

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår referanse:

14/00949-2

Saksbehandler:

Berit Herlofsen, +47 480 75 966

Deres referanse:**Dato:**

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.

Helseforetakene er egne høringsinstanser, men høringssaken har vært drøftet regionalt, bl.a. i fagdirektørmøtet og direktørmøtet. Det har vært egne møter med de konserntillitsvalgte og med brukerutvalget. Brukerutvalget har utarbeidet et eget høringssvar som vedlegges. En uttalelse fra Helse Sør-Øst sitt fagråd for TSB vedlegges også. Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet og sluttet seg til uttalelsen i sitt møte 12. september 2014.

Helse Sør-Øst RHF vil i det følgende dele høringssvaret i to hoveddeler – en del der overordnede og mer prinsipielle spørsmål tas opp, og en del med kommentarer til enkeltdeler av forslaget. Helse Sør-Øst RHF vil i stor grad følge disposisjonen i høringsnotatet.

1. Overordnet tilbakemelding

I innledningen til høringsnotatet redegjøres det for regjeringens mål med fritt behandlingsvalg (FBV) og de hensyn som særlig har vært vektlagt. Det heter der bl.a.:

”For å nå regjeringens ambisjon om en mer tilgjengelig helsetjeneste, der pasienten og pasientens rett til å velge står i sentrum, skal både de offentlige sykehusene få mer frihet til å utnytte kapasiteten bedre, og private krefter skal slippe mer til.”

Helse Sør-Øst RHF støtter målet om å bedre tilgjengeligheten og å gi pasienter større valgfrihet gjennom mer og bedre bruk av private aktører. Det er positivt at private aktører både kan være et supplement og et korrektiv til offentlige sykehus. Oppgave-/funksjonsfordeling og tettere samarbeid mellom helseforetakene, avtalespesialistene og andre private vil kunne gi bedre tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester og stimulere til kvalitetsforbedring og effektivisering i de

Helse Sør-Øst er den statlige helseforetaksgruppen som har ansvar for spesialisthelsetjenestene i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Sør-Øst RHF, og 10 datterselskap. I tillegg leveres sykehustjenester i regionen av privateide sykehus, etter avtale med Helse Sør-Øst RHF.

offentlige sykehusene. Helse Sør-Øst RHF støtter derfor at det nå skal utarbeides nye strategier for bruk av private helsetjenester, slik dette er foreslått i høringsnotatet og i tillegget til oppdragsdokumentet gitt 27.6.2014. Denne satsingen bygger på konkurranseutsetting og avtaleinngåelse innenfor gitte rammer, slik at RHFene fortsatt vil ha det samlede "sørge for"-ansvaret. Helse Sør Øst RHF har allerede en styreforankret strategi basert på grunntanken offentlig - privat samarbeid. Denne gir et godt grunnlag for en revidert strategi i tråd med de føringer som nå er gitt om RHFenes kjøp av tjenester fra private.

FBV ordningen, slik denne nå er foreslått av departementet, innebærer at Helsedirektoratet skal forvalte en ordning på utsiden av det tilbudet RHFene gir. Helse Sør-Øst RHF ser betydelig fare for at intensjonen i ordningen ikke vil bli oppfylt hvis den gjennomføres slik den nå er skissert. Helse Sør-Øst RHF vil heller anbefale at intensjonen med ordningen virkeliggjøres ved utvidet kjøp fra private leverandører, jf. over. Kjøp fra private leverandører ved konkurranseutsetting og avtaleinngåelse anses som gode virkemidler for å sikre prioritering, kvalitet, omfang og pris. Helse Sør-Øst RHF mener ordningen, slik den er foreslått, må justeres i vesentlig grad for å unngå negative effekter, særlig for svakere pasientgrupper med komplekse behov.

Et av hovedargumentene for statlig overtakelse av sykehusene var at ansvaret for å yte spesialisthelsetjeneste måtte entydig plasseres. Det ble bl.a. pekt på at den tidligere ansvarsdelingen mellom fylkeskommunen og staten skapte uklarhet om det helhetlige ansvaret, noe som igjen var en trussel for likeverdige helsetjenester og rett prioritering. Videre at delingen medførte fare for at grupper eller enkeltindivider kunne "falle mellom stoler". Ved sykehusreformen ble "sørge for"-ansvaret entydig plassert hos staten ved de regionale helseforetakene, jf. helseforetaksloven § 2a og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Det kan være grunn til å stille spørsmål om det å forskriftsfeste en godkjenningsordning for FBV på utsiden av RHFenes totalansvar kan gjøres uten å endre helseforetaksloven.

Vurderingene av hva som skal til for å dekke "sørge for"-ansvaret er komplekse og krevende. En ny oppsplitting av "sørge for"-ansvaret, selv om dette nå vil være mellom to statlige organer, bør være særlig godt begrunnet. Helse Sør-Øst RHF kan ikke se at det i forslaget gis en tilstrekkelig god begrunnelse, og mener "sørge for"-ansvaret fortsatt bør være helhetlig og entydig plassert.

Helsedirektoratet skal forvalte ordningen med FBV. Det skal ikke settes tak for omfanget, men det er foreslått noen volumbegrensende grep som vi mener bare i begrenset grad er egnet til å dimensjonere tjenesten (rettighetsvurdering i det offentlige, etablering av en faglig godkjenningsordning og en forutsetning om lav prising). Dimensjonering av ordningen kan ikke styres gjennom å prioritere enkeltindivider. Pris til leverandør som begrensende grep vil videre kunne utfordre rett prioritering, fordi det inviterer til å innrette virksomheten mot områder der det er mulig å skape lønnsomhet.

