



Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Deres ref.:  
14/2020

Vår ref.:  
2014/299

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Randi Brendberg/75512967

Sted/dato:  
Bodø, 11.09.14

## Høringsuttalelse - fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 16.juni 2014 om fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten (FBV).

Helseforetakene er selvstendige høringsinstanser, men hørings-saken har vært drøftet i regionalt direktørmøte og fagsjefmøte.

Hørings-svaret blir styrebehandlet 2.oktober 2014, styresak og protokoll ettersendes.

### 1. Innledning

Helse Nord RHF støtter målet om bedre tilgjengelighet og pasientens valgfrihet gjennom økt bruk av private aktører. Tettere samarbeid mellom helseforetak, avtalespesialister og andre private aktører kan bedre tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester og stimulere til bedre kvalitet og effektivitet i offentlige sykehus.

Helse Nord RHF støtter også utarbeidelse av nye anskaffelsesstrategier for bruk av private helsetjenester. Satsingen bygger på konkurranseutsetting og avtaleinngåelse innenfor gitte rammer, under de regionale helseforetakenes (RHF-enes) samlede "sørge-for" ansvar.

Innføring av FBV vil vanskeliggjøre RHF-enes totale "sørge-for" ansvar. Etablering av et tilbud ved siden av dagens tilbud, svekker RHF-enes mulighet til å ivareta sitt ansvar på en helhetlig, kvalitetssikret og lokalt tilpasset måte. Risikoen for mer fragmenterte pasientforløp, uklare ansvarsforhold f eks mht informasjonsoverføring og oppfølging øker. Særlig negative effekter kan dette få for svakere pasientgrupper med komplekse behov og/eller komplekse tilstander. Den offentlige spesialisthelsetjenesten vil ha den økonomiske risikoen ved bruk av FBV og tildeles også en informasjonsplikt som kan innebære et større antall "administrative" konsultasjoner.

Forvaltningen av FBV-ordningen bør hensynta geografisk fordeling av slike institusjoner. Helse Nord RHF vil primært anbefale at intensjonen med ordningen realiseres ved utvidet kjøp fra private leverandører. Konkurranseutsetting og avtaleinngåelse anses som gode virkemidler for å sikre prioritering, kvalitet, omfang og pris.

### 2. Pasientperspektivet

Fritt behandlingsvalg skal i prinsippet gjøres gjeldende for alle, og ikke spesifikt rettet mot diagnoser/sykdommer eller pasientgrupper.

De fleste pasienter på venteliste venter på poliklinisk konsultasjon. FBV-ordningen innrettes mot døgnbehandling og dermed først mot den minste av de ventende pasientgruppene. Samtidig medfører økt tilbud innen døgnbehandling risiko for redusert bruk av poliklinikk og dagbehandling, i strid med nasjonale føringer.

Helse Nord RHF støtter departementets vurdering om at ordningen egner seg best for pasienter med avklarte og veldefinerte tilstander. Innenfor fagområdene psykisk helsevern og TSB vil imidlertid mange pasienter være uavklart og i tillegg ha behov for tilbud med tett, forpliktende og fleksibelt samarbeid med øvrig spesialisthelsetjeneste og hjemkommune, der individuelle forhold gjør det krevende å forhåndsdefinere pasientforløp. utfordringer i samspeilet mellom offentlig spesialisthelsetjeneste og FBV leverandører kan få økt aktualitet som følge av manglende avtaleforhold mellom regionale helseforetak og leverandør, og helsepersonells taushetsplikt, og føre til mindre helhetlige pasientforløp. Departementet er gjort oppmerksom på problemstillingen for så vidt gjelder fristbruddsordningen.

Helse Nord RHF stiller seg bak forslaget om at rettighetsvurderingen fortsatt skal gjøres i den offentlige spesialisthelsetjenesten og at retten til FBV først inntreffer når henvisningen er vurdert og juridisk frist fastsatt. For å oppnå gode pasientforløp vil tildeling av rett til behandling kreve at spesialisthelsetjenesten i mye større utstrekning enn i dag må planlegge pasientens videre forløp når henvisningen vurderes, noe som kan bli krevende.

#### *Individuell plan*

Individuell plan er innrettet mot pasientgrupper med lange og sammensatte forløp som ofte omfatter flere tjenestenivå. Med FBV økes kompleksiteten i forløpet og behovet for individuell plan og koordinatorfunksjonen forsterkes. Helse Nord RHF mener individuell plan er et vesentlig kvalitetselement i behandlingen av disse pasientene, som ikke må svekkes. Krav om individuell plan bør derfor inngå som krav i godkjenningsordningen.

#### *Ansvarsforhold - dobbelregistrering*

Departementet legger opp til at pasienten skal stå ventelisteregistrert i det offentlige frem til pasienten mottar helsehjelp gjennom FBV, samtidig som pasienten da mister sin juridiske frist. Helse Nord RHF finner dette uheldig.

