at det er bare de mest kostnadseffektive leverandørene som vil være tilbydere innenfor ordningen. Det vil kunne føre til at den geografiske utbredelsen av tilbydere blir liten. Dersom geografiske avstand fra offentlig sykehus til leverandører innenfor FBV-ordningen blir lang kan konkurransen om pasientene oppleves som lite reell.

Annet

Leverandøren kan levere tjenester både i fritt behandlingsvalg og gjennom avtale med de regionale helseforetak. Departementet fremhever at det primære virkemiddelet for å kjøpe kapasitet av private vil være dagens ordning gjennom anbud og avtale med RHF-ene. Departementet uttrykker også at det er usikkert hvor mange pasienter som faktisk vil velge å benytte seg av ordningen FBV, og antar at brorparten av aktivitetsveksten hos private leverandører sannsynlig vil komme gjennom økt bruk av anbud og avtale med RHF-ene. Høringsnotatet omtaler at FBV er viktig bl.a. som en sikkerhetsventil for pasientene. Etter Helse Midt-Norges vurdering er FBV en ressurskrevende ordning å innføre og administrere. Helse Midt-Norge RHF savner en analyse av forslaget fordeler og ulemper sett opp mot at ordningen kun vil ha karakter av en sikkerhetsventil for et fåtall pasienter.

Med vennlig hilsen


Trond Michael Andersen
administrerende direktør


Ingerid Gunnerød
direktør stab og prosjektstyring