Leverandører som oppfyller de faglige kravene vil, med unntak av enkelte skjønsmessige vurderinger, ha rett til godkjenning, og kan da yte stykkprisfinansierte tjenester på godkjente områder uten volumbegrensning. Forslaget representerer derfor langt på vei en fri etableringsrett finansiert over statskassen. Det kan i denne forbindelse være naturlig å trekke en parallell til reguleringen av legers virksomhet på 1980-90 tallet. For å sikre forsvarlig fordeling av leger, likeverdige tilbud, rett prioritering og god samfunnsøkonomi, ble den daværende frie etableringsretten og stykkprisfinansieringen for leger gradvis endret til å knytte refusjonsretten til det å ha driftsavtale og driftstilskudd. Helse Sør-Øst RHF mener det på samme måte vil bli behov for sterkere volumbegrensende tiltak i den nye FBV ordningen enn det som er beskrevet i

høringsnotatet. Helse Sør-Øst RHF kan ikke se at det er redegjort tilstrekkelig for hvordan ordningen i praksis vil måtte begrenses.

Som departementet selv påpeker, vil alle ordninger som overfører makt og gir pasienter større valgfrihet samtidig kunne innebære større risiko. Dette fordi det blir mer krevende for pasienter å orientere seg om de ulike valgmulighetene som foreligger, og mer utfordrende for helsetjenesten å gi fullstendig informasjon til rett tid. Å introdusere en ny rettighet, som kommer inn på et annet tidspunkt i forløpet og som skiller seg fra retten til fritt sykehusvalg på vesentlige punkter, er krevende.

Helse Sør-Øst RHF vurderer videre forslaget som en svært ressurskrevende ordning å innføre og administrere. Ordningen vil blant annet medføre kompleks pasientflyt, stort behov for informasjonsdeling og mange involverte aktører. På nåværende tidspunkt er det vanskelig å overskue omfang og å se samtlige konsekvenser av innføring av en slik ordning.

Det er bl.a. risiko knyttet til det å sikre helhetlige pasientforløp og god samhandling når det nå åpnes for aktører i behandlingsskjeden som ikke har avtale med et RHF. Disse institusjonene vil ikke inngå i RHFenes virkemidler for å oppfylle ”sørge for”-ansvaret, noe som vil svekke RHFenes muligheter for styring og kontroll. God kvalitet og pasientsikkerhet forutsetter videre at det er klart hvor oppfølgingsansvaret til enhver tid ligger, og hensiktsmessige IKT-løsninger for kommunikasjon og rapportering må være på plass for å understøtte dette. På kort sikt er det ikke realistisk at slike IKT-løsninger vil kunne være på plass, og risiko for svikt i overføringene øker når det må tas i bruk manuelle og arbeidskrevende midlertidige løsninger. Dette bør få betydning for utformingen av ordningen med FBV, slik at det sikres at ordningen ikke starter opp før dette kan gjøres på en forsvarlig måte. Det er viktig at vurderingene av hva som skal omfattes av FBV (innfasingen) og hvordan helsetjenestene skal avgrenses, bygger på et realistisk risikobilde. Det vises til en nærmere omtale av dette nedenfor.

Konsekvensene for det private markedet for helsetjenester vil ved innføring av FBV i stor grad avhenge av prisnivå på tjenestene. Lav pris kan føre til at færre leverandører er interessert i å levere tjenester. En konsekvens av en slik utvikling kan være at det blir færre aktører på markedet.

Dersom man ikke etablerer et produksjonstak for FBV leverandørene, viser erfaring at pasienters etterspørsel etter tjenestene vil øke. Manglende produksjonstak kan dermed medføre overbehandling av pasienter. Man kan også få en dreining mot behandlingsformer som ikke er i tråd med gjeldende retningslinjer. For eksempel er det føringer på at det skal være mer dagbehandling og poliklinisk behandling innenfor TSB, mens man i FBV ordningen kun legger opp til døgnbehandling innenfor dette området.

Slik FBV er foreslått innført, vil det være risiko for et aktivitetsnivå som innebærer betydelig økte kostnader. Dersom denne økte kostnaden ikke skal håndteres gjennom tilsvarende økte bevilgninger, men belastes finansieringen av helseforetakene, representerer FBV en økonomisk risiko for helseforetakene og en betydelig styringsmessig utfordring.

Forholdet til EØS-regelverket er omtalt i kap. 15 der særlig statsstøttereglene vurderes. Det synes å være lagt til grunn at anbudsregelverket ikke kommer til anvendelse, uten at dette spørsmålet er kommentert. Det skal imidlertid etableres en godkjenningsordning som åpner for at det kan foretas skjønnsmessige vurderinger der også mer samfunnsmessige hensyn skal kunne vektlegges, noe som utfordrer kravet til forutberegnelighet og transparens. Helse Sør-Øst RHF mener det

kan være grunn til å stille spørsmål ved om godkjenningen i realiteten vil kunne anses som en kontrakt, og mener forholdet til anskaffelsesregelverket burde vært kommentert.

2. Kommentarer til enkeltkapitler

Om fritt behandlingsvalg – forslag til ny bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven (kap. 7)

Hvem skal pasientrettigheten gjelde for? Når skal retten til FBV inntre?

Departementet legger opp til at den nye pasientrettigheten skal være forankret i det helsefaglige skjønn og at rettighetsbestemmelsen skal innrettes generelt. Det foreslås derfor ikke at rettigheten skal rettes spesifikt inn mot diagnoser/sykdommer eller pasientgrupper. 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.

Dersom avgrensningen av hva retten til FBV kan omfatte skal baseres på løpende skjønnsmessige faglige vurderinger mener Helse Sør-Øst RHF dette vil gjøre rettigheten vanskelig å praktisere. Selv om FBV først skal kunne benyttes når pasientens henvisning er rettighetsvurdert etter pasrl. § 2-2, vil ikke pasientens behov for helsehjelp derved være klart definert, og en eventuell ”bestilling” til FBV leverandøren heller ikke nærmere avgrenset (særlig ikke når pasienten gis rett til utredning). Hva pasienten vil kunne ha rett til å velge å motta av helsehjelp gjennom FBV fremstår som usikkert hvis ikke dette er tenkt klarere definert i forskriften som er varslet. I høringsnotatet vises det til at FBV egner seg best for avklarte og veldefinerte tilstander, og det heter videre at ”(for) at tjenesten/prosedyren skal kunne omfattes av FBV må den være mulig å avgrense presist” (nederst på s 42). Dette synes å stå i motstrid til det som nødvendigvis må bli følgene av de mange andre føringene i høringsnotatet om at rettigheten skal gjelde ut fra pasientens behov gjennom hele pasientforløpet, og både for utredning og behandling. En nærmere avgrensning vil også være en forutsetning for å få til en riktig prissetting, noe departementet også har pekt på i høringsnotatet.