FBV leverandøren vil ikke nødvendigvis alltid levere innen fastsatt frist. Hvordan slike situasjoner skal håndteres omtales ikke, heller ikke om FBV leverandøren skal være forpliktet til å levere. Dobbeltregistrering gir uklarhet om hvilket tidspunkt pasienten har tatt valget om bruk av FBV og om når ansvarsoverføringen mellom institusjonene faktisk skjer. Hvordan pasientens rettigheter skal sikres blir derfor vesentlig å avklare.

Pasientens rett til time/ukeangivelse vil også medføre "opptatte" timer i det offentlige i perioden med dobbel registrering. Dette er uheldig for planleggingen og vil påvirke ventetiden for andre pasienter.

#### *Opphør av rett til behandling*

Retten til FBV skal først opphøre når behovet for helsehjelp ikke lenger er til stede. Det legges til grunn at det er den som utreder/behandler pasienten som definerer dette tidspunktet. Helse Nord RHF har erfaring med at en slik "fullmakt" gir reell fare for overbehandling, både i valg av tiltak under utredningen og gjennom varigheten av behandlingen. Dette har bl. a vært en aktuell problemstilling når pasienter har fått behandling hos private etter fristbrudd, noe som er tatt opp med departementet

tidligere. Problemstillingen kan få økt aktualitet hvis ikke forskriften klart legger opp til en nærmere avgrensning av utredninger og behandlinger som skal inngå i ordningen.

#### *Rett til pasienttransport*

Pasientens egenandel er ikke omtalt. Helse Nord RHF mener den bør være tilsvarende egenandelen i fritt sykehusvalg. I så fall antar vi dette krever endring i syketransportforskriftens (FOR-2008-07-04-788) § 14.

#### *Behov for tilpasninger i IKT-systemer*

Pr i dag er det ikke utviklet standarder for alle typer meldingsutveksling, teknisk løsning for adressering av meldinger fungerer ikke tilfredsstillende og tekniske løsninger som allerede er utviklet, er ikke tatt i bruk av alle aktører.

En viktig forutsetning for å innføre FBV må være sikkerhet for at pasientinformasjon er tilgjengelig til rett tid og sted. Helse Nord RHF mener derfor FBV ikke bør innføres før en har kartlagt hvilke standarder som mangler og utarbeidet en plan for å ta i bruk meldinger i tråd med nasjonal samhandlingsarkitektur.

I Helse Nord sendes 50 % av epikriser, 62 % av henvisninger og hoveddelen av laboratorie- og røntgenmeldinger kun elektronisk. Praksisen med å bruke papir samtidig med elektroniske meldinger kan, slik vi ser det, være ett uttrykk for utrygghet rundt elektronisk meldingsutveksling eller manglende gode standarder. Det bør derfor avklares om det er andre forhold enn manglende kvalitet i adresseregisteret som gir behov for å sende papir i tillegg til elektroniske meldinger.

Helse Nord RHF anbefaler departementet å vurdere hvorvidt «Pasientens tilgang til egen journal» kan bidra til at behandlingssinformasjon bedre kan deles mellom aktørene. I Helse Nord RHF utvikles en slik løsning som piloteres i 2014. Her kan pasienten også tenkes å bidra med overlevering/godkjenne tilgang til egen journal. Løsningen er generisk og vil kunne gjenbrukes av store deler av spesialisthelsetjenesten.

I et langsiktig perspektiv deler Helse Nord RHF departementets vurderinger relatert til behovet for en annen type fremtidig infrastruktur for mer robust samhandling.

### **3. Godkjenningsordningen**

Helse Nord RHF ser det som vesentlig at forskriften stiller klare kvalitetskrav til FBV- leverandørene, som ikke er lavere enn kvalitetskravene de regionale helseforetakene stiller til sine avtaleparter, herunder krav til bemanning, faglig innhold og rapportering. Det er avgjørende at leverandører som ikke har avtaler med regionalt helseforetak tilbyr god kvalitet, når laveste anbudspris skal legges til grunn.

Anbudsordningen skal fortsatt være den bærende for private tjenesteytere. Helse Nord RHF mener derfor forskriften i tillegg til kvalitets- og rapporteringskrav og prisregulering også bør omfatte volumregulering. Private med avtale med RHF-ene har begrensninger i volum, og dersom dette ikke gjelder FBV leverandører kan det fremstå som mer attraktivt å selge tjenester som FBV leverandør.

FBV leverandørene bør være underlagt samme krav til spesialistbemanning som helseforetakene. Samtidig er det viktig at det offentlige kan vektlegge kapasitet og tilgang til spesialistpersonell når godkjenningssøknad skal vurderes.