Dersom det er tenkt at det i forskriften skal gjøres en klar presisering av hvilke deler av helsehjelpen pasienter kan få gjennom FBV blir det misvisende å formulere rettigheten i lovbestemmelsen så generelt som nå er foreslått, nemlig at pasienten ”kan velge å motta helsehjelpen fra virksomhet som er godkjent.”

Hva skal retten til FBV omfatte? Når opphører retten til FBV?

Når en pasient gis rett til en utredning, som ut fra forskriften er omfattet av FBV, skal pasienten kunne velge å motta utredningen fra denne godkjente private leverandøren. Helse Sør-Øst RHF mener som nevnt at det blir viktig at alle parter i så fall vet hva en slik utredning vil omfatte, og at varigheten på oppdraget er klart, se nedenfor. Det er spesielt utfordrende at de fagområdene det er valgt å starte med er psykisk helsevern og TSB. Mange av disse pasientene har behov for et tett, forpliktende og fleksibelt samarbeid over tid med øvrig spesialisthelsetjeneste og kommunene. Individuelle forhold gjør det krevende å forhåndsdefinere pasientforløp. Dette er også områder der vi ut fra faglige anbefalinger har ønsket å vri tjenestetilbudet mer mot poliklinikk, og der Helse Sør-Øst allerede har økt tilbudet på private behandlingssplasser betydelig.

Retten til FBV skal først opphøre når behovet for helsehjelp ikke lenger er til stede, og det legges til grunn at det vil være den som utreder/behandler pasienten som skal definere dette tidspunktet. Helse Sør-Øst RHF har erfaring for at en del privates praktisering av denne ”fullmakten” gir en reell fare for overbehandling, både i valget av tiltak under utredningen og gjennom varigheten av en eventuell behandling. Dette har bl.a. vært en aktuell problemstilling når pasienter har fått behandling hos private etter fristbrudd, noe som har vært tatt opp med departementet både av Helse Sør-Øst RHF (se brev 11.11.2011) og av HELFO pasientformidling. Helse Sør-Øst RHF mener denne problemstillingen vil kunne få økt aktualitet hvis ikke forskriften klart legger opp til en nærmere avgrensning av de utredningene og behandlingene som skal innlemmes i ordningen.

Et særspørsmål knytter seg til departementets forutsetning om at prioritering skal skje i det offentlige. Slik vi forstår regelverket har private som har avtale med et RHF, og som omfattes av pasrl. § 2-4 (fritt sykehusvalg), rett og plikt til å rettighetsvurdere henvisninger etter pasrl. §§ 2-2 jf 2-1b annet ledd dersom de har en sykehusgodkjenning eller tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk og er utpekt av det aktuelle RHF. Flere av Helse Sør-Øst sine kommersielle avtalesykehus/institusjoner rettighetsvurderer derfor i dag henvisninger på de områdene de har avtale. Det er ikke kommentert i høringsnotatet om det er tenkt at rettighetsvurderingene fra disse private skal likestilles med rettighetsvurderinger som våre egne HF (pluss de departementet omtaler som diakonale sykehus) foretar, men det antas at det er ment slik. Hvis innføring av FBV skal medføre at alle henvisninger skal vurderes på et offentlig sykehus (HF), vil det bety en omlegging av dagens rutiner. Det vil også medføre et betydelig merarbeid for HFene. Lovreguleringen av hvem som har rett og plikt til å rettighetsvurdere henvisninger til spesialisthelsetjenesten er vanskelig å forstå, og det er behov for en klargjøring.

Forholdet mellom FBV og andre pasient- og brukerrettigheter

- **Retten til fritt sykehusvalg**

Kontoret for fritt sykehusvalg fremhever at det vil bli utfordrende både for pasienter og fastleger å forstå forskjellen mellom fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg. Fastleger kan i dag henvise pasienter direkte til et privat sykehus som de regionale helseforetakene har avtale med, noe de ikke vil kunne gjøre for pasienter innenfor FBV ordningen. Fastleger kan i dag også henvise direkte til andre utredningsinstanser tilknyttet HF, f. eks på rehabiliteringsområdet, og til private avtaleparter innenfor TSB som er gitt vurderingskompetanse. Videre kan fastleger henvise direkte til avtalespesialister, men da vil det ikke foretas noen rettighetsvurdering. Dagens situasjon er derfor allerede ganske kompleks. Kontoret for fritt sykehusvalg erfarer at mange fastleger har dårlig kjennskap til hvordan fritt sykehusvalg fungerer, og tror det er fare for enda større forvirring når det nå introduseres en ny rettighet som krever et annet løp. Det bør derfor vurderes egne informasjonstiltak mot fastleger for å sikre at ikke den nye rettigheten kan få som resultat at eksisterende rettigheter svekkes pga fare for forsinkelse. Det vil kunne skje hvis fastlegen sender henvisninger som kunne gått direkte til et privat sykehus (omfattet av fritt sykehusvalg) til lokalt HF først, eller sender henvisninger direkte til FBV institusjonene.

- **Retten til informasjon og medvirkning**

Ordningen med FBV synes å forutsette at spesialisthelsetjenesten i mye større utstrekning enn det som er tilfellet i dag planlegger pasientens videre forløp allerede ved vurdering av

henvisningen. For å kunne foreta et valg, må dette valget kunne tas på et betryggende informasjonsgrunnlag. Helse Sør-Øst RHF mener det er en forutsetning for ordningen med FBV at informasjon og rådgivning kan skje samlet fra ett sted, men anser det samtidig som avgjørende at det bygges videre på den kompetansen Fritt sykehusvalg Norge har når det gjelder rådgivning. For å styrke pasientrådgivningstjenestene bør det vurderes å utvide åpningstiden Kontoret for fritt sykehusvalg har i dag, samt øke bemanningen.

I dag er det slik at informasjon knyttet til noen spesialisthelsetjenester, som tilgjengelighet hos avtalespesialister og ordningen med Raskere tilbake, ikke er implementert på www.frittsykehusvalg.no. Dette skyldes dels ulikheter i regelverk og dels at enkelte tiltak er regionale. Ideelt sett burde all informasjon og rådgivning kunne skje fra ett nettsted og gjennom ett telefonnummer. I og med at det er Fritt sykehusvalg Norge som har best kompetanse på rådgivning om valg av behandlingssted, vil tilgjengeligheten til denne rådgivningstjenesten vanskeliggjøres dersom telefoner må sluses videre fra et annet nummer enn dages 800 41 004. Det bør derfor sees nærmere på forholdet mellom RHFenes rådgivningstjeneste og telefontjenesten på tlf. 800HELSE knyttet til www.helsenorge.no.

Svarbrevene til pasienter er kompliserte for mange pasienter å forstå i dag. Selv om vi nå får en forenkling når det gjelder skillet mellom rett/ikke rett, vil det bli krevende å gi god kortfattet, men fyllestgjørende skriftlig informasjon om FBV i svarbrevet på henvisningen.

- **Retten til juridisk frist for når helsehjelpen senest skal gis – fristbruddsordningen**
Departementet legger opp til at pasienter som velger å motta helsehjelp gjennom FBV ikke vil beholde sin juridiske frist. Dette begrunnes med at behovet for HELFO pasientformidlings tjenester vurderes som lite, da det legges til grunn at pasienter som velger seg til FBV vil gjøre dette fordi ventetiden er kortere der, eller fordi disse institusjonene har et tilbud som pasienten spesielt ønsker. Det synes derfor å være lagt til grunn at FBV leverandøren vil levere innen fristen, noe som ikke nødvendigvis alltid vil være tilfelle.

Det legges samtidig opp til at pasienten fortsatt skal stå ventelisteregistrert i det offentlige helt til pasienten **mottar** helsehjelpen gjennom FBV. En slik dobbeltregistrering mener vi er uheldig av flere grunner. Først og fremst vil det kunne fremstå som uklart når en pasient tar det endelige valget om å benytte seg av FBV. Departementet gir ingen begrunnelse for hvorfor pasientens henvisning skal være dobbeltregistrert. Det er heller ikke nærmere beskrevet hvordan situasjoner skal håndteres dersom FBV institusjonen likevel ikke kan levere og det oppstår behov for å henvise pasienter tilbake til det offentlige. Spørsmålet om FBV leverandøren vil være forpliktet til å levere de tjenestene de er godkjent for er ikke diskutert.

Videre er det slik at når pasienter nå etter hvert skal få en konkret time/ukesangivelse, vil en slik "tom" ventelisteregistrering innebære at konkrete timer holdes lenge for pasienter som har valgt seg til FBV. Dette vil forstyrre planleggingen, påvirke ventetiden, bidra til feil rapportering, være i strid med prinsippet om at det ikke skal være parallelle henvisninger, samt gjøre det vanskeligere å utnytte den offentlige behandlingsskapasiteten effektivt. Helse Sør-Øst RHF vurderer det som mest hensiktsmessig at pasienten tas ut av ventelisten i det offentlige så fort pasienten ønsker behandling innenfor FBV ordningen.

På denne måten unngår man dobbeltregistrering. Det må tydeliggjøres når en slik ventelisteavklaring skal skje.

- **Hvem har ansvaret for pasienten i forløpet – kravet til forsvarlighet**

Helse Sør-Øst RHF er enig i departementets utgangspunkt om at det vil være den institusjonen som til enhver tid har pasienten hos seg til utredning eller behandling som har ansvar for pasienten. På s 48 slår departementet fast at når pasienten velger å oppsøke en FBV leverandør vil leverandøren overta ansvaret. Spørsmålet er imidlertid når dette valget skal anses å være tatt, jf. over. Hvis pasienten skal stå registrert ventende på to institusjoner slik det er foreslått, vil det som nevnt oppstå uklarhet om når ansvarsoverføringen faktisk skjer. Dessuten forutsetter en midlertidig dobbeltregistrering sikkerhet for at nødvendig informasjon for å avslutte dobbeltregistreringen blir overført, f. eks informasjonen om at helsehjelpen er startet gjennom FBV. Ulike praktiske særspørsmål vil også oppstå som får betydning for ivaretagelsen av forsvarlighet. Hvordan skal f. eks FBV leverandørene håndtere pasienter som ikke møter til time?

Et annet særspørsmål som vi ikke kan se at er omtalt, er hvordan leverandører som både har avtale og blir godkjent til å levere gjennom FBV skal håndtere denne situasjonen. Hvordan vet de private hvilke pasienter som er kommet inn på hvilken ordning (hvilken informasjon må følge med henvisningen)? Det antas at avtaledelen skal (og vil) bli brukt først, men skal pasienter som tror de benytter seg av fritt sykehusvalg kunne risikere å bli flyttet over til en annen ordning der fristbruddsoppfølgingen fra HELFO ikke gjelder lenger? Departementet viser til at de fleste pasienter antakelig ikke vil oppleve noen forskjell på å motta helsehjelp gjennom fritt sykehusvalg eller fritt behandlingsvalg. Helse Sør-Øst RHF er av den oppfatning at det erfaringsmessig vil kunne oppstå situasjoner der f. eks fristen overskrides eller pasienter avvises fordi FBV leverandøren av en eller annen grunn likevel ikke kan levere (sykdom, pasientens tilfelle viser seg å være mer komplisert enn forutsatt, oppståtte komplikasjoner mm). Sikring av kvalitet og pasientens rettigheter i slike situasjoner blir da avgjørende.

- **Retten til individuell plan (IP)**

Det er krevende at man vil innføre FBV på de områdene der IP kanskje er mest viktig (psykisk helsevern og TSB) og samtidig i høringsnotatet spør om denne rettigheten overhode er gjennomførbar. Helse Sør-Øst RHF mener at en ytterligere oppstyking av pasientforløpene, som involverer aktører utenfor det offentlige system, både vil komplisere samarbeidet med kommunen og arbeidet med IP. Det vil imidlertid være helt nødvendig å få FBV leverandørene involvert i arbeidet med IP med de samme forpliktelsene som det offentlige har. Helse Sør-Øst RHF ser det som særlig viktig at pasienter innenfor TSB og psykisk helsevern får tilbud om IP. Det vil være en vesentlig kvalitetsmessig svekkelse om lovkravet om IP oppheves for FBV leverandører. Krav om IP kan tas inn som krav i godkjenningsordningen.