### *Prisfastsetting*

Helse Nord RHF er enig i at det er viktig å fastsette priser som ikke undergraver anbudsinstuttet. Så langt vi er kjent med er det etablert et marked i alle regioner som responderer profesjonelt på anbudsinstuttet, og priser oppnådd gjennom dette kan representere gyldige referansepriser for FBV. Samtidig er markedet ulikt i regionene, og kostnadsforholdene varierer. Det er dermed ikke gitt at laveste anbudspris vil være riktig referanse for pris i FBV.

Det er heller ikke gitt at laveste anbudspriser for ulike tjenester i de ulike regionene dekker samme innhold eller er regulert på samme detaljnivå. Enhetspriser er dessuten oftest taushetsbelagt informasjon, noe som begrenser muligheten for sammenlikning. Hva som er laveste anbudspris kan derfor være vanskelig å fastsette.

Helse Nord RHF finner grunn til å peke på at priser med referanse i laveste anbudspris heller ikke automatisk vil verne anbudsinstuttet. I konkurranser tillegges meroppfyllelsen av kvalitative elementer vekt. I FBV vil leverandørene kunne legge seg på et minimumsnivå og kanskje likevel få større økonomisk gevinst enn avtaleleverandører som har investert i mer personell, kompetanse – og tjenesteutvikling, samarbeidsarenaer etc for å vinne frem i konkurranse med andre. På sikt vil dette kunne uthule både anbudsinstuttet og ønsket kvalitetsutvikling. For høy pris øker risikoen for vridningseffekter, og må i alle fall unngås.

## **4. Prioriterings – og sentraliseringseffekter**

### *Prioriteringsdreining*

Helse Nord RHF vil påpeke risiko for at FBV kan medføre dreining i prioriteringer mellom pasientgrupper, sykdomstilstander og behandlingsvalg. Dersom FBV-leverandørene i stor grad velger å tilby behandling etter lønnsomhet, vil dette kunne medføre en vekst i behandlingstilbudet og ressursforbruket knyttet til de mindre alvorlige sykdomstilstandene på bekostning av de høyt prioriterte.

Befolkningstetthet, prisnivå og kompleksitet i kvalitetskrav kan påvirke hvor og i hvilket omfang en kan forvente å få FBV leverandører. Det er rimelig å anta at omfanget av FBV leverandører vil være størst i befolkningstette områder der markedet er størst. Helse Nord RHF ser derfor en fare for at økt bruk av FBV kan endre markedsgrunnlaget for lokale avtaleinstitusjoner og at ordningen kan medføre en ikke ubetydelig ulikhet i tilgjengelighet i ulike deler av landet, og mellom pasientgrupper.

### *Tap av kvalifisert helsepersonell/rekruttering - økt andel utdanningskandidater i offentlig spesialisthelsetjeneste*

FBV kan medføre nyetableringer og vekst, og dermed risiko for at en økende andel spesialisert helsepersonell velger seg til private institusjoner. Kvalifisert helsepersonell er en knapphetsressurs i store deler av landet, med størst rekrutteringsutfordringer i nord og ved mindre sykehus. Knapphet på spesialiserte ressurser er en viktig årsak til ventetider og økt utdanningskapasitet er derfor vesentlig for å bedre tilgjengeligheten.

Høringsnotat tar ikke stilling til om FBV leverandørene skal pålegges utdanningsoppgaver. Dersom utdanning inkludert spesialisering av leger forbeholdes offentlig spesialisthelsetjeneste, vil den relative andelen utdanningskandidater øke. En større andel av arbeidstiden i offentlige sykehus vil da brukes til veiledning og supervisjon, på bekostning av pasientbehandling.

Helse Nord RHF har "sørge-for" ansvar i en region preget av store avstander og spredt bosetting. Desentraliserte pasienttilbud anses i noen grad, nødvendig for å sikre beredskap og tilgjengelighet til helsetjenestene. Rask vekst hos private leverandører vil kunne tappe helseforetakene for fagfolk som det er knapphet på.

## **5. Juridiske forhold**

Et av hovedargumentene for statlig overtakelse av sykehusene var å plassere ansvaret for spesialisthelsetjenester entydig. Som følge av dette er de regionale helseforetakene tillagt et totalansvar for å sørge for et tilbud av spesialisthelsetjenester, jf helseforetaksloven § 2 a og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a.

Forslaget om å forskriftsfeste en godkjenningsordning som skal forvaltes av helsedirektoratet, splitter ansvaret for å stille tilgjengelige spesialisthelsetjenester til rådighet mellom de regionale helseforetakene og helsedirektoratet. Særlig understrekes dette av at direktoratet skal etablere en organisasjon som skal gjennomføre vurderinger, herunder av skjønnsmessig karakter, i forbindelse med godkjenningsordningen, på linje med prosessene som gjennomføres i de regionale helseforetakene når leverandører skal velges innenfor anbudsinstuttet.