Godkjenningsordningen – behovet for forskriftshjemmel (kap. 8)

Det foreslås å etablere en ny ordning på siden av dagens regionale ”sørge for”-ansvar for å nå helsepolitiske mål. Det legges imidlertid opp til nokså strenge regler for godkjenning av potensielle FBV aktører for å forebygge eventuelle negative konsekvenser av ordningen, jf side 56 i høringsnotatet. Godkjenning skal kunne baseres dels på objektive kriterier, dels på skjønnsut i fra samfunnsmessige forhold. Hvilke kriterier som kan legges til grunn for en skjønnsmessig

vurdering vil være avgjørende for om ordningen vil fungere i henhold til intensjonen. Strengt krav til godkjenning ut ifra samfunnsmessige kriterier vil imidlertid også kunne medføre at færre aktører vil slippe til. Skjønnsmessige vurderinger vil også kunne endres over tid ut ifra gjeldende politiske syn. Dette kan bidra til at ordningen fremstår som lite forutsigbar for potensielle aktører, og at den tiltenkte effekten av FBV samlet sett blir mindre enn antatt.

Utformingen av forskriften som skal regulere godkjenningsordningen vil få avgjørende betydning for hvordan ordningen med FBV vil bli. Helse Sør-Øst RHF ser det som meget viktig at det her oppstilles klare krav til kvalitet. Det er helt avgjørende for å få en god ordning at potensielle leverandører som ikke allerede har avtale med et RHF kan tilby god kvalitet når laveste anbudspris skal legges til grunn. Det bør derfor stilles krav om at de leverandørene som allerede har avtale med et RHF skal yte samme kvalitet på tjenesten i FBV ordningen som tjenestene de utfører gjennom avtalen.

Helse Sør-Øst RHF er også opptatt av hvilke krav som kan stilles til leverandører på utdanningsfeltet. På den ene side må det sikres at FBV virksomhetene er underlagt de samme strenge krav til spesialistbemanning som helseforetakene. Det må ikke åpnes for å øke behandlingsvolumet ved å senke utdanningskravene. På den annen side er det viktig, slik det også skisseres i høringsnotatet, at det offentlige kan vektlegge total kapasitet og tilgang på spesialistpersonell ved vurdering av etableringssøknader. Basert på dette bør ordningen utformes slik at det er mulig å avslå en søknad på basis av at den aktuelle virksomhet ville legge beslag på en for stor del av de tilgjengelige personalressurser i et område. Samtidig ser vi at et slikt vurderingskriterium vil kunne forsterke de allerede foreliggende utfordringene i forhold til anskaffelsesregelverket. Styring av samlede personalressurser bør imidlertid kunne skje gjennom søknadsbehandlingen. Videre må vilkår om rekrutteringspraksis kunne tas inn i de konkrete vilkårene for godkjenning av FBV-virksomhetene.

Helse Sør-Øst RHF mener som nevnt at det vil kunne få uheldige følger at det ikke skal settes noen volumbegrensning. Etterspørselen vil normalt tilpasses tilbudet, noe som kan resultere i økt bruk av lavere prioriterte helsetjenester (i den grad slike vil bli omfattet av ordningen).

Når det gjelder spørsmålet om hvilke aktører som skal kunne delta i ordningen, står det at departementet skal utrede om avtalespesialister med mindre enn 100 % hjemmel kan levere tjenester gjennom FBV. Helse Sør-Øst RHF kan ikke se at det vil være behov for dette. Avtalespesialister som ikke har full hjemmel kan også i dag arbeide utover det hjemmelsprosenten tilsier og fortsatt få refusjon fra det offentlige.

Innfasing av FBV (kap. 9)

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.

Innenfor fagområdene TSB, rehabilitering og psykisk helse er det allerede foretatt økning av kapasiteten. Når det gjelder TSB er dagens avtaler blant annet utvidet med 33 døgnplasser, samt at det i 2014 er gjennomført en ny anskaffelse av 110 plasser i Helse Sør-Øst. Effekten av denne kapasitetsøkningen er enda ikke synliggjort. Helse Sør-Øst RHF er bekymret for å få overkapasitet på døgnbehandling innenfor disse områdene med implementering av en FBV

ordning. En ytterligere økning av kapasiteten innen TSB vil medføre fare for manglende tilsøking til deler av dagens avtaler. Det kan bety at faglig 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. Overkapasitet kan som tidligere nevnt medføre en glidning av indikasjoner for behandling samt at man kan få tilfeller med overbehandling (pasientene er lengre på institusjonen enn nødvendig, og/eller at det foretas ”unødvendige” tilleggsbehandlinger). En ytterligere kapasitetsøkning innenfor TSB, med en ensidig satsning på døgnbehandling, kan videre tenkes å føre til økte liggetider og dermed motvirke utbygging av polikliniske og ambulante behandlingstilbud som er viktig for økt, forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Helse Sør-Øst RHF anser for øvrig overforbruk som den største kvalitetsutfordringen med FBV ordningen. Særlig tror vi dette er aktuelt for kirurgiske tjenester. Når det skal vurderes hvilke somatiske fagområder som skal innlemmes i ordningen blir det derfor viktig at dette momentet vurderes. Dersom det vil være vanskelig å følge opp kvalitet gjennom kliniske tilsyn mm, vil det aktuelle fagområdet/de aktuelle prosedyrene ikke egne seg for FBV ordningen.

Helse Sør-Øst RHF har merket seg at FBV skal være en dynamisk ordning, og at RHFene skal ha en rolle i de vurderingene Helsedirektoratet skal foreta om videre innfasing. Det er som nevnt en forutsetning at det foretas en gradvis innfasing knyttet til systematiske konsekvensvurderinger for hvert trinn.

Prinsipper for prisfastsettelse (kap. 10)

Helse Sør-Øst RHF er enig i departementets uttalelser om at det er svært viktig at prissettingen i FBV ikke vil undergrave anbudsinstituttet. De regionale helseforetakenes ”sørge for”-ansvar innebærer at summen av tjenester fra de offentlige sykehusene og kjøp på tilbud fra private tjenesteleverandører skal dekke det vurderte behovet i befolkningen. Det er allerede etablert et marked som responderer profesjonelt på anbudsinstituttet, og priser oppnådd gjennom dette kan representere gyldige referansepriser for FBV. Høringen drøfter fordeler og ulemper ved valg av nivå på priser i forhold til referansepris fra kjøp etter tilbud. Det forutsettes at Helsedirektoratets arbeid med å etablere priser for FBV drøfter de ulike alternativene ut fra tilstrekkelig dekkende kriterier avledet av de overordnede føringene i høringsutkastet (at prisene ikke skal medføre økte kostnader for staten enn ved økt bruk av tilbud samt at prisene skal bidra til legitimitet av ordningen med FBV).

Det legges opp til at FBV skal være en nasjonal ordning, med nasjonale priser. Dersom tilbudene fortsatt skal være regionale, må det derfor avklares hva som skal forstås med ”laveste anbudspris”. Kostnadsforholdene vil variere mellom helseregionene, og det er ikke uten videre gitt at laveste anbudspris for en definert tjeneste alle regionene sett under ett vil være en ”riktig” pris å benytte som referansepris for den nasjonale FBV- prisen.

Videre er det slik at noen regioner har mer detaljerte priser helt ned på ytelser og DRG koder mens andre regioner opererer med gjennomsnittspriser. Hva som da er laveste anbudspris kan som en følge av dette være vanskelig å fastsette. Dersom tjenestene i FBV ordningen prises på et annet detaljeringsnivå enn hva dagens avtaler mellom RHF og private leverandører definerer, vil dette medføre ytterligere utfordringer for innføring av en slik ordning.

Helse Sør-Øst RHF vil på den andre siden samtidig advare mot å sette prisene for høyt. Høy prissetting kan medføre fare for vridningseffekter og forskyvninger av leveranser i tid.

Forutsatt at man kan finne frem til en "riktig" referansepris, vil priser lavere enn laveste anbudspris antakelig innfri de kriterier departementet har satt. En slik laveste anbudspris vil imidlertid av andre grunner kunne være problematisk. En lav pris vil antakelig føre til at de som kan levere er de som allerede har sine "grunnkostnader" dekket via eksisterende avtaler, mens nye aktører vil ha problemer med å komme inn (eventuelt at tilbudet vil bli dårligere kvalitetsmessig jf. omtalen av dette over). I realiteten vil resultatet da kunne bli en økning av volumet av det som allerede ligger i eksisterende avtaler.

Det som er laveste anbudspris når FBV- godkjenningene gis, vil dessuten kanskje ikke "holde seg" lavest gjennom hele godkjenningsperioden dersom det inngås nye kontrakter. Dette vil kunne få betydning for hvilken ordning de private først og fremst vil ønske å bruke, jf. det vi har kommentert om dette spørsmålet over.

Følgende problemstillinger må håndteres når prinsippene og prisnivå velges:

- Tjenestedefinisjonene må være tilstrekkelig spesifikke til at de sikrer lik tjeneste til lik pris
- For tjenester uten referansegrunnlag, i form av laveste anbudspris, må alternative referansegrunnlag/kalkyler kartlegges og det må gjøres en konsekvensvurdering av alternative valg
- Størrelsen på eventuelt sjablongmessig fradrag på laveste anbuds-/referansepris må begrunnes og konsekvensvurderes
- Det må sikres at det er tydelig definert hvilke økonomiske konsekvenser det gir ved avvik i leveransene (kvalitetsavvik, komplikasjoner, behov for overføring av pasienter til offentlige sykehus)
- Det må defineres på hvilket grunnlag og med hvilken hyppighet prisene skal revideres

Generelt advares det mot å tilstrebe en for tidlig fastlåst definisjon av tjenester og priser som medfører risiko for ikke hensiktsmessig tilpasning og spillsituasjon i markedet. Ordningen FBV krever gradvis tilpasning og løpende evaluering for å sikre nødvendig læring og god tilpasning, både i private og offentlige virksomheter.

Eksisterende private aktører er og antas også for fremtiden å være geografisk plassert i de mest befolkningstette områdene. Dette kan få som konsekvens at etterspørselen av FBV blir størst i Helse Sør-Øst sitt opptaksområde. Dersom dette blir tilfellet blir også helseforetakene i Helse Sør-Øst mest eksponert for de ulike risikoelementene knyttet til ordningen.

Konsekvenser for helsepolitiske mål (kap. 11)

Under denne overskriften viser departementet spesielt til problemstillinger knyttet til hvordan innføring av fritt behandlingsvalg vil kunne påvirke den offentlige helsetjenestens evne til å rekruttere og beholde arbeidskraft. Dersom det rekrutteres nye personalressurser inn på markedet, vil det kunne hevdes at dette ikke er problematisk. Imidlertid vil et mer globalt perspektiv på situasjonen vil kunne tilsi en annen vurdering. Dersom det imidlertid bare skjer en flytting av eksisterende ressurser, kan situasjonen bli en annen. I begge tilfeller kan det være fare

for at FBV-virksomhetene trekker til seg nøkkelpersonell fra helseforetakene. Dersom det fra før er knapp tilgang på spesialistpersonell, jf. kommentar til kap. 8 ovenfor, vil FBV-virksomheten kunne undergrave etablerte og vel innarbeidede offentlige tilbud. I høringsnotatet understrekes det at dette ikke er ønskelig. Nye tilbud må derfor fases gradvis inn.

Helse Sør-Øst RHF vil utover dette gjenta at ordningen bør utformes slik at søknader om etablering kan avslås med basis i en samlet vurdering av kapasitet og tilgang på spesialistressurser i et område.