Helse Nord RHF finner grunn til å reise spørsmål om en godkjenningsordning utenfor RHF-enes totalansvar kan etableres uten å endre helseforetaksloven.

### *EØS-regelverket*

Godkjenningsordningen skal medføre plikter for FBV leverandøren, som krav til kvalitet, bemanning og rapportering. I tillegg skal skjønnsmessige helsepolitiske vurderinger gjennomføres som en del av godkjenningsordningen. Behandling utført av FBV leverandøren betales med fastsatt pris, og retten til å levere tjenester kan inndras dersom forskriftskravene ikke innfris.

Ordningen gir dermed en rett til å levere tjenester av økonomisk verdi til det offentlige, og som kan sanksjoneres. Helse Nord RHF mener det er grunn til å vurdere om godkjenning og kjøp hos FBV leverandører i realiteten må anses som en kontrakt, og at forholdet til anskaffelsesregelverket derfor bør vurderes.

## **6. Økonomiske og administrative konsekvenser**

Helse Nord RHF antar FBV ordningen kan medføre økte kostnader, bl a innenfor IKT. Drift og administrasjon av ordningen, oppfølging av leverandører og dekning av informasjonsbehov på kortere og lengre sikt vil kreve ressurser.

HELFO er tiltenkt rollen som oppgjørsenhet og systemer for direkte avregning mot helseforetakene må etableres. Dette innebærer at HELFO gjør direkte opp med FBV-institusjonen og viderefakturerer til hjemme-HF. For de regionene som ønsker en annen løsning, som f.eks samlefaktura til RHF, kan dette oppfylles innenfor de samme prinsippene. Helseforetakene er avhengig av oppdatert informasjon om bruk av FBV-institusjonen for å kunne tilpasse sin egen kapasitet. Månedlig oppfølging av aktiviteten innen FBV fra de enkelte leverandører blir derfor vesentlig, blant annet fagområder, DRG-poeng, prosedyrekode, utskrivninger, liggedøgn, pasientens bostedskommune, osv.

Helse Nord RHF mener forslaget vil få konsekvenser for de regionale helseforetakenes evne til økonomistyring og planlegging av spesialisthelsetjenestetilbudet. Aktivitetstaket foreslås fjernet i

FBV. Aktiviteten kan dermed øke ut over det RHF-ene budsjetterer med, samtidig som HFene fortsatt har ansvar for økonomisk balanse og bærekraft.

Helse Nord har færre tilbydere av spesialisthelsetjenester enn sentrale deler av landet og har betydelig høyere reisekostnader enn andre regioner på grunn av spredt bosetting, mindre tilgjengelig kollektivtransport og liten konkurranse innenfor luftfarten. Dette vil medføre kostnader til pasienttransport for Helse Nord.

Helse Nord RHF finner også departementets forslag om at RHF-ene skal stå økonomisk ansvarlig for pasientskader som påføres av private aktører tilknyttet FBV utfordrende, og som et brudd med ansvarsprinsippet. RHF-ene har ingen virkemidler for å påvirke kvaliteten i tilbudet som gis i FBV, eller sanksjonsmuligheter der korrigerende tiltak burde iverksettes. Helse Nord RHF mener derfor det økonomiske ansvaret må legges til den instans som godkjenner tilbudet i FBV og som dermed står inne for kvaliteten på behandlingen som tilbys.

## 7. Oppsummering

Helse Nord RHF slutter seg til intensjonen om pasientens frie valg, økt tilgjengelighet og kortere ventetider. Private leverandører er et verdifullt supplement og korrektiv til helseforetakene. Helse Nord RHF ser imidlertid betydelig fare for at intensjonen ikke vil bli oppfylt gjennom ordningen departementet nå foreslår. Helse Nord RHF finner ikke mekanismene for å sikre kvalitet, omfang og pris tilstrekkelig beskrevet, og tror ordningen kan få uoversiktlig, negativ effekt. Svikt i prioriteringsprosessen vil over tid kunne utgjøre en fare, særlig for svakere pasientgrupper med komplekse behov. Resultatet kan bli at ressurser overføres fra behandling av pasienter med alvorlige lidelser til pasienter med mindre alvorlige lidelser.

"Sørge for" ansvaret bør fortsatt være helhetlig og entydig plassert. Rask vekst hos private leverandører vil kunne tappe helseforetakene for fagfolk som det er knapphet på.

Helse Nord RHF anbefaler at intensjonen med ordningen virkeliggjøres gjennom utvidet kjøp fra private leverandører, innenfor anbudsinstituttet.

Med hilsen



Lars Vorland  
Adm. direktør