Informasjon til pasienter og helsepersonell (kap. 13)

Det fremgår av høringsnotatet at departementet ser at det på kort sikt vil måtte etableres relativt enkle informasjonsløsninger fordi ønsket funksjonalitet ikke vil være på plass. Helse Sør-Øst RHF viser til det vi har skrevet innledningsvis om risikoen ved å starte opp uten å ha en god informasjonsløsning på plass.

Behov for tilpassninger i IKT-systemer (kap. 14)

RHFene har sammen med Helsedirektoratet arbeidet med å vurdere behovet for IKT-tilpassninger. For at FBV skal kunne lykkes, må pasienter og brukere lett kunne finne forståelig informasjon om sine rettigheter og mulighetene de har for å velge. Det bør være tilgang til mer informasjon enn det som finnes i dag, herunder informasjon både om ventetid og kvalitet. FBV krever derfor teknologiløsninger som gir pasienten lett tilgang til informasjonen (helseportal) og at informasjonsgrunnlaget pasienten får er basert på robuste, oppdaterte kvalitets- og styringsdata om ulike institusjoner som automatisk hentes ut av deres systemer.

I og med at FBV vil gi større kompleksitet i pasientforløpene med oftere ansvarsoverføring mellom institusjoner, er det behov for bedre informasjonsflyt og robuste systemer for utveksling av informasjon. Dette vil sette nye krav til helseforetakenes og andre institusjoners teknologiske løsninger. Dagens meldingsinfrastruktur er lite egnet og ikke tilstrekkelig robust til å understøtte visjonen for FBV, og meldingsutveksling vil derfor bare kunne være ett element i et system for samhandling og utveksling av informasjon. Uten at disse grunnleggende elementene er ivaretatt, kan vi risikere at meldinger og pasientinformasjon ikke blir tilgjengelig på rett sted til rett tid og kvaliteten på pasientbehandlingen kan bli redusert. Elektroniske pasientjournalssystemer må støtte utveksling av bl.a. behandlingskoder mellom institusjoner (offentlige og private) for at behandlingsforløpet skal kunne kodes korrekt totalt sett. Ny pasientjournallov og endringene i helseregisterloven gir nye muligheter for at oppdatert informasjon kan følge pasienten, noe som er en viktig forutsetning for FBV. Det er imidlertid viktig at mulighetsrommet i lovendringene utnyttes på en slik måte at pasientsikkerhet og kvalitet i pasientbehandling ivaretas på en effektiv måte.

Det er ikke realistisk at alle ønskede IKT-systemer kommer på plass i tide til innfasing av FBV. Helse Sør-Øst RHF sine erfaringer fra innføringen av samhandlingsreformen tilsier at det så snart som mulig bør gjøres grundige vurderinger av hvilke teknologiløsninger som trengs og hvilke følger mangelfulle IKT-systemer kan få for innholdet i ordningen med FBV. Det bør unngås at store behov avdekkes som følge av erfaringer gjort under innføringen.

Ny anskaffelsesstrategi (kap. 16)

Signalene som departementet gir i høringsnotatet om ny anskaffelsesstrategi er som nevnt i tråd med det Helse Sør-Øst RHF allerede har besluttet å følge, se vår styresak 007-2013 om samarbeidet mellom privat og offentlige helsetjenester.

Utviklingen i Helse Sør-Øst RHF de siste tre årene viser en økning i bruk av private leverandører, inkludert de 5 private ideelle private sykehusene. I 2012 brukte Helse Sør-Øst RHF 9,8 % av totalrammen på private helsetjenester. I 2014 viser budsjettet at 10,12 % av den totale rammen blir brukt på private helsetjenester. Planlagt budsjett (ØLP) for 2015 viser en ytterligere økning der 10,7 % av den totale økonomiske rammen brukes til kjøp av private helsetjenester. Utviklingen har vært størst innenfor området TSB. Når det legges opp til en revidert strategi med mer bruk av private, reises også problemstillingen om hva som er den forholdsvis optimale sammensetning av private og offentlige helsetjenester. Departementet bør imidlertid være inneforstått med at en ytterligere økning av private helsetjenester på et visst punkt vil kunne medføre at egen aktivitet må tas tilsvarende ned.

Som eksempel på et vellykket tiltak som er i tråd med vår nye anskaffelsesstrategi er samarbeidet med private i Oslo om utredning og behandling ved mistanke om brystkreft. Utgangspunktet var at utredning og behandling av brystkreftpasienter ved OUS ikke fulgte et standardisert forløp og at ventetidene på utredning var opptil 12 uker. Nå utredes alle i løpet av 1-2 uker - og raskere ved behov. Det ble inngått en avtale mellom offentlig og private aktører som sikrer at:

- offentlig kapasitet utnyttes fullt ut
- når kapasitet overstiges, henvises pasienten til en av to private aktører (Unilab eller Aleris) slik at kø ikke oppstår
- alle henvisninger vurderes først i OUS

Der mistanken om alvorlig sykdom er størst, sikrer dette at pasienten alltid vurderes av et tverrfaglig team med en gang. Vurdering hos private skal kun være aktuelt ved lav mistanke om ondartet sykdom. Basert på samme tankegang overdras rutinekontroller fra OUS til private for å bedre utredningskapasiteten for de pasientene som trenger det mest. Samarbeidet mellom private og offentlige aktører bedres, både fordi avtalen skaper forutsigbarhet for de private og fordi den danner grunnlag for faglig samarbeid. Slik vil kvaliteten kunne bli bedre og behovet for å gjenta undersøkelser mindre.

Endringen har ikke krevd flyttinger, nye bygninger eller maskiner. Basert på pasientenes råd, har imidlertid fagfolkene organisert seg annerledes og endret sine arbeidsmåter. Kostnadene ved tiltaket knytter seg til avtalen med private røntgeninstitutt (Aleris og Unilab), ny sekretærstilling og en pasientkoordinator (finansiert av Kreftforeningen). Avtalene med Aleris og Unilab avlaster OUS. OUS har kunnet sette ut alle etterslep av kontroller, og kan oversende en stor andel av undersøkelsene til sine private samarbeidspartnere. Prosjektet har allikevel vist betydningen av at det ble utvist stor endringsvilje og kreativitet hos de ansatte.

Helse Sør-Øst RHF vil ellers peke spesielt på at de nye samarbeidsmodellene som beskrives åpner for at større private aktører inngår i den samlede organisering av regionale utdanningsoppgaver. Dette bør følges opp konkret. Helseforetakenes utdanningsoppgaver er i dag meget omfattende og utfordrer foretakenes logistikk og kapasitet. Eksempelvis har Helse Sør-Øst f.t. ca. 3.200 leger i spesialisering. Det utdannes hvert år også ca. 2.200 sykepleiere som får sin praksis i våre sykehus.

Helse Sør-Øst RHF anbefaler at det foretas en nærmere utredning av hvordan en evt. særskilt innsatsstyrt finansiering kan bidra til bedre samlet logistikk og kapasitet for de enkelte utdanningsløp, og sikre tilstrekkelig gjennomstrømning i kritiske spesialiteter.

Endring av systemet med aktivitetsstyring (kap. 17)

Det legges opp til at helseforetakene skal få større mulighet til å møte konkurransen FBV gir ved at aktivitetstaket fjernes. Dette vil imidlertid bare få betydning for somatikk, og spørsmålet blir da hvordan de fagområdene som det er varslet at departementet særlig ønsker å gjøre FBV tilgjengelig for vil kunne styrkes. Helse Sør-Øst RHF ser fare for at somatikken blir styrket på bekostning av psykisk helsevern og rus som kun er rammefinansiert.

Da "aktivitetstaket" nå faller bort, dvs. at det ikke lenger gis en konkret "bestilling" på antall DRG- poeng fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene, må det utredes nærmere på hvilket grunnlag å-kontooverføringer for ISF-refusjoner til de regionale helseforetakene skal baseres på.

I høringsnotatet fremgår det at staten vil påta seg større økonomisk risiko ved å styre på denne måten, da aktivitet utover budsjettet aktivitet vil utløse 50 % ISF-refusjon. Dette er ikke noe nytt fra dagens system, det gjøres også nå. Staten vil imidlertid få høyere kostnader hvis aktiviteten øker mer enn forutsatt, men samtidig tillegges de regionale helseforetakene risikoen knyttet til at økt aktivitet innen områder med størst behov skjer til en marginalkostnad tilsvarende 50 % ISF-refusjon. De private aktørene vil ikke ha tilsvarende risiko i og med at all aktivitet forutsettes stykkpriset. De private aktører får dermed ikke tilsvarende utfordring med å balansere vekst mot både faste og variable inntektselementer.

Økonomiske og administrative konsekvenser (kap. 18)

Kostnadene ved å etablere ordningen kan bli store, bla innen IKT, jf egen omtale av dette. Private leverandører som skal levere helsetjenester gjennom fritt behandlingsvalgordningen er forutsatt å bli stilt overfor de samme krav til dokumentasjon av aktivitet og kvalitet (rapporteringskrav og tekniske forhold) som de offentlige sykehusene og private sykehusene med avtale.

Også drift/administrering av ordningen vil kreve ressurser. Det skal blant annet etableres godkjenningsordninger og oppfølging av leverandører, på kort sikt etableres enkle informasjonsløsninger, eventuelt spesielle informasjonsbehov overfor fastlege og annet helsepersonell, samt etablering av forskningsbasert følgeevaluering.

Oppgjørssystemet er forutsatt noe avvikende fra det man vanligvis benytter. Helfo er tiltenkt rollen som oppgjørsenhet, dvs. at leverandørene innen FBV sender regning til Helfo, og ikke til de regionale helseforetakene/helseforetakene. Dette betyr at Helfo må få overført midler fra de regionale helseforetakene, for eksempel direkte over statsbudsjettet ved uttrekk fra de regionale helseforetaks basisramme og med avregning(er). Det kan være grunn til å stille spørsmål ved om etablering av en slik oppgjørsordning er hensiktsmessig før man vet mer om omfanget av FBV. Ett alternativ kan være ordinær månedlig fakturering til de regionale helseforetakene fra leverandørene innen FBV, med ønsket spesifisering. I de tilfelle private aktører både har aktivitet

basert på avtale etter anbud og FBV, må det av fakturaen fremkomme hva som dreier seg om FBV.

De regionale helseforetakene må også henføre kostnadene til kjøp av behandling innen FBV til det enkelte helseforetak. Dette blant annet for at foretakene kan vurdere evt. økt kapasitet i eget foretak opp mot kostnadene knyttet til FBV innen sitt opptaksområde. Det er blant annet av denne grunn viktig å ha månedlig oppfølging av aktiviteten innen FBV fra de enkelte leverandører, evt. NPR. Oppfølgingen må omfatte blant annet fagområder, DRG-poeng, prosedyrekode, utskrivninger, liggedøgn, pasientens bostedskommune, mm.

Det forutsettes at de regionale helseforetakenes oppfølging av dette er ensartet.

3. Avslutning/oppsummering

Private leverandører er et verdifullt supplement og korrektiv til helseforetakene. Bruken av private kan utvides. Helse Sør-Øst RHF slutter seg til intensjonen om pasientens frie valg, økt tilgjengelighet, kortere ventetider og vern mot feilaktig prioritering. Det sentrale spørsmålet er ikke om RHFene skal kjøpe mer av de private, men hvordan dette best bør gjøres. Ordningen med FBV etablerer en ny måte å kjøpe helsetjenester på. Helse Sør-Øst RHF ser betydelig fare for at de gode intensjonene, som alle er enige om, ikke vil bli oppfylt ved den ordningen departementet nå foreslår. Helse Sør-Øst RHF vurderer mekanismene for å sikre kvalitet, omfang og pris ikke å være 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 vil kunne 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 Sør-Øst RHF mener ordningen med FBV må justeres vesentlig i forhold til den form departementet nå foreslår, før den kan anbefales innført. Helse Sør-Øst RHF vil anbefale at intensjonen med ordningen heller virkeliggjøres ved utvidet kjøp fra private leverandører.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Peder Olsen
administrerende direktør

Atle Brynestad
konserndirektør

Vedlegg:

- Uttalelse fra brukerutvalget i HSØ
- Uttalelse fra fagrådet for TSB i HSØ med vedlegg